

**АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
З ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА
«Вузькі дисципліни: оториноларингологія»**

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 1

ЗАХВОРЮВАННЯ НОСА І ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ОГЛЯД ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Алгоритм:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Пояснити пацієнту мету обстеження.
3. Оглядати форму, симетрію, наявність деформацій, набряку, почервоніння.
4. Перевірити шкіру на наявність висипів, травм, шрамів.
5. За потреби — зробити пальпацію для оцінки болючості та щільності тканин.

**ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ОГЛЯД ПРИСІНКА ПОРОЖНИНИ
НОСА**

Алгоритм:

1. Попросити пацієнта висунути язик та трохи нахилити голову назад.
2. Використати шпатель або носове дзеркало для освітлення.
3. Оглядати слизову оболонку на наявність набряку, почервоніння, виділень, поліпів.
4. Визначити стан носових раковин і носової перегородки.
5. За необхідності зробити фото або запис результатів.

**ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПАЛЬПАЦІЯ НОСА І ПРИНОСОВИХ
ДІЛЯНОК**

Алгоритм:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Легко пальпувати кісткові та хрящові ділянки носа та приносових пазух.
3. Оцінити болючість, набряк, ущільнення.

4. Записати результати обстеження.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПАЛЬПАЦІЯ НОСА І ПРИНОСОВИХ ДІЛЯНОК

Алгоритм:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Легко пальпувати кісткові та хрящові ділянки носа та приносових пазух.
3. Оцінити болючість, набряк, ущільнення.
4. Записати результати обстеження.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОВЕДЕННЯ ОБСТЕЖЕННЯ ДИХАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Алгоритм:

1. Попросити пацієнта закрити рот та дихати через ніс.
2. Оцінити носове дихання на обидва носові ходи (чистота дихання, шум).
3. Використати пальпацію крила носа для визначення проходження повітря.
4. За потреби — провести пробу з ваткою або спиртовим розчином (оцінка руху повітря).

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПЕРЕДНЯ РИНОСКОПІЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛОБОВОГО РЕФЛЕКТОРА

1. Мета навички

Візуальний огляд передніх відділів порожнини носа (присінка, носової перегородки, дна порожнини носа, нижніх і середніх носових раковин, носових ходів) для оцінки анатомічного стану та виявлення патологічних змін.

2. Показання

Навичка застосовується у таких випадках:

- Скарги пацієнта на утруднене носове дихання, виділення з носа, порушення нюху.

- Діагностика гострих та хронічних запальних процесів (риніти, синусити).
- Підозра на наявність стороннього тіла в носовій порожнині.
- Носові кровотечі (для встановлення джерела).
- Травми носа та лицевого скелета.
- Профілактичні огляди.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** відсутні.
- **Відносні:**
 - Фурункул присінка носа (ризик дисемінації інфекції при компресії).
 - Виражене психомоторне збудження пацієнта.
 - Загальний важкий стан, що унеможливорює перебування пацієнта в сидячому положенні (огляд проводиться біля ліжка з портативним джерелом світла).

4. Необхідне оснащення

- Лобовий рефлектор (синиця).
- Джерело світла (настільна лампа 60–100 Вт з матовою колбою).
- Носорозширювач (дзеркало) Гартмана (дорослий/дитячий).
- Ниркоподібний лоток.
- Стерильні марлеві серветки/вата.
- Медичні рукавички (нестерильні оглядові).
- Ємність із дезінфікуючим розчином для використаних інструментів.

5. Алгоритм виконання

1. Підготовчий етап

1. Привітатися, ідентифікувати пацієнта, пояснити суть процедури та отримати згоду.
2. Обробити руки, надягнути рукавички.
3. Посадити пацієнта на стілець. Джерело світла (лампу) розташувати праворуч від пацієнта на рівні його вушної раковини (приблизно 15–20 см від голови).

4. Медичний працівник сідає навпроти пацієнта (ноги пацієнта знаходяться збоку від ніг оглядача).

II. Налаштування освітлення

5. Одягнути лобовий рефлектор. Встановити його так, щоб отвір рефлектора знаходився навпроти лівого ока (біноккулярний зір).
6. Сфокусувати світловий пучок («зайчик») на кінчику носа пацієнта (відстань 25–30 см), заплющивши праве око, переконатися, що світло видно через отвір рефлектора лівим оком.

III. Основний етап (Виконання процедури)

7. Фіксація голови: Покласти долоню правої руки на тім'яну ділянку голови пацієнта для фіксації та керування нахилом голови.
8. Взяття інструмента: Лівою рукою взяти носорозширювач так, щоб бранші (губки) дивилися вперед, тильна поверхня кисті — догори, вказівний палець — зверху на вісі з'єднання бранш, IV і V пальці — між ручками пружини (для контролю сили розкриття).
9. Введення: Обережно ввести закриті бранші носорозширювача у присінок носа на глибину 1–1,5 см.
10. Огляд (I позиція): Голова пацієнта тримається прямо. Повільно розкрити бранші (не торкаючись перегородки носа, оскільки це викликає біль). Оглянути дно порожнини носа, нижню носову раковину, нижній носовий хід, передні відділи перегородки.
11. Огляд (II позиція): Обережно відхилити голову пацієнта назад. Оглянути середню носову раковину, середній носовий хід та верхні відділи перегородки.

IV. Завершальний етап

12. Обережно зімкнути бранші носорозширювача не повністю (щоб не защемити волоски присінка носа) і вивести інструмент з носової порожнини.
13. Повторити процедуру для другої половини носа.

6. Критерії правильності виконання

- Світловий пучок чітко сфокусований у порожнині носа.
- Ліва рука правильно утримує носорозширювач, не перекриваючи огляд.
- Права рука надійно фіксує голову пацієнта.
- Інструмент вводиться та виводиться атравматично.
- Медичний працівник чітко візуалізує анатомічні структури (перегородку, раковини, ходи).

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Біль та слезотеча:** Виникають при грубому дотику бранш до носової перегородки (зона Кіссельбаха дуже чутлива).
- **Висмикування волосся:** Повне змикання бранш при виведенні інструмента.
- **Недостатній огляд:** Неправильне налаштування світла або надто глибоке/поверхневе введення дзеркала.
- **Носова кровотеча:** Травмування слизової оболонки.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Використання індивідуальних засобів захисту (рукавички, маска) для запобігання контакту з біологічними рідинами (слиз, кров).
- Обережна фіксація голови пацієнта для уникнення різких рухів під час огляду.
- Після використання носорозширювач та лоток підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню та стерилізації відповідно до чинних наказів МОЗ України.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКРУЧУВАННЯ ВАТИ НА ЗОНД ТА ВЗЯТТЯ МАЗКА ЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НОСА

1. Мета навички

- **Діагностична:** Забір біологічного матеріалу (слиз, гній, плівки) для бактеріологічного, вірусологічного або цитологічного дослідження (ідентифікація збудника, визначення чутливості до антибіотиків, виявлення еозинофілів).

- **Підготовча/Лікувальна:** Підготовка інструментарію для проведення туалету порожнини носа або аплікації лікарських речовин (змащування).

2. Показання

- Підозра на інфекційний процес у порожнині носа та приносових пазухах (риніт, синусит).
- Скринінг на носійство патогенної флори (наприклад, *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium diphtheriae*).
- Алергічні риніти (риноцитограма).
- Визначення чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** відсутні.
- **Відносні:**
 - Активна профузна носова кровотеча (ризик посилення).
 - Свіжа травма носа з порушенням цілісності структур (діяти з особливою обережністю).

4. Необхідне оснащення

- ЛОР-зонд із нарізкою (пуговчастий або зонд Воячека).
- Стерильна гігроскопічна вата.
- Лобовий рефлектор та джерело світла (або налобний освітлювач).
- Носорозширювач (дзеркало носове).
- Стерильна пробірка з транспортним середовищем (або суха стерильна пробірка).
- Предметне скло (для риноцитограми).
- Ниркоподібний лоток.
- Засоби індивідуального захисту (рукавички, маска).
- Спирт етиловий 70% (для знежирення зонда перед накручуванням, якщо потрібно).

5. Алгоритм виконання

Етап I. Накручування вати на зонд

1. Обробити руки, підготувати зонд (він має бути сухим та чистим).
2. Взяти лівою рукою тонкий пласт вати, розпушити його.
3. Правою рукою покласти робочу частину зонда (нарізку) на середину ватного шару.
4. Перегнути вільний край вати через кінець зонда так, щоб сформувати м'яку «подушечку» (захист від травмування слизової металом).
5. Притиснути вату пальцями лівої руки до зонда і **обертати зонд правою рукою за годинниковою стрілкою** навколо своєї осі. Вата має щільно лягти на нарізку, не прокручуватися і не сповзати.
6. Кінець зонда має бути надійно захищений ватним тампоном («пензликом»).

Етап II. Взяття мазка

7. Посадити пацієнта, налагодити освітлення за допомогою лобового рефлектора.
8. Попросити пацієнта злегка закинути голову назад.
9. Лівою рукою підняти кінчик носа пацієнта (або ввести носорозширювач для кращого огляду).
10. Обережно ввести підготовлений зонд у порожнину носа, не торкаючись шкіри присінка та волосків (щоб уникнути контамінації флорою шкіри).
11. Провести забір матеріалу обертальними рухами зі слизової оболонки нижнього носового ходу або нижньої носової раковини (за потреби — із зон запалення/нашарувань).
12. Вивести зонд із носа, не торкаючись зовнішніх частин носа.
13. Помістити зонд у стерильну пробірку (не торкаючись стінок) або нанести матеріал на предметне скло (залежно від виду дослідження).

6. Критерії правильності виконання

- Ватний тампон на зонді зафіксований щільно, не знімається при потягуванні, повністю закриває металевий кінець.

- Збір матеріалу проведено з глибини носової порожнини (слизової оболонки), а не зі шкіри присінка.
- Дотримано правил асептики: стерильний зонд не торкався сторонніх предметів до і після контакту зі слизовою.
- Матеріал вчасно та правильно зафіксований/упакований для транспортування в лабораторію.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Зісковзування вати в носі:** Причина — нещільне накручування або використання зонда без нарізки. (Стороннє тіло носа).
- **Травма та кровотеча:** Використання зонда з незахищеним (оголеним) кінцем або грубі маніпуляції.
- **Хибний результат аналізу:** Торкання зондом шкіри присінка носа (потрапляння стафілококів зі шкіри) або використання нестерильної вати.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Використання рукавичок та маски є обов'язковим для захисту медперсоналу від інфекційних агентів (крапельний механізм передачі).
- При підозрі на дифтерію або COVID-19 використовувати повний комплект ЗІЗ (респіратор, щиток/окуляри).
- Відпрацьовані матеріали (вата, рукавички) та інструменти занурюють у дезінфікуючий розчин згідно з чинними наказами МОЗ України щодо поводження з медичними відходами.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ЗАКАПУВАННЯ В НІС ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВВЕДЕННЯ МАЗІ

1. Мета навички

Забезпечення місцевого терапевтичного впливу на слизову оболонку порожнини носа: звуження судин (деконгестація), знеболення, пригнічення інфекції, розм'якшення кірок або зволоження слизової оболонки.

2. Показання

- Гострі та хронічні риніти, синусити (введення судинозвужувальних або антибактеріальних крапель).
- Носові кровотечі (введення гемостатиків).
- Атрофічний риніт, озена (введення олійних розчинів, мазей для розм'якшення кірок).
- Фурункул або екзема присінка носа (введення мазі).
- Післяопераційний догляд за порожниною носа.

3. Протипоказання

- Алергічна реакція на компоненти лікарського засобу.
- Атрофічний риніт (для судинозвужувальних крапель).
- Травматичні пошкодження, що потребують хірургічної ревізії (відносно протипоказання до сліпого введення мазі).

4. Необхідне оснащення

- Лікарський засіб (краплі, мазь/крем), перевірений на придатність.
- Стерильна піпетка (якщо флакон не має крапельниці).
- Скляна лопатка, скляна паличка або стерильний ватний зонд (для мазі).
- Ватні турунди/кульки.
- Ниркоподібний лоток.
- Рукавички медичні.
- Ємність із дезінфікуючим розчином.

5. Алгоритм виконання

І. Закапування крапель

1. Пояснити пацієнту хід процедури, отримати згоду. Вимити руки, надягнути рукавички.
2. **Підготовка носа:** Попросити пацієнта очистити ніс (висякатися). При сильній закладеності — по чергово кожен ніздрю.
3. **Підготовка засобу:** Перевірити температуру крапель (мають бути підігріті до 36–37°C, холодні краплі викликають чхальний рефлекс).
4. **Положення пацієнта:**

- *Варіант 1 (сидячи):* Голову закинути назад і трохи нахилити в бік тієї половини носа, куди вводять ліки (це забезпечує потрапляння розчину в середній носовий хід).
 - *Варіант 2 (лежачи):* Пацієнт лежить на спині, голова звішена вниз, злегка повернута в бік закапування.
5. **Введення:** Набрати ліки в піпетку. Не торкаючись стінок носа, ввести 3–5 крапель у відповідну ніздрю.
 6. **Розподіл:** Попросити пацієнта притиснути крило носа до перегородки та зробити легкі колові рухи (масаж) для рівномірного розподілу рідини по слизовій. Залишатися в такому положенні 1–2 хв.
 7. Повторити для другої половини носа.

II. Введення мазі

1. Набрати невелику кількість мазі на скляну паличку або ватний зонд.
2. Під контролем зору (можна використати лобовий рефлексор) ввести інструмент у присінок або нижній носовий хід.
3. Обережно змастити уражену ділянку слизової оболонки.
4. Вийняти інструмент, притиснути крило носа до перегородки та помасувати для рівномірного розподілу мазі (під дією температури тіла мазь розплавляється і покриває слизову).
 - *Альтернативний метод:* Вкласти в ніс ватну турунду, просочену маззю, на 10–15 хвилин (за призначенням лікаря).

III. Введення порошкоподібних речовин (інсуфляція медикаментів)

1. Використати порошкові або аерозольні форми ліків.
 2. Ввести в носові ходи відповідно до інструкції виробника.
- 6. Критерії правильності виконання**
- Лікарський засіб потрапив у носову порожнину, а не витік назовні.
 - Пацієнт відчуває смак ліків у носоглотці (свідчить про проходження крапель через хоани).
 - Відсутні больові відчуття або травмування слизової під час маніпуляції.
 - Дотримано правил асептики.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Введення холодних крапель:** Викликає подразнення, чхання, головний біль.
- **Торкання піпеткою слизової:** Ризик інфікування вмісту флакона.
- **Неправильне положення голови:** Ліки відразу стікають у глотку, не діючи на слизову оболонку носа (особливо важливо при лікуванні синуситів).
- **Механічна травма:** Грубе введення скляної палички з маззю.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Піпетки (якщо багаторазові) та скляні палички після використання підлягають дезінфекції та стерилізації.
- Використання індивідуальних флаконів для кожного пацієнта у стаціонарі запобігає перехресному інфікуванню.
- Обов'язкове використання рукавичок для захисту медперсоналу від контакту зі слизом пацієнта.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОВЕДЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ТАМПОНАДИ НОСА

1. Мета навички

Механічна зупинка носової кровотечі шляхом щільного притискання пошкоджених судин тампоном у порожнині носа.

2. Показання

- Носова кровотеча (епістаксис), яку не вдається зупинити найпростішими методами (притискання крила носа, холод, введення ватної кульки).
- Кровотеча після внутрішньоносових операцій (септопластика, конхотомія).
- Травми носа з ушкодженням слизової оболонки.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні при загрозі життя від крововтрати.

- **Відносні:** Перелом основи черепа (ризик проникнення тампона в порожнину черепа — виконується з особливою обережністю або замінюється задньою тампонадою).

4. Необхідне оснащення

- Лобовий рефлектор або налобний освітлювач.
- Носорозширювач.
- Пінцет штик-подібний (вушний) — *критично важливий для зручності маніпуляції*.
- Марлева турунда (смужка бинта) шириною 1–2 см, довжиною 50–70 см.
- Гемостатичний засіб (розчин перекису водню 3%, амінокапронова кислота) або вазелінова олія/мазь (для запобігання присихання).
- Розчин анестетика (лідокан 10% аерозоль) — за відсутності алергії.
- Ниркоподібний лоток.
- Засоби захисту: рукавички, маска, захисні окуляри або щиток, фартух.
- Бинт для пращоподібної пов'язки.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовка

1. Одягнути захисний одяг (фартух, маска, окуляри, рукавички).
2. Посадити пацієнта, попросити нахилити голову трохи вперед (щоб кров не стікала в глотку).
3. Попросити пацієнта висякатися (видалити згустки крові) або провести відсмоктування вмісту електроаспіратором.
4. Провести аплікаційну анестезію слизової оболонки (зрошення лідокаїном) за відсутності алергії.
5. Просочити турунду гемостатиком або індиферентною маззю.

