

# Медсестринство у внутрішній медицині: підручник

## Про книгу

Підручник відповідає типовій програмі для медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства. Узагальнено відомості про розвиток внутрішньої медицини як науки, коротко наведено історичні факти, принципи організації та методи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам в Україні, а також визначення теоретичних положень, що стосуються таких понять, як хвороба, симптоми, проблеми, медсестринський діагноз. Подано характеристику методів обстеження пацієнта медичною сестрою. Акцентовано увагу на функції медичної сестри відповідно до етапів медсестринського процесу. Описано основні захворювання внутрішніх органів, починаючи з анатомо-фізіологічних особливостей усіх систем організму, клінічні ознаки, основні проблеми пацієнта, планування медсестринських втручань, основні принципи лікування, диспансеризацію, профілактику.

Для студентів медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства.

# МЕДСЕСТРИНСТВО У ВНУТРІШНІЙ МЕДИЦИНІ

**Підручник**

**Шосте видання**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Міністерством охорони здоров'я України  
як підручник для студентів медичних  
училищ, коледжів та інститутів  
медсестринства

**КИЇВ**

**ВСВ «МЕДИЦИНА»**

**2023**

УДК 616-085-614.253.5(075.8)  
ББК 53.5я73  
М42

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України  
як підручник для студентів медичних училищ, коледжів  
та інститутів медсестринства*

**Автори з Івано-Франківського базового медичного коледжу:**

*О.С. Стасишин, викладач вищої категорії, викладач-методист, методист вищої категорії, відмінник освіти; В.В. Стасюк, викладач вищої категорії, викладач-методист, відмінник освіти; І.М. Бандура, І.В. Вібла, Г.П. Ткачук, О.Д. Воєвода, викладачі вищої категорії, викладачі-методисти; Р.В. Константюк, викладач вищої категорії; І.І. Гафійчук, викладач вищої категорії; Г.Б. Середюк, Ю.Г. Микуляк, Р.І. Козак, І.Д. Кочержук, викладачі I і II кваліфікаційної категорії*

Підручник відповідає типовій програмі для медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства. Узагальнено відомості про розвиток внутрішньої медицини як науки, коротко наведено історичні факти, принципи організації та методи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам в Україні, а також визначення теоретичних положень, що стосуються таких понять, як хвороба, симптоми, проблеми, медсестринський діагноз. Подано характеристику методів обстеження пацієнта медичною сестрою. Акцентовано увагу на функції медичної сестри відповідно до етапів медсестринського процесу. Описано основні захворювання внутрішніх органів, починаючи з анатомо-фізіологічних особливостей усіх систем організму, клінічні ознаки, основні проблеми пацієнта, планування медсестринських втручань, основні принципи лікування, диспансеризацію, профілактику.

Для студентів медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства.

**Рецензенти:**

*Л.Д. Борейко, кандидат медичних наук, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»;*

*І.І. Романишин, викладач вищої категорії, викладач-методист, відмінник освіти, заступник директора з навчально-виробничої роботи ВНКЗ ЛОР «Самбірський медичний коледж»*

ISBN 978-617-505-957-9

© О.С. Стасишин, В.В. Стасюк, І.М. Бандура,  
І.В. Вібла, Г.П. Ткачук, О.Д. Воєвода,  
Р.В. Константюк, І.І. Гафійчук, Г.Б. Середюк,  
Ю.Г. Микуляк, Р.І. Козак, І.Д. Кочержук,  
2009, 2023

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2023

# ЗМІСТ

<b>Список скорочень.....</b>	<b>6</b>
<b>Вчення про медсестринство у внутрішній медицині</b>	
<i>(О. Стасишин, В. Стасюк, Р. Козак, Р. Константюк) .....</i>	<b>7</b>
Основні історичні етапи розвитку внутрішньої медицини.....	8
Принципи організації та методи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам.....	13
Медична допомога та її основні види .....	13
Поняття про хворобу, її етіологію, періоди, стадії, діагностику, клінічний і медсестринський діагноз, перебіг, прогноз, лікування, профілактику.....	18
Методи обстеження пацієнта медичною сестрою.....	19
Медсестринський процес .....	19
Суб'єктивні методи обстеження .....	21
Об'єктивні методи обстеження .....	24
Інструментальні методи дослідження.....	53
Підготовка пацієнтів медичною сестрою до лабораторних методів обстеження.....	64
<b>Ведення пацієнтів із патологією органів дихання, професійними хворобами й отруєннями (О. Стасишин, І. Кочержук, І. Гафійчук) .....</b>	<b>74</b>
Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання.....	74
Основні клінічні симптоми хвороб органів дихання.....	76
Гострий бронхіт .....	78
Хронічний бронхіт.....	81
Бронхоектатична хвороба .....	85
Емфізема легенів .....	89
Бронхіальна астма .....	91
Пневмонія .....	98
Абсцес легенів.....	104
Рак легенів .....	109
Пневмосклероз .....	111
Туберкульоз легенів.....	113
Плеврит .....	123
Професійні хвороби.....	127
Пневмоконіоз .....	127
Вібраційна хвороба.....	130
Професійні інтоксикації.....	133
Отруєння свинцем.....	134
Отруєння фосфорорганічними сполуками.....	137
Отруєння хлорорганічними сполуками (пестицидами) .....	139
Отруєння ртутьорганічними сполуками.....	141
Отруєння сполуками миш'яку .....	143
<b>Ведення пацієнтів із хворобами серцево-судинної системи</b>	
<i>(І. Вібла, Р. Козак, І. Гафійчук).....</i>	<b>146</b>
Анатомо-фізіологічні особливості серцево-судинної системи.....	146

