

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТЬ СЕСТРИНСЬКА ПРАКТИКА В ХІРУРГІЇ

Метою сестринської практики в хірургії є вивчення питань загального догляду за хворими з хірургічною патологією, організації роботи медичної сестри, питань надання кваліфікованої долікарської медичної допомоги, засвоєння правил виконання медичних маніпуляцій.

Завдання

1. Вивчення основних функціональних обов'язків медичної сестри приймального та хірургічного відділень.
2. Ознайомлення та засвоєння основних нормативних актів, наказів, якими регламентується розпорядок роботи відділень лікарні.
3. Виховання у студентів принципів медичної деонтології та етики.
4. Оволодіння правилами та прийомами догляду за хворими з хірургічною патологією.
5. Засвоєння принципів організації виконання та дотримання режимів, якими регламентується робота хірургічного відділення (санітарно-гігієнічний, протиепідемічний та інші).

Знати:

- структуру лікувально-профілактичних закладів, особливості організації їх роботи;
- накази та нормативні акти, що регламентують роботу лікарні;
- організацію роботи відділень лікарні;
- обсяг і форми роботи медичної сестри, її права та обов'язки;
- організацію лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів;
- правила госпіталізації хворих до хірургічного відділення лікарні;
- організацію роботи приймального відділення;
- правила огляду на педикульоз і санітарної обробки;
- методику антропометричних та термометричних вимірювань;
- правила транспортування хворих до відділення;
- організацію роботи медичного персоналу хірургічного відділення;
- режим та правила внутрішнього розпорядку роботи відділеннях;
- порядок прийому та здачі чергувань;
- медичну документацію, правила її ведення;
- особливості забезпечення особистої гігієни персоналу та хворих;
- проведення туалету хворих;
- методику підготовки гігієнічних ванн, техніку їх виконання.
- заходи з підготовки хворих до операції та догляд за хворим у післяопераційному періоді.
- правила підготовки хворих до різних методів обстеження

- правила надання невідкладної допомоги

Вміти

- Оглянути на педикульоз і провести санітарну обробку хворого.
- Провести антропометричні та термометричні вимірювання.
- Виміряти АТ та пульс.
- Транспортувати хворих до відділення.
- Приготувати дезинфікуючий розчин.
- Провести поточну та заключну дезинфекцію палати, маніпуляційного кабінету.
- Оформити медичну документацію (в обов'язі, необхідному для медичної сестри).
- Провести туалет хворого.
- Підготувати гігієнічні та лікувальні ванни, виконати їх.
- Проводити профілактику пролежнів.
- Проводити санітарно-просвітницьку роботу.
- Виконувати ін'єкції, інфузії
- Виконувати перев'язки
- Виконувати всі види клізм
- Виконувати катетеризацію сечового міхура
- Виконувати промивання шлунку
- Застосовувати всі види годування хворих
- Готувати хворих до різних методів обстеження
- Брати матеріал на дослідження.

ЗМІСТ

Тема 1. Організація роботи медичної сестри у хірургічному відділенні. Санітарно-гігієнічний режим хірургічного відділення. Етика і деонтологія в роботі медичної сестри

Цілі заняття:

1. Засвоїти основні принципи медичної етики та деонтології в хірургічній клініці.
2. Вивчити структуру хірургічного відділення та обов'язки середнього медичного персоналу.
3. Вивчити вимоги до особистої гігієни та одягу медичного персоналу в хірургічному відділенні.
4. Ознайомитися з медичною документацією, що веде медична сестра.
5. Навчитись вимірювати АТ та пульс хворого, температуру тіла та заповнювати температурні листи.
6. Навчитись проводити розкладку та роздачу ліків хворим.
7. Вміти транспортування хворого в перев'язочну, в операційну, в діагностичне відділення.

Догляд за хворими (від грец. *Nururgia* - обслуговувати) – комплекс заходів, спрямованих на створення умов сприятливого перебування хворих у стаціонарі, полегшення їх загального стану, а також задоволення основних потреб організму.

Мета – забезпечення якнайшвидшого одужання хворого, збереження та зміцнення його здоров'я.

Поняття «догляд» та «лікування» нерозривно пов'язані між собою і є невід'ємною частиною лікувального процесу. Загальний догляд передбачає створення для хворого спокійної атмосфери, забезпечення задовільних побутових та гігієнічних умов в палатах (створення оптимального температурного режиму, достатнє освітлення, провітрювання, регулярна зміна натільної і постільної білизни та ін.). Обсяг заходів з догляду за хворими безпосередньо залежить від їх загального стану, тяжкості захворювання, призначеного режиму.

Догляд за хворими має також профілактичну мету, будучи важливою ланкою у комплексі заходів щодо попередження розвитку деяких захворювань і післяопераційних ускладнень.

Догляд за хворими поділяють на загальний і спеціальний.

Загальний догляд – комплекс заходів догляду, які надаються усім хворим незалежно від характеру захворювання.

До загальних заходів належать:

- гігієна хворого, а також предметів туалету, посуду, одягу та ін.;
- годування хворого;
- спостереження за станом хворого та інформування лікаря про його зміни;

- правильне та своєчасне виконання лікарських призначень;
- гігієнічні заходи, що проводяться у палаті.

Спеціальний догляд – комплекс заходів, спрямованих на створення умов для хворих, які перебувають на лікуванні у спеціалізованих відділеннях (хірургічному, урологічному, травматологічному та ін.). У таких відділеннях здійснюються обстеження, підготовка хворих до оперативних втручань, догляд в післяопераційному періоді.

Хірургічний догляд. Поняття «догляд за хірургічним хворим» досить широке. Воно включає ряд заходів, спрямованих на надання допомоги хворому при звичайних станах (заходи особистої гігієни, прийом їжі, сечовипускання, дефекація, зміна постільної і натільної білизни) і у випадках патологічних змін (нудота, блювання, розлади дихання та ін.). Догляд за хірургічними хворими має свої особливості (операційна травма, знеболювання) та залежить від тяжкості захворювання, віку хворого, обсягу оперативного втручання, ускладнень.

Дуже важливим у догляді за хворими в хірургічному відділенні є створення максимального фізичного та психічного спокою. Основні принципи лікувально-охоронного режиму: тиша в палатах, спокійне і доброзичливе ставлення медичного персоналу, усунення чинників, що травмують психіку хворого, забезпечення ліками та прийом їх за призначенням лікаря, дієтичне харчування.

Догляд за хворими здійснює молодший медичний персонал, який не має спеціальної медичної освіти, і медичні сестри з середньою медичною освітою. Медичний персонал, який доглядає за хворими, повинен володіти відповідними навичками, розуміти сенс та роль загального догляду у лікувальному процесі, знати техніку, місце і час проведення лікувальних процедур, утримувати своє робоче місце в належному гігієнічному і функціональному стані.

Догляд за хворими передбачає вміння виконувати різні медичні процедури, чесного та милосердного ставлення до хворих, бути високопрофесійним і деонтологічно витриманим.

Медична етика (грец. Ethice – вивчення моральності, моралі) – сукупність принципів моралі, гуманізму, людяності в практичній діяльності медичних працівників. Вона передбачає встановлення норм моральної поведінки медичного персоналу, відношення до хворого, його родичів.

Деонтологія (від грец. Deontos – належне, logos – вчення) – комплекс етичних норм і принципів поведінки медичного персоналу при виконанні своєї професійної діяльності. Деонтологія – частина медичної етики, що відображає моральні вимоги і визначає поведінку медичного персоналу в стосунках з хворими і колегами. Вивчення медичної етики і деонтології є важливою умовою професійної підготовки медичного персоналу.

Питання етики в стосунках персоналу і хворого багатогранні. Вони повинні вирішуватися із урахуванням особливостей хвороби, її перебігу та характеру хворого.

Важлива функція медичних працівників – створення у хворого оптимістичного настрою, віри в якнайшвидше одужання, що здійснюється шляхом гарного догляду та чуйного ставлення до хворого. Особлива увага у цьому питанні приділяється роботі молодшого та середнього медичного персоналу. Зовнішній вигляд і поведінка медичної сестри та санітарки повинні відповідати санітарним вимогам. Охайність, добре та чуйне ставлення до хворих, готовність надати їм допомогу і переконати у сприятливому результаті лікування – важлива частина їх професійних обов'язків. Взаємовідносини медичного персоналу у відділенні повинні відрізнятися повагою. Звертатися один до одного у лікувальному закладі повинні по імені та по батькові. У присутності хворих забороняється обговорювати допущені при виконанні тих чи інших процедур та маніпуляцій помилки.

Медична сестра повинна звертатися до хворого тільки по імені та по батькові. Ввічливе ставлення до хворого, що госпіталізується до стаціонару, сприяє формуванню довіри, взаємної поваги і встановленню позитивного контакту. Під час розмови із хворим медичний персонал повинен суворо стежити за його змістом, інтонацією, мімікою, жестикуляцією. Особлива обережність необхідна при спробах хворих дізнатися свій діагноз, перебіг захворювання, можливі ускладнення, тощо. У таких ситуаціях медична сестра повинна дати хворому спокійну відповідь з рекомендацією звертатися із такими питаннями до лікаря.

При виконанні хворому лікувально-діагностичних процедур або маніпуляцій медичний персонал не повинен розмовляти на відверті теми. Потрібно пам'ятати, що в такому випадку хворий може це розцінити як прояв неуваги до нього. Також у присутності хворого неприпустимо обговорення питань перебігу його хвороби, можливих ускладнень тощо. Хворий може неадекватно оцінювати почуте. Подібні необережні розмови медичних працівників при хворому можуть зумовити виникнення у нього ятрогенних захворювань.

Високий професіоналізм, тактовність, дбайливість, виконання етичних норм поведінки медичного персоналу мають велике значення. Інформацію про стан і поведінку хворого лікар отримує від медичної сестри протягом доби, а не тільки під час ранкового обходу. Іноді навіть незначні зміни в стані хворого можуть свідчити про необхідність проведення екстреного оперативного втручання. Виходячи з цього, рівень знань і відповідальності медичної сестри хірургічного відділення повинен бути особливо високим. Молоді, малодосвідчені медичні сестри зобов'язані повідомляти про будь-які зміни стану хворого лікарю та не соромитися просити поради у більш досвідчених колег. Без призначень лікаря медична сестра ніколи не повинна лікувати пацієнта. Помилки середнього медичного персоналу при оцінці змін стану хворого можуть призвести до тяжких ускладнень або навіть летального наслідку.

Санітарно-гігієнічний режим у хірургічному відділенні

Хірургічне відділення – це складний лікувально-діагностичний комплекс, функціонування якого регламентується санітарно-гігієнічними нормами.

Відповідно до загальноприйнятих стандартів до структури хірургічного відділення входять палати, перев'язувальні, маніпуляційний кабінет, операційні, а в сучасних лікарнях – операційний блок. Відділення складається з двох окремих частин – чистої і гнійної, кожна з яких має свої окремі палати та перев'язувальний кабінет.

Відповідно до загальноприйнятих гігієнічних нормативів, на кожного хворого має припадати не менше 25 м³ повітря. Площа у палаті на 1 ліжко повинна бути не менше 7 м² при висоті приміщення 3,5 м. Максимальна кількість ліжок у палаті має становити не більше 5–6. По можливості, вікна палат повинні бути орієнтовані на південь або південний схід. Температурний режим повинен коливатися в межах 18–20 °С. З метою підтримки постійної температури і забезпечення чистоти повітря палати необхідно регулярно провітрювати (2–3 рази на день). Палати повинні бути обладнані: ліжками, тумбочками, шафою для білизни і сміттєвим бачком. Як правило, ліжка розставляють паралельно зовнішній стіні з вікнами так, щоб відстань між ліжками була не менше 1 м для вільного доступу до хворого, що полегшує їх огляд, перекладання, а також виконання процедур. Відповідальною за санітарний стан палат є медична сестра.

Персонал, який доглядає за хворими повинен бути гігієнічно освіченим, здоровим та охайним. Щоб уникнути поширення внутрішньолікарняної інфекції, кожен з учасників догляду за хворими повинен добре знати правила гігієни у межах своїх функціональних обов'язків, так як сам може стати посередником у передачі інфекції. Персонал регулярно перевіряють і в разі наявності хвороби або бактеріоносійства, не допускають до роботи, поки він не буде оздоровлений.

Усі медичні сестри та санітарки перед роботою переодягаються у лікарняну форму у спеціальних окремих приміщеннях. Персоналу заборонено виконувати свої функціональні обов'язки у взутті та одязі, якими він користується поза лікарнею. Одяг медсестри чи санітарки повинен бути охайним: халат і шпочки чисті, випрасувані; волосся захищені під косинку або шапку; взуття м'яке та чисте. Манікюр та прикраси на руках (пальцях) заборонені. Нігті повинні бути коротко підстрижені. Працювати дозволяється тільки у гумових рукавичках. Дотримання медичним персоналом особистої гігієни є важливим фактором запобігання внутрішньогоспітальної інфекції.

Палатна медична сестра згідно із посадовою інструкцією підпорядковується завідувачу відділенням, лікарю-ординатору і старшій медсестрі відділення.

Відповідно старша медична сестра відділення підпорядковується завідувачу відділенням лікарні. Вона керує роботою медсестер і санітарками відділення, організовує складання палатними медсестрами вимог на лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, інструменти і предмети догляду за

хворими, підписує їх, контролює правильність обліку та зберігання медикаментів. Крім того, вона наглядає за санітарним станом відділення, харчуванням хворих та ін. До функцій старшої медичної сестри входять заходи з підвищення кваліфікації середнього та молодшого медперсоналу відділення. У важких випадках вона допомагає палатним медсестрам.

Обов'язки медичної сестри

1. Догляд за хворими.
2. Спостереження за санітарним станом палат.
3. Виконання призначень лікаря.
4. Вимірювання температури тіла, пульсу, артеріального тиску, частоти дихання, діурезу.
5. Спостереження за дотримання хворими правил особистої гігієни, своєчасне надання хворим усього необхідного для їх догляду та лікування.
6. Надання невідкладної допомоги важкохворим.
7. Збір матеріалу для аналізів, доставка їх в лабораторію, своєчасне отримання результатів досліджень і вклеювання їх у історію хвороби.
8. Спостереження за дотриманням хворими, молодшим медичним персоналом і відвідувачами встановлених правил внутрішнього розпорядку лікарні.
9. Складання порційних вимог і спостереження за тим, щоб хворі отримували призначену дієту.
10. Забезпечення утримання в справному стані медичного та господарського інвентарю.
11. Складання вимог на ліки, перев'язувальний матеріал і предмети догляду за хворими.
12. Направлення та транспортування хворих до лікувальних та діагностичних кабінетів, своєчасне повернення з діагностичних кабінетів медичної документації.
13. Прийом хворих, що госпіталізуються до відділення, перевірка проведеної у приймальному відділенні санітарної обробки, розміщення хворих у палатах.
14. Ознайомлення хворих із правилами внутрішнього розпорядку, режимом дня та правилами особистої гігієни.