II. Виконання тампонади (Петльовий метод за Мікулічем)

6. Взяти носорозширювач у ліву руку, розкрити ніздрю.
7. Правою рукою за допомогою штик-подібного пінцета захопити турунду, відступивши 1 см від краю.
8. Ввести кінець турунди глибоко на дно порожнини носа (майже до хоан).

9. Захопити пінцетом наступну ділянку турунди (через 3–4 см) і ввести її в ніс, щільно притискаючи до попередньої петлі.

10. Техніка «гармошки»: Вкладати турунду петлями від дна носа догори, щільно утрамбовуючи кожен шар. Послідовно заповнювати задні, середні та передні відділи.

11. Кінець турунди залишити біля входу в ніс або зафіксувати «якірним» валиком.

III. Завершення

12. Накласти на ніс пращоподібну пов'язку.

13. Оглянути ротоглотку (попросити відкрити рот), щоб переконатися, що кров не стікає по задній стінці глотки (ознака неефективної тампонади).

6. Критерії правильності виконання

- Кровотеча зупинена (відсутнє підтікання крові назовні та по задній стінці глотки).
- Тампон розміщений щільно, заповнює всю половину носа.
- Пацієнт може дихати через рот, пов'язка надійно зафіксована.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Нещільна тампонада:** Кров продовжує текти повз тампон у глотку (прихована крововтрата).
- **Тампонування тільки передніх відділів:** Кров накопичується позаду тампона і стікає в глотку.
- **Травматизація слизової:** Грубі маніпуляції пінцетом, що посилює кровотечу.
- **Вазовагальна реакція:** Втрата свідомості пацієнтом під час процедури (біль, страх крові).

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Біологічна безпека:** Обов'язковий захист очей та одягу медичного працівника, оскільки можливе розбризкування крові при чханні пацієнта.

- Тампони видаляють обережно через 24–48 годин, попередньо розмочивши їх перекисом водню, щоб уникнути рецидиву кровотечі.
- Інструменти після використання підлягають негайній дезінфекції.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКЛАДАННЯ ЗІГРІВАЛЬНОГО КОМПРЕСУ НА ДІЛЯНКУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ

1. Мета навички

Лікувальна фізіопроцедура, спрямована на тривале розширення кровоносних судин у глибоких тканинах за рахунок блокування тепловіддачі.

Клінічні ефекти: покращення місцевого кровообігу, розсмоктування запального інфільтрату, зменшення набряку, знеболення.

2. Показання

- Хронічний гайморит (верхньощелепний синусит) у стадії ремісії.
- Гострий катаральний гайморит у стадії розсмоктування (коли забезпечено відтік вмісту і нормалізована температура тіла).
- Залишкові явища після перенесеного гострого синуситу.

3. Протипоказання

- **Гнійні процеси:** Гострий гнійний гайморит (ризик поширення інфекції в порожнину черепа або орбіту).
- **Гіпертермія:** Підвищення температури тіла понад 37,5°C.
- **Шкірні захворювання:** Гнійничкові висипання, дерматити, порушення цілісності шкіри в ділянці накладання (щока).
- **Онкологічні захворювання** або підозра на них.
- Схильність до носових кровотеч.

4. Необхідне оснащення

- **Лікарський розчин:** Вода кімнатної температури (20–25°C) або напівспиртовий розчин (етиловий спирт 40–45° або горілка).
- **Матеріали для трьох шарів компресу:**

1. *Вологий шар*: Марлева серветка, складена у 6–8 шарів (розмір має перекривати ділянку пазухи).
2. *Ізолюючий шар*: Компресний папір або вощаний папір (клейонка).
3. *Утеплюючий шар*: Шар вати.
 - Бинт марлевий (для фіксації).
 - Ножиці.
 - Ниркоподібний лоток.
 - Вазелін або дитячий крем (для захисту чутливої шкіри).
 - Ємність для розчину.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Привітатися, ідентифікувати пацієнта, пояснити мету та хід процедури.
2. Переконатися у відсутності протипоказань (виміряти температуру тіла, оглянути шкіру обличчя).
3. Обробити руки, надягнути рукавички (якщо є ризик контакту з виділеннями, інакше — гігієнічний рівень).
4. Змастити шкіру щоки в проекції пазухи тонким шаром вазеліну (для запобігання мацерації або опіку спиртом).

II. Підготовка шарів компресу

5. Вирізати серветку відповідного розміру (має покривати ділянку щоки під оком до крила носа, не заходячи на око).
6. Підготувати компресний папір: він має виступати за краї серветки на 1,5–2 см з усіх боків.
7. Підготувати шар вати: він має виступати за краї компресного паперу на 1,5–2 см.

III. Накладання компресу

8. Змочити марлеву серветку у підготовленому розчині, добре відтиснути її (вона має бути вологою, але з неї не повинно текти).

9. Прикласти вологу серветку щільно до шкіри в ділянці проекції гайморової пазухи.

10. Зверху накласти компресний папір (стежити, щоб він повністю перекрив вологу серветку).

11. Зверху накласти шар вати (для збереження тепла).

12. Зафіксувати компрес бинтовою пов'язкою навколо голови (коса пов'язка на одне око або циркулярна, не перетискаючи шию і не закриваючи здорове око).

IV. Завершальний етап

13. Залишити компрес на визначений час:

- Водний/напівспиртовий: 6–8 годин (зручно на ніч).

14. Після зняття компресу протерти шкіру сухою серветкою, накласти суху пов'язку на 30–60 хв (для запобігання охолодженню).

15. Зробити запис про виконання процедури.

6. Критерії правильності виконання

- **Суб'єктивні:** Через 15–20 хвилин після накладання пацієнт відчуває приємне глибоке тепло (не печіння, не холод).
- **Об'єктивні:** Після зняття компресу внутрішній шар марлі залишається теплим і вологим. Шкіра під компресом тепла, рожева, волога.
- **Технічні:** Кожен наступний шар перекриває попередній на 1–2 см (герметичність).

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Охолодження замість зігрівання:** Виникає, якщо компресний папір менший за марлю (не перекриває її повністю) або якщо вата накладена нещільно. Волога випаровується, викликаючи охолодження.
- **Хімічний опік шкіри:** Використання нерозведеного 96% спирту або накладання на пошкоджену шкіру.

- **Посилення болю/розвиток гнійного ускладнення:** Накладання компресу в гостру фазу запалення при високій температурі.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Використовувати тільки чисті матеріали.
- Не використовувати одну й ту ж марлеву серветку повторно без прання та стерилізації.
- Стежити, щоб розчин не потрапив в око пацієнту (викликає сильне подразнення кон'юнктиви).

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКЛАДАННЯ ПРАЩОПОДІБНОЇ ПОВ'ЯЗКИ НА НІС

1. Мета навички

Надійна фіксація перев'язувального матеріалу (марлевих серветок, «якірного» валика тампонади) в ділянці носа без використання клейових засобів (пластиру), захист рани від зовнішнього впливу та забруднення.

2. Показання

- Період після ринохірургічних втручань (септопластика, ринопластика, репозиція кісток носа).
- Фіксація марлевого валика після проведення передньої тампонади носа (для запобігання випадінню тампона).
- Травми, опіки, відмороження носа.
- Лікування запальних процесів зовнішнього носа (фурункул, карбункул, екзема) — для утримання ліків.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні.
- **Відносні:** Необхідність залишати обличчя відкритим для постійного моніторингу (у рідкісних випадках).

4. Необхідне оснащення

- Бинт марлевий (шириною 6–8 см, довжиною 60–70 см).
- Стерильні марлеві серветки.

- Ножиці медичні.
- Пінцет.
- Ниркоподібний лоток.
- Медичні рукавички.
- Антисептик для рук.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовка пов'язки (виготовлення «праці»)

1. Відрізати смужку бинта довжиною 60–70 см.
2. Розрізати смужку вздовж посередині з обох кінців, залишаючи в центрі нерозрізану частину довжиною 10–15 см (залежить від розміру носа пацієнта). Ця цільна частина слугуватиме ложем для носа.

II. Підготовка пацієнта

3. Пояснити хід процедури, посадити пацієнта обличчям до себе.
4. Обробити руки, надягнути рукавички.
5. Обробити шкіру навколо носа (за потреби), накласти на ніс стерильну марлеву серветку або перевірити фіксацію тампона.

III. Накладання пов'язки

6. Прикласти нерозрізану (центрально) частину праці поперек носа, прикриваючи стерильну серветку.
7. Верхні зав'язки: Провести верхні кінці бинта над вушними раковинами та зав'язати їх вузлом на потилиці (задній поверхні шиї), ближче до низу. Це фіксує пов'язку від сповзання вниз.
8. Нижні зав'язки: Провести нижні кінці бинта під вушними раковинами та зав'язати їх на потилиці, вище першого вузла (або на тім'ї, залежно від анатомії, щоб створити перехресну тягу).
 - Альтернативний варіант (перехресний): Верхні кінці ведуть униз під вуха і зав'язують на шиї, нижні кінці ведуть угору над вухами і зав'язують на потилиці. Це забезпечує найнадійнішу фіксацію.

IV. Перевірка та завершення

9. Перевірити ступінь тиску: пов'язка має щільно прилягати, але не порушувати кровообіг і не перетискати вуха.

10. Дезінфікувати використані інструменти. Зняти рукавички.

6. Критерії правильності виконання

- Пов'язка надійно утримує перев'язувальний матеріал на носі.
- «Праща» не сповзає при рухах головою та розмові.
- Вузли не тиснуть пацієнту (особливо в положенні лежачи).
- Пов'язка не закриває очі та не заважає огляду.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Надмірне стягування:** Викликає головний біль, порушення венозного відтоку, біль у ділянці вушних раковин.
- **Слабке зав'язування:** Зміщення пов'язки, випадіння тампонади або оголення рани.
- **Вузька нерозрізана частина:** Бинт врізається в кінчик носа, не закриває повністю крила носа.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Процедура виконується в рукавичках, оскільки можливий контакт із кров'ю або ексудатом.
- Стерильна серветка під пращею є обов'язковою, якщо є ранева поверхня (нестерильний бинт не повинен торкатися рани).
- При забрудненні кров'ю пов'язку замінюють на чисту.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 2

ЗАХВОРЮВАННЯ ГЛОТКИ ТА СТРАВОХОДУ

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ОГЛЯД ПОРОЖНИНИ РОТОГЛОТКИ

1. Мета навички

Візуальна оцінка стану слизової оболонки та органів ротоглотки (м'якого піднебіння, піднебінних дужок, мигдаликів, задньої стінки глотки) для виявлення патологічних змін, запальних процесів, наявності нальотів або сторонніх тіл.

2. Показання

- Скарги пацієнта на біль у горлі, утруднене ковтання (дисфагія), першіння.
- Підозра на гострі інфекційні захворювання (ангіна, фарингіт, дифтерія, скарлатина, інфекційний моновірусоз).
- Наявність перитонзиллярного абсцесу.
- Відчуття стороннього тіла в горлі.
- Профілактичні огляди та диспансеризація.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні.
- **Відносні:**
 - Виражений тризм жувальної мускулатури (спазм, що унеможливорює відкривання рота).
 - Епіглотит (запалення надгортанника) — натискання шпателем може спровокувати ларингоспазм і зупинку дихання (огляд проводиться вкрай обережно лікарем).

4. Необхідне оснащення

- Шпатель металевий (стерильний) або одноразовий (дерев'яний/пластиковий).
- Лобовий рефлектор або налобний освітлювач.
- Джерело світла (настільна лампа).
- Ниркоподібний лоток для використаних інструментів.
- Засоби індивідуального захисту (рукавички, маска, захисний щиток).
- Стерильні марлеві серветки.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть процедури, отримати згоду.
2. Обробити руки, надягнути маску та рукавички.

3. Посадити пацієнта навпроти себе, джерело світла розташувати праворуч від пацієнта.
4. Налаштувати лобовий рефлектор, сфокусувавши світловий пучок на губах пацієнта (рот закритий).

II. Основний етап (Огляд)

5. Взяти шпатель у ліву руку (для правші), утримуючи його великим пальцем знизу, а вказівним та середнім — зверху.
6. Попросити пацієнта відкрити рот і дихати ротом спокійно. Язик має лежати в роті вільно (не висовувати його).
7. Ввести шпатель у ротову порожнину, покласти його на передні 2/3 язика (не торкатися кореня язика, щоб не викликати блювотний рефлекс).
8. Обережно, але впевнено натиснути шпателем на язик донизу і трохи вперед.
9. Послідовність огляду:
 - Присінок рота, зуби, ясна.
 - Тверде та м'яке піднебіння.
 - Передні та задні піднебінні дужки.
 - Піднебінні мигдалики (оцінити розмір, колір, наявність вмісту в лакунах).
 - Задня стінка глотки.
10. Перевірка рухливості: Попросити пацієнта вимовити звук «А-а-а» (або «Е-е-е»). Це дозволяє оцінити симетричність скорочення м'якого піднебіння та краще побачити задню стінку глотки.

III. Завершальний етап

11. Вивести шпатель із ротової порожнини.
12. Помістити багаторазовий шпатель у лоток із дезрозчином (або утилізувати одноразовий).
13. Зняти рукавички, вимити руки.
14. Зафіксувати результати огляду в медичній документації.

6. Критерії правильності виконання

- Забезпечено повний огляд усіх структур ротоглотки (особливо нижніх полюсів мигдаликів).
- Світлова пляма чітко освітлює зону огляду.
- У пацієнта не виникає блювотний рефлекс (завдяки правильному розміщенню шпателя — не глибше середньої третини язика).
- М'яке піднебіння активно рухається при фонації.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Провокування блювотного рефлексу:** Торкання шпателем кореня язика або задньої стінки глотки.
- **Механічна травма:** Пошкодження слизової оболонки губ або ясен при грубому натисканні шпателем ("притискання губи до зубів").
- **Недостатній огляд:** Язик "горбиться" і закриває огляд через страх пацієнта або неправильну команду (прохання висунути язик).
- **Недостатнє освітлення:** Неправильне фокусування рефлектора.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Захист очей та дихальних шляхів медпрацівника:** Обов'язкове використання маски та захисних окулярів/щитка, оскільки під час огляду пацієнт може кашлянути (ризик крапельної інфекції: грип, COVID-19, дифтерія, менінгокок).
- При підозрі на дифтерію огляд проводиться з максимальною обережністю, щоб не зірвати плівки (ризик кровотечі та прискорення всмоктування токсинів).

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОВЕДЕННЯ ФАРИНГОСКОПІЇ

1. Мета навички

Візуальне обстеження органів середнього відділу глотки (ротоглотки) при штучному освітленні для оцінки їх анатомічного стану, функції та виявлення патологічних процесів.

2. Показання

- Скарги пацієнта на біль у горлі, дискомфорт при ковтанні, першіння.

- Підозра на запальні захворювання (ангіна, фарингіт, паратонзиліт).
- Наявність нальотів, виразок, новоутворень у ротоглотці.
- Підозра на стороннє тіло ротоглотки (риб'яча кістка тощо).
- Профілактичні огляди.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні.
- **Відносні:**
 - Виражений тризм жувальних м'язів (неможливість відкрити рот).
 - Епіглотит (ризик ларингоспазму при натисканні на корінь язика).
 - Різко підвищений блювотний рефлекс (потребує попередньої аплікаційної анестезії).

4. Необхідне оснащення

- Шпатель (металевий стерильний або одноразовий дерев'яний/пластиковий).
- Лобовий рефлектор (синиця) або налобний освітлювач.
- Джерело світла (настільна лампа 60–100 Вт).
- Лоток ниркоподібний.
- Стерильні марлеві серветки.
- Засоби індивідуального захисту (медичні рукавички, маска, захисний щиток/окуляри).
- Ємність із дезрозчином.

5. Алгоритм виконання

1. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть маніпуляції.
2. Вимити руки, надягнути маску, захисні окуляри та рукавички.
3. Посадити пацієнта навпроти себе (ноги пацієнта збоку від ніг оглядача). Джерело світла розташувати праворуч від пацієнта на рівні його вуха.

4. Налаштувати лобовий рефлектор: сфокусувати світловий пучок на роті пацієнта.