Основні клінічні симптоми хвороб серцево-судинної системи.....	147
Ішемічна хвороба серця.....	147
Стенокардія.....	149
Інфаркт міокарда.....	152
Гостра судинна недостатність.....	158
Серцева недостатність.....	160
Артеріальна гіпертензія.....	164
Гіпертонічний криз.....	166
Атеросклероз.....	173
Кардіоміопатії.....	176
Легеневе серце.....	180
Набуті вади серця.....	182
Септичний ендокардит.....	190
Міокардит неревматичного походження.....	192
Перикардит.....	194
Аритмії.....	195
<b>Ведення пацієнтів із ревматичними та системними хворобами сполучної тканини, алергійними захворюваннями (І. Бандура).....</b>	<b>198</b>
Дифузні захворювання сполучної тканини та хвороби суглобів.....	198
Ревматична хвороба.....	201
Ревматоїдний артрит.....	207
Системний червоний вовчак.....	212
Системна склеродермія.....	220
Дерматоміозит.....	224
Системний васкуліт.....	227
Вузликовий періартеріїт.....	231
Деформівний остеоартроз.....	233
Імунні захворювання.....	237
Історія розвитку імунології.....	237
Розвиток імунології в Україні.....	237
Алергіїні захворювання.....	244
Полінози.....	245
Кропив'янка.....	246
Набряк Квінке.....	246
Медикаментозна алергія.....	247
Анафілактичний шок.....	247
Сироваткова хвороба.....	249
<b>Ведення пацієнтів із хворобами органів травлення (О. Стасишин, Г. Ткачук, І. Гафійчук).....</b>	<b>252</b>
Анатомо-фізіологічні особливості травної системи.....	252
Основні клінічні симптоми хвороб органів травлення.....	255
Гострий гастрит.....	257
Хронічний гастрит.....	262
Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (пептична виразка).....	271
Рак шлунка.....	285
Хронічний ентерит.....	293
Хронічний коліт.....	297
Хронічний панкреатит.....	306
Хронічний гепатит.....	311
Цироз печінки.....	316

Хронічний холецистит .....	324
Жовчнокам'яна хвороба.....	329
Пухлини печінки .....	335
Функціональні порушення жовчного міхура (дискінезія жовчного міхура).....	337
<b>Ведення пацієнтів із хворобами нирок і сечовивідних шляхів</b>	
<i>(Ю. Микуляк, І. Гафійчук)</i> .....	<b>342</b>
Анатомо-фізіологічні особливості нирок і сечовивідних шляхів .....	342
Основні клінічні симптоми захворювань нирок і сечовивідних шляхів.....	344
Гострий гломерулонефрит .....	345
Хронічний гломерулонефрит.....	347
Гострий пієлонефрит .....	350
Хронічний пієлонефрит.....	351
Хронічна хвороба нирок .....	353
Сечокам'яна хвороба.....	356
Гестози.....	360
Амілоїдоз нирок.....	362
<b>Ведення пацієнтів із хворобами системи крові (Г. Середюк, Р. Козак, І. Гафійчук) .....</b>	<b>365</b>
Анатомо-фізіологічні особливості системи крові й органів кровотворення .....	365
Основні клінічні симптоми хвороб системи крові .....	367
Анемія.....	368
Гемобластози.....	380
Геморагічні захворювання .....	396
<b>Ведення пацієнтів із захворюваннями ендокринної системи та порушенням обміну речовин (О. Воевода, І. Гафійчук) .....</b>	<b>406</b>
Анатомо-фізіологічні особливості ендокринних залоз.....	406
Дифузний токсичний зоб .....	408
Гіпотироз.....	416
Ендемічний зоб.....	421
Тироїдит .....	425
Цукровий діабет.....	429
Подагра.....	451
Гіповітаміноз .....	454
Захворювання гіпофіза .....	466
Хвороба Іценка—Кушінга.....	467
Гігантизм.....	470
Акромегалія.....	471
Гіпофізарний нанізм .....	474
Нецукровий діабет.....	478
Ожиріння.....	481
Захворювання надниркових залоз.....	485
Первинний гіперальдостеронізм .....	485
Феохромоцитома .....	487
Хронічна недостатність кіркової речовини надниркових залоз.....	490
<b>Література .....</b>	<b>494</b>

# ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

## АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

До органів травлення належать стравохід, шлунок, кишки, печінка, підшлункова залоза.