Документація, яку веде медична сестра

1. Медична карта стаціонарного хворого (паспортні дані, результати лабораторних досліджень, температурний лист, листок спостереження за важкохворим, дані про санітарну обробку, записи про введення сильнодіючих або наркотичних ліків).
2. Листок призначень.
3. Маніпуляційний журнал.
4. Вимога на дієтичне харчування хворих.
5. Зведення про рух хворих по відділенню.
6. Журнал передачі чергувань.
7. Журнал обліку сильнодіючих і наркотичних речовин.

8. Журнал реєстрації щеплень проти правця, сказу тощо.
9. Журнал обліку генеральних прибирань у палатах.

Особлива увага приділяється протиепідемічному режиму хірургічного відділення, спрямованому на запобігання виникненню та поширенню внутрішньолікарняної інфекції.

За загальноприйнятим визначенням, інфекція – це стан зараження організму патогенними мікробами, при якому відбувається взаємодія між збудником захворювання та макроорганізмом у певних умовах зовнішнього і внутрішнього середовищ. Джерелом збудника інфекції може бути як хвора людина, так і бактеріоносі.

Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна, нозокоміальна) – будь-які клінічно виражені захворювання мікробного походження, що вражають хворого у результаті його госпіталізації або відвідування лікувального закладу з метою лікування, або після виписки з лікарні, а також лікарняний персонал в силу здійснення ним професійної діяльності. Інфекція вважається внутрішньолікарняною, якщо вона вперше проявляється через 48 годин або більше після знаходження у лікарні, за умови відсутності клінічних проявів цих інфекцій в момент госпіталізації та виключення вірогідності інкубаційного періоду.

Існують декілька шляхів передачі внутрішньолікарняних інфекцій – аерозольний, контактний, фекально-оральний. Факторами передачі інфекції є повітря, руки, об'єкти навколишнього середовища, засоби гігієни, медичний інструментарій та інше.

Для контролю за дотриманням протиепідемічного режиму у лікувальних закладах в обов'язковому порядку проводиться постійний бактеріологічний контроль за станом повітряного середовища, поверхонь, медичного обладнання та, особливо, якості стерилізації та дезінфекції.

Правила виконання прибирання у відділенні

Прибирання приміщень відділення проводиться згідно із затвердженими нормативами МОЗ. Прибирання повинне бути вологим та проводитися не рідше двох разів на добу із застосуванням дезінфікуючих розчинів: 0,5% розчину хлорного вапна, 1% розчину хлораміну та ін. Меблі протирають 0,2% розчином хлорного вапна, панелі миють вологою ганчіркою один раз на 3 дні. Верхні частини стін, стелі, плафони очищають від пилу два рази на місяць. Для прибирання санітарних вузлів використовують 2,5% розчин хлорного вапна, 1% розчин хлораміну. Двері, віконні рами, підвіконня миють окремими ганчірками, прибиральний матеріал знезаражують 0,5% розчином хлорного вапна або 1% розчином хлораміну.

Заміна натільної білизни

За існуючими нормативам натільну білизну змінюють один раз на 7–10 днів відразу після гігієнічної ванни або у міру необхідності, після

забруднення. Відповідає за зміну білизни сестра-господиня. Білизна збирається та здається до пральні.

У разі забруднення кров'ю або іншими виділеннями, білизну необхідно згорнути забрудненою поверхнею всередину і транспортувати у щільних клейончатих мішках в пральню. Сортувати білизну у палатах забороняється. У окремих випадках перед пранням білизна підлягає обробці в дезінфекційній камері.

Кожен раз при заміні білизни стежать, щоб простирadlo і сорочка хворого були добре розправлені, щоб уникнути утворення складок, які заважають спокійному сну хворих, а у важкохворих можуть сприяти утворенню пролежнів.

Особливої уваги потребує переодягання хворих із пошкодженими верхніми кінцівками: роздягання починають зі здорової руки, а вдягання – з хворої. Це стосується і нижніх кінцівок.

Зміна постільної білизни

Застилання ліжка хворого є важливою процедурою і проводиться у наступний спосіб: зверху сітки кладуть матрац з наматрацником. Застеляють чисте простирadlo, краї якого повинні бути підігнуті по всій довжині під матрац для попередження утворення складок.

У випадках з важкохворими (хворі з нетриманням сечі, калу та інше), якщо немає спеціального ліжка, для запобігання забруднення матраца на наматрацник кладуть клейонку, прикріплюючи її або підгинаючи під матрац. Клейонку можна постелити на простирadlo, накриваючи її пелюшкою.

Під голову хворого кладуть подушку. На подушку одягають наволочку. Хворому дають ковдру з підодіяльником. Постіль повинна бути чистою, застелена без складок, перестилати її потрібно двічі на день – вранці і ввечері.

Вранці натільну і постільну білизну витрушують та провітрюють, матрац на цей час не застилають, щоб він також провітрився. При зміні постільної білизни важкохворого до нього потрібно проявляти велику обережність, щоб не завдати йому додаткового болю і страждань.

Питання для тестового контролю

1. Сучасне хірургічне відділення розраховане на:

- а) 10–20 ліжок;
- б) 40–60 ліжок;
- в) 60–80 ліжок;
- г) 80–100 ліжок;
- д) не має значення.

2. До складу хірургічного відділення входять:

- а) палати;
- б) вестибюль;

- в) реєстратура;
- г) діагностична палата;
- д) оглядові кабінети.

3. До складу хірургічного відділення входять:

- а) вестибюль;
- б) реєстратура;
- в) перев'язувальна;
- г) діагностична палата;
- д) оглядові кабінети.

4. На одне ліжко в палаті хірургічного відділення необхідна площа:

- а) 2,5 м²;
- б) 4,5 м²;
- в) 7 м²;
- г) 25 м²;
- д) не має значення.

5. Яка максимальна кількість ліжок може бути в палаті хірургічного відділення:

- а) 2;
- б) 4;
- в) 6;
- г) 8;
- д) 10?

6. Яка оптимальна температура повітря повинна бути в палаті хірургічного відділення:

- а) 15–17 °С;
- б) 18–20 °С;
- в) 21–23 °С;
- г) 24–25 °С;
- д) 22 °С і більше?

7. До обов'язків медичної сестри входить:

- а) спостереження за виконанням хворими, молодшим медичним персоналом та відвідувачами встановлених правил внутрішнього розпорядку лікарні;
- б) складання порційних вимог і спостереження за тим, щоб хворі отримували призначену дієту;
- в) забезпечення утримання в справному стані медичного та господарського інвентарю;
- г) усі відповіді правильні.

8. До обов'язків медичної сестри входить усе, крім:

- а) спостереження за виконанням хворими, молодшим медичним персоналом та відвідувачами встановлених правил внутрішнього розпорядку лікарні;
- б) складання порційних вимог і спостереження за тим, щоб хворі отримували призначену дієту;
- в) забезпечення утримання в справному стані медичного та господарського інвентарю;
- г) установлення діагнозу та призначення лікування.

9. Внутрішньолікарняна інфекція – це:

- а) будь-яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, що виникає лише у лікарні;
- б) будь-яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, що виникає лише у поліклініках;
- в) будь-яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, яке уражає хворого в результаті його госпіталізації до стаціонару, або звернення до лікарняного закладу за медичною допомогою.

10. Причинами внутрішньолікарняної інфекції є всі, крім:

- а) паління;
- б) нераціонального використання антибіотиків;
- в) застосування медичних препаратів, що пригнічують імунітет;
- г) відсутності або неправильного застосування засобів індивідуального захисту.

11. Санітарно-гігієнічний режим передбачає забезпечення:

- а) додержання норм місткості лікарняних палат;
- б) забезпечення оптимального мікроклімату, хімічного та бактеріологічного складу повітряного середовища;
- в) режиму вентиляції та освітлення приміщень;
- г) доброякісною питною водою;
- д) усі відповіді правильні.

12. Прибирання в палатах хірургічного відділення проводять:

- а) через 1 день;
- б) один раз на день щодня;
- в) двічі на день щодня;
- г) тричі на день щодня;
- д) у міру потреби, але не рідше ніж один раз на 3 дні.

13. Для вологого прибирання приміщення використовують:

- а) 10 % розчин хлораміну;
- б) 3 % розчин хлораміну;
- в) 3 % розчин перекису водню;
- г) 0,5 % розчин хлораміну;

д) 0,02 % розчин мийного розчину.

14. Прибирання палат проводять:

- а) вологим способом не рідше ніж двічі на день;
- б) вологим способом 1 раз на день;
- в) сухим способом 1 раз на день;
- г) сухим способом не рідше ніж двічі на день;
- д) сухим і вологим способами.

15. У разі забруднення постільної білизни біоматеріалом заміну повинні проводити:

- а) на наступний день;
- б) відповідно до графіка;
- в) негайно;
- г) під час виписування хворого.

16. Перемінюють білизну хворому:

- а) не рідше ніж 1 раз на тиждень;
- б) не рідше ніж 1 раз на 2 тижні;
- в) на прохання хворого;
- г) через кожні 3 дні;
- д) на розсуд медичної сестри.

17. Медична деонтологія – це:

- а) самостійна наука про обов'язки медичних працівників;
- б) прикладна, нормативна, практична частина медичної етики;
- в) самостійна наука про моральні, етичні та правові взаємовідносини між медичними працівниками, хворими та їх родичами;
- г) наука про взаємовідносини медичних працівників між собою;
- д) наука про правила хорошого тону.

18. Що вивчає медична деонтологія:

- а) клінічні прояви різних захворювань;
- б) взаємовідносини між медичними працівниками та хворим;
- в) оцінювання професіоналізму медичних працівників;
- г) ятрогенні захворювання?

19. Деонтологічні аспекти сестринського догляду за хворими включають усе, крім:

- а) готовності прийти на допомогу хворому;
- б) своєчасного виконання гігієнічних заходів у тяжкохворих;
- в) здійснення постійного спостереження за пацієнтом;
- г) постійної готовності дати вичерпні відповіді на питання хворого про діагноз та призначення лікування;
- д) неприпустимості зневажливого ставлення до хворого.

20. Ятрогенна патологія – це:

- а) психогенні розлади, що виникають як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників;
- б) шкода, заподіяна хворому медичними працівниками свідомо;
- в) шкода, заподіяна хворому медичними працівниками без свідомого умислу;
- г) післяопераційні ускладнення, обумовлені технічними помилками хірурга під час виконання втручання;
- д) ускладнення медикаментозного лікування хворих.

Контрольні питання

1. Що таке догляд за пацієнтами?
2. Які види догляду за пацієнтами ви знаєте?
3. Які особливості догляду за хірургічними хворими?
4. Структура хірургічного відділення.
5. Прибирання хірургічного відділення.
6. Шляхи поширення інфекції в хірургічному відділенні.
7. Профілактика інфекції в хірургічному відділенні.
8. Вимоги до гігієни особистого одягу медичного персоналу в хірургічному відділенні.
9. Проведення гігієни білизни та одягу хворих.
10. Обов'язки чергової медичної сестри старшої медичної сестри.
11. Антисептика. Методи.
12. Деонтологія в хірургії.
13. Морально-правова відповідальність медичної сестри.

Список літератури

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посібник / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. – 3-є вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ “Медицина”, 2017. - 600 с.
2. Загальна хірургія : базовий підручник для студентів вищих навчальних закладів - медичних університетів, інститутів й академій / С. Д. Хіміч [та ін.] ; за ред.: С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. - 3-є вид., переробл. і допов. - Київ : Медицина, 2018. - 607 с
3. Кравець О. В. Сестринська справа в хірургії у тестових запитаннях : навч. посіб. / О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 188 с.
4. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації / за ред. В. І. Литвиненка. К. : Медицина, 2017. – 424 с.
5. Догляд за хворими (практика): підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації. – Вид. 3-є, випр. / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. І. Фролова – К.: Медицина, 2015. – 488 с.

6. Основи догляду за хірургічними хворими: навчально-методичний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації / І. А. Шумейко, О. В. Лігоненко, І. О. Чорна [та ін.]. – Полтава, 2015. – 160 с.
7. Healthcare for surgical patients: Educational-methodological textbook / В. В. Guzenko, V. P. Kryshen, M. V. Trofimov, I. V. Haponov. – Dnipro ‘Drukar’ SE “DMA МНСU”, 2017. – 100 p.
8. Patient Care (Practical Course): textbook. — 2nd edition / О. М. Kovalyova, V. М. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. — K., 2018. — 320 p.
9. Hinkle Janice L. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Philadelphia, United States Lippincott Williams and Wilkins, 2017. - 2352 p.
10. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Підготовка хворого до операції. Догляд за хворими в післяопераційному періоді» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 40 с.
11. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Організація роботи медичної сестри приймального відділення. Організація роботи та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 43 с.

Тема 2. Організація роботи медичної сестри в приймальному відділенні хірургічної клініки

Цілі заняття:

1. Знати структурні підрозділи та оснащення приймального відділення.
2. Знати особливості санітарної обробки хворого.
3. Знати способи транспортування хворого у відділення.
4. Провести заповнення документації на хворого, що поступає в хірургічний стаціонар.
5. Провести огляд на коросту, педикульоз та санітарну обробку хворого.
6. Провести антропометричні дослідження.
7. Виконати транспортування хворого у відділення.

Приймальне відділення сучасного лікувального закладу є важливим підрозділом, який виконує лікувально-діагностичну функцію. Відділення розташовується залежно від планування лікарні. Існує два типи приймальних відділень – централізовані та децентралізовані. Централізоване відділення створюється у випадках, коли усі відділення лікарні зосереджені у одній будівлі. Децентралізований тип приймального відділення, коли у кожному лікувальному корпусі є окреме приймальне відділення.

Функції приймального відділення:

- 1 Прийом та реєстрація хворих, які звернулися за допомогою або доставлені бригадою швидкої допомоги.
- 2 Первинний огляд хворих, виконання лабораторних та інструментальних методів діагностики.
- 3 Надання різних видів невідкладної медичної допомоги (в тому числі проведення реанімаційних заходів).
- 4 Сортування хворих та визначення відділення для госпіталізації.
- 5 Проведення санітарно-гігієнічної обробки хворих.
- 6 Оформлення облікової медичної документації.
- 7 Транспортування хворих у лікувальні відділення.
- 8 Повідомлення правоохоронних органів про суїцидальні випадки, дорожньо-транспортні та кримінальні травми, а також про осіб, що надійшли у непритомному стані без документів.
- 9 Інформаційно-довідкова робота.

Вимоги до розміщення та структури приймального відділення

- 1 Приймальне відділення розміщують на першому поверсі корпусу поблизу в'їзду на територію лікувального закладу.
- 2 До відділення облаштовують зручні під'їзні шляхи з твердим покриттям. Під'їзд не повинен розташовуватися під вікнами палат.
- 3 Вхід повинен бути широким, здійснюватися через тамбур. Над входом розташовують світловий покажчик.

- 4 У безпосередній близькості до відділення повинні розміщуватися ліфти для транспортування хворих у лікувальні відділення.
- 5 Поверхня стін приміщень та кабінетів повинна бути гладкою, без дефектів, покритою вологостійкими матеріалами, які легко піддається обробці миючими та дезінфікуючими засобами.
- 6 Покриття підлоги повинне бути стійким до механічної дії, щільно прилягати до основи. Стики стін і підлоги повинні бути закругленими, герметичними.
- 7 Конструкції і матеріали підвісної стелі також повинні бути герметичні, забезпечувати можливість прибирання, очищення та дезінфекції.