II. Основний етап (Техніка огляду)

5. Взяти шпатель у ліву руку (великий палець знизу, вказівний та середній — зверху).
6. Попросити пацієнта відкрити рот і дихати спокійно ротом. Язик має знаходитись у порожнині рота (не висовувати!).
7. Ввести шпатель у ротову порожнину, покласти його пласко на передні 2/3 язика (не торкаючись кореня язика, щоб уникнути блювотного рефлексу).
8. Обережно натиснути шпателем на язик донизу і вперед (не притискаючи його до нижніх різців, щоб не травмувати нижню губу).
9. Оглянути структури:
 - М'яке піднебіння та язичок.
 - Передні та задні піднебінні дужки.
 - Піднебінні мигдалики (оцінити розмір, колір, наявність пробок/нальотів у лакунах).
 - Задню стінку глотки (колір, вологість, наявність гранул).
10. Попросити пацієнта вимовити звук «А-а-а»: оцінити симетричність рухливості м'якого піднебіння.

III. Завершальний етап

11. Вивести шпатель із ротової порожнини, не торкаючись кореня язика.
12. Покласти використаний інструмент у лоток для дезінфекції.
13. Зняти ЗІЗ, вимити руки.
14. Записати дані огляду.

6. Критерії правильності виконання

- Чітка візуалізація всіх стінок ротоглотки та мигдаликів.
- Яскраве освітлення зони огляду.

- Спокійна поведінка пацієнта, відсутність блювотного рефлексу.
- Відсутність травмування слизової оболонки та губ.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Виклик блювотного рефлексу:** Дотик шпателем до задньої третини (кореня) язика.
- **Недостатній огляд:** "Гірка" язика закриває огляд через неправильне положення шпателя або напруження пацієнта.
- **Травма губи:** Притискання нижньої губи до зубів ручкою шпателя.
- **Кашель в обличчя медпрацівнику:** Недотримання дистанції або правил захисту.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Захист від інфекцій:** Обов'язкове використання маски та окулярів/щитка, оскільки під час огляду можливий викид аерозолію (слини, мокротиння) при кашлі або розмові пацієнта (профілактика грипу, COVID-19, менінгококової інфекції).
- **Стерильність:** Використання тільки стерильних або одноразових шпателів.
- **Дезінфекція:** Ретельна обробка багаторазових інструментів.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВЗЯТТЯ МАЗКА ІЗ ЗІВУ ТА НОСА НА ДИФТЕРІЮ

1. Мета навички

Забір біологічного матеріалу (слизу, плівок) для бактеріологічного дослідження з метою виділення збудника дифтерії (*Corynebacterium diphtheriae*) та визначення його токсигенних властивостей.

2. Показання

- Підозра на дифтерію (клінічні симптоми: фібринозні плівки, набряк шиї, інтоксикація).
- Діагностика ангін з нальотами.
- Обстеження контактних осіб у вогнищі дифтерії.
- Профілактичні обстеження декретованих груп населення (перед вступом на роботу, планові огляди).

- Контроль санації реконвалесцентів (бактеріоносіїв) перед випискою.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні.
- **Відносні:** Виражений стеноз гортані (ризик погіршення стану при хвилюванні), однак у критичних ситуаціях забір проводиться з обережністю.

4. Необхідне оснащення

- Два стерильні тампони (тупфери) у пробірках (окремо для носа і для зіву).
- Шпатель (стерильний металевий або одноразовий).
- Лобовий рефлектор або джерело світла.
- Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ): халат, шапочка, маска (респіратор), захисні окуляри/щиток, рукавички.
- Бланки направлень у бактеріологічну лабораторію.
- Ємність для транспортування (бікс або спеціальний контейнер).
- Дезінфікуючий розчин.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть процедури. Мазок беруть натщесерце або не раніше ніж через 2 години після їжі/полоскання горла.
2. Одягнути повний комплект ЗІЗ (маска і щиток обов'язкові, оскільки пацієнт може кашлянути).
3. Маркувати пробірки (П.І.Б. пацієнта, дата, місце забору: «Н» — ніс, «З» — зів).
4. Посадити пацієнта обличчям до джерела світла.

II. Забір матеріалу із зіву (маркування «З»)

5. Вийняти стерильний тампон із пробірки, тримаючи його за корок (не торкатися стінок пробірки та зовнішніх предметів).
6. Взяти шпатель у ліву руку, притиснути корінь язика.

7. Ввести тампон у ротову порожнину, не торкаючись язика, зубів та слизової щік.

8. Техніка забору:

- При наявності плівок: Матеріал брати на межі ураженої та здорової тканини, злегка піднімаючи край плівки.
- При відсутності плівок (носійство/контактні): Ретельно протерти тампоном поверхню обох мигдаликів, піднебінних дужок та задньої стінки глотки.

9. Обережно вивести тампон і помістити його в пробірку, не торкаючись зовнішніх країв.

III. Забір матеріалу з носа (маркування «Н»)

10. Взяти другий стерильний тампон.

11. Ввести тампон спочатку в один носовий хід, потім в інший, обертальними рухами збираючи слиз із перегородки та нижніх носових раковин (глибина введення 1,5–2 см).

12. Помістити тампон у відповідну пробірку.

IV. Завершальний етап

13. Оформити направлення.

14. Помістити штатив із пробірками у контейнер для транспортування.

15. Зняти ЗІЗ, занурити шпатель та рукавички у дезрозчин. Вимити руки.

16. Забезпечити доставку матеріалу в лабораторію протягом 3–4 годин (або зберігати в холодильнику не більше 24 годин при використанні транспортних середовищ).

6. Критерії правильності виконання

- Матеріал взято з обох локалізацій (ніс і зів) окремими тампонами.
- Тампон не торкався слизової рота (зубів, щік) — уникнення контамінації сторонньою флорою.
- Матеріал взято саме з меж плівок (де найбільша концентрація збудника).

- Дотримано термінів доставки в лабораторію.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Хибнонегативний результат:**
 - Взяття мазка відразу після їжі або полоскання горла антисептиками.
 - Висихання тампона через затримку транспортування.
 - Дотик тампоном до язика (змивання флори слиною).
- **Кровотеча:** Грубе зняття фібринозних плівок, які при дифтерії щільно спаяні з підлеглою тканиною.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Суворе дотримання протиепідемічного режиму: дифтерія — інфекція з повітряно-крапельним механізмом передачі.
- Робота тільки в ЗІЗ.
- При транспортуванні пробірки повинні бути надійно закриті та встановлені вертикально, щоб уникнути розсіювання інфекційного матеріалу.
- Усі використані інструменти підлягають дезінфекції високого рівня.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ЗМАЩУВАННЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ І ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ГЛОТКИ

1. Мета навички

Забезпечення тривалого контакту лікарської речовини з ураженою слизовою оболонкою для досягнення протизапального, антисептичного, протигрибкового або в'яжучого ефекту (санація вогнища інфекції).

2. Показання

- **Хронічний тонзиліт:** Санація лакун мигдаликів, консервативне лікування.
- **Хронічний фарингіт:**
 - *Атрофічний:* Зволоження та стимуляція слизової (олійні розчини, розчин Люголя).
 - *Гіпертрофічний:* Припікання гранул (розчин срібла нітрату, коларгол, протаргол).

- **Фарингомікоз:** Аплікація протигрибкових засобів.
- Післяопераційний догляд (після тонзилектомії або розкриття абсцесів).

3. Протипоказання

- Індивідуальна непереносимість (алергія) компонентів лікарського засобу (особливо препаратів йоду).
- Виражений гіпертрофований блювотний рефлекс (вимагає попередньої анестезії).
- Гострий період травми глотки (залежить від характеру травми).

4. Необхідне оснащення

- Зонд металевий з нарізкою (зонд Воячека або гортанний зонд) або довгий дерев'яний аплікатор.
- Стерильна гігроскопічна вата.
- Шпатель (металевий стерильний або одноразовий).
- Лікарський засіб (розчин Люголя, Хлорофіліпт, Йодицерин, олійні розчини вітамінів А, Е, протигрибкові мазі тощо).
- Лобовий рефлектор та джерело світла.
- Ниркоподібний лоток.
- Засоби індивідуального захисту (рукавички, маска, захисний щиток).

5. Алгоритм виконання

І. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть процедури, попередити про можливі неприємні відчуття (позиви до блювання), попросити дихати глибоко через рот.
2. Обробити руки, надягнути ЗІЗ.
3. **Підготовка зонда:**
 - Щільно накрутити вату на нарізку зонда (техніка аналогічна накручуванню для носа, але ватний тампон робиться більшим і надійнішим).
 - **Важлива перевірка:** Спробувати стягнути вату пальцями. Вона **не повинна** зсуватися. Це критично важливо для запобігання аспірації вати.

4. Змочити ватний тампон у лікарському розчині (надлишок рідини злегка відтиснути об стінку флакона, щоб вона не стікала в гортань).

II. Основний етап

5. Посадити пацієнта, налаштувати освітлення.
6. Взяти шпатель у ліву руку, зонд — у праву (як «ручку для письма»).
7. Попросити пацієнта відкрити рот і вимовити звук «А-а-а».
8. Шпателем притиснути передні 2/3 язика донизу.
9. Техніка змащування:
 - Мигдалики: Ввести зонд і обережними, але впевненими рухами обробити поверхню мигдалика зверху вниз, намагаючись ввести ліки в устя лакун. Не торкатися кореня язика.
 - Задня стінка глотки: Провести зондом по задній стінці глотки вертикальними або горизонтальними рухами («штрихування»), охоплюючи уражену зону.
10. Процедура має тривати не більше 3–5 секунд, щоб не викликати блювання.

III. Завершальний етап

11. Вивести інструменти з ротової порожнини.
12. Скинути вату з зонда в ємність для відходів (використовуючи пінцет або серветку), інструменти помістити в дезрозчин.
13. Рекомендувати пацієнту не їсти та не пити протягом 30–40 хвилин.

6. Критерії правильності виконання

- Ватний тампон надійно зафіксований на зонді.
- Лікарський засіб нанесено рівномірно на всю поверхню мигдаликів або задньої стінки глотки.
- Слизова оболонка не травмована (відсутність кровотечі).
- У пацієнта не виникло блювання чи аспірації.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Зісковзування вати:** Найнебезпечніше ускладнення. Вата може потрапити в гортань і викликати асфіксію. (Невідкладна допомога: негайно видалити вату корнцангом або пальцем, нахилити пацієнта вперед).
- **Опік слизової:** Використання помилкового розчину (наприклад, нашатирного спирту замість розчину Люголя) або надто високої концентрації.
- **Травма:** Грубі рухи зондом, пошкодження м'якого піднебіння.
- **Стікання рідини:** Надлишок розчину на ваті стікає в гортань, викликаючи кашель і спазм.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Надійна фіксація вати:** Це головне правило безпеки при маніпуляціях у глотці. Вата має перекривати кінець зонда, щоб метал не торкався слизової.
- Використання засобів захисту очей та органів дихання медпрацівника є обов'язковим через високий ризик кашльового поштовху пацієнта.
- Індивідуальний підхід до вибору ліків (перевірка алергологічного анамнезу, особливо на йод).

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПАЛЬПАЦІЯ ШИЇ ТА ПІДЩЕЛЕПНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

1. Мета навички

Виявлення патологічних змін у шийних та підщелепних лімфатичних вузлах (ЛВ), що є маркером запального, інфекційного чи онкологічного процесу в ділянках, які вони дрениують (вухо, ніс, глотка, гортань, ротова порожнина).

2. Показання

- **Запальні процеси ЛОР-органів:** Гострі та хронічні тонзиліти, фарингіти, отити, синусити.
- **Підозра на інфекційні захворювання:** Мононуклеоз, туберкульоз, ВІЛ.

- **Онконастороженість:** Підозра на новоутворення ЛОР-органів.
- **Системні захворювання:** Збільшення ЛВ як прояв системного процесу.
- **Профілактичні огляди.**

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні.
- **Відносні:** Різко виражений больовий синдром або гнійний процес у ділянці пальпації (фурункул, карбункул, флегмона), що вимагає обережності або знеболення.

4. Необхідне оснащення

- Медичні рукавички (обов'язкові).
- Ширма або пересувна завіса (для забезпечення приватності).
- Антисептик для рук.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть процедури, забезпечити комфортне положення.
2. Обробити руки, надіти рукавички.
3. Пацієнт сидить обличчям до дослідника (або стоячи). М'язи шії мають бути максимально розслаблені (голова трохи нахилена вперед і в бік, протилежний обстежуваній стороні).

II. Пальпація

4. Пальпація завжди проводиться симетрично, порівнюючи праву та ліву сторони. Використовуються кінчики 2–3–4 пальців. Рухи мають бути м'якими, круговими, ковзаючими між шкірою, підшкірною клітковиною та глибшими структурами.

5. Пальпація підщелепних ЛВ:

- Дослідник стає перед пацієнтом. Пальці розташовуються під нижньою щелепою, просуваючись від підборіддя до кутів щелепи.
- Оцінюються ЛВ, розташовані вздовж тіла нижньої щелепи.

6. Пальпація шийних ЛВ (основні групи, що дренують ЛОР-органи):

- Привушні: Попереду та позаду вушної раковини.
- Задньошийні: Вздовж заднього краю кивального м'яза (m. sternocleidomastoideus).
- Передньошийні (глибокі): Подовжно вздовж переднього краю кивального м'яза.
- Надключичні: Пальпація проводиться в ділянці надключичної ямки.

III. Оцінка стану ЛВ

7. Визначаються такі характеристики:

- Наявність/розмір: Збільшення (лімфаденопатія).
- Консистенція: М'яка, еластична, щільна, кам'яниста.
- Рухливість: Рухливі (при запаленні), спаяні (при туберкульозі, метастазах).
- Чутливість/болючість: Болючі (гостре запалення) чи безболісні (хронічний процес, метастази).
- Стан шкіри над ЛВ: Гіперемія, набряк, підвищення температури (свідчить про гнійне запалення).

6. Критерії правильності виконання

- Пальпація проведена послідовно та симетрично по всіх ключових групах шийних та підщелепних ЛВ.
- Пацієнт максимально розслаблений, що дозволяє пропальпувати навіть глибоко розташовані ЛВ.
- Дослідник фіксує всі виявлені відмінності між правою та лівою сторонами.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Надмірний тиск:** Спричиняє біль, напруження м'язів, що ускладнює виявлення ЛВ.
- **Недостатній тиск/Поверхнева пальпація:** Не дозволяє пропальпувати глибокі ЛВ, що може призвести до хибнонегативного результату.
- **Спазмвання кивального м'яза:** Унеможливорює пальпацію глибоких передньошийних ЛВ (потрібно змінити положення голови пацієнта).

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Гігієна:** Обов'язкове використання рукавичок, оскільки ЛВ можуть бути воротами інфекції.
- **Антисептика:** Обробка рук до і після процедури.
- **Обережна пальпація:** Уникати надмірного тиску при підозрі на туберкульозний абсцес або гнійне розплавлення, щоб не викликати прорив гнійника.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРИГОТУВАННЯ РОЗЧИНІВ ДЛЯ ПОЛОСКАННЯ ГЛОТКИ ТА ІНГАЛЯЦІЙ

1. Мета навички

Забезпечення лікувального ефекту (протизапального, антисептичного, знеболювального, муколітичного) шляхом створення лікарської форми необхідної концентрації та температури для місцевого впливу на слизову оболонку верхніх та нижніх дихальних шляхів.

2. Показання

- **Гострі та хронічні запальні захворювання ротоглотки:** тонзиліт (ангіна), фарингіт, паратонзиліт.
- **Захворювання дихальних шляхів:** ларингіт, трахеїт, бронхіт.
- **Грибкові ураження слизової оболонки** (кандидоз).
- **Санація ротової порожнини та глотки** у передопераційному періоді та після оперативних втручань (тонзилектомія).

3. Протипоказання

- Індивідуальна непереносимість (алергія) компонентів препарату.
- Схильність до ларингоспазму (для певних видів інгаляцій).
- Тяжка серцево-судинна недостатність (для парових інгаляцій).
- Носові кровотечі або схильність до них.
- Температура тіла пацієнта вище 37,5°C (протипоказання для тепловолітичних/парових інгаляцій; для небулайзерної терапії — згідно з призначенням лікаря).

4. Необхідне оснащення

- **Лікарські засоби:** за призначенням лікаря (антисептики: фурацилін, хлоргексидин; фітопрепарати; сольові розчини; муколітики тощо).

- **Розчинник:** стерильний фізіологічний розчин (0,9% NaCl) для небулайзерів або кип'ячена вода.
- **Ємності:** мензурки, градуйовані стакани, лоток ниркоподібний.
- **Інструментарій:** пінцет, шпатель, скляна паличка для розмішування.
- **Прилади:** небулайзер (компресорний/ультразвуковий) або інгалятор паровий.
- **Засоби захисту:** маска медична, рукавички оглядові (нестерильні).
- **Додатково:** водяний термометр, ємність для дезінфекції, листок лікарських призначень.