**Стравохід** — це м'язова трубка завдовжки 22—27 см, утворена із зовнішньої сполучнотканинної оболонки, м'язового та підслизового шарів і слизової оболонки. Починається на рівні перснестравохідного сухожилка і закінчується кардіальним отвором (воротарем) шлунка. Стравохід має 3 фізіологічні звуження: у початковій частині, на рівні біфуркації трахеї і в місці сполучення зі шлунком. Стравохід доторкується до аорти, великих бронхів, грудної протоки, бронхових залоз, стовбура блукаючого нерва та інших органів середостіння. Іннервується симпатичними і парасимпатичними нервами. Акт ковтання їжі відбувається за допомогою скорочення м'язів стравоходу.

**Шлунок** розташований у верхній частині черевної порожнини. Утворений із кардіальної частини (кардії), дна, тіла (середня частина органа), воротарної частини (вихідна частина шлунка) і закінчується воротарним отвором. Розрізняють малу кривину шлунка, звернену до печінки, велику — звернену до селезінки.

У шлунку є передня та задня стінки. Стінки шлунка складаються з 4 шарів — зовнішнього (серозної оболонки), м'язового, підслизового та внутрішнього (слизової оболонки). Залози слизової оболонки шлунка виділяють пепсин, хлороводневу кислоту і слиз.

Функції шлунка — секреторна і скоротлива (основні), всмоктувальна і видільна.

Завдяки секреторній функції шлунка відбувається виділення шлункового соку. За добу залози шлунка виділяють 1,5—2 л шлункового соку.

Механізм дії як скоротливої, так і секреторної функцій шлунка тісно пов'язаний з іннервацією, що її здійснюють гілки блукаючого та симпатичного нервів. У процесі шлункової секреції виокремлюють такі фази нервової регуляції: умовно-рефлекторну, нейрогуморальну та кишкову. У першу фазу виділення шлункового соку відбувається внаслідок відповідних імпульсів, які йдуть від органів чуття до кори великого мозку. У другу фазу шлунковий сік виділяється після потрапляння їжі в шлунок, усмоктування її складових.

**Кишки** діляться на тонку і товсту. Тонка, своєю чергою, поділяється на дванадцятипалу, порожню і клубову, товста — на сліпу, ободову, пряму та відхідниковий канал. Кишки беруть свій початок від воротаря. У дванадцятипалій кишці, що має вигляд підкови, змішуються жовч, яка надходить з печінки, і сік підшлункової залози. В останньому міститься трипсин, що розщеплює білки й ліпазу. Та, своєю чергою, впливає на жири й амілазу, яка розщеплює вуглеводи.



Стінка тонкої кишки складається із серозної, м'язової, слизової оболонки і підслизового прошарку. У слизовій оболонці багато ворсинок, за допомогою яких відбувається всмоктування складових їжі: білків, жирів, вуглеводів, води, солей, вітамінів. Амінокислоти із тонкої кишки безпосередньо всмоктуються в кров, жирні кислоти через ворітну вену потрапляють у печінку, нейтральні жири — у лімфатичну систему.

Говста кишки бере свій початок у правій здухвинній ділянці сліпою кишкою, яка переходить у висхідну ободову кишку, потім — у поперечну та низхідну ободову кишки. Далі розташовується сигмоподібна ободова кишка, яка з'єднується з прямою кишкою і закінчується відхідником.

Кишки іннервуються гілками блукаючого та симпатичного нервів.

Перетравлення і всмоктування їжі відбувається переважно у тонкій кишці. У товстій кишці здебільшого всмоктується вода, що зумовлює утворення щільніших калових мас.

**Печінка** розташована в правому і частково лівому підребер'ї. Її верхня опукла частина контактує з діафрагмою і передньою черевною стінкою. Задня частина і нижній край увігнуті, прилягають до правої нирки, надниркової залози та кишок. Поверхня печінки еластична, тому вона разом із діафрагмою піднімається й опускається відповідно до вдиху й видиху. Нижній край печінки проходить під дугою правого підребер'я. Під очеревиною печінка вкрита додатковою фіброзною оболонкою — гліссоною капсулою.

Тканина печінки складається з печінкових клітин, які з'єднуються між собою у печінкові балки. Останні, з'єднуючись, утворюють печінкові частки, що розділені між собою сполучнотканинними перегородками. Між печінковими клітинами пролягають жовчні шляхи, які утворюють загальну печінкову протоку (*ductus hepaticus communis*). Унаслідок злиття загальної печінкової протоки та вивідної протоки жовчного міхура (*ductus cysticus*) утворюється спільна жовчна протока (*ductus choledochus*), яка впадає у дванадцятипалу кишку біля протоки підшлункової залози (*ductus pancreaticus*). У цій ділянці розташований великий сосочок дванадцятипалої залози (фатерів сосочок).