Приміщення приймального відділення поділяють на дві групи: лікувально-діагностичні та допоміжні. Лікувально-діагностичними приміщеннями є: оглядовий кабінет, санпропускник, діагностичні палати, процедурний кабінет, мала операційна (перев'язувальна), рентгенологічний та ендоскопічний кабінети, кабінет ультразвукової діагностики, лабораторія, кабінети чергової медичної сестри, чергового лікаря, завідувача прийомним відділенням.

До допоміжних приміщень належать: зал очікування, ванна кімната, туалет, приміщення для зберігання одягу госпіталізованих хворих.

Зал очікування (вестибюль) – приміщення, де хворий та його родичі або супроводжуючі особи очікують прийому. Тут повинні бути створені умови для зручного доступу та комфортного перебування людей (гардероб, достатня кількість стільців, крісел та каталок для транспортування хворих). Колір стін повинен бути спокійних відтінків. На спеціальних стендах розміщують інформацію про правила внутрішнього розпорядку у лікарні, де вказують години, в які можна відвідувати хворих, номери телефонів для довідок, списки госпіталізованих хворих і дозволених продуктів харчування, іншу поточну інформацію.

Оглядовий кабінет призначений для огляду хворих лікарем. У цьому кабінеті медична сестра проводить хворим вимірювання температури тіла, артеріального тиску, антропометричні дослідження, огляд зіва та інше. Кабінет оснащується кушеткою, покритою клейонкою, письмовим столом та стільцями, умивальником для миття рук. Для проведення обстежень необхідно мати в наявності зростомір, ваги медичні, термометри, шпатель, тонометр, фонендоскоп. Освітлення повинне бути природним або здійснюватися за допомогою ламп денного світла.

Санпропускник призначений для проведення санітарної обробки хворих, прийому їх одягу та речей на зберігання, видачі лікарняного одягу. Згідно із санітарними нормативами, санпропускник повинен мати роздягальню, туалет, ванно-душову кімнату та кімнату, де хворі перевдягаються. Санпропускник оснащується кушетками, шафами для чистої білизни і ємностями для брудної білизни. Okремо зберігають предмети для санітарної обробки: клейонки, мило, мочалки, машинки для стрижки волосся, бритви,

ножиці, а також засоби і речовини для прибирання та дезінфекції приміщень санпропускника.

Діагностична палата (бокс) використовується для тимчасового розміщення хворих у випадках, коли виникають труднощі у встановленні діагнозу. Протягом 24 годин хворий перебуває під наглядом, йому проводять необхідні лікувально-діагностичні заходи, після чого уточнюється діагноз і визначається подальша тактика обстеження та лікування.

Процедурний кабінет призначений для введення лікарських препаратів, виконання лікувально-діагностичних процедур. В окремих випадках тут надають невідкладну допомогу. Кабінет оснащується кушеткою, столом, стільцями, умивальником, пересувним маніпуляційним столиком, шафою, у якій зберігаються шприци, системи для інфузій, протишокові розчини, анальгетики, спазмолітики та інші лікарські засоби. Обов'язково повинен бути в наявності бокс зі стерильними перев'язочними матеріалами та стерильний пінцет для роботи із ним, а також одноразові шлункові зонди, сечові катетери та наконечники для клізм.

Мала операційна (перев'язувальна) необхідна для виконання невеликих операцій (ПХО рани, розтин невеликих гнійників), перев'язок, вправлення вивихів, репозиції нескладних переломів та їх іммобілізації.

Кабінет чергової медсестри приймального відділення призначений для реєстрації хворих, що госпіталізуються до стаціонару та оформлення документації. Кабінет оснащується письмовим столом, стільцями, журналами, бланками медичних документів.

Обов'язки медичної сестри приймального відділення:

- прийом та реєстрація хворих;
- огляд хворих на предмет інфекційних захворювань (педикульоз, короста та інші);
- надання медичної допомоги при невідкладних станах;
- виконання маніпуляцій призначених лікарем;
- організація збору аналізів крові, сечі та їх доставка в лабораторію;
- проведення санітарно-гігієнічної обробки хворих;
- дезінфекція предметів медичного призначення;
- ведення медичної документації;
- забезпечення усіх видів транспортування хворих до лікувальних відділень лікарні.

Способи доставки та звернення хворих до приймального відділення:

- 1) доставка машиною швидкої медичної допомоги (при травмах, гострих захворюваннях і загостренні хронічних захворювань);
- 2) за направленням сімейного лікаря;
- 3) за переведенням або направленням з інших лікувальних закладів;
- 4) хворий може звернутися самостійно.

Виділяють два види госпіталізації хворих: планову та екстрену.

Планова госпіталізація передбачає надання медичної допомоги у лікарні, якщо стан здоров'я не загрожує життю хворого, але йому потрібні

обстеження і лікування під наглядом лікаря. Направлення на планову госпіталізацію дає сімейний лікар або лікар-хірург поліклініки. Хворі, госпіталізовані в плановому порядку, обстежуються у лікаря, який направив їх на стаціонарне лікування.

Екстрена госпіталізація необхідна для надання невідкладної допомоги, коли існує загроза для життя і здоров'я хворого. Показаннями є гострі стани або загострення хронічних захворювань, травми. Медична допомога таким хворим повинна надаватися негайно.

Усім, хто госпіталізований до хірургічного стаціонару, в ургентному порядку у приймальному відділенні проводять загальний аналіз крові та сечі, визначення рівня цукру крові, рентгенографію органів грудної клітки, електрокардіограму. Інші дослідження проводяться за конкретними показаннями.

У разі доставки хворого в тяжкому стані медична сестра приймального відділення (при необхідності) повинна надати хворому першу медичну допомогу, запросити лікаря та кваліфіковано виконати усі його призначення.

Після огляду хворого лікар приймає рішення про необхідність його госпіталізації. У разі госпіталізації медична сестра проводить реєстрацію хворого і оформляє медичну документацію.

Якщо хворий доставлений до приймального відділення без свідомості і не має документів, то медична сестра після огляду хворого лікарем та визначення подальшого плану лікування і відділення госпіталізації повідомляє про нього у поліцію. Необхідно описати прикмети хворого (стать, приблизний вік, зріст, статура), вказують, у що він був одягнений. У медичній документації хворий зазначається як «невідомий» до з'ясування його особи.

Основна медична документація приймального відділення:

- 1) медична карта стаціонарного хворого (ф. 003-у);
- 2) журнал реєстрації вступників хворих (ф. 001-у);
- 3) журнал відмов від госпіталізації;
- 4) журнал реєстрації амбулаторних хворих (ф. 074-у);
- 5) екстрене повідомлення про інфекційне захворювання у санітарно-епідеміологічну станцію (ф. 058/о).

Санітарно-гігієнічна обробка хворих

Після встановлення діагнозу хворих направляють на санітарно-гігієнічну обробку. Вийняток становлять особи у важкому стані, яких доставляють у реанімацію або палату інтенсивної терапії без проведення санітарно-гігієнічної обробки.

Санітарно-гігієнічна обробка проводиться у санпропускнику приймального відділення. Хворого роздягають, оглядають та готують до санітарно-гігієнічної обробки. Цінні речі та гроші здають старшій медичній сестрі для зберігання у сейфі.

Якщо у хворого виявлене інфекційне або паразитарне захворювання, його білизну поміщають у бак з дезінфікуючим розчином і направляють в дезкамеру для спеціальної обробки. На мішках з таким одягом роблять позначку.

Етапи санітарно-гігієнічної обробки хворих:

- 1) огляд шкірних покривів та волосся;
- 2) миття під душем або гігієнічна ванна;
- 3) стрижка волосся і нігтів, гоління (при необхідності).

Мета огляду шкірних покривів і волосся – виявлення педикульозу, корости та інших інфекційних захворювань.

Педикульоз (від лат. «pediculus» – воша) – ураження шкірних та волоссяних покривів людини у результаті паразитування на тілі вошей.

Ознаки педикульозу:

- наявність гнид і статевозрілих комах;
- свербіж шкірних покривів;
- сліди розчісування та гнійні кірки на шкірі.

При виявленні педикульозу медична сестра проводить спеціальну санітарно-гігієнічну обробку хворого, робить запис у журналі огляду на педикульоз і ставить на титульному аркуші медичної карти стаціонарного хворого спеціальну позначку. Потім повідомляє про виявлені випадки у органи санітарно-епідеміологічного нагляду. Усі дані про проведену обробку госпіталізованого хворого вносяться до історії хвороби для того, щоб палатна медсестра через 5-7 днів провела повторну обробку.

Обробка хворого при виявленні головних вошей

Етапи санітарно-гігієнічної обробки:

- 1) дезінсекція (знищення вошей);
- 2) гігієнічна ванна (душ, обтирання);
- 3) стрижка волосся (при необхідності);
- 4) перевдягання хворого в чисту білизну.

Як інсектицидні розчини застосовують: 20% розчин емульсії бензилбензоату, спеціальні розчини (Педилін, Локодин, Дезоцид), аерозолі (Пара плюс), лосьйони (Нітіфор).

Порядок виконання процедури

- 1 Медична сестра одягає захисний одяг.
- 2 Табурет або кушетку застеляють клейонкою і саджають хворого. Його плечі накривають поліетиленовою пелюшкою.

3 Обробляють волосся одним з протипедикульозних розчинів, потім зав'язують поліетиленовою косинкою і зверху – рушником, залишивши на певний час, що залежить від виду застосовуваного розчину (20–40 хв).

4 Застосування інсектицидних засобів протипоказано вагітним, жінкам, які годують груддю, дітям до 5 років, а також при наявності захворювань шкіри голови.

5 Розв'язують косинку на голові та промивають волосся теплою проточною водою, потім – шампунем.

6 Витирають волосся рушником і потім обробляють підігрітим 5% розчином оцту.

7 На 30 хвилин зав'язують голову косинкою з рушником, після чого її промивають теплою проточною водою і висушують рушником.

8 Густий гребінцем ретельно вичісують волосся хворого над білим папером, проводячи уважний огляд волосся в кінці процедури.

У випадках, коли волосся можна збрить, його збривають машинкою або бритвою, потім зону гоління обмивають теплим мильним розчином, висушують. Зістрижене волосся збирають і спалюють у металевому тазу.

Одяг хворого і захисний одяг медичної сестри збирають у спеціальний непроникний мішок та відправляють у дезінфекційну камеру.

Короста (від лат. scabies) – паразитарне захворювання шкірних покривів, викликане коростяними кліщами.

Основний симптом захворювання – свербіж (переважно ввечері і вночі). Інший характерний симптом – наявність коростяних ходів. Вони являють собою ланцюжок лінійно розташованих дрібних міхурців і вузликів рожевого кольору, кров'янистих кірочок та розчісувань. Коростяні ходи виявляються через декілька днів після зараження. Типова локалізація: шкіра міжпальцевих проміжків, зап'ястя, пахвові западини, сідниці, поперек.

Обробка хворих на коросту

Незалежно від обраного препарату та методики його застосування для успішного лікування корости необхідно дотримуватися наступних правил:

- протикоростяним засобом необхідно обробляти всю поверхню тіла (за винятком шкіри голови), а не тільки уражені ділянки;
- лікування проводити у вечірній час в зв'язку з нічною активністю збудника;
- суворо дотримуватися призначеної методики лікування;
- митися і проводити зміну натільної та постільної білизни до лікування і після його завершення.

Широкого поширення останніми роками отримав розчин бензилбензоату, що застосовується у вигляді 20% водно-мильної суспензії. Препаратом обробляють весь шкірний покрив (крім голови). Втирання проводять у певній послідовності: починають з втирання у шкіру обох

кистей, потім – у ліву та праву верхні кінцівки, потім – у шкіру тулуба і, нарешті, – у шкіру нижніх кінцівок. Після кожної обробки хворий змінює натільну і постільну білизну. Брудна білизна після прання піддається термообробці.

Модифікований метод лікування бензилбензоатом полягає у одноразовому втиранні 20% водно-мильної емульсії препарату у 1-й та 4-й дні курсу лікування. Зміну натільної і постільної білизни проводять двічі: після першого та другого втирання препарату. Хворий не миється протягом наступних 3 днів. У кисті рук препарат втирається повторно після кожного миття. Через 3 дні хворий миється гарячою водою і знову змінює білизну.

Високоєфективними та безпечними сучасними противокоростяними засобами є аерозоль спрегаль і крем (емульсія) ліндан.

При обробці спрегалем ввечері хворий обприскує всю шкіру (крім голови і обличчя) із відстані 20–30 см, ретельно обробляючи усі ділянки тіла. Через 12 годин необхідно помитися з милом. Зазвичай достатньо одноразового застосування препарату. При довготривалому захворюванні на коросту шкірні покриви обробляють один раз на добу протягом двох днів.

Ліндан є хлороганічним інсектицидом, без кольору і запаху. Три дні поспіль ввечері втирають у шкіру від шиї до кінчиків пальців стоп 1% крем (емульсію). Перед лікуванням та щодня через 12–24 годин після обробки необхідно приймати теплий душ.

Гігієнічна обробка хворого

Залежно від характеру захворювання і стану хворого гігієнічна обробка може бути повною (ванна, душ) або частковою (обтирання, обмивання).

Гігієнічна ванна

Перед проведенням процедури ванну слід вимити гарячою водою із милом, потім продезинфікувати, після чого змити дезінфікуючий розчин. Безпосередньо перед прийомом ванни її наповнюють водою. Спочатку наливають холодну, потім – гарячу. Це роблять для уникнення утворення парів. Ванну заповнюють на дві третини. Температура води повинна бути в межах 34–36 °С.

У ніжний кінець ванни встановлюють дерев'яну підставку для опори ніг. Поруч з ванною кладуть гумовий килимок. Температура повітря у ванній кімнаті повинна складати не менше 25 °С.

Хворого роздягають, допомагають йому сісти у ванну. Потім надають хворому такого положення, щоб вода доходила до верхньої третини його грудей. Якщо хворий не може митися самостійно, йому в цьому повинна допомогти медична сестра, використовуючи мило і мочалку. Миття проводять в наступній послідовності: голова – тулуб – руки – пахова область – промежина – ноги. Особливу увагу приділяють місцям скупчення поту. Закінчивши процедуру, хворому допомагають вийти з ванни, потім його витирають сухим рушником та переодягають у чистий одяг. Під час прийому ванни медична сестра стежить за станом хворого. Тривалість прийому ванни

складає 15–30 хвилин. Ванну вимивають щіткою з миючим засобом і обробляють дезінфікуючим розчином.

Гігієнічний душ

Відкривають воду температурою 35–42 ° С. Хворому допомагають роздягнутися і, підтримуючи під лікті, саджають на табурет у душовій кабіні. Якщо хворий не може митися самостійно, його миє медична сестра, використовуючи мило і мочалку. Послідовність миття: голова – тулуб – верхні кінцівки – пахова область – промежина – нижні кінцівки. Закінчивши процедуру, допомагають хворому вийти з душової, потім витирають його рушником і одягають у чистий лікарняний одяг. Підлогу у душовій кабінці вимивають щіткою з миючим засобом, після чого обробляють дезінфікуючим розчином.