5. Алгоритм виконання

Етап I. Підготовка

1. Ознайомитися з листком лікарських призначень (назва препарату, дозування, спосіб введення).
2. Провести гігієнічну обробку рук, надягнути рукавички.
3. Перевірити термін придатності та цілісність упаковки лікарських засобів.

Етап II. Виконання процедури

А. Для полоскання глотки (ротоглотки):

1. Підготувати чисту ємність (стакан).
2. Відміряти необхідну кількість теплої кип'яченої води (стандартний об'єм 100–200 мл). Оптимальна температура: **37–40°C** (теплий розчин покращує кровообіг, гарячий — викликає опік та гіперемію).
3. Додати лікарський засіб згідно з розрахунком:
 - *Готові аптечні розчини:* відміряти мензуркою.
 - *Таблетовані форми (наприклад, Фурацилін):* розтерти таблетку в пудру (або використовувати готову шипучу форму), повністю розчинити у воді.
 - *Порошки (сода, сіль):* ретельно розмішати скляною паличкою до зникнення кристалів.
4. Перевірити температуру готового розчину (на тильній поверхні кисті або водним термометром).

Б. Для інгаляцій (через небулайзер):

1. Використовувати **тільки стерильні** шприци та голки.
2. В якості розчинника використовувати виключно **стерильний фізіологічний розчин (0,9% NaCl)**. Використання води (дистильованої чи кип'яченої) у небулайзерах заборонено (ризик бронхоспазму).
3. Набрати у шприц фізіологічний розчин (зазвичай 2–4 мл) та додати необхідну дозу лікарського препарату (бронхолітик, муколітик, кортикостероїд).
4. Залити готовий розчин у камеру небулайзера, дотримуючись позначок об'єму (мінімум 2 мл, максимум 5–6 мл).
5. Температура розчину для небулайзера має бути не нижче кімнатної (оптимально 20–25°C).

Етап III. Завершення

1. Подати готовий розчин пацієнту (або підключити небулайзер).
2. Після використання провести дезінфекцію багаторазового посуду та частин інгалятора.
3. Зняти рукавички, вимити руки.
4. Зробити відмітку про виконання в листку призначень.

6. Критерії правильності виконання

- **Концентрація:** Розчин приготовлений у точній відповідності до призначення (пропорції збережено).
- **Температура:**
 - Для полоскання: 37–40°C.
 - Для інгаляцій (небулайзер): кімнатна температура.
- **Гомогенність:** Відсутність нерозчинених кристалів, осаду або сторонніх домішок.
- **Стерильність:** Для інгаляційних розчинів дотримано правил асептики.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Опік слизової оболонки:** Використання занадто гарячого розчину (понад 45–50°C) або перевищення концентрації препарату.
- **Механічна травма:** Наявність нерозчинених кристалів (солі, соди) у розчині для полоскання.

- **Бронхоспазм:** Використання холодного розчину для інгаляції або застосування гіпотонічних розчинів (води) у небулайзері.
- **Поламка обладнання:** Використання олійних розчинів або відварів трав у компресорних небулайзерах (категорично заборонено).

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Дотримання правил асептики та антисептики під час приготування.
- Використання індивідуальних мундштуків та масок для інгаляцій.
- Дезінфекція мензурок, стаканів та деталей інгалятора після кожного пацієнта згідно з чинними наказами МОЗ України.
- Утилізація витратних матеріалів відповідно до правил поводження з медичними відходами.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКЛАДАННЯ ЗІГРІВАЛЬНОГО КОМПРЕСУ НА ПІДЩЕЛЕПНУ ДІЛЯНКУ

1. Мета навички

Створення локального теплового ефекту для посилення кровообігу та лімфообігу (глибока гіперемія), покращення обміну речовин у тканинах, розсмоктування запального інфільтрату, зменшення набряку та спазму м'язів, забезпечення знеболювальної та відволікаючої дії.

2. Показання

- **Запальні процеси у стадії інфільтрації (негнійні):** лімфаденіт підщелепної ділянки, ангіна (у період стихання гострих явищ), хронічний тонзиліт.
- **Посттравматичні стани:** забиття (після 24 годин від моменту травми), гематоми в стадії розсмоктування.
- **Катаральні форми** запалення середнього вуха (компрес на привушну ділянку, що може охоплювати кут щелепи).

3. Протипоказання

- Гострі гнійні процеси (абсцес, флегмона, фурункул) — ризик генералізації інфекції.

- Підвищення температури тіла (вище 37,5–38°C).
- Порушення цілісності шкіри у місці накладання (рани, виразки, гноячки).
- Шкірні захворювання (дерматит, екзема, алергічні висипи).
- Схильність до кровотеч.
- Перша доба після травми (забиття).
- Онкологічні захворювання у ділянці шиї та голови.

4. Необхідне оснащення

- **Лікарський засіб:** етиловий спирт 40–45% (напівспиртовий компрес) або олійний розчин (камфорна олія — з обережністю, враховуючи алергостатус).
- **Матеріали для шарів компресу:**
 1. *Внутрішній шар:* марлева серветка, складена у 6–8 шарів.
 2. *Ізолюючий шар:* компресний (вощений) папір або поліетиленова плівка.
 3. *Утеплюючий шар:* шар вати або фланель.
- **Фіксація:** бинт марлевий (нестерильний).
- **Додатково:** лоток ниркоподібний, ножиці, мензурка для розчину, пінцет, рушник, рукавички оглядові.

5. Алгоритм виконання

Етап I. Підготовка

1. Встановити довірчі відносини, пояснити пацієнту мету та хід процедури, отримати згоду.
2. Оглянути шкіру підщелепної ділянки на відсутність пошкоджень та висипань.
3. Підготувати шари компресу відповідно до правила «кожен наступний шар перекриває попередній на 1,5–2 см»:
 - Марля — відповідає площі ураження.
 - Папір — ширший за марлю.
 - Вата — ширша за папір.

Етап II. Виконання процедури

1. Вимити руки, надягнути рукавички.
2. Налити необхідну кількість розчину (спирт 40–45% кімнатної температури) у лоток або мензурку.
3. Змочити марлеву серветку в розчині, **помірно відтиснути** (розчин не повинен текти, але серветка має бути вологою).
4. Прикласти вологу серветку щільно до підщелепної ділянки.
5. Зверху накласти компресний папір так, щоб він повністю перекривав вологу серветку (для запобігання висиханню).
6. Накласти шар вати, що перекриває папір (для збереження тепла).
7. Зафіксувати компрес бинтовою пов'язкою. Для підщелепної ділянки найефективнішою є пов'язка «**Вузечка**» (**Capistrum**), яка надійно утримує матеріал і не сповзає. Допускається проста колова фіксація через тім'я, якщо вона забезпечує щільне прилягання.
8. Час експозиції: для напівспиртового компресу — **6–8 годин** (зазвичай на ніч), для олійного — до 10–12 годин.

Етап III. Завершення

1. Після закінчення часу зняти пов'язку.
2. Протерти шкіру теплою водою або спиртом (якщо використовували олію) та висушити серветкою/рушником.
3. Накласти суху теплу пов'язку на ділянку шиї на 1–2 години (для запобігання охолодженню).
4. Провести дезінфекцію використаного оснащення, зняти рукавички, вимити руки.
5. Зробити запис у листку лікарських призначень.

6. Критерії правильності виконання

- **Суб'єктивні:** Пацієнт відчуває приємне тепло під пов'язкою, а не печіння чи біль.
- **Об'єктивні:**
 - Після зняття компресу внутрішній шар (марля) залишається вологим і теплим.
 - Шкіра під компресом тепла, волога, блідо-рожевого кольору (помірна гіперемія).
 - Відсутні ознаки опіку або мацерації.
 - Пов'язка не змістилася протягом часу експозиції.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **«Компрес холодить»:** Порушено правило перекриття шарів (папір менший за марлю або вата менша за папір) або нещільна фіксація — відбувається випаровування рідини та охолодження ділянки.
- **Хімічний опік:** Використання нерозведеного 96% спирту замість 40–45%.
- **Подразнення шкіри:** Накладання компресу на пошкоджену шкіру або повторне накладання на те саме місце без інтервалу (мінімум 2 години перерви).
- **Порушення кровообігу:** Надто туге бинтування (здавлення шийних судин).

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Дотримання правил гігієни рук до та після процедури.
- Використання індивідуальних або продезінфікованих лотків.
- У разі виявлення у пацієнта скарг на сильне печіння — негайно зняти компрес (можлива алергічна реакція або опік).
- Утилізація використаного перев'язувального матеріалу як відходів категорії А (якщо не було контакту з біологічними рідинами пацієнта) або В (за наявності виділень).

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 3

ЗАХВОРЮВАННЯ ГОРТАНІ ТА ТРАХЕЇ

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПАЛЬПАЦІЯ ГОРТАНІ

Алгоритм:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Пацієнт сидить або стоїть, голова трохи закинута назад.
3. Легкими пальпаторними рухами оцінити щитовидний хрящ, перстневидний хрящ, трахею.
4. Визначити болючість, рухливість, наявність ущільнень, набряків або деформацій.
5. Записати результати.

Практична навичка: Підготовка трахеостомічного набору медичних інструментів для операції

1. Мета навички

Забезпечення повної готовності стерильного хірургічного інструментарію та розхідних матеріалів для проведення планового або екстреного оперативного втручання — розтину трахеї (трахеостомії) з метою відновлення прохідності дихальних шляхів.

2. Показання

Підготовка набору здійснюється перед проведенням операції при:

- Гострій непрохідності верхніх дихальних шляхів (сторонні тіла, набряк Квінке, травми гортані).
- Стенозах гортані різної етіології (III–IV стадії).
- порушенні бульбарних функцій.
- необхідності проведення тривалої штучної вентиляції легень (ШВЛ).

3. Протипоказання

- Абсолютні протипоказання для *підготовки* набору відсутні.
- Для проведення самої операції в екстрених випадках (асфіксія) абсолютних протипоказань немає.

4. Необхідне оснащення

Набір формується на стерильному інструментальному столі.

Спеціальний інструментарій (для трахеостомії):

1. **Трахеостомічні канюлі** (різних розмірів, пластикові з манжетою або металеві) — 2–3 шт.
2. **Розширювач трахеї Труссо** (трилопатекий) — для розведення країв розрізу трахеї.
3. **Гачки гострі однозубі** — 2 шт. (для фіксації кілець трахеї).
4. **Зонд жолобкуватий** — для захисту задньої стінки трахеї (при розтині скальпелем).

Загальнохірургічний інструментарій:

1. **Скальпелі:** черевцевий та гострокінцевий.

2. **Ножиці:** прямі гострокінцеві та зігнуті тупокінцеві (Купера).
3. **Пінцети:** анатомічні (2 шт.) та хірургічні (2 шт.).
4. **Затискачі кровоспинні:** Більрота та Кохера (по 4–6 шт.), "москїти".
5. **Гачки пластинчасті (Фарабефа)** — 2 шт. (для розведення м'яких тканин шиї).
6. **Голкотримач** та ріжучі голки різних розмірів.
7. **Цапки** для фіксації білизни (4 шт.).

Матеріали:

- Шприци (10–20 мл) та голки для анестезії.
- Шовний матеріал (шовк, кетгут/синтетика).
- Стерильний перев'язувальний матеріал (марлеві серветки, кульки).
- Розчини: антисептик для обробки операційного поля, анестетик (Лідокаїн/Новокаїн), фізіологічний розчин.

5. Алгоритм виконання

Етап I. Підготовка

1. Обробити руки хірургічним способом, надягнути стерильний халат і рукавички.
2. Накрити великий інструментальний стіл стерильним простиралом у 4 шари (згідно з правилами асептики).
3. Перевірити індикатори стерильності на біксах або упаковках з інструментами.

Етап II. Викладання інструментів

1. Розкласти інструменти на столі у порядку їх використання під час операції (зліва направо або за групами):
 - Група роз'єднання тканин: скальпелі, ножиці.
 - Група спинення кровотечі: затискачі.
 - Група фіксації та розширення: пінцети, гачки Фарабефа.
 - Спеціальна група: гострі гачки, розширювач Труссо.
 - Група з'єднання тканин: голкотримач з голкою, шовний матеріал.
2. **Критичний етап:** Перевірити цілісність манжети трахеостомічної канюлі (роздути її шприцом, переконавшись у герметичності, потім здуту).
3. Підготувати "тасьму" (марлеву смужку) для фіксації канюлі на шиї.

Етап III. Завершення

1. Підрахувати кількість інструментів та серветок до початку операції.
2. Прикрити розкладений набір стерильною пелюшкою до моменту приходу хірурга.

6. Критерії правильності виконання

- **Комплектність:** Наявні всі необхідні загальні та спеціальні інструменти (обов'язково наявність розширювача Труссо та гострих гачків).
- **Справність:** Інструменти функціональні, замки затискачів працюють, манжета канюлі герметична.
- **Стерильність:** Дотримано правил асептики, індикатори стерилізації змінили колір.
- **Відповідність:** Розмір трахеостомічної канюлі відповідає віку та конституції пацієнта.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Відсутність спеціальних інструментів:** Неможливість розширити рану трахеї без розширювача Труссо ускладнює введення канюлі.
- **Несправна канюля:** Введення канюлі з пошкодженою манжетою призведе до аспірації крові/слизу або неможливості адекватної ШВЛ.
- **Порушення розмірності:** Занадто велика канюля травмує стінки трахеї (пролежні), занадто мала — не забезпечує адекватної вентиляції.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Суворе дотримання правил асептики та антисептики для запобігання інфікуванню операційної рани.
- Обережне поводження з гострим ріжучим інструментарієм (скальпелі, гострі гачки) для уникнення травматизації персоналу (профілактика гемоконтактних інфекцій).
- Контроль термінів стерильності інструментарію перед розкриттям упаковок.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ТУАЛЕТ І ЗАМІНА ВНУТРІШНЬОЇ ТРАХЕОСТОМІЧНОЇ ТРУБКИ

1. Мета навички

Забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів шляхом видалення засохлого секрету (кірок) та густого слизу з просвіту канюлі без необхідності виймання основної (зовнішньої) трубки. Профілактика інфікування нижніх дихальних шляхів та запобігання асфіксії внаслідок обтурації трубки.

2. Показання

- Наявність у пацієнта трахеостомічної трубки подвійної конструкції (з внутрішньою канюлею).
- Плановий догляд (санація) – не рідше 2–3 разів на добу (або частіше за потребою).
- Ускладнене дихання через трахеостому (свистяче дихання, задишка), що вказує на звуження просвіту внутрішньої трубки.

3. Протипоказання

- Абсолютних протипоказань немає, оскільки процедура є життєво необхідною для підтримки прохідності дихальних шляхів.
- *Застереження:* З обережністю при вираженому кашльовому рефлексі (можливе зміщення зовнішньої трубки).

4. Необхідне оснащення

- **Стерильний столик:** пінцет анатомічний, стерильні марлеві серветки.
- **Розчини:**
 - 3% розчин перекису водню (H_2O_2) або розчин натрію гідрокарбонату (соди) – для розмочування кірок.
 - Стерильний фізіологічний розчин (0,9% $NaCl$) – для промивання.
- **Інструменти для чищення:** стерильний йоржик (щіточка) відповідного діаметра або марлева смужка.

- **Засоби захисту:** маска, захисні окуляри/щиток, рукавички стерильні та нестерильні.
- **Ємності:** лоток для відпрацьованого матеріалу, ємність із дезрозчином.
- **Додатково:** відсмоктувач медичний (електроаспіратор) на випадок необхідності санації трахеї.

5. Алгоритм виконання

Етап I. Підготовка

1. Пояснити пацієнту хід процедури, надати йому напівсидяче положення (Фаулера).
2. Обробити руки, надягнути маску, окуляри та **нестерильні** рукавички.
3. Якщо пацієнт у свідомості, попросити його зробити глибокий вдих перед вийманням вкладиша.

Етап II. Виконання (Виймання та очищення)

1. Однією рукою зафіксувати фланець (щиток) зовнішньої трубки (щоб запобігти її зміщенню).
2. Іншою рукою повернути замок (фіксатор) внутрішньої канюлі та обережно витягнути її рухом «на себе» за дугою вигину.
3. Помістити внутрішню канюлю в ємність із 3% розчином перекису водню або соди на 5–10 хвилин (для розм'якшення кірок та фібрину).
4. Зняти нестерильні рукавички, обробити руки, надягнути **стерильні** рукавички.
5. Дістати канюлю пінцетом, механічно очистити її просвіт за допомогою йоржика (рухами від одного кінця до іншого) до повного видалення слизу.
6. Ретельно промити канюлю стерильним фізіологічним розчином (для видалення залишків антисептиків, які можуть подразнювати слизову трахеї).
7. Висушити канюлю стерильною серветкою (залишки води можуть викликати кашель).