Кровообіг у печінці відрізняється від такого в інших органах тим, що кров до неї надходить не тільки з печінкової артерії, а й з ворітної вени. Через ворітну вену в печінку потрапляє венозна кров зі шлунка, кишок, підшлункової залози, очеревини. Усередині печінки ворітна вена розділяється на міжчасточкові вени, які, своєю чергою, розгалужуються на капіляри. Капіляри ворітної вени та печінкової артерії утворюють капілярну сітку, з якої кров надходить у центральні вени, що, сполучаючись, утворюють печінкові вени, які впадають у нижню порожнисту вену.

Отже, печінка розташована на шляху руху крові із травного тракту до серця. Поживні речовини, що всмоктуються у травному тракті, надходять спочатку в печінку, піддаються там складним біохімічним змінам і лише після цього потрапляють у загальний кровообіг.

Печінка виконує секреторну, обмінну й антитоксичну функції. Виробляє жовч (секреторна функція), яка частково потрапляє у дванадцятипалу кишку, а частково — у жовчний міхур. Жовч відіграє важливу роль у процесах травлення і всмоктування жирів із кишок.

## ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Обмінна функція печінки досить багатогранна. Продукти травлення вуглеводів, білків і жирів, які потрапляють із травного тракту в печінку, підлягають складній біохімічній переробці. У печінці з простих вуглеводів (глюкози, фруктози) утворюється глікоген, який у разі необхідності, наприклад під час фізичного навантаження, знову перетворюється на глюкозу. Із амінокислот, які надійшли в печінку із травного тракту, утворюються білки та сечовина. Частина амінокислот перетворюється на глюкозу. У печінці також утворюються альбуміни, фібриноген, протромбін. У разі порушення утворення альбуміну виникають набряки, а протромбіну і фібриногену — кровотечі.

Завдяки жовчним кислотам жири перетравлюються і всмоктуються в кишках. При печінковій недостатності розщеплення жирних кислот не доходить до кінцевої стадії, а затримується на стадії кетонівих тіл (ацетону, ацетооцтової та В-оксиолійної кислот). У печінці утворюється холестерин; у разі печінкової недостатності концентрація холестерину в крові значно знижується.

Печінка служить депо вітамінів А, С, D, Е, групи В, у ній утворюється вітамін К, який має велике значення в процесі згортання крові.

Антитоксична функція печінки полягає в тому, що в ній затримуються мікроби, а також токсичні речовини. У печінці знешкоджуються токсичні речовини, що надійшли ззовні, а також лікарські препарати. Токсичний аміак перетворюється на сечовину.

**Жовчний міхур** — орган, у якому згущується і зберігається жовч. Його об'єм становить 60—70 мл. Стінка жовчного міхура утворена непосмугованими м'язовими волокнами, які під впливом імпульсів, що надходять із блукаючого нерва, скорочуються та викидають жовч у дванадцятипалу кишку. Імпульси виникають під час потрапляння їжі в шлунок і дванадцятипалу кишку. Симпатичний нерв, навпаки, ослаблює стінку жовчного міхура. Жовчний міхур має здатність усмоктувати воду з жовчі, завдяки чому її концентрація підвищується і вона стає темною та густою. У жовчі містяться жовчні пігменти, переважно білірубін, жовчні кислоти і холестерин. Упродовж доби в кишки виділяється близько 1 л жовчі.

**Підшлункова залоза** — залоза зовнішньої та внутрішньої секреції, її маса становить 70—80 г. За формою подібна на тригранну призму.

Своєю поздовжньою віссю підшлункова залоза розташована упоперек живота на рівні I—II поперекових хребців. Передня поверхня залози вкрита очеревиною, задня розташована за очеревиною.

Довжина залози становить 12,5—24 см, висота (ширина) — 3—9 см, товщина — 1,5—4 см. У підшлунковій залозі є головка, тіло і хвіст.

Внутрішньосекреторна функція залози пов'язана з діяльністю острівцевого апарату (Лангерганса), який становить близько 1 % маси залози. Найбільше острівців у хвості підшлункової залози. У них розрізняють кілька типів клітин, зокрема  $\alpha$ - і  $\beta$ -клітини. Останні виробляють інсулін, що регулює рівень глюкози в крові, їх дуже багато,  $\alpha$ -клітини секретують глюкагон, що є гіперглікемічним фактором.

На органи травної системи постійно впливають чинники навколишнього середовища, зокрема характер харчування, умови праці та побуту.