Підстригання волосся

Кушетку або табуретку застеляють клейонкою, саджають на неї хворого. Його плечі накривають клейонкою. Волосся зістригають машинкою для стрижки волосся. При педикульозі волосся зістригають над тазом. Потім їх збирають та спалюють. Ножиці і машинку обробляють етиловим спиртом.

Гоління хворого

Серветку змочують у воді, підігрітої до температури 40–45 °С, віджимають і накладають на обличчя хворого. Через декілька хвилин її знімають і наносять крем для гоління. Хворого голять, натягуючи рукою шкіру у напрямку, протилежному руху бритви. В кінці обличчя промокають вологою, а потім сухою серветкою. Бритву обробляють 70% етиловим спиртом.

Підстригання нігтів

Для стрижки нігтів пальців рук в лоток з теплою водою додають рідке мило і опускають в нього на 5 хвилин кисті хворого. Пальці по черзі витягають із води, насухо витирають і акуратно зрізують нігті. Потім проводять обробку рук кремом.

Для стрижки нігтів нижніх кінцівок у таз із теплою водою додають рідке мило, потім опускають у нього на 5 хвилин стопи хворого. Стопи витягають по черзі зістригання нігтів. Спочатку кладуть стопу на рушник, потім витирають її і зістригають нігті. Обробляють стопи кремом. Ножиці дезінфікують спиртом.

Антропометричні дослідження

Антропометрія – дослідження фізичного розвитку людини: визначення зросту, маси тіла, окружності грудної клітини.

Зріст хворого вимірюють за допомогою зростоміра. Хворого встановлюють спиною до стійки, щоб він торкався її п'ятами, сідницями, лопатками і потилицею. Коліна розігнуті, п'ятки прилягають одна до одної.

Голова повинна бути у такому положенні, щоб вухо й око знаходилися на одному горизонтальному рівні. Планшетку опускають на голову і за шкалою визначають мітку, що відображає зріст хворого.

Окружність грудної клітки вимірюють сантиметровою стрічкою. Накладають так, щоб ззаду вона проходила під кутами лопаток, а спереду – по IV ребру. Руки хворого повинні бути опущеними, дихання – спокійним. Вимірювання проводять під час видиху та на висоті максимального вдиху. Різниця між цими вимірами дорівнює дихальній екскурсії грудної клітки.

Для визначення ваги використовують відрегульовані десяткові або електронні медичні ваги. Дослідження проводять у нижній білизні, натщесерце, після сечовипускання і стула. Перед зважуванням пацієнта попереджують про те, що на ваги необхідно ставати обережно, стояти посередині та не рухатися під час проведення дослідження.

Вимірювання температури тіла в пахвовій западині

Перед проведенням вимірювання температури тіла необхідно оглянути пахову западину та витерти її насухо від поту для попередження отримання неточних показань. Термометр витягають із ємності з дезінфікуючим розчином, обполіскують під проточною водою і витирають насухо.

Потім термометр струшують так, щоб ртутний стовпчик опустився до позначки 35 °С, і розміщують в пахвовій ямці так, щоб ртутний резервуар з усіх боків стикався з тілом і не зміщувався протягом усього часу вимірювання. Між тілом і термометром не повинна потрапляти білизна. Плече хворого щільно притискають до грудної клітки. Ослабленим хворим під час дослідження притримують руку. Вимірювання проводять протягом 10 хвилин. Потім термометр витягають та фіксують його показання. Після використання термометр поміщають в ємність із дезінфікуючим розчином.

Дослідження пульсу

Пульсом називають поштовхоподібні коливання стінок артерій, викликані рухом крові, яку викидає серце при кожному скороченні лівого шлуночка.

Найчастіше проводять дослідження пульсу на променевої артерії, яка добре пальпується між сухожиллям внутрішнього променевого м'яза та шилоподібним відростком променевої кістки. Якщо на променевої артерії пульс дослідити не можливо, для цього використовують сонну, скроневу, плечову, стегнову, підколінну та інші артерії.

При дослідженні пульсу на променевої артерії охоплюють ділянку променево-зап'ясткового суглобу хворого так, щоб великий палець розташовувався на тильному боці передпліччя, а решта пальців – над артерією. Рука хворого повинна знаходитися в зручному напівзігнутому положенні, що виключає напруження м'язів. Відчувши пульсацію артерію, її притискають до внутрішньої поверхні променевої кістки, що полегшує визначення властивостей пульсу. Підрахунок пульсових ударів проводиться не менше ніж за 30 секунд.

У процесі дослідження визначають наступні властивості пульсу: ритм, частоту, напруженість, наповнення, величину.

Вимірювання артеріального тиску

Артеріальний тиск вимірюють за допомогою тонометра і фонендоскопа у спокійній комфортній обстановці при кімнатній температурі. Хворий повинен перебувати в сидячому або лежачому положенні, не розмовляти під час дослідження. Йому забороняється стежити за ходом вимірювання. Руку оголюють, потім кладуть на стіл долонею вгору, під лікоть підкладають валик. На плече на 2–3 см вище ліктьового згину накладають манжетку і закріплюють її так, щоб між шкірою і манжеткою проходив один палець. У ліктьовій ямці визначають пульсацію ліктьової артерії і в цьому місці розміщують мембрану фонендоскопа.

Закривають вентиль на груші і поступово нагнітають в манжетку повітря, поки тиск в ній за показаннями манометра не перевищить на 20–30 мм рт. ст. рівня, при якому перестає визначатися пульсація артерії. Потім повільно відкривають вентиль, випускаючи повітря з манжети. Швидкість опускання стрілки на датчику за 1 секунду – 2-3 поділки. Одночасно фонендоскопом вислуховують тони на ліктьовій артерії та стежать за показаннями на шкалі манометра. Рівень (цифра) тиску, при якому з'являється перший удар, відповідає систолічному тиску. Рівень тиску, при якому відбувається зникнення ударів, відповідає діастолічному тиску. Вимірювання артеріального тиску слід проводити на обох руках по черзі. Через 5 хвилин дослідження рекомендується повторити. Оптимальним є артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст.

Після проведення санітарної обробки, дослідження пульсу, вимірювання артеріального тиску та антропометрії хворих у супроводі медичного персоналу направляють до хірургічного відділення.

Транспортування хворого з приймального відділення до стаціонару

Медична сестра згідно призначень лікаря приймального відділення проводить транспортування хворих до відділень стаціонару та діагностичні кабінети. Вид транспортування залежить від тяжкості стану хворого і може бути трьох видів:

- 1) пішки – планові хворі, хворі в задовільному стані;
- 2) в кріслі-каталці – хворі в стані середньої тяжкості;
- 3) на каталці – важкі хворі.

При пересуванні хворого пішки його в обов'язковому порядку повинна супроводжувати медична сестра.

Питання для тестового контролю

1. Вимоги до розміщення приймального відділення:
 - а) розміщують на першому поверсі корпусу;

- б) під'їзд не повинен розміщуватися під вікнами палат;
- в) вхід повинен бути широким, здійснюватися через тамбур;
- г) поряд повинні розміщуватися ліфти;
- д) усі відповіді правильні.

2. До складу приймального відділення входять:

- а) вестибюль;
- б) палати;
- в) лабораторія;
- г) їдальня;
- д) гнійна перев'язувальна.

3. До складу приймального відділення входять:

- а) палати;
- б) мала операційна (перев'язувальна);
- в) лабораторія;
- г) їдальня;
- д) гнійна перев'язувальна.

4. Функції приймального відділення хірургічної клініки всі, крім:

- а) огляд хворих та виконання необхідних лабораторних методів діагностики;
- б) сортування хворих і визначення відділення для госпіталізації;
- в) проведення санітарно-гігієнічної обробки хворих;
- г) оформлення облікової медичної документації;
- д) проведення біологічної проби та проби на індивідуальну сумісність.

5. Функції приймального відділення хірургічної клініки:

- а) первинний огляд хворих і виконання лабораторних та інструментальних методів діагностики;
- б) сортування хворих і визначення відділення для госпіталізації;
- в) проведення санітарно-гігієнічної обробки хворих;
- г) оформлення облікової медичної документації;
- д) усі відповіді правильні.

6. Функціональні обов'язки медичної сестри приймального відділення:

- а) прийом та реєстрація хворих;
- б) проведення дихальної гімнастики;
- в) еластичне бинтування нижніх кінцівок;
- г) оперативне лікування хворих;
- д) виписування хворих.

7. До функцій медичної сестри приймального відділення не входить:

- а) вимірювання температури;
- б) перевірка документів, які мають при собі хворі;
- в) заповнення паспортної частини історії хвороби;

г) встановлення діагнозу та призначення лікування хворому.

8. Які види госпіталізації хворих виділяють:

- а) первинну і вторинну;
- б) планову та ургентну;
- в) централізовану й децентралізовану;
- г) первинну і повторну?

9. До приймального відділення бригада швидкої допомоги доставила хворого. Хто вирішує питання про госпіталізацію хворого у відділення стаціонару:

- а) старша медична сестра відділення;
- б) лікар станції швидкої допомоги;
- в) лікар відділення стаціонару;
- г) лікар приймального відділення;
- д) медична сестра приймального відділення?

10. До основної медичної документації приймального відділення відносять:

- а) медична карта стаціонарного хворого (ф. 003-у);
- б) журнал реєстрації госпіталізованих хворих (ф. 001-у);
- в) журнал відмов від госпіталізації;
- г) журнал реєстрації амбулаторних хворих (ф. 074-у);
- д) екстрене повідомлення про інфекційне захворювання в санітарно-епідеміологічну станцію (ф. 058/о).
- е) усі перелічені документи.

11. До приймального відділення доставлений хворий Після того як лікар оглянув хворого, вирішено направити його до хірургічного відділення. Який медичний документ необхідно заповнити і передати до відділення:

- а) статистичний талон;
- б) медичну карту стаціонарного хворого (титульний аркуш);
- в) листок обстеження хворого;
- г) листок лікарських призначень;
- г) температурний листок?

12. Які лікувальні заходи не проводять в умовах приймального відділення:

- а) лапароскопія;
- б) перев'язки;
- в) очисна клізма;
- г) промивання шлунка;
- д) амбулаторні хірургічні операції?

13. Санітарна обробка хворого буває:

- а) повна і часткова;
- б) щоденна і щомісячна;

- в) вибіркова та обов'язкова;
- г) поточна і вибіркова.

14. Питання об'єму санітарної обробки хворого вирішує:

- а) медична сестра;
- б) лікар;
- в) старша медична сестра;
- г) маніпуляційна медична сестра.

15. Температура води для гігієнічної ванни повинна бути:

- а) 27–29 °С;
- б) 30–33 °С;
- в) 34–36 °С ;
- г) 40–43 °С;
- д) 44–46 °С.

16. Ознаки педикульозу:

- а) наявність гнид;
- б) наявність статевозрілих паразитів;
- в) свербіж шкірних покривів;
- г) сліди розчісувань та гнійні кірки на шкірі;
- д) усе перелічене правильне.

17. Засоби для боротьби з педикульозом усі, крім:

- а) залізо-ртутної мазі;
- б) педиліну;
- в) ніттифору;
- г) аерозолю Пара плюс.

18. До антропометричних досліджень не відносять:

- а) вимірювання зросту;
- б) вимірювання окружності грудної клітки;
- в) вимірювання окружності стопи;
- г) визначення ваги хворого.

19. Питання про спосіб транспортування хворого до відділення вирішує:

- а) лікар приймального відділення;
- б) медична сестра;
- в) лікар швидкої допомоги;
- г) молодша медична сестра.

20. До приймального відділення доправлено хворого у тяжкому стані. Хворого до відділення необхідно транспортувати:

- а) на кріслі-каталці;
- б) самотійною ходою;

- в) пішки з допомогою медичної сестри;
- г) на каталці.

Контрольні питання

1. Перерахуйте функції приймального відділення.
2. Які кабінети має приймальне відділення?
3. Перерахуйте обов'язки медсестри приймального відділення.
4. Які обов'язки лікаря приймального відділення?
5. Перелічіть способи доставки хворих в приймальне відділення.
6. Назвіть види госпіталізації пацієнтів.
7. Яка документація ведеться в приймальному відділенні?
8. Назвіть етапи санітарно-гігієнічної обробки хворих в приймальному відділенні.
9. Перерахуйте ознаки педикульозу.
10. Перерахуйте етапи санітарної обробки хворого при педикульозі.
11. Розкажіть правила проведення гігієнічної ванни.
12. Розкажіть правила проведення гігієнічного душа.
13. Розкажіть правила стрижки волосся хворому.
14. Як правильно поголити хворого?
15. Розкажіть правила стрижки нігтів хворому.
16. Які антропометричні дослідження проводять пацієнту в приймальному відділенні?
17. Як виміряти температуру тіла в пахвовій ямці?
18. Розкажіть правила вимірювання артеріального тиску пацієнтові.
19. Розкажіть, як правильно досліджувати пульс хворого.
20. Які режими дезінфекції засобів догляду за хворими в приймальному відділенні?
21. Розкажіть правила прибирання приміщень приймального відділення.
22. Назвіть види транспортування хворого з приймального відділення в стаціонар?
23. Які правила транспортування пацієнта в кріслі-каталці?
24. Які правила транспортування пацієнта на каталці?

Список літератури

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посібник / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. – 3-є вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ “Медицина”, 2017. - 600 с.
2. Загальна хірургія : базовий підручник для студентів вищих навчальних закладів - медичних університетів, інститутів й академій / С. Д. Хіміч [та ін.] ; за ред.: С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. - 3-є вид., переробл. і допов. - Київ : Медицина, 2018. - 607 с
3. Кравець О. В. Сестринська справа в хірургії у тестових запитаннях : навч. посіб. / О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 188 с.

4. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації / за ред. В. І. Литвиненка. К. : Медицина, 2017. – 424 с.
5. Догляд за хворими (практика): підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації. – Вид. 3-є, випр. / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. І. Фролова – К.: Медицина, 2015. – 488 с.
6. Основи догляду за хірургічними хворими: навчально-методичний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації / І. А. Шумейко, О. В. Лігоненко, І. О. Чорна [та ін.]. – Полтава, 2015. – 160 с.
7. Healthcare for surgical patients: Educational-methodological textbook / V. V. Guzenko, V. P. Kryshen, M. V. Trofimov, I. V. Haponov. – Dnipro 'Drukar' SE "DMA MHCU", 2017. – 100 p.
8. Patient Care (Practical Course): textbook. — 2nd edition / O. M. Kovalyova, V. M. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. — K., 2018. — 320 p.
9. Hinkle Janice L. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Philadelphia, United States Lippincott Williams and Wilkins, 2017. - 2352 p.
10. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Підготовка хворого до операції. Догляд за хворими в післяопераційному періоді» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 40 с.
11. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Організація роботи медичної сестри приймального відділення. Організація роботи та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 43 с.

Тема 3. Підготовка хворих до ургентних та планових операцій

Цілі заняття:

1. Мати уяву про передопераційний період.
2. Знати особливості підготовки хворих до планових та екстрених оперативних втручань.
3. Знати основи психологічної підготовки хворого до оперативного втручання.
4. Вміти провести попередню підготовку операційного поля.
5. Вміти провести санацію ротової порожнини хворому перед операцією.
6. Оволодіти методикою виконання промивання шлунку зондом.
7. Оволодіти методикою виконання очисної клізми.
8. Оволодіти методикою катетеризації сечового міхура.
9. Вміти провести транспортування хворого в операційну.