Етап III. Введення та завершення

1. Перевірити цілісність канюлі та відсутність сторонніх предметів усередині.
2. Зафіксувати зовнішню трубку.
3. Обережно ввести чисту внутрішню канюлю в просвіт зовнішньої до упору.
4. Зафіксувати її замком (поворот або застібка).
5. Переконавшись, що пацієнт вільно дихає.
6. Занурити використані інструменти та рукавички в дезінфікуючий розчин. Вимити руки.

6. Критерії правильності виконання

- **Прохідність:** Дихання пацієнта вільне, безшумне.
- **Чистота:** Внутрішня поверхня канюлі гладка, без залишків мокротиння та кірок.
- **Безпека:** Зовнішня трубка не змістилася під час маніпуляції, шкіра навколо стоми не травмована.
- **Фіксація:** Внутрішня канюля надійно закріплена у зовнішній.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Екстубація зовнішньої трубки:** Витягування всієї конструкції замість лише внутрішньої частини (критична помилка, загрожує асфіксією).
- **Хімічний опік:** Введення канюлі із залишками перекису водню без промивання фізрозчином.
- **Інфікування:** Порушення правил асептики (використання нестерильних рукавичок на етапі введення).
- **Аспірація:** Вштовхування кірок у трахею при спробі прочистити трубку без її виймання.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Працювати в захисних окулярах, оскільки можливе відкашлювання мокротиння пацієнтом в обличчя медсестри ("плювок" із трахеостоми).
- Ніколи не застосовувати вату для чищення просвіту трубки (ворсинки можуть потрапити в дихальні шляхи і викликати аспіраційну пневмонію).

- Утилізація відходів (слиз, серветки) згідно з вимогами поводження з медичними відходами категорії В.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ТРАХЕОТОМІЇ

1. Мета навички

Забезпечення адекватної вентиляції легень, підтримання прохідності дихальних шляхів, профілактика інфекційних легеневих ускладнень (трахеобронхіт, пневмонія), запобігання мацерації шкіри навколо стоми та попередження випадіння (екстубації) трахеостомічної трубки.

2. Показання

- Ранній та пізній післяопераційний період у пацієнтів з накладеною трахеостомою (незалежно від причини операції: стеноз гортані, необхідність тривалої ШВЛ, бульбарні розлади).

3. Протипоказання

- Абсолютних протипоказань до здійснення догляду немає. Це життєво необхідний комплекс заходів.
- *Відносні застереження:* Проведення глибокої санації трахеї слід обмежувати при загрозі кровотечі або вираженому бронхоспазмі (виконувати суворо за показаннями).

4. Необхідне оснащення

- **Апаратура:** Електроаспіратор (медичний відсмоктувач).
- **Стерильні матеріали:** Аспіраційні катетери (зонди), рукавички, марлеві серветки (в тому числі надрізані у формі "штанців"), перев'язувальний матеріал.
- **Лікарські засоби:**
 - Антисептики для обробки шкіри (Хлоргексидин, Бетадин або 70% етиловий спирт).
 - 3% розчин перекису водню (для видалення кірок).
 - Захисні мазі/пасти (Цинкова мазь, паста Лассара) – для профілактики мацерації.
 - Стерильний фізіологічний розчин.

- **Засоби догляду:** Лоток ниркоподібний, ножиці, пінцети (2 шт.), тасьма або спеціальний фіксатор для трубки.
- **ЗІЗ:** Маска, захисні окуляри або екран (обов'язково!), фартух.

5. Алгоритм виконання

Етап I. Загальний моніторинг та положення

1. Надати пацієнту положення Фаулера (напівсидячи з піднятим головним кінцем на 45°), якщо немає протипоказань, для полегшення екскурсії легень.
2. Оцінити параметри дихання: частоту (ЧДР), ритм, участь допоміжної мускулатури, колір шкірних покривів, сатурацію (SpO₂).
3. Перевірити надійність фіксації трахеостомічної трубки (вузол має бути зав'язаний на боці шиї, під тасьму має проходити один палець).

Етап II. Санація дихальних шляхів (за потребою)

1. При появі чутного клокотіння або зниженні сатурації провести аспірацію мокротиння.
2. Використовувати стерильний катетер і рукавички.
3. Вводити катетер у вимкненому стані, виводити — з увімкненим вакуумом, обертальними рухами. Тривалість однієї аспірації — не більше 10–15 секунд (щоб уникнути гіпоксії).

Етап III. Догляд за стомою (перев'язка)

1. Зняти забруднену пов'язку навколо трубки.
2. Оглянути шкіру на наявність запалення, емуфіземи (крепітації) або нагноєння.
3. Обробити шкіру навколо стоми стерильними серветками з антисептиком (рухами від трубки до периферії). За наявності кірок — розмочити їх перекисом водню.
4. При ознаках мацерації (попрілості) нанести на суху шкіру цинкову пасту або мазь.
5. Накласти асептичну пов'язку: стерильну серветку з Y-подібним розрізом ("штанці") підкласти під щиток (фланець) трубки.

Етап IV. Зволоження повітря

1. Накласти на отвір трахеостомічної трубки «фартушок» — 2–3 шари зволоженої стерильної марлі (для імітації функції носа: зволоження, зігрівання та очищення повітря).
2. Стежити, щоб марля була постійно вологою (зрошувати фізіологічним розчином), але не мокрою (ризик аспірації крапель).

6. Критерії правильності виконання

- **Суб'єктивні:** Пацієнт відзначає полегшення дихання, відсутність болю та печіння навколо трубки.
- **Об'єктивні:**
 - Переконатися у відсутності тиску на трахеостому.
 - Збереження прохідності дихальних шляхів. Дихання вільне, безшумне (SpO_2 в межах норми).
 - Шкіра навколо стоми чиста, суха, без ознак запалення.
 - Пов'язка чиста, суха, надійно фіксована.
 - Трубка не зміщується при кашлі та рухах.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Занадто туга фіксація:** Здавлення яремних вен, набряк обличчя, утворення пролежнів на шиї.
- **Слабка фіксація:** Ризик випадкової екстубації (випадання трубки) під час кашлю, розвиток підшкірної емфіземи.
- **Недостатнє зволоження:** Утворення щільних кірок у трахеї, що можуть перекрити дихання.
- **Порушення асептики:** Розвиток гнійного трахеобронхіту, нагноєння рани.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Захист очей:** Обов'язкове використання захисних окулярів або щитка. Пацієнти з трахеостомою мають сильний кашльовий рефлекс, і мокротиння може потрапити в очі медперсоналу (високий ризик зараження).
- **Гігієна рук:** Обробка рук до і після контакту з трубкою.
- **Утилізація:** Катетери для відсмоктування є одноразовими. Використаний перев'язувальний матеріал утилізується як небезпечні відходи (категорія B).

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ГОРТАНЬ ТА ПРОВЕДЕННЯ ІНГАЛЯЦІЙ

1. Мета навички

Безпосередній вплив лікарської речовини на слизову оболонку гортані, голосові складки та верхні відділи трахеї для досягнення протизапального, протинабрякового, знеболювального ефекту, а також розрідження в'язкого мокротиння.

2. Показання

- **Гострий та хронічний ларингіт:** особливо при втраті голосу (афонія) або осиплості (дисфонія).
- **Трахеїт:** для заспокоєння виснажливого кашлю.
- **Професійні захворювання голосу:** у співаків, викладачів ("вливання" олійних розчинів).
- **Післяопераційний період:** після втручань на гортані.

3. Протипоказання

- Індивідуальна непереносимість (алергія) до компонентів ліків (особливо антибіотиків, йодовмісних препаратів, анестетиків).
- Сторонні тіла дихальних шляхів (до їх видалення).
- Схильність до ларингоспазму.
- Виражений блювотний рефлекс (для процедури вливання — потребує попередньої анестезії ротоглотки).

4. Необхідне оснащення

- **Інструментарій:**
 - Гортанний шприц (шприц з довгим вигнутим наконечником/канюлею).
 - Гортанне дзеркало (для контролю введення, за потреби).
 - Стерильні марлеві серветки.
 - Спиртівка (для підігріву дзеркала та наконечника шприца) або склянка з гарячою водою.
- **Лікарські засоби:**
 - Олійні розчини (персикова, оливкова, ментолова олія).

- Розчини антибіотиків, кортикостероїдів (Гідрокортизон, Дексаметазон), ферментів (Хімотрипсин).
- *Важливо:* Усі розчини для вливання мають бути підігріті до температури тіла (**37°C**).
- **Для інгаляцій:** Небулайзер, лікарський розчин, фізіологічний розчин (NaCl 0,9%).
- **Захист:** Маска, окуляри, рукавички, фартух.

5. Алгоритм виконання

Частина А. Внутрішньогортанне вливання (Інстиляція)

Етап I. Підготовка

1. Пояснити пацієнту суть процедури, попередити, що під час вливання не можна ковтати та затримувати дихання.
2. Набрати у гортанний шприц лікарський засіб (зазвичай 1–1,5 мл).
3. **Критичний крок:** Підігріти розчин та канюлю шприца (в теплій воді або над спиртівкою) до температури 37–38°C. Холодний розчин викличе спазм!
4. Пацієнт сідає, трохи відхиляє голову назад і відкриває рот.

Етап II. Виконання

1. Огорнути язик пацієнта марлевою серветкою. Взяти кінчик язика лівою рукою (або попросити пацієнта зробити це самостійно) і обережно потягнути вперед і вниз.
2. Правою рукою ввести наконечник гортанного шприца в ротову порожнину, не торкаючись кореня язика та задньої стінки глотки (щоб не викликати блювотний рефлекс).
3. Завести кінчик канюлі за надгортанник (візуально або орієнтуючись на анатомію).
4. Попросити пацієнта зробити **глибокий вдих** або вимовити протяжний звук «і-і-і» (це піднімає надгортанник і відкриває вхід у гортань).
5. У момент вдиху швидко натиснути на поршень шприца, випускаючи краплі ліків (по краплях, не струменем!) на голосові складки.

Етап III. Завершення

1. Обережно вивести шприц.

2. Попросити пацієнта спокійно посидіти, не розмовляти та не пити протягом 30 хвилин.

Частина Б. Проведення інгаляції (Небулайзерна терапія)

1. Зібрати небулайзер, залити розчин (фізрозчин + ліки) у камеру.
2. Пацієнт щільно притискає маску до обличчя.
3. Попросити дихати спокійно, роблячи глибокі вдихи ротом (якщо мета — гортань).
4. Продовжувати до закінчення розчину (5–10 хв).

6. Критерії правильності виконання

- **Влучання:** Ліки потрапили у дихальні шляхи, а не були проковтнуті (свідченням потрапляння в гортань є легке покашлювання пацієнта після процедури та відчуття смаку ліків "глибоко в горлі").
- **Відсутність травм:** Немає механічного пошкодження слизової глотки канюлею.
- **Температурний режим:** Розчин був теплим, спазм не спровоковано.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Ларингоспазм:** Виникає при введенні холодного розчину або грубому дотику інструментом до слизової.
- **Попадання в стравохід:** Введення ліків у момент ковтання, а не вдиху. Лікувальний ефект відсутній.
- **Блювота:** Дотик до кореня язика або задньої стінки глотки у пацієнтів з підвищеним рефлексом.
- **Травма:** Пошкодження м'яких тканин металевим наконечником при різкому русі пацієнта.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Захист медперсоналу:** Обов'язкове використання захисних окулярів або щитка та маски. Під час вливання у гортань пацієнт рефлексорно кашляє — є високий ризик потрапляння мокротиння в очі та на обличчя медсестри.
- **Стерилізація:** Канюлі та дзеркала підлягають дезінфекції високого рівня або стерилізації після кожного пацієнта.

- **Контроль ліків:** Категорично заборонено вводити в гортань неперевірені суміші, спиртові розчини високої концентрації (ризик опіку).

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКЛАДАННЯ ЗІГРІВАЛЬНОГО КОМПРЕСУ НА ДІЛЯНКУ ГОРТАНІ

1. Мета навички

Забезпечення тривалого теплового впливу на тканини гортані для розширення кровоносних судин (активна гіперемія), покращення мікроциркуляції, зменшення венозного застою, прискорення розсмоктування запальних інфільтратів, зняття спазму голосових складок та зменшення больових відчуттів.

2. Показання

- **Гострий ларингіт:** у стадії затихання запального процесу (після нормалізації температури тіла).
- **Хронічний ларингіт:** у період загострення (катаральна форма).
- **Функціональні розлади голосу:** перенапруження голосового апарату (фонастенія).
- **Трахеїт:** як відволікаючий засіб.

3. Протипоказання

- Гарячка (температура тіла вище 37,5°C).
- Гнійні процеси (абсцедуючий ларингіт, флегмона ший).
- Захворювання щитоподібної залози (тиреотоксикоз, вузловий зоб) — *теплові процедури на передню поверхню ший категорично заборонені.*
- Онкологічні захворювання органів ший.
- Свіжі травми гортані з ризиком кровотечі (перша доба).
- Шкірні захворювання в ділянці ший (дерматит, фурункульоз).

4. Необхідне оснащення

- **Лікарські засоби:** етиловий спирт 40–45% (напівспиртовий) або розчин лікарських речовин за призначенням лікаря.
- **Компоненти компресу (три шари):**

1. *Вологий шар*: марлева серветка, складена у 6–8 шарів (розмір має відповідати передній поверхні шиї, ~10x15 см).
 2. *Ізолюючий шар*: компресний (вощений) папір або поліетилен (на 2 см ширший за марлю по периметру).
 3. *Утеплюючий шар*: шар сірої вати або фланель (на 2 см ширший за папір).
- **Фіксація**: бинт марлевий нестерильний (широкий).
 - **Додатково**: лоток, ножиці, тепла вода (для розведення спирту), рушник.

5. Алгоритм виконання

Етап I. Підготовка

1. Встановити довірчі відносини з пацієнтом, пояснити мету процедури.
2. Оглянути шкіру шиї (переконатися у відсутності пошкоджень та висипань).
3. Зібрати шари компресу, перевіrivши їх розмірність згідно з правилом: кожен наступний шар має перекривати попередній.

Етап II. Виконання процедури

1. Вимити руки, надягнути рукавички (якщо є ризик контакту з біологічними рідинами, в інших випадках – гігієнічний рівень).
2. Змочити марлеву серветку у теплому спиртовому розчині (або воді кімнатної температури, якщо використовується спирт – він зігріється від тіла).
3. **Помірно відтиснути** серветку (вона має бути вологою, але розчин не повинен стікати).
4. Прикласти серветку на передню поверхню шиї (проекція гортані).
5. негайно накрити компресним папером, ретельно перекриваючи вологу серветку.
6. Зверху покласти шар вати, повністю закриваючи попередні шари.
7. Зафіксувати компрес бинтом.
 - *Техніка бинтування*: Використовувати спіральну пов'язку на шию або легку хрестоподібну. Бинтувати слід обережно, не здавлюючи дихальні шляхи та яремні вени.
8. Час дії: 6–8 годин (зазвичай на ніч).

Етап III. Завершення

1. Зняти компрес.
2. Протерти шкіру теплою водою або спиртом (видалити залишки виділень шкіри), промокнути рушником насухо.
3. Накласти суху ватно-марлеву пов'язку на 1–2 години для запобігання охолодженню розігрітої ділянки.
4. Продезінфікувати використане оснащення, вимити руки.

6. Критерії правильності виконання

- **Суб'єктивно:** Пацієнт відчуває рівномірне, приємне тепло протягом усього часу експозиції. Біль та дискомфорт відсутні.
- **Об'єктивно:**
 - Після зняття внутрішній шар (марля) залишається вологим і теплим.
 - Шкіра під компресом тепла, волога, помірно гіперемована (рожева).
 - Пов'язка надійно тримається, не сповзає і не заважає диханню.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Охолодження замість зігрівання:** Нещільне прилягання компресу або недостатній розмір ізолюючого шару (паперу), через що спирт випаровується.
- **Хімічний опік:** Використання спирту концентрацією вище 50% без розведення.
- **Порушення кровообігу/дихання:** Занадто туге бинтування ший.
- **Подразнення шкіри (мацерація):** Накладання компресу без перерв або на пошкоджену шкіру.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- Перед накладанням обов'язково уточнити в анамнезі наявність патологій щитоподібної залози.
- Уникати потрапляння концентрованого спирту в очі або на слизові оболонки.
- Дотримання правил гігієни рук.