У патогенезі хвороб органів травлення поряд зі структурними (анатомічними) змінами значна роль відводиться функціональним порушенням.

## ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Основними клінічними проявами захворювань органів травлення є біль, диспептичні розлади, шлунково-кишкові кровотечі.

**Біль у животі.** Його розглядають за такими ознаками: характер, локалізація, тривалість, іррадіація, ритм.

Біль у животі часто ниючий, пекучий, стисний. Проте ці симптоми мають досить неістотне діагностичне значення. Локалізація болю не завжди збігається з розташуванням ураженого органа. Наприклад, біль у надчеревній ділянці виникає при захворюваннях шлунка, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози, біль у ділянці пупка — при ураженнях тонкої кишки, біль у підчеревній ділянці — при захворюваннях сечового міхура, статевих органів, товстої кишки.

Велике діагностичне значення має іррадіація болю. Наприклад, іррадіацію болю вгору від надчеревної ділянки спостерігають при патологічних процесах у стравоході, кардіальній частині та склепінні шлунка, грижах стравохідного отвору діафрагми. Иррадіацію болю в праве під掖ер'я відзначають при пептичній виразці малої кривини шлунка, виразці воротаря, дванадцятипалої кишки, при захворюваннях жовчних проток, головки підшлункової залози. У ліве під掖ер'я іррадіює біль при ураженнях тіла і хвоста підшлункової залози, при пептичній виразці задньої стінки шлунка, при карциномі товстої кишки. У міжлопаткову ділянку поширюється біль при езофагіті, виразках стравоходу. Під праву лопатку часто іррадіює біль при захворюваннях жовчного міхура. Иррадіацію болю в спину відзначають при захворюваннях підшлункової залози, пептичній виразці задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. У пахвинну ділянку іррадіює біль при хворобі нирок, сечоводу. Тривалість болю більше характеризує тип захворювання, ніж уражений орган. Наприклад, біль, спричинений судомою, триває секунди або хвилини, біль при подразненні слизової оболонки шлунка — години, а при виразці шлунка — тижні.

Ритмом болю називають появу або зникнення болю протягом дня. Для нутрощового (вісцерального) болю характерна ритмічність, оскільки вона пов'язана з функціональною активністю ураженого органа. Жоден з органів травлення не функціонує безперестанку, тому біль не може бути постійним. Ритм нутрощового болю буває правильним або неправильним. Біль з правильним ритмом має важливе діагностичне значення, наприклад при пептичній виразці, тоді як при дискінезії жовчних проток, синдромі подразнення товстої кишки біль виникає коли завгодно — неправильний ритм.

**Колька** — біль, який ритмічно то з'являється, то зникає. Характеризується підвищенням, вершиною та зниженням. Увесь ритм триває кілька секунд або хвилин.

Важливою ознакою захворювання органів травлення є порушення травлення — диспепсія. Диспептичні розлади поділяють на шлункові, кишкові, комбіновані.

**Шлункова диспепсія** характеризується такими розладами: відчуття неприємної повноти в шлунку, відрижка, печія, зригування, нападоподібна слинотеча, відсутність апетиту, нудота, блювання.

## ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

**Відрижка** — мимовільне виділення повітря зі шлунка через рот. У нормі відрижка є так званим регулятором об'єму повітря в шлунку. Відрижка досить часто є проявом розладу травлення, у тому числі й функціональної диспепсії.

**Печія** — відчуття печіння в надчеревній ділянці. Раніше її пов'язували тільки з гіперацидним станом, а останніми роками стало відомо, що печія може виникати навіть при ахлоргідрії. Причиною печії є дискінезія, неповне змикання кардії, через що в стравохід потрапляє шлунковий вміст, який подразнює його слизову оболонку, внаслідок чого й виникає гастроєзофагальна рефлюксна хвороба.

**Регургітація** — відрижка, під час якої у ротову порожнину потрапляє невелика кількість шлункового вмісту (відрижка з присмаком). Залежно від кислотності шлункового вмісту відрижка буває кислою (при нормальній або підвищеній кислотності) чи гіркою (при ахлоргідрії або регургітації вмісту дванадцятипалої кишки у шлунок). Регургітацію неперетравленою їжею спостерігають при гастроєзофагальній рефлюксній хворобі, деяких захворюваннях шлунка, кишок.

**Нападоподібна слинотеча** характеризується раптовим заповненням порожнини рота слиною, що не має смаку і запаху. Часто цей симптом виникає при виразковій хворобі, раку стравоходу.

**Відсутність апетиту** — втрата відчуття голоду. Апетит буває пригніченим у разі різних функціональних та органічних розладів.

**Нудота** — неприємне відчуття загальної слабкості, яке супроводжується слинотечею, запамороченням, іноді — непритомним станом. Нудота часто передуює блюванню.

**Блювання** — мимовільний викид шлункового вмісту через рот. За механізмом розвитку розрізняють центральне та периферичне блювання.