Будь-яке оперативне втручання вимагає проведення передопераційної підготовки, важливість якої важко переоцінити. Успіх операції залежить не тільки від техніки її виконання, а й від того, наскільки хворий підготовлений до неї. Якісно проведена передопераційна підготовка дозволяє зменшити кількість інтра- та післяопераційних ускладнень, скоротити терміни лікування, а відповідно і економічні витрати на лікування хворих.

Передопераційним періодом називають інтервал часу з моменту госпіталізації хворого до початку проведення оперативного втручання. Передопераційний період може тривати від кількох годин до кількох діб, і навіть тижнів в залежності від наявного захворювання, стану хворого і виду передбачуваної операції.

Передопераційна підготовка включає у себе широкий комплекс лікувально-діагностичних заходів, направлених на зменшення тяжкості перебігу захворювання, покращення роботи органів та систем, корекцію гомеостазу, підвищення реактивності організму.

Ургентні операції, як правило, виконують після мінімального обсягу передопераційної підготовки обсяг якої визначається загальним станом хворого, функціональними порушеннями, а також видом та об'ємом оперативного втручання.

При виконанні невеликих за обсягом планових операцій у хворих без значних відхилень від норми функцій систем органів та обміну речовин підготовку до втручання можна обмежити психологічною та санітарно-гігієнічною підготовкою.

У хворих, яким планується великий обсяг оперативного втручання, а також тих, у кого виявлені значні зміни у організмі, пов'язані із супутніми захворюваннями та віком, передопераційній підготовці слід приділити особливу увагу. Вона повинна бути більш складною, комплексною, індивідуальною.

Підготовка хворих до операції складається з загальної підготовки (проводиться усім, без винятку, хворим) та підготовки органів і систем у разі виявлення різних порушень.

Підготовка хворого до ургентної операції

При підготовці до ургентної операції необхідно дотримуватися певної послідовності виконання підготовчих заходів:

- 1 Гігієнічна обробка хворого.
- 2 Підготовка операційного поля.
- 3 Евакуація вмісту шлунка.
- 4 Катетеризація сечового міхура.

Підготовка хворого до планової операції включає наступні заходи:

- 1 Психологічну підготовку.
- 2 Санацію порожнини рота.
- 3 Підготовку операційного поля.
- 4 Підготовку серцево-судинної системи.
- 5 Підготовку органів дихання.
- 6 Підготовку шлунково-кишкового тракту.
- 7 Підготовку сечовидільної системи.

Психологічна підготовка хворого до операції

Кожен хворий перед операцією відчуває страх болю, переживає за результат операції, можливий розвиток ускладнень. Тому практично усі хворі у цей час потребують особливої уваги та підтримки медичного персоналу і близьких. Вселення у хворого упевненості в успішному результаті операції, одужанні залежить не тільки від лікаря, але і від середнього медичного персоналу.

Створенню спокійної довірливої атмосфери сприяє авторитет та професіоналізм медичних сестер, які постійно контактують із хворим та готують його до операції. У разі необхідності проведення оперативного втручання необхідно переконливо пояснити хворому доцільність його виконання. При цьому медичній сестрі неприпустимо коментувати стан хворого та висловлювати власну думку про майбутню операцію. Якщо хворого або його родичів детально цікавлять сутність операції, її наслідки та прогноз, медичній сестрі слід скерувати їх до лікаря.

Важливим етапом передопераційної підготовки є робота із хворим, спрямована на подолання страху перед болем. Доведено, що відволікання від переживань больових відчуттів зменшує їх інтенсивність після операції. У бесіді із хворими медична сестра повинна вказати, що, незважаючи на те, що кожна операція пов'язана із можливим розвитком ускладнень, реальна її користь у багато разів перевищує потенційний ризик.

Важливу роль відіграє розміщення хворих, які готуються до оперативного втручання, у одній палаті із хворими, що уже перенесли аналогічну операцію та одужують.

Санація ротової порожнини перед оперативним втручанням

Після перенесеної важкої операції, коли хворому заборонені прийом їжі та рідини, активність виділення слини різко знижується, що призводить до погіршення природного очищення ротової порожнини. У результаті відбувається швидке розмноження патогенної мікрофлори, що викликає запалення слизової оболонки порожнини рота. Усім хворим із захворюванням ясен і зубів, які готуються до планового оперативного втручання, повинна бути виконана санація порожнини рота.

У більшості пацієнтів передопераційна підготовка порожнини рота зводиться до виконання правил її гігієни. Хворі щодня вранці та ввечері чистять зуби і після кожного прийому їжі прополіскують рот підсоленою водою (чверть чайної ложки кухонної солі на склянку води) або розчином питної соди (1/2 чайної ложки соди на склянку води).

Тяжкохворим, які не можуть самотійно здійснити туалет порожнини рота, цю процедуру виконує медична сестра. Хворому пропонують відкрити рот. Стерильною марлевою серветкою медична сестра охоплює язик пацієнта і трохи витягує його з порожнини рота. Зволоженим тампоном обережно знімають наліт із язика. Іншим вологим тампоном протирають зовнішні та внутрішні поверхні зубів. При протиранні верхніх корінних зубів необхідно відвести стерильним шпателем щоку, щоб інфекція не потрапила до вивідної протоки привушної слинної залози. Після протирання язика, зубів та ясен хворий повинен прополоскати рот теплою кип'яченою водою.

Особам, які перебувають у загальмованому стані або без свідомості, для проведення туалету ротової порожнини необхідно надати горизонтального положення, опустивши головний кінець ліжка. З-під голови прибирають подушку, щоб промивні води не потрапили у дихальні шляхи. Під голову стелять клейонку на яку застеляють пелюшку. Голову пацієнта повертають у бік. Під кут рота підставляють лоток. Язик трохи витягують із порожнини рота та протирають тампоном, змоченим розчином фурациліну (1: 5 000) або перманганату калію (0,1%). Іншим зволеним тампоном обробляють зовнішні та внутрішні поверхні зубів. За допомогою стерильного шприца промивають порожнину рота теплим розчином води. Губи витирають рушником.

Підготовка операційного поля

Операційне поле – це ділянка шкіри або слизової оболонки, у межах якої виконують операційний розріз. Підготовка операційного поля є відповідальним етапом передопераційної підготовки. Якщо передбачається виконання планового оперативного втручання, хворого напередодні за 1 день до операції миють у ванній теплою водою із милом або (якщо дозволяє стан) він приймає душ. Потім пацієнт одягає чисту білизну. Проводять заміну його постільної білизни. У разі наявності протипоказань до таких заходів хворого обтирають за допомогою поролонової губки або рушника, змоченого теплою водою з милом.

У день операції медична сестра голить зону операційного поля за допомогою машинки або електробритви. Гоління проводять не більше ніж за 2 години до втручання з метою запобігання інфікування мікротравм. Після гоління волосся шкіру обробляють 70% розчином етилового спирту.

Необхідно враховувати, що іноді, під час виконання операції хірургу необхідно розширювати розріз, тому видалення волосся проводять далеко за межами передбачуваного операційного поля. При плануванні операцій на органах черевної порожнини видаляють волосся на всій передній поверхні живота від рівня сосків до лобка (включаючи його). У хворих з паховими грижами зривають волосся нижче пупка, у області статевих органів та промежини. При операціях у області заднього проходу проводять видалення волосся у області промежини, статевих органів, на внутрішній поверхні стегон та сідницях.

За необхідності виконання ургентних оперативних втручань, як правило, проводять часткову санітарно-гігієнічну обробку хворих. Їх обтирають теплою мильною водою за допомогою поролонової губки або рушника. Гоління операційного поля виконують за правилами, викладеним вище. У екстрених випадках, коли пацієнта подають до операційної відразу із приймального відділення, його гоління проводять у передопераційній або коридорі зони суворого режиму, а у ряді випадків – і на операційному столі. При цьому гоління може виконувати операційна санітарка.

Підготовка до операції серцево-судинної системи

До обов'язків медичної сестри з підготовки серцево-судинної системи до операції входять дослідження пульсу, вимірювання артеріального тиску, зняття електрокардіограми.

Підготовка до операції органів дихання

Усім хворим при плануванні операції проводять флюорографію або рентгенографію грудної клітки. За наявності запальних захворювань легень із виділенням харкотиння її досліджують на наявність мікрофлори та чутливість до антибіотиків. У випадках проведення операцій на органах дихання досліджують їх функціональний стан. Особливу увагу приділяють підготовці до оперативного втручання курців, хворих із хронічними легневими захворюваннями. До комплексу підготовки, за виконання якої відповідає медична сестра, включають дихальну гімнастику, інгаляції, відхаркувальні препарати.

Підготовка до операції шлунково-кишкового тракту

Умовою виконання оперативного втручання є порожній шлунок хворого. Для цього перед плановою операцією пацієнт вживає тільки легку їжу (бульйони, супи та інше). За необхідності проведення екстреної операції, якщо між прийомом їжі та початком операції минуло менше 5 годин, слід промити шлунок за допомогою товстого зонда. Звільнення шлунка від їжі та рідини дозволяє попередити регургітацію і блювання під час проведення

наркозу. З метою підготовки товстої кишки напередодні та в день операції необхідно провести очищення товстого кишечника за допомогою клізми. Очисна клізма протипоказана при деяких гострих захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, мезентеріальний тромбоз).

Промивання шлунка за допомогою зонда

Показання: видалення вмісту шлунка.

Протипоказання: шлунково-кишкова кровотеча, тяжкі серцево-судинні захворювання.

Перед введенням зонда хворому пояснюють, що під час проведення маніпуляції можливі нудота та позиви на блювання, які можна придушити глибоким диханням через ніс. Забороняється стискати просвіт зонда зубами та висмикувати його.

Перед початком процедури визначають довжину, на яку слід ввести зонд. Для цього вимірюють відстань від перенісся до пупка. На зонді є мітки, які є орієнтирами: мітка 45 см – відстань до кардіальної частини шлунка, 55 см – до дна шлунка, 65 см – до воротаря.

Хворого саджають на стілець із розведеними ногами. На нього одягають клейончастий фартух та ставлять між ногами таз для збору промивних вод. Кінець зонда змочують теплою водою. Медична сестра займає положення праворуч від пацієнта і пропонує йому відкрити рот. Кінець зонда кладуть на корінь язика хворого і просять його зробити ковток під час якого вводять зонд у глотку. Далі пацієнт робить ковтальні рухи, під час яких повільно та рівномірно просувають зонд.

Якщо під час введення зонда у пацієнта з'явилися кашель, синюшність, це означає, що зонд потрапив у трахею. Його необхідно витягти та повторити процедуру після того, як пацієнт заспокоїться. Після введення зонда необхідно переконатися, що він знаходиться у шлунку. Для цього шприц Жане приєднують до вільного кінця зонду та відтягують поршень. Надходження вмісту шлунка до шприцу свідчить про правильне розташування. Потім до вільного кінця зонда через перехідник приєднують гумову трубку та лійку. Лійку опускають до рівня колін пацієнта та наливають у неї 500-600 мл води. Повільно, піднімаючи лійку вгору, до неї безперервно наливають воду (до 1 літра). Коли рівень води в лійці досягне трубки, її опускають до рівня колін хворого, і вміст шлунка починає надходити до лійки. Коли кількість рідини, яка вийшла, буде приблизно дорівнювати кількості введеної, лійку нахиляють та виливають її вміст у таз. Процедуру продовжують до «чистих промивних вод».

Методика проведення очисної клізми

Показання: очищення товстого кишечника від калових мас.

При підготовці до планової операції очисну клізму ставлять напередодні ввечері та вранці в день операції.

Хворого вкладають на кушетку на лівий бік із зігнутими в колінах та приведеними до живота ногами. Під пацієнта підкладають клейонку, на неї –

пелюшку, край клейонки опускають у миску або судно. Якщо стан хворого важкий і йому забороняється повертатися на лівий бік, процедуру проводять у положенні лежачи на спині вз зігнутими у колінах та розведеними ногами. Стерильний накінецьник приєднують до гумової трубки. Закривають вентиль. Заповнюють кухоль Есмарха водою у кількості 1,0–1,5 л (28–32 °С) та піднімають. Потім відкривають вентиль і заповнюють трубку та накінецьник водою, витісняючи повітря із системи. Вентиль закривають. Наконечник змащують вазеліновим маслом. Першим та другим пальцями лівої руки розводять сідниці хворого. Легкими обертальними рухами правою рукою вводять накінецьник у пряму кишку, просуваючи його на глибину 10–12 см (спочатку у напрямку пупка на 3–4 см, а потім паралельно хребта на глибину 7–8 см). Після введення накінецьника повільно відкривають вентиль і вводять воду у кишечник. При появі відчуття розпирання у животі кухоль Есмарха опускають нижче, щоб зменшити швидкість надходження води до прямої кишки. У випадках, якщо вода не надходить в кишечник, необхідно підняти кухоль вище або змінити положення накінецьника. Закривають вентиль, залишаючи трохи води на дні кружки (щоб до кишки не потрапило повітря). Накінецьник обережно витягують. Хворого укладають на спину та просять затримати воду у кишечнику на 5–10 хвилин. Якщо після видалення накінецьника вода починає виливатися назад, сідниці пацієнта зводять на 5–7 хвилин. Далі при появі позивів на дефекацію допомагають пацієнту дійти до унітазу або підставляють судно. Після процедури хворого потрібно підмити.

Методика проведення сифонної клізми

Показання: відсутність ефекту від очисної клізми і прийому проносних.

Для постановки сифонної клізми потрібно приготувати товсту гумову або силіконову трубку завдовжки 1 метр з внутрішнім діаметром не менше 10 мм, лійку місткістю 1 л, 10 літрів води кімнатної температури, таз або відро для збору промивних вод.

Хворого вкладають на кушетку у положенні на лівому боці. Кушетку попередньо застеляють клейонкою, поверх якої кладуть пелюшку. Кінець трубки змащують вазеліном. Сідниці пацієнта розводять і обережно вводять трубку у кишечник на глибину 20–30 см. Потім до вільного кінця трубки приєднують лійку.

Проводять промивання кишечника так само, як і промивання шлунка до «чистих промивних вод», використовуючи закон сполучених посудин. Необхідно стежити за тим, щоб вода виходила із лійки лише до її гирла, інакше її буде важко повернути із кишечника до лійки. Не можна, щоб до кишечника із водою потрапляло повітря. Для того щоб цього уникнути, наливаючи воду, лійку утримують у дещо нахиленому положенні. У кінці процедури останню порцію промивних вод виливають і повільно витягують трубку з прямої кишки.

Методика проведення гіпертонічної клізми

Показання: атонічний запор, парез кишечника.