- Утилізація одноразових компонентів (вата, марля) як безпечних відходів (група А), якщо вони не забруднені біологічними рідинами пацієнта.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВВЕДЕННЯ НОСОСТРАВОХІДНОЇ ТРУБКИ (ЗОНДА)

1. Мета навички

Забезпечення штучного ентерального харчування, декомпресія шлунка (евакуація вмісту), промивання шлунка або введення лікарських засобів пацієнтам, які не можуть приймати їжу перорально.

2. Показання

- **Ентеральне харчування:** порушення акту ковтання (дисфагія) внаслідок інсульту, травм, неврологічних захворювань.
- **Декомпресія шлунка:** кишкова непрохідність, парез кишківника, післяопераційний період.
- **Промивання шлунка:** отруєння.
- **ЛОР-практика:** у рідкісних випадках — тимчасове використання для забезпечення харчування після великих операцій на гортані/глотки.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:**
 - Тяжка травма обличчя або основи черепа (ризик інтракраніального введення зонда).
 - Гострі ушкодження стравоходу або шлунка (луги, кислоти).
 - Нещодавно перенесені операції на стравоході чи шлунку.
- **Відносні:**
 - Варикозне розширення вен стравоходу (ризик кровотечі).
 - Тяжка коагулопатія.
 - Виражений викривлення носової перегородки або непрохідність носових ходів.

4. Необхідне оснащення

- **Зонд назогастральний (НГЗ):** Стерильний, одноразовий, відповідного розміру (за шкалою Шар'єра).
- **Стерильні рукавички.**
- **Водорозчинний лубрикант** (гель, що полегшує ковзання).
- **Спринцівка або шприц** (20-50 мл) для введення повітря.
- **Фонендоскоп** (стетоскоп) для аускультатії.
- **Лейкопластир** для фіксації.
- **Склянка води** (для пацієнтів у свідомості).
- **Рушник/пелюшка.**
- **Ниркоподібний лоток.**

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту (якщо він у свідомості) процедуру, отримати згоду.
2. Обробка рук, надягання рукавичок.
3. Надати пацієнту положення **Фаулера** (сидячи або напівсидячи, якщо немає протипоказань).
4. **Вимірювання довжини:** Визначити необхідну довжину зонда: від кінчика носа до мочки вуха, а потім від мочки вуха до мечоподібного відростка грудини. Позначити цю довжину на зонді.
5. Оглянути носові ходи, вибрати більш прохідний.

II. Введення

6. Змастити кінець зонда водорозчинним лубрикантом на довжину 10–15 см.
7. Введення в ніс: Обережно ввести зонд у вибраний носовий хід, направляючи його по дну носової порожнини (до задньої стінки глотки).
8. Коли кінець зонда досягне глотки, пацієнт може почати кашляти або відчувати блювотний рефлекс. Попросити пацієнта робити ковтальні рухи (якщо він у свідомості) і паралельно невеликими порціями пити воду.
9. Просувати зонд до заздалегідь відміченої позначки.

III. Перевірка розташування (Критичний етап)

10. Аускультация: Приєднати до зонда шприц, наповнений повітрям (10–20 мл). Прикласти фонендоскоп до епігастральної ділянки. Швидко ввести повітря. Чіткий шум (булькання) свідчить про потрапляння в шлунок.

11. Аспірація: Спробувати аспірувати вміст шлунка. Поява шлункового соку (кисла реакція рН) підтверджує правильне розташування.

12. Виключення потрапляння в дихальні шляхи: Якщо пацієнт кашляє, має задишку, ціаноз або говорить із хрипотою, зонд знаходиться у гортані або трахеї. Його слід негайно витягнути і повторити спробу.

13. Рентген-контроль: У критичних випадках, перед початком харчування, може бути призначений рентген-контроль.

IV. Фіксація

14. Надійно фіксувати зонд пластиром до крила носа та щоки, залишаючи кінчик зонда вільним для маніпуляцій.

6. Критерії правильності виконання

- Довжина зонда виміряна точно за формулою «ніс – вухо – мечоподібний відросток».
- Зонд введено без ускладнень і без ознак дихальної недостатності.
- Розташування зонда у шлунку підтверджено двома методами (аускультация + аспірація вмісту).
- Зонд надійно зафіксований і не чинить надмірного тиску на слизову носа.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Введення в трахею/бронхи:** Найнебезпечніше ускладнення. Може призвести до пневмонії або асфіксії (потрібно негайно витягнути).
- **Скручування зонда:** Зонд згортається у глотці або стравоході (потрібно витягнути та ввести повторно).
- **Епістаксис (носова кровотеча):** Травматизація слизової носа при грубому введенні.
- **Блювотний рефлекс/Аспірація:** Слід призупинити введення і дати пацієнту відпочити.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Асептика:** Робота в рукавичках, використання стерильних одноразових зондів.
- **Безпека пацієнта:** Ніколи не використовувати зонд для харчування/ліків, доки його положення не підтверджено.
- **Запобігання пролежням:** Регулярно змінювати точку фіксації зонда на шкірі носа, щоб уникнути пролежнів і некрозу крила носа.
- **Контроль дихання:** Постійно моніторити пацієнта під час введення.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 4

ЗАХВОРЮВАННЯ ВУХА

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ОГЛЯД І ПАЛЬПАЦІЯ ДІЛЯНКИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА ТА КОЗЕЛКА

1. Мета навички

Виявлення патологічних змін (запалення, набряку, травми, деформації) у ділянці вушної раковини, козелка та соскоподібного відростка. Ключове призначення: диференціальна діагностика захворювань зовнішнього вуха (гострий зовнішній отит) та середнього вуха (гострий середній отит, мастоїдит).

2. Показання

- **Оталгія** (біль у вусі).
- **Оторея** (виділення із зовнішнього слухового ходу).
- Зниження слуху.
- Травми голови та вуха.
- Профілактичні та диспансерні огляди.
- Лихоманка незрозумілого генезу, особливо у дітей.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні для неінвазивного огляду та обережної пальпації.
- **Відносні:** Різке виражене відкрите поранення або масивна кровотеча у ділянці вуха.

4. Необхідне оснащення

- **Джерело світла:** Налобний освітлювач або лобовий рефлектор (для подальшого огляду слухового ходу).
- Медичні рукавички (обов'язкові).
- Лупа (за необхідності детального огляду).
- Антисептик для рук.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть маніпуляції.
2. Обробити руки, надіти рукавички.
3. Пацієнт сидить обличчям до дослідника.

II. Огляд (Інспекція)

4. Провести візуальний огляд вушної раковини та привушної ділянки симетрично (порівняти праве і ліве вухо).

5. Оцінити:

- Форму та розмір вушної раковини (наявність деформацій, вроджених аномалій).
- Колір шкіри (гіперемія, блідість, ціаноз).
- Наявність набряку, висипань, мацерації, виділень, свищів (нориць).
- Завушна ділянка (соскоподібний відросток): Оцінити згладженість завушної складки, гіперемію, набряк.

III. Пальпація

6. Пальпація козелка: Кінчиком пальця (вказівного або середнього) обережно натиснути на козелок.

- Позитивний симптом: Різкий біль при натисканні часто свідчить про гострий зовнішній отит.

7. Пальпація вушної раковини: М'яко потягнути вушну раковину за мочку, потім за верхній полюс.

- Позитивний симптом: Різкий біль при потягуванні може вказувати на зовнішній отит або перихондрит.

8. Пальпація соскоподібного відростка (Мастоїдит): Пальцями провести глибоку пальпацію соскоподібного відростка, а також заушної ділянки і ділянки перед вухом.

- Позитивний симптом: Біль при натисканні може вказувати на запалення середнього вуха або мастоїдит.

IV. Завершення

9. Зняти рукавички, вимити руки.

10. Зафіксувати результати огляду та болючості в медичній документації.

6. Критерії правильності виконання

- Огляд і пальпація проведені симетрично з порівнянням обох сторін.
- Оцінено ключові діагностичні точки (козелок, вушна раковина, соскоподібний відросток).
- Використано м'яку, але впевнену техніку для точної оцінки болючості.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Груба пальпація:** Спричиняє зайвий біль та не дає точної оцінки ступеня запалення.
- **Хибна оцінка:** Неправильна інтерпретація болючості (наприклад, плутання болю від патології скронево-нижньощелепного суглоба з болем козелка).
- **Неповний огляд:** Пропущено утворення у заушній або передвушній ділянці.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Гігієна:** Використання рукавичок є обов'язковим, оскільки можливий контакт із виділеннями (гній, сукровиця).
- **Дотримання техніки:** Пальпація має бути обережною, щоб не посилити страждання пацієнта та не спричинити травму запалених тканин.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ І СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Алгоритм:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Пальпувати привушні, підщелепні та шийні лімфатичні вузли.
3. Оцінити їх розмір, консистенцію, болючість, рухливість.
4. Оцінити соскоподібний відросток: наявність болючості, набряку або деформацій.
5. Записати результати обстеження.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ДОСЛІДЖЕННЯ СЛУХУ ШЕПІТНОЮ ТА РОЗМОВНОЮ МОВАМИ

1. Мета навички

Кількісна та якісна оцінка гостроти слуху пацієнта для **визначення ступеня** зниження слуху (приглухуватості) та формування попередньої діагностичної гіпотези (кондуктивна, сенсоневральна або змішана приглухуватість).

2. Показання

- **Суб'єктивні скарги** пацієнта на зниження слуху (приглухуватість, гіпоакузія).
- **Скринінгові та профілактичні огляди** (медичні комісії).
- **Оцінка динаміки** слухової функції під час лікування захворювань вуха.
- **Наявність шуму у вухах (тіннітису).**

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутність свідомості, порушення психіки або тяжкий загальний стан пацієнта, що унеможливорює його співпрацю.
- **Відносні:** Різкий больовий синдром, що заважає зосередитися.

4. Необхідне оснащення

- **Тиха кімната (кабінет):** Ізольоване приміщення, вільне від сторонніх шумів.

- **Вимірювальний інструмент:** Рулетка або мірна стрічка (для вимірювання відстані).
- **Перешкоджаючий пристрій:** Палець пацієнта (або ватна кулька) для закриття протилежного вуха.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть процедури.
2. Пацієнт сідає/стоїть боком до дослідника.
3. **Закриття вуха:** Пацієнт закриває **протилежне** (недосліджуване) вухо пальцем, притискаючи козелок до слухового ходу, або вставляє ватну кульку. Це створює **маскування** (заглушення) слуху на цьому боці.

II. Дослідження шепітною мовою

4. Дослідник відходить від пацієнта на 6 метрів.
5. Дослідник вимовляє шепітною мовою (резервний об'єм повітря після видиху) двозначні слова або числа, що містять низькі та високі частоти (наприклад: 21, 65, річка, літо).
6. Пацієнт повторює почуте.
7. Якщо пацієнт не чує, дослідник поступово наближається (через кожні 1-2 метри), продовжуючи вимовляти слова, поки пацієнт не почує та не повторить їх правильно.
8. Фіксація: Зафіксувати відстань у метрах, на якій пацієнт правильно розрізнив слова (норма – 6 метрів).

III. Дослідження розмовною мовою

9. Якщо пацієнт не розрізняє шепітну мову навіть на відстані 0,5 метра, проводиться дослідження розмовною мовою (норма – 20 метрів).
10. Дослідник знову відходить, вимовляючи слова розмовною мовою, і фіксує мінімальну відстань, на якій пацієнт розрізняє слова.

IV. Завершення

11. Процедура повторюється для другого вуха з аналогічним маскуванням першого вуха.

12. Результати заносяться до протоколу дослідження слуху.

6. Критерії правильності виконання

- Дослідження проводиться в **тиші** (акустично ізольоване приміщення).
- **Маскування** слуху протилежного вуха забезпечене.
- Шепіт дослідника використовується **справжній** (резервне повітря), а не голос, знижений до шепоту.
- Точно виміряна відстань, на якій пацієнт повторює **більше 80%** слів.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Несправжній шепіт:** Дослідник використовує не справжній шепіт, а тихо вимовлений голос (що призводить до хибного результату).
- **Недостатнє маскування:** При глибокій приглухуватості (особливо при односторонній) пацієнт може чути слова досліджуваним вухом завдяки проведенню через кістки черепа (потрібне додаткове маскування).
- **Акустичні перешкоди:** Проведення дослідження в шумному середовищі.
- **Неправильна фіксація:** Використання слів, не стандартизованих за частотним спектром.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Безпека:** Забезпечення стійкого положення пацієнта та дослідника для запобігання падінню.
- **Контроль:** Уникнення прямого контакту (фізичного або голосового) при вимірюванні відстані.
- **Гігієна:** Використання чистих рук та чистої ватної кульки (за потреби) для маскування вуха.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОВЕДЕННЯ ВЕСТИБУЛЯРНИХ ПРОБ

Алгоритм:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Провести пробу Ромберга: пацієнт стоїть з закритими очима, ноги разом, оцінювати рівновагу.
3. Провести ходьбу «по прямій лінії» для оцінки координації та вестибулярного апарату.
4. Провести пробу з обертанням голови або позиційну пробу (оцінка ністагму).
5. Виявити порушення рівноваги, координації, ністагм.
6. Записати результати.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОВЕДЕННЯ ТУАЛЕТУ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА

Сухий спосіб:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Використати ватні тампони або марлеві серветки.
3. Обережно очистити зовнішній слуховий прохід та раковину вуха від виділень, кірочок, пилу.
4. Уникати травмування шкіри та барабанної перетинки.

Вологий спосіб:

1. Вимити руки, надіти рукавички.
2. Використати фізіологічний або антисептичний розчин і ватний тампон.
3. Обережно промити зовнішній слуховий прохід.
4. Видалити залишки розчину сухим стерильним тампоном.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОВЕДЕННЯ ТУАЛЕТУ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ

1. Мета навички

Механічне видалення патологічного або надмірного фізіологічного вмісту (сірка, гній, кірки, сторонні тіла) із зовнішнього слухового ходу для забезпечення його прохідності, покращення слуху та підготовки до подальших лікувальних або діагностичних маніпуляцій (наприклад, отоскопії, введення ліків).

2. Показання

- **Наявність сірчаної пробки** (особливо при неефективності промивання).
- **Зовнішній отит:** Наявність гнійних або серозних виділень, кірок, лусочок у слуховому ході.
- **Підготовка до отоскопії:** За наявності невеликої кількості сірки або секрету, що перешкоджає огляду барабанної перетинки.
- **Необхідність введення ліків у зовнішній слуховий хід** (крапель).
- **Видалення дрібних сторонніх тіл** (виключно ЛОР-лікарем, але медсестра забезпечує підготовку).

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутність необхідності в процедурі.
- **Відносні:** Різкий больовий синдром, що унеможлиблює проведення маніпуляції (потребує попередньої анестезії).

4. Необхідне оснащення

- **Джерело світла:** Налобний освітлювач або лобовий рефлектор.
- **Стерильні інструменти:** Вушний зонд з нарізкою (для накручування вати), пінцет вушний (або вушний гачок — для лікаря).
- **Перев'язувальний матеріал:** Стерильна вата, ватні кульки, ватні турунди.
- **Антисептичний розчин** (наприклад, 70% етиловий спирт, 3% перекис водню — за призначенням).
- **Ниркоподібний лоток.**
- **Стерильні рукавички.**

5. Алгоритм виконання (Туалет за допомогою зонда з нарізкою)

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру, забезпечити зручне положення сидячи або лежачи.
2. Обробити руки, надіти рукавички.
3. Налаштувати джерело світла, сфокусувавши його на зовнішньому слуховому ході.

II. Техніка туалету

4. Фіксація вуха: Лівою рукою (для правші) відтягнути вушну раковину: у дорослих — догори і назад, у дітей — донизу і назад (для випрямлення слухового ходу).

5. Підготовка зонда: Щільно накрутити на вушний зонд з нарізкою невеликий шматочок вати, змочити його у призначеному розчині або залишити сухим (залежно від мети). Контроль: Вата має повністю перекривати кінець зонда, щоб металева частина не торкалася шкіри слухового ходу.

6. Введення: Обережно ввести зонд у зовнішній слуховий хід під контролем зору (до глибини не більше 1,5 см).

7. Видалення вмісту: Обертальними рухами (за годинниковою стрілкою) вивести зонд із слухового ходу.

8. Повторювати процедуру новими, чистими тампонами до повного очищення слухового ходу.

III. Завершення

9. Провести повторну отоскопію (візуально переконатися в чистоті).

10. Зняти рукавички, утилізувати відходи, обробити інструменти.