Центральне блювання виникає внаслідок подразнення блювотного центру, розташованого в довгастому мозку, фармакологічними (морфін), токсичними (уремія), механічними (підвищення внутрішньочерепного тиску) чинниками. Периферичне блювання виникає внаслідок надходження будь-якого імпульсу в блювотний центр по блукаючому нерву, наприклад при захворюваннях шлунка. Початок блювання супроводжується слабкістю, блідістю, потовиділенням, брадикардією, зниженням АТ. Блювання часто має захисне значення — звільняє шлунок від шкідливих речовин.

Проявами **кишкової диспепсії** є гурчання в животі, закріп, пронос. Гурчання в животі виникає внаслідок переміщення газів, рідини в шлунку, кишках при ентероколіті, дискінезії кишок.

**Закреп** — порушення випорожнення кишок протягом 48 год і довше. Залежно від етіології та патогенезу закріпи поділяють на аліментарні, неврогенні, гіподинамічні, запальні, проктогенні, механічні, медикаментозні тощо.

**Пронос** — розлад функції кишок, який характеризується частими рідкими випорожненнями. За походженням виокремлюють проносний бактеріальний, паразитарний, вірусний, хронічний неспецифічний та ін. Під час проносу кількість калових мас становить понад 200 г, вміст води у них перевищує 80 % (у нормі — близько 60 %). Кількість випорожнень за добу — від 2 до 20 разів і більше.

**Шлунково-кишкові кровотечі.** Виникають на різних рівнях травного тракту: зі стравоходу, шлунка, кишок. Причинами кровотеч переважно є пептичні, стресові чи медикаментозні виразки (стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, тон-

кої і товстої кишок); ракові виразки; варикозне розширення вен стравоходу, шлунка, прямої кишки; поліпи шлунка, товстої кишки; телеангіектазії (хвороба Ослера) стравоходу та шлунка; запальні процеси в шлунку (гастрит), кишках (дифузний коліт). Досить рідко шлунково-кишкові кровотечі виникають унаслідок тромбоцитопенії або тромбоцитопатії.

За характером крововтрати розрізняють гострі та хронічні кровотечі. Реакція організму на крововтрату залежить від швидкості та ступеня крововтрати. Діагностика кровотечі з травного тракту ґрунтується переважно на клінічних проявах. Тому потрібно виявити причину, встановити локалізацію кровотечі, ступінь крововтрати. При цьому основними є такі симптоми: криваве блювання, дьогтеподібні випорожнення, загальні прояви гострої крововтрати.

Кровотечу зі стравоходу спостерігають при цирозі печінки, рідше — при телеангіектазії, виразці або раку стравоходу. Основний симптом — блювання з домішкою яскраво-червоної крові й темних мас типу кавової гуші; останні утворюються після потрапляння крові в шлунок і змішування гемоглобіну із соляною кислотою (солянокислий гематин має коричневий колір).

Найчастіше шлункова кровотеча виникає при пептичній виразці шлунка або дванадцятипалої кишки. Рідше значні крововтрати виникають при пухлинах шлунка, телеангіектазії, гастриті, поліпах шлунка, геморагічному васкуліті, тромбоцитопенії. При виразковій хворобі блювотні маси мають коричневе забарвлення (типу кавової гуші) з домішкою шлункового вмісту, реакція шлункового соку кисла. Проте часто при сильній кровотечі кров не встигає змішатися зі шлунковим вмістом, тому під час блювання зберігає свій натуральний колір. Слід пам'ятати, що при шлунковій кровотечі не обов'язково виникає криваве блювання. Часто спостерігають тільки кашкоподібні, липкі, чорні, як дьоготь (мелена), випорожнення.

Кишкові кровотечі виникають при виразкових ураженнях стінки кишок, але можуть спостерігатися і в разі тромбозу брижових судин, пухлин, гельмінтозів тощо. За наявності тріщин відхідника і пухлин можна спостерігати виділення крові із прямої кишки.

## Гострий гастрит

*Гострий гастрит* — поліетіологічний запальний процес із розвитком гострого дистрофічно-некротичного ушкодження поверхневого епітелію та залоз слизової оболонки шлунка.

**Етіологія.** Гострий гастрит уражує осіб будь-якого віку. Може бути екзогенного й ендогенного походження.

*Екзогенні чинники:*

- переїдання після довгого стримування від їжі;
- медикаментозне ушкодження слизової оболонки шлунка:
  - серцеві глікозиди;
  - кислота ацетилсаліцилова;
  - антибіотики;
  - сульфаніламідні препарати;
  - хінідин;

**ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

- надмірне споживання гарячої або недоброякісної їжі;
- аліментарні: їжа, інфікована сальмонелами та ін.