Гіпертонічний розчин (10% натрію хлориду або 30% магнію сульфату 100–200 мл температурою 37 °С) набирають у грушоподібний балон. На кушетку застеляють клейонку, зверху пелюшку. Пацієнта вкладають на лівий бік ближче до краю кушетки, зігнувши та привівши ноги до живота. Кінець газовивідної трубки змащують вазеліном. Лівою рукою медична сестра розводить сідниці, а правою – обережно обертальними рухами вводить її у пряму кишку на глибину 15–20 см (спочатку у напрямку до пупка на глибину 3–4 см, а потім паралельно куприка). Далі витісняють повітря із балона, з'єднують його із вільним кінцем газовідвідної трубки та повільно вводять розчин. Після чого затискають трубку серветкою та від'єднують гумовий балон. Газовивідну трубку витягають. Окружність заднього проходу витирають серветкою. Пацієнту пропонують повернутися на спину і затримати розчин в кишечнику на 20-30 хвилин, потім допомагають дійти до унітазу або підставляють судно. Після процедури хворого потрібно підмити.

Катетеризація сечового міхура

Показання: необхідність спорожнення сечового міхура.

Процедура проводиться, якщо хворий не може помочитися самостійно. Для катетеризації сечового міхура необхідно підготувати стерильні катетер, пінцет, вазелінове масло, серветки, розчин фурациліну (1: 5 000). Все це укладають на стерильний лоток.

Хворий лягає на спину із розведеними зігнутими у кульшових та колінних суглобах ногами. Між ніг хворого встановлюють судно або лоток для збору сечі. Головку статевого члена протирають серветкою, змоченою розчином фурациліну. Кінець катетера змащують стерильним вазеліновим маслом, беруть його пінцетом на відстані 2–3 см від кінця. Лівою рукою між III та IV пальцями беруть статевий член у ділянці шийки, I та II пальцями розводять зовнішній отвір уретри.

Пінцетом вводять у зовнішній отвір уретри катетер та, переміщуючи пінцет, обережно просувають катетер. Поява сечі із катетера свідчить про розташування його у сечовому міхурі. Після випускання сечі катетер витягають. Якщо провести катетеризацію сечового міхура м'яким катетером не вдається – процедуру виконують за допомогою металевого катетера. Це може виконувати тільки лікар.

Катетеризація у жінок проводиться у положенні на спині із зігнутими та розведеними ногами. Попередньо проводять туалет зовнішніх статевих органів розчином фурациліну або марганцевокислого калію. Медична сестра розводить малі статеві губи пальцями лівої руки і протирає область зовнішнього отвору уретри серветкою, змоченою антисептиком. Правою рукою пінцетом вводять у нього катетер і просуває до появи сечі. Видаливши сечу, катетер витягають.

Транспортування хворого до операційної

Хворі, яким буде виконана планова операція, можуть йти до операційної самостійно, рідше їх доставляють на кріслі-каталці.

Транспортування важкохворих до операційної здійснюють на каталці, покритою клейонкою, поверх якої застеляють чисте простирadlo. Транспортування повинне бути обережним, без поштовхів. Перекласти хворого можуть два медичних працівника. Перший підводить руки під лопатки, ближче до шиї і попереку, другий – під сідниці та гомілки. Якщо хворий важкий або потребує дуже обережного перекладання, участь беруть 3 особи: перша тримає голову і груди, друга – поперекову область і стегна, третя – гомілки. Якщо у хворого підключена система для внутрішньовенних вливань, то додатково у перекладанні бере участь медична сестра, яка притримує систему і спостерігає за її роботою. У передопераційній хворого перекладають на каталку операційного блоку та на ній доставляють на операційний стіл.

Питання для тестового контролю

1. Що таке передопераційний період:
 - а) проміжок часу з моменту госпіталізації хворого до його одужання;
 - б) проміжок часу з моменту госпіталізації хворого до закінчення операції;
 - в) проміжок часу з моменту госпіталізації хворого до початку операції;
 - г) час операції?

2. Передопераційний період починається з моменту:
 - а) початку хвороби;
 - б) звернення за медичною допомогою;
 - в) звернення хворого до приймального відділення;
 - г) госпіталізації хворого до хірургічного відділення;
 - д) немає правильної відповіді.

3. Передопераційна підготовка хворого до планової операції передбачає:
 - а) психологічну підготовку;
 - б) підготовку операційного поля;
 - в) підготовку серцево-судинної системи;
 - г) підготовку органів дихання;
 - д) підготовку шлунково-кишкового тракту;
 - е) усі відповіді правильні.

4. Підготовка хворого до планового оперативного втручання передбачає:
 - а) гігієнічний душ та заміну білизни хворого напередодні операції;
 - б) постільний режим за одну добу до оперативного втручання;
 - в) проведення сеансу лікувальної фізкультури перед операцією;
 - г) гоління волосся в ділянці майбутнього операційного поля за одну добу до операції.

5. Особливістю підготовки хворого до екстреної операції є:
 - а) обмежений час;

- б) багатосторонність обстеження;
- в) не є тяжкість стану;
- г) супутня патологія;
- д) неможливість повноти обстеження.

6. Правила підготовки операційного поля:

- а) гоління волосся в зоні операції, змазування шкіри ефіром;
- б) гоління волосся в зоні операції із застосуванням мийних засобів, змазування шкіри ефіром або антисептиком із подальшим закриттям обробленої ділянки стерильним матеріалом;
- в) гоління волосся в зоні операції без застосування мийних засобів, змазування шкіри етиловим спиртом;
- г) гоління волосся в зоні операції без застосування мийних засобів, змазування шкіри етиловим спиртом або розчином хлоргексидину біглюконату з подальшим закриттям обробленої ділянки стерильним матеріалом;
- д) гоління волосся в зоні операції без застосування мийних засобів.

7. Передопераційними заходами, що зменшують ризик інфікування післяопераційної рани, є:

- а) постільний режим;
- б) гоління волосся в ділянці операційного поля за 2 години до операції;
- в) застосування спиртового компресу на ділянку «майбутнього» операційного поля;
- г) призначення снодійних засобів напередодні операції.

8. Для підготовки шлунково-кишкового тракту до планової операції необхідно:

- а) призначити очисну клізму ввечері напередодні та вранці в день операції;
- б) призначити очисну клізму безпосередньо перед операцією;
- в) голодувати 3 дні перед операцією;
- г) призначити проносні засоби.

9. З якою метою не дозволяють хворому їсти перед операцією:

- а) їжа утруднює проведення в шлунок зонда;
- б) їжа утруднює управління диханням під час операції;
- в) приймання їжі перед операцією може спричинити блювання під час загального знеболювання;
- г) приймання їжі перед операцією може спричинити розвиток ацидозу?

10. Процедуру промивання шлунка сифонним методом повторюють:

- а) тричі;
- б) до закінчення приготованої для процедури води;
- в) до чистої води;
- г) десять разів;

д) п'ять разів.

11. Під час уведення товстого шлункового зонда виник кашель. Що необхідно зробити:

- а) зонд продовжують просувати глибше;
- б) зонд витягують;
- в) хворого просять зробити глибокий вдих;
- г) подають у зонд кисневу суміш;
- д) хворого просять затримати дихання?

12. Назвіть види клізм:

- а) очисна;
- б) сифонна;
- в) масляна;
- г) гіпертонічна;
- д) усі перелічені види.

13. Показаннями до використання очисної клізми є:

- а) запор;
- б) виразкові ураження товстого кишечника;
- в) кишкова кровотеча;
- г) метеоризм;
- д) геморой.

14. Які показання до використання очисної клізми:

- а) затримка випорожнення більше ніж три доби;
- б) гострі отруєння;
- в) підготовка до рентгенологічних та ендоскопічних досліджень товстої кишки;
- г) усе перелічене правильне?

15. Яка кількість води необхідна для очисної клізми:

- а) 0,5 літра;
- б) 1,0–1,5 літра;
- в) 2,0–2,5 літра;
- г) 2,0 літра;
- д) 2,5 літра і більше.

16. Для очисної клізми використовують воду, оптимальна температура якої:

- а) 16–18 °С;
- б) 10–12 °С;
- в) 12–22 °С;
- г) 28–32 °С;
- д) 38–46 °С.

17. Під час проведення очисної клізми хворий повинен лежати:

- а) на спині;
- б) на правому боці;
- в) на лівому боці;
- г) на животі;
- д) у будь-якому зручному положенні.

18. Яку кількість води необхідно приготувати для виконання сифонної клізми:

- а) 1–1,5 літра;
- б) 2–3 літри;
- в) 5–6 літрів;
- г) 10 літрів?

19. Мета застосування гіпертонічної клізми:

- а) введення в організм рідини;
- б) спорожнення кишечника при атонічних запорах;
- в) спорожнення кишечника при спастичних запорах;
- г) боротьба з набряками;
- д) боротьба з метеоризмом.

20. Катетеризацію сечового міхура проводять у положенні хворого:

- а) на спині;
- б) на боці;
- в) на животі;
- г) сидячи;
- д) стоячи.

Контрольні питання:

1. Що таке передопераційний період?
2. Які заходи включає підготовка до планової операції?
3. У чому полягає психологічна підготовка хворого до операції?
4. Як проводиться підготовка операційного поля?
5. Як провести санацію ротової порожнини перед операцією?
6. Що включає в себе підготовка шлунково-кишкового тракту хворого до операції?
7. Як провести промивання шлунка за допомогою товстого зонда?
8. Розкажіть методику проведення очисної клізми?
9. Розкажіть методику проведення сифонної клізми?
10. Розкажіть методику проведення гіпертонічної клізми?
11. Як правильно провести катетеризацію сечового міхура?
12. Які способи транспортування хворого в операційну ви знаєте?

Список літератури

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посібник / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. – 3-є вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ “Медицина”, 2017. - 600 с.
2. Загальна хірургія : базовий підручник для студентів вищих навчальних закладів - медичних університетів, інститутів й академій / С. Д. Хіміч [та ін.] ; за ред.: С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. - 3-є вид., переробл. і допов. - Київ : Медицина, 2018. - 607 с
3. Кравець О. В. Сестринська справа в хірургії у тестових запитаннях : навч. посіб. / О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 188 с.
4. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації / за ред. В. І. Литвиненка. К. : Медицина, 2017. – 424 с.
5. Догляд за хворими (практика): підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації. – Вид. 3-є, випр. / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. І. Фролова – К.: Медицина, 2015. – 488 с.
6. Основи догляду за хірургічними хворими: навчально-методичний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації / І. А. Шумейко, О. В. Лігоненко, І. О. Чорна [та ін.]. – Полтава, 2015. – 160 с.
7. Healthcare for surgical patients: Educational-methodological textbook / V. V. Guzenko, V. P. Kryshen, M. V. Trofimov, I. V. Haponov. – Dnipro ‘Drukar’ SE “DMA МНСU”, 2017. – 100 p.
8. Patient Care (Practical Course): textbook. — 2nd edition / O. M. Kovalyova, V. M. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. — K., 2018. — 320 p.
9. Hinkle Janice L. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Philadelphia, United States Lippincott Williams and Wilkins, 2017. - 2352 p.
10. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Підготовка хворого до операції. Догляд за хворими в післяопераційному періоді» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 40 с.
11. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Організація роботи медичної сестри приймального відділення. Організація роботи та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 43 с.

Тема 4. Догляд за хворими в ранньому післяопераційному періоді

Цілі заняття:

1. Знати визначення післяопераційного періоду і фази його перебігу.
2. Вміти облаштувати ліжко хворому, провести заміну постільної і натільної білизни важкохворому.
3. Вміти доглядати за шкірою та волоссям хворого.
4. Вміти доглядати за очима та вухами хворого.
5. Вміти підкладати судно і сечоприймач важкохворому, провести підмивання лежачої пацієнтки.
6. Вміти проводити комплексну профілактику пролежнів у лежачих хворих, доглядати за хворим, в якого є пролежень.
7. Вміти годувати важкохворого за допомогою ложки, поїльника, через назогастральний зонд.
8. Вміти поводитись з трупом померлого пацієнта.

Будь-яке оперативне втручання призводить до розвитку в організмі пацієнта різних морфологічних, біохімічних і функціональних змін, ступінь вираженості яких залежить від віку хворого, стану організму і обсягу виконаної операції. Зміни гомеостазу характеризуються гіповолемією, гіпопротеїнемією, порушеннями водно-електролітного балансу та ін. Характерними є слабкість, біль в області післяопераційної рани, нудота, послаблення рухової активності кишечника (парез), порушення сечовипускання. При виконанні ряду операцій в післяопераційному періоді обмежується рухова активність.

Всі зміни, що відбуваються - це відповідь організму на операційну травму, і в багатьох випадках вони не вимагають корекції.

Обсяг догляду в післяопераційному періоді залежить від стану пацієнта, його віку, тяжкості захворювання, виду оперативного втручання, призначеного режиму. Правильний догляд за хворим грає велику роль в профілактиці можливих ускладнень і успішному результаті лікування.

Післяопераційний період - це проміжок часу з моменту закінчення операції до одужання хворого або встановлення йому групи інвалідності.

Післяопераційний період ділять на три частини:

- 1) ранній період, починається з моменту закінчення операції і триває до 4-5 діб після неї;
- 2) пізній період - з 6-7-ї доби після операції до виписки хворого зі стаціонару;
- 3) віддалений період, триває з моменту виписки до відновлення працездатності або переходу на групу інвалідності.

Розрізняють нормальний перебіг післяопераційного періоду, коли відсутні важкі функціональні порушення, і ускладнений - у випадках, коли різко виражена реакція на оперативну травму, розвиваються значні функціональні порушення і ускладнення.

В післяопераційному періоді виділяють три фази: катаболічну, зворотного розвитку і анаболічну.

Катаболічна фаза триває 3-7 діб. Характеризується загальмованістю хворого, слабкістю, порушенням або пригніченням свідомості, блідістю шкірних покривів, прискоренням пульсу і дихання, зниженням артеріального тиску і зменшенням діурезу.

Фаза зворотного розвитку триває 4-6 діб. Клінічно характеризується зменшенням больових відчуттів, підвищенням рухової активності пацієнта, нормалізацією температури тіла і кольору шкірних покривів, поглибленням і зменшенням частоти дихальних рухів, нормалізацією пульсу та артеріального тиску. Відновлення функції шлунково-кишкового тракту призводить до появи апетиту.

Анаболічна фаза триває 2-5 тижнів. Для неї характерно поліпшення загального стану і самопочуття пацієнта, нормалізуються показники роботи серцево-судинної і дихальної систем, відновлюється діяльність шлунково-кишкового тракту.

Після оперативного втручання хворі повертаються в хірургічне відділення в палату інтенсивної терапії або переводяться на лікування у відділення реанімації.

Завдання догляду в ранньому післяопераційному періоді

- 1 Полегшення стану пацієнта.
- 2 Відновлення здоров'я хворого в найбільш короткий термін.
- 3 Профілактика післяопераційних ускладнень.
- 4 Своєчасне виявлення ускладнень і надання допомоги при їх розвитку.

Транспортування хворого з операційної в палату

Після закінчення операції хворого обережно перекладають з операційного столу на каталку, вкривають простиралом або ковдрою і транспортують в палату. У палаті обережно перекладають на ліжку і спостерігають за ним протягом не менше двох годин до повного пробудження.

Спостереження за післяопераційним хворим включає:

- спостереження за зовнішнім виглядом хворого (вираз обличчя, колір шкіри, положення в ліжку) і увага до його скарг;
- проведення вимірювання температури тіла;
- контроль пульсу, артеріального тиску, частоти дихання;
- стеження за роботою органів виділення (діурез, стілець);
- спостереження за пов'язкою в області післяопераційної рани (її положення, просочування різних патологічних виділеннями з рани);
- контроль роботи дренажів (кількість, характер, колір виділень, прохідність дренажів, стан їх фіксації, герметичність з'єднань зі збірниками, своєчасне спорожнення ємностей від ранового відділення);
- контроль лабораторних показників.