6. Критерії правильності виконання

- Повне видалення вмісту, що перешкоджав огляду чи слуху.
- Слизова оболонка слухового ходу не травмована (відсутність кровотечі).
- Процедура проведена безболісно або з мінімальним дискомфортом.
- Зонд жодного разу не вводився «наосліп» або без щільної ватної насадки.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Травма слухового ходу або барабанної перетинки:** Надто глибоке введення зонда, використання невідповідного інструменту (наприклад, сірника, шпильки).
- **Проштовхування вмісту:** Проштовхування сірчаних мас або стороннього тіла вглиб слухового ходу, що ускладнює їх видалення.

- **Залишення вати:** Зрив ватного тампона з зонда через його ненадійну фіксацію.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Захист барабанної перетинки:** Введення інструментів завжди **під контролем зору** та не глибше перешийка зовнішнього слухового ходу.
- **Стерильність:** Використання стерильних інструментів та матеріалів, особливо при наявності гнійних виділень.
- **Утилізація:** Інструменти, що контактували з гноєм або кров'ю, підлягають негайній дезінфекції.
- **Зміна тампона:** Використовувати новий тампон для кожного введення/руху.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВЗЯТТЯ МАЗКА ІЗ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ

1. Мета навички

Забір біологічного матеріалу (гною, секрету, лусочок) із зовнішнього слухового ходу для проведення бактеріологічного або мікологічного дослідження з метою ідентифікації збудника (бактерії, гриби) та визначення його чутливості до антибіотиків/антимікотиків.

2. Показання

- **Гострий та хронічний зовнішній отит** (дифузний або обмежений).
- **Підозра на отомікоз** (грибкове ураження зовнішнього слухового ходу).
- **Підозра на середній отит** при наявності перфорації барабанної перетинки та виділень із середнього вуха (оторея).
- **Контроль ефективності лікування** інфекційно-запальних процесів зовнішнього вуха.

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутність патологічних виділень.
- **Відносні:** Різкий больовий синдром, що унеможлиблює введення інструмента.

4. Необхідне оснащення

- **Стерильний зонд** з тампоном (тупфер) у транспортному середовищі (бажано).
- **Джерело світла:** Налобний освітлювач або лобовий рефлектор.
- **Вушний зонд** з нарізкою та вата (для попереднього туалету, якщо потрібно).
- **Стерильні рукавички.**
- Бланк направлення у бактеріологічну лабораторію.
- Ниркоподібний лоток.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру. Попередити, що торкання може бути неприємним, але має бути безболісним.
2. Обробити руки, надягнути рукавички.
3. Посадити пацієнта, налаштувати джерело світла, сфокусувавши його на зовнішньому слуховому ході.

II. Техніка забору

4. Випрямлення ходу: Лівою рукою відтягнути вушну раковину догори і назад (у дорослих) або донизу і назад (у дітей).
5. Попередній туалет: Якщо є надлишок рідкого гною або секрету, його обережно видаляють сухим ватним тампоном на зонді з нарізкою, щоб уникнути контамінації.
6. Забір: Відкрити стерильну пробірку з тампоном (тупфером), не торкаючись зовнішньої частини зонда.
7. Введення: Обережно ввести тампон у зовнішній слуховий хід під контролем зору до місця найбільшого скупчення гною або секрету.
8. Матеріал збирають обертальними або зворотно-поступальними рухами, не травмуючи стінки ходу.
9. Фіксація: Вивести тампон і, не торкаючись його зовнішніх частин, помістити його в транспортне середовище та щільно закрити пробірку.

III. Завершальний етап

10. Зняти рукавички. Утилізувати відходи.

11. Заповнити бланк направлення (обов'язково вказати діагноз, назву антибіотика, якщо пацієнт їх приймає, та локалізацію).

12. Забезпечити доставку матеріалу в лабораторію протягом 2 годин (якщо не використовується транспортне середовище).

6. Критерії правильності виконання

- Мазок взято безпосередньо з ділянки запалення/гною, а не з вушної сірки чи зовнішньої частини раковини.
- При заборі матеріалу не відбулася контамінація тампона (не торкався вушної раковини, шкіри рук).
- Тампон не був пересушений (якщо не використовується транспортне середовище).
- Пробірка підписана, супроводжується коректним направленням.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Хибнонегативний результат:** Забір матеріалу після місцевого використання антибіотиків/антисептиків або неправильний забір (наприклад, з поверхні сірки).
- **Травматизація:** Надто грубе введення зонда, особливо при фурункулі вуха.
- **Контамінація:** Дотик до зовнішніх структур перед введенням у слуховий хід.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Асептика:** Використання виключно **стерильних** інструментів та рукавичок.
- **ЗІЗ:** Медичний персонал повинен використовувати маску та захисні окуляри/щиток, якщо є ризик розбризкування виділень.
- **Обмеження глибини:** Не вводити зонд далі, ніж необхідно для забору, **завжди під контролем зору**, щоб не пошкодити барабанну перетинку.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ОТОСКОПІЯ

1. Мета навички

Візуальне обстеження зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки за допомогою спеціальних інструментів для виявлення анатомічних, запальних чи травматичних змін.

2. Показання

- **Оталгія** (біль у вусі), відчуття закладеності вуха.
- **Оторея** (виділення із вуха).
- Зниження слуху (кондуктивна та змішана приглухуватість).
- Травма вуха або голови.
- Контроль ефективності лікування захворювань зовнішнього та середнього вуха (отитів).
- Видалення сторонніх тіл або сірчаної пробки (як діагностичний етап).

3. Протипоказання

- **Абсолютні:** Відсутні.
- **Відносні:** Різкий больовий синдром при дотику до вуха або козелка (потребує попередньої анестезії).

4. Необхідне оснащення

- **Джерело світла:** Лобовий рефлектор (зі сфокусованим променем) або отоскоп (зі вбудованим джерелом світла).
- **Вушні лійки (воронки):** Набір стерильних лійок різного діаметру (або одноразові насадки).
- **Стерильні рукавички.**
- **Вата, пінцет** (для туалету, якщо необхідно).
- **Лупа** (за потреби).

5. Алгоритм виконання

1. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру, забезпечити зручне положення (сидячи).

2. Обробити руки, надягнути рукавички.
3. Провести зовнішній огляд і пальпацію вушної раковини та соскоподібного відростка.
4. Вибрати **найбільшу воронку**, яка вільно входить у слуховий хід.
5. Фіксація вуха: Лівою рукою взяти вушну раковину і відтягнути її, випрямляючи слуховий хід:
 - У дорослих: Догори і назад (задньо-вгору).
 - У дітей: Догори і донизу (задньо-вниз).
6. Введення воронки: Обережно, без тиску, ввести воронку (або насадку отоскопа) у хрящову частину слухового ходу.
7. Огляд: Прикласти лобовий рефлектор до зовнішнього отвору воронки (або увімкнути отоскоп).
 - Послідовно оцінити: Стан стінок слухового ходу (колір, набряк, наявність виділень, кісток, сторонніх тіл).
8. Оцінка барабанної перетинки: Оцінити колір, рельєф, світловий рефлекс, контури та пізнавальні пункти (ручка молоточка).
9. **Огляд ротаційним методом:** Поступово змінювати напрямок воронки, щоб оглянути всі стінки слухового ходу та всі квадранти барабанної перетинки.

III. Завершальний етап

10. Обережно вивести воронку.
11. Помістити використану воронку в дезінфікуючий розчин (або утилізувати).
12. Провести огляд другого вуха.
13. Зафіксувати результати в медичній документації.

6. Критерії правильності виконання

- Слуховий хід випрямлено правильно (досягнуто максимальної видимості).

- Оглянуто весь периметр барабанної перетинки.
- Вушна воронка введена безболісно і не чинить тиску на стінки ходу.
- Визначено орієнтири барабанної перетинки (світловий конус, ручка молоточка).

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Травма:** Грубе введення воронки може травмувати чутливу шкіру слухового ходу, викликаючи біль та кровотечу.
- **Неповний огляд:** Неправильне відтягування вушної раковини або наявність сірки/виділень, що закривають перетинку.
- **Біль:** Натискання воронкою на кісткову частину слухового ходу.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Стерильність:** Використання стерильних або ретельно дезінфікованих (одноразових) вушних ліжок для кожного пацієнта/вуха.
- **Захист:** Працювати у рукавичках.
- **Обмеження глибини:** Не вводити воронку глибше, ніж необхідно для забезпечення візуалізації.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 5

ЗАХВОРЮВАННЯ ВУХА

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ЗОВНІШНІЙ СЛУХОВИЙ ХІД

1. Мета навички

Забезпечення прямої дії лікарського засобу (антибактеріального, протигрибкового, протизапального, знеболювального) на слизову оболонку зовнішнього слухового ходу та, за потреби, на барабанну перетинку.

2. Показання

- **Гострий та хронічний зовнішній отит** (дифузний, фурункул слухового ходу).
- **Отомікоз** (грибкове ураження).

- **Гострий середній отит** (за умови цілісності барабанної перетинки, якщо краплі містять анестетик або мають судинозвужувальну дію).
- **Розчинення сірчаної пробки** (використання церуменолітиків).
- **Післяопераційний період** для профілактики інфекцій.

3. Протипоказання

- **Перфорація барабанної перетинки** (абсолютне протипоказання для крапель, що мають ототоксичну дію, наприклад, деякі аміноглікозиди).
- **Виражена алергічна реакція** на компоненти препарату в анамнезі.
- **Різкий біль** та набряк зовнішнього слухового ходу, що унеможлиблює введення крапель.

4. Необхідне оснащення

- **Лікарський засіб** у флаконі з піпеткою (вушні краплі) або невеликий стерильний шприц без голки.
- **Стерильні рукавички.**
- Ватні кульки або турунди.
- **Ниркоподібний лоток.**
- Антисептик для рук.

5. Алгоритм виконання (Введення вушних крапель)

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру.
2. Обробити руки, надягнути рукавички.
3. **Підготовка препарату:** Зігріти флакон із краплями до **температури тіла** (36–37°C), потримавши його у руці або теплій воді (холодні краплі можуть викликати запаморочення — калоричну реакцію).
4. Пацієнт приймає положення **лежачи на здоровому боці**, або **нахиляє голову** здоровим вухом до плеча.

II. Техніка закрапування

5. Випрямлення слухового ходу: Лівою рукою взяти вушну раковину і відтягнути її: у дорослих — догори і назад, у дітей — донизу і назад.ShutterstockОгляд

6. Правою рукою (після набору потрібної дози крапель) тримати піпетку.
7. **Закрапування:** Закрапати призначену кількість крапель у слуховий хід, уникаючи торкання піпеткою вушної раковини.
8. **Масаж:** Здійснити м'який масаж **козелка** або **натискати на нього** кілька разів (рухи насоса), щоб допомогти препарату рівномірно розподілитися по слуховому ходу.
9. Пацієнт має залишатися у цьому положенні **5–10 хвилин**.

III. Завершальний етап

10. Після експозиції помістити у вухо суху ватну кульку (не щільно) для запобігання витіканню рідини, якщо це не суперечить призначенню лікаря.
11. Зняти рукавички, утилізувати відходи, вимити руки.
12. Зафіксувати виконання маніпуляції та реакцію пацієнта.

6. Критерії правильності виконання

- Краплі зігріті до температури тіла.
- Слуховий хід правильно випрямлено.
- Доза препарату точно відповідає призначенню лікаря.
- Забезпечено достатню експозицію (час утримання) препарату в слуховому ході.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Введення холодних крапель:** Викликає запаморочення, нудоту, блювання (калорична реакція).
- **Торкання піпеткою вуха:** Ризик інфікування та контамінації флакона.
- **Введення крапель при перфорації:** Використання ототоксичних препаратів може пошкодити внутрішнє вухо.
- **Недостатня експозиція:** Знижує терапевтичний ефект.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Ідентифікація препарату:** Двічі перевірити назву, дозування та термін придатності препарату.

- **Температурний режим:** Завжди зігрівати краплі перед введенням.
- **Асептика:** Використання стерильних рукавичок. Заборона контакту піпетки з будь-якими поверхнями.
- **Перевірка цілісності перетинки:** Обов'язково уточнення у лікаря, чи була проведена отоскопія і чи відсутня перфорація, перш ніж вводити будь-який розчин.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКЛАДАННЯ ЗІГРІВАЛЬНОГО КОМПРЕСУ НА ДІЛЯНКУ ВУХА

1. Мета навички

Забезпечення тривалого локального прогрівання привушної та завушної ділянок.

Клінічний ефект: Покращення місцевого кровообігу, розсмоктування запального інфільтрату, зменшення больового синдрому (анальгетична дія) при катаральних формах отиту.

2. Показання

- **Катаральний середній отит** (у стадії розсмоктування, при відсутності перфорації та нормальній температурі).
- **Хронічний середній отит** (поза загостренням).
- **Гострий зовнішній отит** (у фазі інфільтрації, за призначенням лікаря).
- **Паротит** (запалення привушної слинної залози).

3. Протипоказання

- **Гострий гнійний процес:** Гострий гнійний середній отит (до перфорації чи парацентезу), гнійний мастоїдит, фурункул зовнішнього слухового ходу у стадії абсцедування. Тепло може прискорити гнійне розплавлення.
- **Висока температура тіла** ($>37,5^{\circ}\text{C}$).
- **Травматичне пошкодження шкіри** (подряпини, висипання, дерматит) у місці накладання.
- **Онкологічні захворювання** у привушній ділянці.
- **Алергія** на спирт або інші компоненти розчину.

4. Необхідне оснащення

- **Розчин:** Напівспиртовий (40–45% етиловий спирт) або горілка, або 1:1 вода з оцтом (за призначенням).
- **Вологий шар:** Марлева серветка, складена у 6–8 шарів, з **прорізом** для **вушної раковини** (розміром, що покриває привушну та завушну ділянки).
- **Ізолюючий шар:** Компресний папір або вощана клейонка (повинні бути ширші за марлю на 1,5–2 см, також з прорізом).
- **Утеплюючий шар:** Вата (ширша за папір на 1,5–2 см).
- **Фіксуючий матеріал:** Бинт, шарф або косинка.
- **Вазелін** або дитячий крем.
- Ємність для розчину, ножиці, рукавички.

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру та перевірити відсутність протипоказань.
2. Обробити руки, надягнути рукавички.
3. Надати пацієнту зручне положення.
4. **Захист шкіри:** Рясно змастити вазеліном шкіру за вушною раковиною та навколо слухового ходу, щоб запобігти подразненню від спирту.

II. Послідовність накладання

5. Вологий шар: Змочити марлеву серветку в теплом розчині, добре відтиснути. Зробити розріз у серветці та надіти її так, щоб вушна раковина була зовні (у прорізі). Накласти на привушну та завушну ділянки.
6. Ізолюючий шар: Накласти компресний папір (або клейонку) з прорізом. Папір має повністю перекривати марлю.
7. Утеплюючий шар: Накласти вату, яка має повністю перекривати папір і марлю.
8. Фіксація: Закріпити пов'язку бинтом, косинкою або спеціальною шапочкою. Компрес має бути щільно фіксований, але не перетискати голову.

III. Завершальний етап

9. Через 2 години перевірити, чи не змок шар вати. Якщо компрес не зігріває, а охолоджує, його слід змінити.

10. Загальна тривалість процедури 6–8 годин.

11. Після зняття компресу шкіру протерти сухою серветкою, накласти суху пов'язку на 30 хвилин.

6. Критерії правильності виконання

- Вологий шар, ізолюючий шар та вата мають прорізи, що дозволяють вушній раковині залишатися **відкритою**.
- Кожен наступний шар повністю перекриває попередній, що забезпечує герметичність і тепло.
- Через 2 години після накладання шкіра під компресом тепла та рожева (без мацерації чи опіку).
- Пацієнт не відчуває надмірного тиску пов'язки.

7. Можливі помилки й ускладнення

- **Накладання на гнійний процес:** Поширення гнійного процесу (найнебезпечніше).
- **Опік або дерматит:** Недостатній захист шкіри вазеліном або використання чистого спирту.
- **Ефект охолодження:** Якщо ізолюючий шар менший за вологий (порушення техніки «сендвіча»).
- **Посилення болю:** При неправильно обраному показанні (наприклад, у гострій фазі).

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Виключення гнійних процесів:** Перед накладанням компресу необхідний **огляд лікаря та отоскопія** для виключення гнійного отиту.
- **Захист шкіри:** Обов'язкове змащування шкіри вазеліном/кремом.
- **Контроль стану:** Регулярна оцінка загального стану пацієнта та температури тіла.
- **Гігієна:** Використання чистих, стерильних матеріалів, особливо якщо є ушкодження шкіри.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: НАКЛАДАННЯ ВУШНИХ ПОВ'ЯЗОК: ВЕЛИКОЇ ТА МАЛОЇ

1. Мета навички

Фіксація перев'язувального матеріалу (тампонів, серветок, турунд) або лікарських засобів у ділянці зовнішнього вуха та соскоподібного відростка, а також **захист** вушної раковини від зовнішніх подразників, травм та інфекцій.