*Ендогенні чинники:*

- ниркова недостатність;
- інфекційні захворювання:
  - пневмонія;
  - тиф;
  - скарлатина;
  - дифтерія.
- непереносимість деяких продуктів харчування;
- захворювання органів травлення.

Гострий гастрит характеризується безпосередньою дією ушкоджувальних чинників на слизову оболонку шлунка. Розрізняють гематогенний та алергійний шляхи ураження слизової оболонки і її судин.

**Клінічна картина.** Гострий екзогенний гастрит характеризується вираженою симптоматикою. Хвороба розвивається через декілька годин після початку дії екзогенного чинника. У надчеревній ділянці відчувається тяжкість, з'являються нудота, слинотеча, неприємний присмак у роті, біль голови, запаморочення. Виникають біль у животі, блювання (часте або безперервне). Спочатку в блювотних масах містяться залишки їжі, згодом лише слиз із жовчю. Часом блювотні маси набувають рожево-червоного або бурого забарвлення через наявність домішки крові. У разі харчової токсикоінфекції до згаданих ознак приєднується пронос, унаслідок чого клінічна картина хвороби нагадує холеру. Усе це призводить до зневоднення організму та втрати хлоридів, що, своєю чергою, спричинює судоми литкових та інших скелетних м'язів.

Шкіра бліда, вкрита холодним потом. Температура тіла переважно нормальна, але якщо гострий екзогенний гастрит зумовлений харчовою токсикоінфекцією, підвищується до 38—39 °С.

Язик обкладений білим нальотом. Живіт здутий, під час пальпації болісний у надчеревній ділянці, іноді втягнений, проте під час пальпації завжди м'який, немає ознак подразнення очеревини (симптом Шоткіна—Блюмберга негативний).

У крові — лейкоцитоз, підвищена ШОЕ. У сечі — білок і циліндри.

Розрізняють диспептичну, колаптоїдну та змішану форми гострого екзогенного гастриту. За ступенем тяжкості гострий екзогенний гастрит характеризується легким, середньої тяжкості та тяжким перебігом.

На відміну від екзогенного, симптоми ендогенного гострого гастриту менш виражені: погіршується апетит, з'являється нудота, рідше — блювання. Виникають на тлі інфекційних захворювань. Водночас клінічна картина шлункової диспепсії більше виражена при гострій нирковій недостатності, аніж при застійному гастриті, що часто розвивається у хворих із хронічною недостатністю кровообігу.

Гострий екзогенний гастрит триває декілька днів і завершується клінічним одужанням. Загрозливий для життя лише гострий гастроентерит, що розвинувся на тлі споживання інфікованої їжі, особливо в осіб літнього віку. Не є загрозою для життя і гострий ендогенний гастрит.

**Перебіг і прогноз** сприятливі як для життя, так і для працездатності. У разі правильного лікування та дотримання режиму одужання настає через 2—5 днів.

## Основні проблеми пацієнта

## Наявні:

- біль (тяжкість у надчеревній ділянці);
- нудота, блювання;
- неприємний присмак у роті;
- підвищення температури тіла.

## Потенційні:

- страх переходу гострого процесу в хронічний.

## Планування медсестринських втручань

Основні проблеми пацієнта	Медсестринські втручання
<i>Наявні</i>	
<p style="text-align: center;">Блювання</p>  <p><i>Мал. 46. Допомога пацієнтові з блюванням: а — у положенні сидячи;</i></p>	<p><i>Допомога пацієнтові, який перебуває у стані притомності</i></p> <p>Повідомити лікаря (якщо пацієнт у стаціонарі)  Посадити пацієнта (якщо дозволяє його стан)  Забезпечити посудом для збирання блювотних мас  Одягнути пацієнтові фартух  Підтримати голову пацієнта, поклавши свою долоню на лоб (мал. 46, а, б)  Спостерігати за кількістю, кольором блювотних мас  Після закінчення блювання дати пацієнтові води прополоскати рот  Допомогти пацієнтові вимити лице і руки  Для припинення блювання дати пацієнтові м'ятні краплі, холодну, підкислену лимонною кислотою воду, 0,5 % розчин новокаїну</p>
 <p style="text-align: center;">б</p> <p><i>б — у положенні лежачи</i></p>	<p>Створити пацієнтові комфортні умови (зменшити освітлення, шум і температуру в приміщенні)  Спробувати заспокоїти пацієнта  Давати пояснення з приводу його стану за будь-яких обставин  Показати блювотні маси лікарю  Зібрати блювотні маси в банку (ємністю 250 мл), закрити кришкою, за призначенням лікаря написати направлення і відправити матеріал у лабораторію  Вимити свої руки милом і витерти рушником</p>