Догляд за післяопераційним хворим включає:

- догляд за шкірними покривами (умивання, підмивання, обтирання і миття тіла).
- туалет носа, очей, вух, ротової порожнини;
- зачесування, стрижку нігтів, волосся;
- годування і дачу пиття;
- допомога при фізіологічних відправленнях;
- зміну натільної і постільної білизни;
- профілактику пролежнів;
- виконання маніпуляцій, призначених лікарем (установку шлункового зонда і газовідвідної трубки, постановку різних видів клізм, виведення сечі катетером і ін.).

Підготовка палати для хворого після операції

Проводять вологе прибирання і провітрювання палати. На тумбочки кладуть лоток і поїльник. Для змочування губ готують марлевий тупфер в склянці з водою. Під ліжком повинні перебувати судно і сечоприймач. Палата повинна бути обладнана доступною і справною сигнальною апаратурою для виклику медичного персоналу та системою для подачі зволоженого кисню.

Облаштування ліжка хворого

З огляду на те, що пацієнт після операції основну частину часу перебуває в ліжку, дуже важливо, щоб його перебування в ньому було максимально комфортним.

В даний час використовують функціональні ліжка. Їх пристрій дозволяє хворим зручно влаштуватися на них і не відчувати дискомфорту від скутості рухів. Спеціальна система фіксації дозволяє розташувати хворого в найбільш зручного для нього положенні.

На матрац надягають чистий на матрацник. Ліжко рівно застеляють чистим сухим простирадлом. Краї простирадла підгинають під матрац так, щоб вони не збиралися в складки. На подушку надягають чисту наволочку. На ковдру надягають підодіяльник.

Кожному хворому призначається індивідуальний режим, який залежить від захворювання, його тяжкості, стану і самопочуття хворого.

Розрізняють 5 типів індивідуального режиму хворого:

строгий постільний режим - при цьому режимі хворому категорично забороняється рухатися в ліжку і вставати з неї. Забороняється самоуход. Весь догляд за хворим (годування, переодягання, гігієнічні процедури, допомога у здійсненні фізіологічних потреб) здійснюється тільки за допомогою доглядає персоналу;

постільний режим - хворому забороняється вставати з ліжка. Дозволяється повертатися в ліжку на бік, згинати й розгинати кінцівки, піднімати голову, сидіти в ліжку, частково здійснювати самоуход. Той, хто

доглядає персонал забезпечує годування (подача їжі і пиття), особисту гігієну (подача тазика з водою, гребінці, зубної щітки), допомога у здійсненні фізіологічних потреб (подача качки, судна). При догляді за хірургічними хворими даний режим призначається через кілька годин після операції на 2-3 дні;

напівпостільний режим - хворому заборонені пересування поза кімнати або палати. Дозволяється сидіти в ліжку і на стільці біля столу для прийому їжі і проведення гігієнічних процедур. Дозволяється користуватися санітарним стільцем для відправлення фізіологічних потреб. Весь інший час хворий повинен знаходитися в ліжку. При пересуванні хворого бажано контролювати його стан;

палатний режим - хворому дозволяється половину час неспання проводити в положенні сидячи в кімнаті або палаті поза ліжка. Для прийняття їжі, самоухода і гігієнічних процедур хворий може самостійно переміщатися по кімнаті або палаті;

загальний режим - хворий не обмежений в пересуванні по квартирі і поза її межами або хворому відділенню або території лікарні.

Положення хворого в ліжку

Положення хворого в ліжку може бути різним і залежить від виду проведеної операції і особливостей перебігу післяопераційного періоду. Зміна положення пацієнта в ліжку проводиться з дозволу лікаря.

Після проведення оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини рекомендується розташування пацієнта в напівсидячому положенні (положення Фаулера). Його використання попереджає застійні явища в легенях, полегшує дихання і серцеву діяльність, сприяє більш швидкому відновленню функції кишківника. Для того щоб хворі не зсувалися, в нижній кінець ліжка для опори необхідно встановити підставку для ніг.

У хворих з постільним режимом розрізняють активне, пасивне і вимушене положення.

Активне положення дозволено хворим з легкими захворюваннями. Зміна положення тіла не завдає болю, незручностей. Пацієнт може змінювати положення в ліжку, сидати, вставати, прогулюватися.

Пасивне положення спостерігається у хворих в несвідомому стані в разі крайньої слабкості. Хворий нерухомий, залишається в одному положенні. Голова і кінцівки звисають в силу своєї тяжкості. Тіло зміщується з подушок до нижнього кінця ліжка. Хворі потребують особливої уваги. Їм необхідно періодично міняти положення тіла або окремих його частин для попередження розвитку ускладнень.

Вимушене положення пацієнт приймає для ослаблення або припинення болю. Такому хворому необхідно створити умови для прийняття їм функціонально вигідного положення, що сприяє одужанню і профілактиці ускладнень.

Оксигенотерапія

Оксигенотерапія може здійснюватися через носові катетери (канюля), носову або ротову маску, інтубаційну трубку.

Найчастіше кисневу терапію проводять через носову канюлю. Для проведення процедури медична сестра одягає рукавички і обережно вставляє кінці канюлі в ніздрі пацієнта. За допомогою еластичної пов'язки (фіксатора) фіксують канюлю таким чином, щоб вона не викликала у хворого відчуття дискомфорту. Потім підключають систему до джерела зволоженого кисню, попередньо визначивши концентрацію і швидкість його подачі. Стан канюлі необхідно перевіряти кожні 8 год. Постійно спостерігають за тим, щоб зволожуюча ємність була заповнена. Періодично оглядають слизову носа, щоб уникнути появи подразнень.

Зміна постільної білизни хворого

Постільна та натільна білизна має бути бавовняною. Зміну білизни проводять обережно, щоб не завдати хворому додаткових хворобливих відчуттів.

Способи зміни постільної білизни

Перший спосіб. Чисте простирадло згортають валиком по довжині. Голову і плечі хворого обережно піднімають. Потім прибирають подушку. Хворого знову кладуть на ліжко і повертають на бік, притримуючи в цьому положенні. Брудне простирадло згортають валиком по довжині у напрямку до хворого.

На звільнену частину ліжка розгортають чисте простирадло так, щоб її вільний край дещо звисав з ліжка. Пацієнта повертають на спину, а потім - на іншу сторону, укладаючи його на чисте простирадло. Розправляють чисте простирадло і повертають пацієнта на спину. Краї простирадла заправляють під матрац з усіх боків. На подушці змінюють наволочку і підодіяльник на ковдрі. Подушку підкладають під голову хворого і вкривають його ковдрою. Брудну білизну поміщають в мішок.

Другий спосіб. Чисте простирадло згортають валиком по ширині лицьовою стороною всередину. Обережно трохи піднімають голову і плечі хворого, забираючи подушку. Швидко згортають у вигляді валика брудне простирадло в напрямку від голови до попереку пацієнта. На звільненій частині ліжка розгортають і розправляють чисте простирадло.

Голову хворого обережно кладуть на ліжко. Брудну наволочку замінюють на чисту. На чисте простирадло кладуть подушку в чистій наволочці, на неї - голову і плечі хворого. Піднімають таз пацієнта, потім - ноги і забирають з-під нього брудне простирадло в напрямку від попереку до п'ят. Розгортають і розправляють чисте простирадло і обережно опускають таз і ноги хворого. Краї простирадла заправляють під матрац з усіх боків, підодіяльник на ковдрі змінюють на чистий, вкривають пацієнта ковдрою.

Допомога хворому під час заміни натільної білизни

Обережно піднімають голову і плечі хворого. Захоплюють нижній край забрудненої сорочки і акуратно підтягують її ззаду до потилиці, а спереду -

до грудей. Потім знімають сорочку через голову. Голову і плечі пацієнта обережно кладуть на подушку, допомагають йому підняти обидві руки і звільняють їх від сорочки. Брудну сорочку поміщають в мішок для брудної білизни. При травмі руки сорочку спочатку знімають зі здорової, а потім - з хворої руки. Під час зміни білизни обов'язково оглядають шкіру на наявність пролежнів та інших змін.

Одягають хворого в зворотному порядку: спочатку - рукава сорочки, а потім саму сорочку через голову. Складки сорочки розправляють, допомагають пацієнту зайняти зручне положення в ліжку, після чого вкривають ковдрою.

Дотримання санітарного режиму при зміні білизни

Постільна та натільна білизна підлягає заміні не рідше ніж один раз на 7-10 днів або в разі забруднення біологічними рідинами або при годуванні. Забруднену білизну поміщають в спеціальний водонепроникний мішок, який зав'язують і відносять до кімнати, призначеної для сортування білизни. Забороняється кидати брудну білизну на підлогу в палаті. У кімнаті для сортування розсортовують брудну білизну, складають у водонепроникні мішки і відправляють в пральню. Потім проводять гігієнічне прибирання приміщення сортувальної кімнати із застосуванням дезінфікуючих засобів.

Після виписки хворого матрац, ковдру і подушку дезінфікують в спеціальній камері. Виконують прибирання палати з застосуванням дезінфікуючого розчину.

Догляд за шкірою хворого

Тяжкохворому пацієнту щодня вранці і ввечері допомагають вмитися. Якщо дозволяє стан, хворого розміщують в положенні напівсидячи. Біля ліжка на столик або на стілець ставляють таз. На руки хворого поливають теплу воду з кувала і він вмивається. Під час вмивання пацієнтові підтримують голову. Закінчивши процедуру, дають хворому чистий рушник і допомагають витерти обличчя. Шкірні покриви хворих, які перебувають в постільному режимі, щодня обтирають махровою рукавичкою або м'якою губкою, змоченою в теплій воді або розчині антисептиків (10% розчин камфорного спирту, розчин оцту - 1 столова ложка на склянку води, 70% етиловий спирт наполовину розведений водою, 1 % саліциловий спирт). Для профілактики попріlostей кожен день проводять огляд ділянок тіла під молочними залозами у жінок, в пахвових і пахових областях - у жінок і чоловіків. Перераховані області протирають 2% розчином перманганату калію, висушують, а потім припудрюють дитячою присипкою або тальком. Особливу увагу при огляді звертають на місця утворення пролежнів.

Миття шкіри тяжкохворим проводять один раз в тиждень. Поруч з хворим встановлюють таз з чистою теплою водою, в якій змочують махрову рукавичку або губку. Віджавши губку, протирають нею шкіру, періодично прополіскуючи її в воді. При необхідності можна використовувати мильний розчин. Миття проводять в такій послідовності: обличчя, область вух, шия,

передня частина грудної клітки, живіт, руки, спина, сідниці, стегна, гомілки, стопи. Закінчивши миття, шкіру витирають чистим сухим рушником.

Догляд за волоссям хворого

Більшість хворих самотійно доглядають за своїм волоссям, розчісуючи їх гребінцем. Догляд за волоссям тяжкохворих здійснюється медичним персоналом. Волосся щодня розчісують густим гребінцем. Під час розчісування бажано зробити легкий масаж волоссяної частини голови.

Хворим у важкому стані виконують миття голови в ліжку один раз в тиждень. Перед виконанням процедури під голову і плечі хворого підкладають спеціальну підставку. Під шийно-потиличну область підстеляють клейонку і миють волосся над тазом, встановленим у головного кінця ліжка. Спочатку змочують волосся теплою водою, потім наносять розчин шампуню, після чого змивають мильну піну, одночасно проводячи легкий масаж волоссяної частини голови. Закінчивши миття, волосся витирають рушником або висушують за допомогою фена, розчісують і зав'язують голову хусткою або рушником.

Догляд за очима хворого

При наявності у хворого гнійних виділень, що склеюють вії та повіки, медична сестра змочує стерильну марлеву серветку одним з антисептиків (фурацилін 1: 5 000) і накладає її на очну щілину. Через 1-2 хвилини після розм'якшення кірок другою стерильною серветкою з антисептиком протирає повіки в напрямку від зовнішнього до внутрішнього кута ока. Для кожного ока використовуються окремі стерильні марлеві серветки для профілактики перенесення інфекції з одного ока в інший. Обробку повторюють 4-5 разів різними серветками. Залишки розчину видаляють, промокаючи сухою серветкою. Закінчивши промивання в очі закапують розчин сульфацилу натрію.

Техніка закапування очних крапель. Хворий закидає голову. Лівою рукою злегка відтягують нижню повіку. Пропонують хворому подивитися вгору. Потім повільно вводять одну краплю ближче до внутрішнього краю, через невеликий проміжок часу - другу. Просять хворого закрити очі.

Якщо стан хворого дозволяє, то він щодня самотійно миє вуха і очищає зовнішній слуховий прохід ватною паличкою. Тяжкохворим догляд за вухами здійснює медичний персонал. Процедуру починають з обмивання вушної раковини і привушного простору теплим мильним розчином або теплою водою, після чого витирають насухо. Потім навколо вуха укладають марлеву серветку і закапують в зовнішній слуховий прохід кілька крапель 3% перекису водню. Піну видаляють тампоном. Відтягують вушну раковину хворого назад і вгору. Обережно вводять турунду або ватну паличку в зовнішній слуховий прохід і очищають його легкими обертальними рухами.

Догляд за порожниною носа

У тих випадках, коли хворий не здатний самостійно звільнити носові ходи, йому повинна в цьому допомагати медична сестра. Для того щоб видалити кірочки, що утворилися, в носові ходи хворого обережно обертальними рухами вводять турунди, змочені вазеліновим маслом, гліцерином або будь-яким масляним розчином, і залишають на 2-3 хвилини для розм'якшення кірок. Потім обертальними рухами видаляють турунди, витягуючи з ними вміст носа. Хворому пропонують висякатися в серветку. Іншою серветкою витирають ніс. При закладеності носа попередньо можна закапати 2-3 краплі судинозвужувальних засобів.

Догляд за порожниною рота

Кожний пацієнт щодня двічі (вранці і ввечері) проводить чистку зубів. Після кожного прийому їжі проводиться полоскання порожнини рота підсоленою водою.

Хворим, які не можуть самостійно виконувати гігієнічні процедури порожнини рота, в цьому допомагає медичний персонал, регулярно здійснюючи санацію порожнини рота. Для цього хворому надають зручне положення напівсидячи або повертають на бік. На груди стелять клейонку, зверху прикривають її пелюшкою. На колінах хворого розміщують лоток. Серветкою, затиснутою в корнцанги і змоченою в одному з розчином антисептика (фурацилін, калію перманганат), рухами зліва направо і зверху вниз обробляють зуби. Шпателем відтісняють корінь язика вниз і роблять обробку глотки і язика. Хворий спльовує рідину в лоток, потім полоще ротову порожнину і витирає губи.

Якщо хворий без свідомості - медична сестра осушує порожнину рота і глотки серветкою. Закінчивши гігієнічні процедури порожнини рота, губи, язик і горло змазують обліпиховою олією.