2. Показання

- **Велика (повна) пов'язка:**
 - Після оперативних втручань на вусі та соскоподібному відростку (наприклад, мастоїдотомія).
 - При великих гнійних запальних процесах у завушній ділянці (фурункул, абсцес).
 - Для фіксації компресу (зігрівального або лікарського).
- **Мала (пращоподібна/коротка) пов'язка:**
 - Після незначних маніпуляцій у зовнішньому слуховому ході (туалет, взяття мазка).
 - При незначних ранах або саднах вушної раковини.
 - Для фіксації ватної кульки після закрапування крапель.

3. Протипоказання

- Алергічні реакції на перев'язувальний матеріал або фіксуючі засоби.
- Процеси, що вимагають постійного візуального контролю та відкритого доступу.

4. Необхідне оснащення

- **Перев'язувальний матеріал:** Стерильні ватні кульки, серветки, турунди, марлевий бинт (ширина 5–10 см).
- **Фіксуючі засоби:** Лейкопластир або сітчастий трубчастий бинт (для малої пов'язки).
- **Допоміжне:** Ножиці, антисептик, рукавички.

5. Алгоритм виконання

А. Велика (повна) вушна пов'язка (Бинтова)

1. **Підготовка:** Провести туалет та обробку рани/ділянки. Накласти стерильні серветки/тампони.
2. **Початок фіксації:** Пацієнт сидить обличчям до дослідника. Перший тур бинта накладається **круговим ходом навколо голови** (через лоб і потилицю) для закріплення.
3. **Фіксуючі ходи:** Бинт ведеться від здорового боку, щоб вухо, яке перев'язується, залишалося відкритим.
4. **Косі ходи:** Бинт спускається із потилиці по шиї та направляється **під вушну раковину** на хворе вухо (закриваючи його).
5. **Циклічність:** Наступний тур знову йде навколо голови, потім повертається на вухо. Ходи бинта чергуються (навколо голови та через вухо), повністю закриваючи уражену ділянку та соскоподібний відросток.
6. **Завершення:** Пов'язка закріплюється круговими ходами навколо голови.

Б. Мала (пращоподібна/коротка) вушна пов'язка

1. **Підготовка:** Береться марлева смужка (ширина близько 5 см, довжина близько 50 см) і розрізається з двох кінців, залишаючи цілим середній фрагмент (праща).
2. **Накладання:** На уражену ділянку накладається стерильна серветка. Середня частина пращі розташовується на **привушній ділянці**.
3. **Фіксація:**
 - **Верхні кінці** зав'язуються під підборіддям.
 - **Нижні кінці** зав'язуються на тім'ї (або в зоні протилежного скроні).

6. Критерії правильності виконання

- Пов'язка повністю закриває уражену ділянку (велика) або надійно фіксує перев'язувальний матеріал (мала).
- Пов'язка **щільно прилягає**, але **не зміщується** і **не утруднює** дихання, кровообіг або ковтання.
- Ходи бинта (для великої пов'язки) перекривають один одного на 2/3.

- Вушна раковина при накладанні великої пов'язки має бути притиснута у фізіологічному положенні (не перегнута).

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Зміщення пов'язки:** Недостатня фіксація або слабке натягування бинта (пов'язка спадає).
- **Порушення кровообігу:** Надмірне затягування бинта в ділянці шиї чи скронь.
- **Мацерація шкіри:** Накладання пов'язки на мокру шкіру або недостатня вентиляція.
- **Посилення болю:** Надмірний тиск на рану або запалену ділянку.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Асептика:** Використання **стерильного** перев'язувального матеріалу та **чистих (або стерильних) рукавичок**.
- **Контроль:** Постійний контроль мікроциркуляції та чутливості шкіри після накладання.
- **Гігієна:** Шкіра перед накладанням пов'язки має бути чистою та сухою.
- **Комфорт:** Уникати заломів бинта, які можуть тиснути на шкіру.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ВИДАЛЕННЯ СІРЧАНИХ ПРОБОК ІЗ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ МЕТОДОМ ВИМИВАННЯ

1. Мета навички

Механічне видалення сірчаної пробки (церумену) або стороннього тіла зі слухового ходу за допомогою струменя рідини, спрямованого на його стінку.

Клінічне призначення: Відновлення прохідності слухового ходу та покращення слухової функції.

2. Показання

- **Обтурувальна сірчана пробка** (повністю закриває просвіт слухового ходу).

- Часткова сірчана пробка, що спричиняє відчуття закладеності та зниження слуху.
- Невеликі **сторонні тіла** (за виключенням тих, що набухають від води, наприклад, бобові, паперові).

3. Протипоказання

- **Перфорація барабанної перетинки** (абсолютне протипоказання) — ризик потрапляння рідини в середнє вухо та посилення запалення.
- **Гострий гнійний середній отит.**
- **Гострий зовнішній отит** (промивання може бути надто болісним).
- Наявність в анамнезі операцій на середньому вусі.
- Сторонні тіла, що набухають від води.

4. Необхідне оснащення

- **Розчин:** Ізотонічний розчин **натрію хлориду (0,9% NaCl)** або тепла кип'ячена вода.
- **Температура розчину: 37°C (температура тіла)** — критично важливо для запобігання калоричній реакції.
- **Інструмент:** Шприц **Жане** (об'єм 100-200 мл) або великий гумовий балон (груша), попередньо звільнений від голки.
- **Засоби захисту:** Фартух, рушник, рукавички.
- **Ниркоподібний лоток** (для збору промивної рідини).
- **Отоскоп** або джерело світла (для контролю до і після).

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру.
2. Перевірити відсутність протипоказань, провести отоскопію.
3. Обробити руки, надягнути рукавички.
4. Пацієнт сидить обличчям до дослідника. На плече з боку вуха, що промивається, накласти фартух і рушник.
5. Пацієнт повинен **щільно притиснути** ниркоподібний лоток до шиї під вухом.
6. Перевірити температуру розчину (37°C).

II. Техніка промивання

7. Випрямлення ходу: Лівою рукою (для правші) відтягнути вушну раковину догори і назад (у дорослих) або донизу і назад (у дітей).
8. Введення рідини: Взяти шприц Жане правою рукою. Наконечник шприца ввести неглибоко (на 0,5–1 см) у слуховийхід.
9. Спрямувати струмінь рідини вздовж верхньої або задньої стінки слухового ходу, а не безпосередньо на барабанну перетинку.
10. Різкими, але плавними рухами ввести розчин. Рідина обтікає пробку і вимиває її.
11. Повторювати маніпуляцію до повного виходу сірчаної пробки та чистої промивної рідини.

III. Завершальний етап

12. Обережно просушити слуховийхід ватною турундою.
13. Провести контрольну отоскопію для перевірки цілісності барабанної перетинки та повноти видалення пробки.
14. Попросити пацієнта полежати 10–15 хвилин на боці промитого вуха для повного видалення залишків води.
15. Зробити запис у медичній документації.

6. Критерії правильності виконання

- **Температура розчину 37°C** — відсутність скарг пацієнта на запаморочення.
- Струмінь рідини спрямований виключно на стінку слухового ходу.
- Сірчана пробка повністю видалена (підтверджено отоскопією).
- Барабанна перетинка після процедури ціла, пацієнт відчуває покращення слуху.

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Введення холодного/гарячого розчину:** Викликає рефлекторне запаморочення, нудоту, блювання (калорична реакція).
- **Введення розчину під тиском на перетинку:** Ризик пошкодження барабанної перетинки (перфорація).

- **Виникнення болю:** Якщо промивання проводиться при гострому запаленні.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Обов'язкова отоскопія:** Перед промиванням необхідно переконатися у цілісності барабанної перетинки.
- **Температурний контроль:** Розчин має бути строго 37°C.
- **Напрямок струменя:** Строго вздовж стінки слухового ходу.
- **Асептика:** Використання чистого інструментарію та рукавичок для захисту медпрацівника від біологічних рідин.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПРОДУВАННЯ СЛУХОВИХ ТРУБ ЗА МЕТОДОМ ПОЛІТЦЕРА

1. Мета навички

Відновлення прохідності слухової (Євстахієвої) труби шляхом введення повітря у барабанну порожнину.

Клінічне призначення: Вирівнювання тиску між барабанною порожниною та зовнішнім середовищем для відновлення функцій середнього вуха та покращення слуху.

2. Показання

- **Екскудативний (секреторний) середній отит:** Видалення рідини або слизу з барабанної порожнини (у початковій стадії).
- **Гострий катаральний середній отит:** Усунення ретракції барабанної перетинки та відновлення слуху.
- **Дисфункція слухової труби:** Для покращення її прохідності (наприклад, після авіаперельотів, дайвінгу).
- **Адгезивний отит** (як елемент комплексної терапії).

3. Протипоказання

- **Гострий гнійний середній отит** (ризик занесення інфекції).
- **Гострі запальні захворювання носа та носоглотки** (риніт, синусит, фарингіт) — ризик занесення інфекції у середнє вухо.
- **Перфорація барабанної перетинки** (відносно протипоказання, проводиться з обережністю, оскільки повітря виходить назовні).

- **Травма основи черепа.**

4. Необхідне оснащення

- **Балон Політцера** (гумовий балон об'ємом 300–500 мл) з гумовою або олійною оливою (наконечником).
- **Отоскоп або вушний катетер** з фонендоскопом (для контролю процедури).
- **Дезінфікуючий розчин.**
- **Стерильні рукавички.**

5. Алгоритм виконання

I. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту процедуру та необхідність точного виконання команд.
2. Перевірити прохідність носа, за необхідності провести туалет носа та судинозвужувальні краплі.
3. Обробити руки, надягнути рукавички.
4. Пацієнт сидить обличчям до дослідника.

II. Техніка продування

5. Введення оливи: Оливу балона Політцера вводять у один носовий хід, а інший ніс щільно закривають пальцем дослідника.
6. Контроль: До вуха пацієнта (або дослідника) прикладають фонендоскоп, щоб контролювати момент проходження повітря у середнє вухо.
7. Надування: Пацієнта просять зробити ковтальний рух (пити воду) або вимовити слово «пароплав» (або «зозуля», «ку-ку»).
8. У момент ковтання або вимови слова (коли м'яке піднебіння піднімається та перекриває носоглотку) дослідник різко стискає балон Політцера.
9. Оцінка результату: При успішному продуванні фонендоскоп фіксує шум проходження повітря у барабанну порожнину. Пацієнт відчуває легкий тріск або покращення слуху.
10. Продути другу слухову трубу, повторивши кроки 5–9.

III. Завершення

11. Провести контрольну отоскопію для оцінки стану барабанної перетинки.

12. Знезаразити оливу балона.

6. Критерії правильності виконання

- Чітко чути шум повітря, що проходить у середнє вухо (за допомогою фонендоскопа).
- Пацієнт відчуває полегшення, покращення слуху або відчуття «тріску».
- Барабанна перетинка зміщується під час маніпуляції (видно при отоскопічному контролі).

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Інфікування середнього вуха:** Продування при гострому риніті/фарингіті — занесення інфекції з носоглотки.
- **Посилення отиту:** Надмірний тиск повітря може погіршити стан барабанної перетинки.
- **Носова кровотеча:** Травмування слизової оболонки носа оливою при грубому введенні.
- **Неефективність:** Недостатнє перекриття носоглотки пацієнтом (неправильне виконання ковтального руху або вимови).

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Обов'язковий попередній огляд:** Необхідно провести отоскопію та риноскопію для виключення перфорації перетинки та гострого запалення носоглотки.
- **Знезараження:** Олива балона Політцера має бути продезінфікована після кожного використання.
- **Контроль тиску:** Балон стискати різко, але помірно, щоб не викликати баротравму.
- **Відсутність запалення:** Процедура не проводиться при підвищеній температурі або ознаках гнійного процесу в носоглотці.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПНЕВМОМАСАЖ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ

1. Мета навички

Механічна стимуляція та підвищення еластичності барабанної перетинки та рухливості кісточок середнього вуха шляхом періодичної зміни тиску повітря у зовнішньому слуховому ході.

Клінічне призначення: Покращення слуху та функцій звукопровідного апарату при порушенні прохідності слухової труби.

2. Показання

- **Хронічний катаральний середній отит** (тубоотит, сальпінгоотит).
- **Екскудативний середній отит** (у стадії розсмоктування).
- **Адгезивний (спайковий) отит** (у комплексній терапії).
- Стан після продування слухових труб (для закріплення ефекту).
- **Сенсоневральна приглухуватість** (як елемент фізичної терапії).

3. Протипоказання

- **Перфорація барабанної перетинки** (абсолютне протипоказання) — повітря може потрапити в середнє вухо під високим тиском, викликавши баротравму чи інфікування.
- **Гострий середній отит** (у фазі загострення або гнійного процесу).
- **Фурункул зовнішнього слухового ходу** або інший гострий запальний процес зовнішнього вуха.
- **Баротравма, травматична перфорація** (до загоєння).

4. Необхідне оснащення

- Апарат для пневмомасажу (спеціалізований медичний пристрій) або Балон Політцера (для ручного масажу).
- Стерильні вушні лійки (воронки) (відповідного розміру).
- Стерильні рукавички.
- Отоскоп (для попереднього та контрольного огляду).

5. Алгоритм виконання

1. Підготовчий етап

1. Пояснити пацієнту суть процедури, забезпечити зручне положення сидячи.
2. Обов'язково провести **отоскопію** для підтвердження цілісності барабанної перетинки.
3. Обробити руки, надягнути рукавички.
4. Вибрати вушну лійку, що щільно прилягає до зовнішнього слухового ходу.

II. Техніка масажу (Ручний метод — балоном Політцера)

5. Введення: Оліву балона Політцера з приєднаною лійкою ввести щільно у зовнішній слуховий хід.
6. Створення тиску: Стискати балон ритмічно (2–3 рази на секунду) з невеликою амплітудою. Важливо забезпечити герметичність, щоб тиск повітря впливав лише на барабанну перетинку.
7. Тривалість: Процедуру проводять протягом 3–5 хвилин.
8. Оцінка: Пацієнт має відчувати легке «лопання» або «тріск» у вусі, але без болю.
9. Провести масаж другого вуха (за потреби).

III. Завершальний етап

10. Обережно вийняти лійку.
11. Провести повторну отоскопію для оцінки стану перетинки (може спостерігатися посилення її гіперемії).
12. Знезаразити інструментарій.

6. Критерії правильності виконання

- Досягнуто **герметичності** між лійкою та стінкою слухового ходу.
- Масаж проводиться **ритмічно** та з **помірною амплітудою** тиску.
- Пацієнт не відчуває болю, а лише **легкий тиск** або тріск.
- Після процедури барабанна перетинка може мати покращений, більш рухливий вигляд (підтверджується лікарем).

7. Можливі помилки та ускладнення

- **Надмірний тиск:** Може викликати запаморочення, нудоту або навіть баротравму перетинки.
- **Відсутність герметичності:** Знижує ефективність процедури (повітря виходить).
- **Виконання при перфорації:** Ризик пошкодження структур середнього вуха.
- **Неритмічний масаж:** Знижує терапевтичний ефект.

8. Заходи безпеки та інфекційного контролю

- **Критичний контроль:** Не проводити процедуру без попередньої отоскопії та підтвердження цілісності барабанної перетинки.
- **Знезараження:** Використання стерильних або ретельно дезінфікованих вушних ліжок.
- **Тиск:** Починати з мінімального тиску і поступово збільшувати, постійно контролюючи реакцію пацієнта.
- **Захист:** Працювати у рукавичках.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ПІДГОТОВКА ХВОРОГО ДО СПИННОМОЗКОВОЇ ПУНКЦІЇ

Алгоритм:

1. Пояснити пацієнту процедуру, отримати згоду.
2. Вимити руки, надіти рукавички та маску.
3. Підготувати стерильний інструментарій та антисептик.
4. Пацієнт займає колінно-ліктьове положення або лежить на боці.
5. Обробити шкіру антисептиком, накласти стерильну серветку.
6. Контролювати стан пацієнта під час процедури.

ПРАКТИЧНА НАВИЧКА: ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ СПИННОМОЗКОВОЇ ПУНКЦІЇ

Алгоритм:

1. Забезпечити пацієнту горизонтальне положення 4–6 годин.
2. Контролювати свідомість, температуру, пульс та артеріальний тиск.
3. Огляд місця пункції на наявність кровотечі або інфекційних ускладнень.
4. Забезпечити зволене середовище, уникати інтенсивного фізичного навантаження.
5. Записати спостереження та виконані маніпуляції.