Основні проблеми пацієнта	Медсестринські втручання
 <p data-bbox="197 678 692 745">Мал. 47. Допомога під час блювання у непритомного пацієнта</p>	<p data-bbox="719 309 1337 338"><i>Допомога пацієнтові у непритомному стані</i></p> <p data-bbox="719 342 1485 477">Повернути хворого в ліжку на бік і зафіксувати його в такому положенні за допомогою подушки (для запобігання потраплянню блювотних мас у дихальні шляхи)</p> <p data-bbox="719 481 1310 510">Під голову покласти клейонку і рушник</p> <p data-bbox="719 515 1458 582">Підставити до рота ниркоподібний лоток на випадок повторного блювання (мал. 47)</p> <p data-bbox="719 586 1485 654">Після закінчення блювання провести туалет ротової порожнини антисептичними розчинами</p>
  <p data-bbox="236 1966 655 1995">Мал. 48. Промивання шлунка</p>	<p data-bbox="719 768 1161 797">Промивання шлунка (мал. 48)</p> <p data-bbox="719 801 1453 869">Надягти водонепроникні фартухи медсестрі та пацієнтові</p> <p data-bbox="719 873 1166 902">Увести товстий зонд у шлунок</p> <p data-bbox="719 907 1410 974">Під'єднати до зонда лійку, опустити її до рівня розташування шлунка</p> <p data-bbox="719 978 1070 1008">У лійку налити 1 л води</p> <p data-bbox="719 1012 1458 1079">Повільно підняти лійку догори, як тільки вода досягне вічка, опустити лійку до рівня колін</p> <p data-bbox="719 1084 1485 1151">Вилити промивні води в приготовлену стерильну посудину (для дослідження за призначенням лікаря)</p> <p data-bbox="719 1155 1469 1223">Процедуру повторювати до отримання чистих промивних вод</p> <p data-bbox="719 1227 1442 1294">Після закінчення процедури від'єднати і виїняти зонд, обгорнувши його серветкою</p> <p data-bbox="719 1299 1458 1366">Забруднені предмети занурити в посудину з дезінфекційним розчином</p> <p data-bbox="719 1370 1145 1400">Те саме зробити з фартухами</p> <p data-bbox="719 1404 970 1433">Зняти рукавички</p> <p data-bbox="719 1438 1481 1505">Оформити направлення і відправити промивні води в лабораторію</p>



## ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Закінчення табл.

Основні проблеми пацієнта	Медсестринські втручання
Нудота	Постільний режим, спокій Дати пацієнтові ковток холодної води, розчин новокаїну чи содової води, м'ятні краплі, шматочок льоду Увести церукал (реглан) за призначенням лікаря
Біль у надчеревній ділянці	На ділянку шлунка покласти теплу грілку, дати спазмолітики (но-шпу, беластезин та ін.) Дати випити теплої чаю чи настою шипшини або рисового відвару Дієтотерапія: спочатку — слизові несолоні супи. Хворий має споживати їх невеликими порціями через кожні 2—3 год. У наступні дні дають сухарі з білого хліба, киселі, м'ясне суфле, фруктове желе. Поступовий перехід до нормального харчування здійснюють упродовж 2 тиж.
<i>Потенційні</i>	
Процес може набути затяжного характеру	Пояснити пацієнтові необхідність дотримання дієтичного режиму Ознайомити пацієнта з дієтою в разі захворювання на гострий гастрит Дати пацієнтові можливість ознайомитися з літературою про захворювання шлунка і принципи лікувального харчування Порекомендувати не поспішати переходити на звичайне харчування, утриматися від спиртних напоїв, важкого фізичного навантаження протягом 10—15 днів

**Лікування** при гострому екзогенному гастриті розпочинають із промивання шлунка теплою водою або 0,5 % розчином харчової соди за допомогою товстого зонда. У разі легкого перебігу шлунок промивають шляхом уживання води і наступного штучного блювання: натискають двома пальцями на корінь язика (це хворий спроможний зробити сам).

Упродовж перших двох діб слід утримуватися від їжі, але споживати достатню кількість рідини. Після припинення блювання хворому дають теплий чай, воду з лимоном, теплий настій шипшини, рисовий або вівсяний відвар.

Якщо блювання не припиняється і є ознаки зневоднення, внутрішньовенно вводять 500—1000 мл 5 % розчину глюкози, 20—30 мл 10 % розчину натрію хлориду. Призначають церукал (реглан). З появою симптомів колапсу вводять кордіамін (2 мл внутрішньом'язово), кофеїн (10 % розчин 1—2 мл підшкірно), строфантин (0,05 % розчин 0,5—0,75 мл внутрішньовенно) при тахікардії. На ділянку шлунка кладуть теплу грілку.

Дієту розширюють поступово упродовж 2 тиж. Спочатку призначають слизові несолоні супи, які хворий має споживати невеликими порціями через кожні 2—3 год. У наступні дні додають сухарі з білого хліба, киселі, м'ясне суфле, рибні та курячі кнелі, фруктове желе. Згодом пацієнта поступово переводять до нормального харчування.

**ridmi**  
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

**КУПИТИ**