Після кожного годування важкого хворого ватною кулькою, затиснутим пінцетом або корнцангом, змоченим слабким розчином перманганату калію, фурациліну, соди або кип'яченою водою, видаляють залишки їжі зі слизової оболонки рота, зубів. Марлевим тампоном протирають язик, зуби, після чого хворий полоще ротову порожнину.

Підкладання судна тяжкохворому пацієнту

Судно повинне бути продезінфікованим, сухим і теплим. У нього наливають невелику кількість води. Хворого повертають набік або підводять одну руку під його сідниці і трохи піднімають таз. Під сідниці стелять клейонку, зверху на неї стелять пелюшку. Хворого повертають на спину, згинають йому ноги в колінах і трохи їх розводять. Судно підставляють так, щоб над його великим отвором розміщувалася промежина хворого, а трубка судна перебувала між стегнами в напрямку до колін. Хворого вкривають ковдрою і залишають одного. Після акту дефекації піднімають таз пацієнта, беруть судно за трубку і обережно його прибирають і накривають кришкою. Хворого підмивають над чистим судном, висушують промежину. Потім

провітрюють палату. Судно в туалеті звільняють від вмісту, промивають водою і занурюють в ємність з дезінфікуючим розчином. Пелюшка і клейонка теж піддаються дезінфекції.

Підкладання сечоприймача тяжкохворому пацієнту

Під сідниці хворого стелять клейонку, поверх неї - пелюшку. Ноги хворого згинають в колінах і трохи їх розводять в сторони. Хворому в ліжку дають сечоприймач. Якщо він сам не може його утримати - медична сестра допомагає йому ввести в статевий член в отвір сечоприймач і тримає його. Після сечовипускання сечоприймач виймають. Сучу виливають в ванній кімнаті і занурюють у дезінфікуючий розчин. Клейонку, пелюшку з-під хворого поміщають в спеціально марковані ємності і відправляють на дезінфекцію. Для усунення запаху сечі сечоприймач періодично споліскують розчином соляної кислоти або порошками, що розчиняють солі сечової кислоти.

Підмивання тяжкохворої пацієнтки

Хвора лежить із зігнутими в колінах розведеними ногами. На простирadlo під нижню частину тіла застеляють клейонку, поверх неї - пелюшку. Під сідниці хворої підкладають сухе тепле судно.

У ліву руку беруть кухоль, заповнену теплим (30-32 ° C) розчином калію перманганату, кип'яченою водою або розчином фурациліну, а в праву - корнцанг з серветкою. Ллють розчин з кухля на область зовнішніх статевих органів. Серветкою виконують рухи від статевих органів до заднього проходу (зверху вниз) для того, щоб не занести інфекцію в сечостатеві органи. Кожен раз серветку необхідно змінювати. Використану серветку викидають в лоток для використаного матеріалу. Закінчивши підмивання, висушують промежину сухою марлевою серветкою в тому ж напрямку і в тій же послідовності. Проводять профілактику попріlostей.

Забирають судно, звільняють його від вмісту і занурюють у дезінфікуючий розчин. Клейонку і пелюшку поміщають в промарковані ємності для подальшої дезінфекції. Використані марлеві серветки, корнцанг занурюють у дезінфікуючий розчин.

Підмивання тяжкохворого пацієнта

Хворий лежить на спині. На простирadlo під нижню частину тіла застеляють клейонку, поверх неї - пелюшку. Одягають стерильні рукавички. Відтягують крайню плоть, оголивши головку статевого члена. Потім змочують серветку в теплій воді, розчині фурациліну або слабкому розчині перманганату калію протирають головку статевого члена, потім - шкіру статевого члена і мошонки.

Іншою серветкою обробляють пахові складки, попередньо попросивши хворого розпрямити ноги для їх кращого розкриття. Потім, ще раз змінивши серветку, протирають шкіру навколо ануса. Закінчується процедура

просушуванням серветкою шкіри і обробкою складок шкіри для профілактики попрілостей.

Установка газовідвідної трубки

Газовідвідну трубку встановлюють з метою виведення газів з кишківника.

Під хворого підстеляють клейонку поверх якої застеляють пелюшку. Хворого укладають на лівий бік із зігнутими в колінах і приведеними до живота ногами. У випадках, коли стан хворого не дозволяє укласти його на бік, він лежить на спині із зігнутими в колінах розведеними ногами.

Закруглений кінець трубки змащують вазеліном. Одягнувши рукавички, розводять лівою рукою сідниці. У праву руку марлевою серветкою беруть трубку і вводять обертальними рухами в пряму кишку на глибину 20-30 см. Потім до вільного кінця газовідвідної трубки приєднують трубку-подовжувач, кінець якої опускають в судно з водою. Через 2 години трубку необхідно витягти, щоб не викликати утворення пролежнів на стінці прямої кишки. Після видалення газовідвідної трубки хворого підмивають. У разі появи гіперемії, подразнення в області анального отвору його змащують підсушують маззю. Протягом однієї доби газовідвідну трубку можна вводити 2-3 рази.

У разі, якщо хворий не може самостійно помочитися протягом 12 годин, йому виводять сечу катетером. Звільнення кишечника від калових мас виробляють за допомогою очисної клізми (опис маніпуляцій в розділі «Підготовка хворого до операції»).

Допомога хворому при блюванні.

Післяопераційна нудота та блювання - найбільш часті ускладнення після операцій, які виконуються під загальною і місцевою анестезією. До чинників, який впливають на розвиток нудоти та блювання відносять особливості самого пацієнта, основну або супутню патологію, характер оперативних втручань та їх локалізацію, фармакологічну характеристику медикаментозних засобів, вид і характер анестезії.

Блювання виснажує хворих, ускладнюючи післяопераційний період, різко порушуючи водно-електролітний баланс організму, нерідко призводячи до гіпокаліємічного алкалозу, дегідратації, викликає біль, підвищення внутрішньочеревного тиску, збільшує ризик виникнення аспірації, розходження швів і синдрому Меллорі-Вейса. Акт блювання супроводжується активацією серцево-судинної системи у вигляді підвищення хвилиного обсягу серця, артеріального тиску, збільшення частоти серцевих скорочень, що в ряді випадків несприятливо відбивається на перебігу найближчого післяопераційного періоду.

При виникненні блювання необхідно посадити хворого, одягнути на нього клейончастий фартух. Поставити до ніг хворого таз або відро. Медсестра утримує голову хворого, поклавши свою долоню на лоб. Після блювання хворому дають прополоскати рот водою або 2% розчином натрію

гідрокарбонату та витирають обличчя рушником. Блювотні маси залишають до приходу лікаря.

У випадку надання допомоги ослабленому хворому чи хворому без свідомості його повертають у ліжку на бік та фіксують його у цьому положенні за допомогою подушок. Повертають на бік голову хворого, якщо неможливо змінити положення. Шию і груди накривають рушником. На підлогу поряд із ліжком ставлять ємність для збору блювотних мас (або підносять лоток до рота хворого). Хворого притримують, стоячи збоку: одну руку кладуть на чоло, іншу – на плече хворого, фіксуючи його, щоб він не впав. Після блювання обробляють ротову порожнину хворого, умивають його, зручно вкладають та вкривають.

Боротьба із післяопераційним парезом кишечника.

Після операцій на органах черевної порожнини відбувається порушення моторики шлунково-кишкового тракту. Цей стан динамічної кишкової непрохідності називається післяопераційним парезом. Парез кишечника характеризується поступовим зменшенням тонуусу кишкової стінки, паралічем гладких м'язів кишечника. Мікроциркуляторні порушення у стінці кишки призводять до пригнічення перистальтики, що сприяє переповненню кишечника рідким та газоподібним вмістом та призводить до перерозтягнення стінок кишечника і підвищення тиску у просвіті кишки, ще більше пригнічуючи мікроциркуляцію. Зниження рухової активності кишечника порушує порожнинне та пристінкове травлення. Затримка рідини в порожнині кишки, посилює дисбаланс мікрофлори кишечника та сприяє збільшенню утворення газів і підвищенню тиску всередині кишки.

Клінічно картина післяопераційного парезу характеризується здуттям живота, нудотою, блюванням, відсутністю кишкових шумів, тахікардією, вторинною дихальною недостатністю. Можливими ускладненнями парезу є зневоднення, згущення крові і утворення тромбів, ішемія стінки кишечника, перфорація, перитоніт.

Дії медичної сестри із усунення парезу полягають у розвантаженні кишечника шляхом виведення газів за допомогою газовідвідної трубки та видалення шлункового вмісту товстим шлунковим зондом. Можуть виконуватись гіпертонічні або сифонні клізми. Також, за призначенням лікаря, проводять медикаментозну стимуляцію перистальтики. Самостійне відходження газів, а також поява перистальтики є сприятливими ознаками.

Комплексна профілактика пролежнів

Пролежні - ділянки некрозу, що виникають в місцях, де м'які тканини стискаються між кістковими виступами і твердими поверхнями. Пролежні найчастіше розвиваються у ослаблених, нерухомих хворих, які займають пасивне положення в ліжку. Їх поява свідчить про недостатній догляд.

Причини виникнення пролежнів:

- 1 недостатній рівень догляду за хворим;
- 2 значне ожиріння або кахексія;

- 3 захворювання, що призводять до порушення трофіки (живлення) тканин, сухість шкіри;
- 4 нетримання калу і сечі;
- 5 обмежена рухливість;
- 6 недостатнє надходження білкових поживних речовин.

Місця утворення пролежнів

Ділянки, де утворюються пролежні, визначаються виступаючими частинами. Якщо хворий в основному знаходиться в положенні лежачи на спині, пролежні утворюються в області крижів, потилиці, лопаток, ліктів, п'ят. Під час тривалого перебування на боці місцями локалізації пролежнів можуть бути латеральні поверхні стегна, гомілки, колінних суглобів. При тривалому лежанні на животі пролежні можуть утворюватися в ділянках вилиць, плеча, лобка.

Стадії пролежнів

Стадія I - порушення цілісності шкірних покривів немає. Спостерігається стійка гіперемія шкірних покривів.

Стадія II - є порушення цілісності шкірних покривів, що поширюється на підшкірну клітковину. Визначається стійка гіперемія з відшаруванням епідермісу.

Стадія III - руйнування шкірного покриву аж до м'язового шару у вигляді рани з виділеннями різного характеру.

Стадія IV - ураження всіх м'яких тканин. Наявність глибокої рани, дном якої є сухожилля, кістки.

Елементи профілактики пролежнів:

- 1 Пацієнт повинен перебувати в ліжку, обладнаному спеціальними протипролежневими матрацами.
- 2 Використовувати спеціальні пристосування (підкладні кола, поролонові прокладки в манжетах, мішечки, заповнені насінням проса) для зняття тиску тіла на м'які тканини в місцях, де можуть утворюватися пролежні.
- 3 Кожні 2 години хворому змінювати положення тіла в ліжку.
- 4 Стежити за станом постільної білизни. Вона повинна бути чистою, сухою, без складок. Після прийому їжі проводити струшування простирадла з метою видалення залишків їжі.
- 5 Проводити легкий масаж під час зміни положення тіла хворого. Заборонено робити масаж в місцях кісткових виступів.
- 6 Вчасно проводити гігієнічні процедури для очищення шкіри, особливо якщо хворий має підвищене потовиділення.
- 7 Ділянки, де можуть утворюватися пролежні, обмивати теплою водою, витирати м'яким рушником методом «промокання» і обробляти 10% розчином камфорного спирту.
- 8 Давати хворому необхідну кількість рідини і їжу з високим вмістом білка і вітамінів.
- 9 Стежити за регулярним випорожненням кишечника.

10 Хворим з нетриманням сечі використовувати підгузники, зміну яких необхідно проводити кожні 4 години, підмиваючи хворого. Після акту дефекації підгузники змінюють відразу ж.

Догляд за хворими з пролежнями

1 Незалежно від ступеню пролежня, щодня виконувати заходи щодо його профілактики. Надавати хворому психологічну підтримку.

2 При відшаруванні епідермісу з утворенням пухирів їх потрібно обробляти 1% розчином діамантового зеленого і накладати асептичну пов'язку. Продовжувати їх обробку до усунення симптомів.

3 Якщо пухирі розкрилися, ділянку пролежня промивають розчином антисептика, підсушують стерильною серветкою, шкіру навколо обробляють 1% розчином діамантового зеленого і накладають асептичну пов'язку. Лікування проводити до загоєння.

4 Якщо рана інфікована, має незначні ділянки некрозу, то застосовують мазеві пов'язки («Левоміколь», «Левосин», «Іруксол»). Після очищення рани від гною і вогнищ некрозу, лікування до загоєння проводять ранозагоювальними засобами.

5 У разі наявності глибоких, великих некрозів проводять висічення мертвих тканин, а потім - лікування за всіма правилами лікування ран.

Годування тяжкохворих

Годування важкохворого з ложки, поїльника - обов'язок молодшої медичної сестри. Ентеральне введення в організм поживних речовин (за допомогою зондів, клізм, через фістулу) і парентеральне (минаючи травний тракт) введення - досить складні маніпуляції, виконання яких проводить палатна медична сестра.

Годування важкохворого за допомогою ложки і поїльника

Розміщують хворого в положенні напівсидячи і прикривають його груди рушником. Їжу кладуть на столик біля ліжка. Однією рукою медична сестра трохи піднімає голову хворого разом з подушкою, іншою рукою підносить до рота ложку з їжею.

Рідку або напіврідку їжу (супи, бульйони, киселі, протерті каші) можна давати хворому, використовуючи поїльник або невеликий чайник. Годування проводять малими порціями, не поспішаючи, роблячи достатні паузи, щоб пацієнт мав можливість добре пережувати і проковтнути їжу. Під час прийому твердої їжі дають запивати її напоєм. Для пиття соку, компоту, чаю з чашки або склянки зручно використовувати трубочку довжиною 20-25 см. Закінчивши прийом їжі, хворий повинен прополоскати ротову порожнину теплою водою, витерти губи серветкою. Медична сестра струшує з простирадла крихти, розправляє складки на ній і допомагає пацієнтові зайняти зручне положення в ліжку.

Годування хворого через назогастральний зонд

Хворого розміщують в одному з положень: сидячи, напівсидячи, лежачи на боці (виснажені хворі). Груди хворого прикривають серветкою. Їжу змішують в мисці і роблять рідку живильну суміш.

Перед початком проведення годування медична сестра повинна упевнитися, що зонд знаходиться в шлунку. Після цього в шприц Жане набирають підігріту поживну суміш. Конус шприца з'єднують з зондом на рівні шлунка. Потім шприц повільно піднімають вище рівня шлунка хворого приблизно на 40-50 см так, щоб рукоятка поршня була спрямована догори. Повільно натискаючи на поршень шприца, поступово видавлюють поживну суміш. Звільнивши шприц перетискають зонд затискачем і від'єднують від нього шприц. Процедуру повторюють кілька разів, поки не введуть всю поживну суміш. Закінчивши годування, медична сестра від'єднує шприц, зонд закриває заглушкою або віджимає затискач.

Годування хворих через гастростому

Є два способи введення їжі через гастростому: за допомогою шприца і використовуючи крапельницю - дозатор. Введення поживної суміші через шприц проводиться болюсно (окремими порціями) зі швидкістю до 30 мл в хвилину. Необхідно розділити загальний обсяг суміші, яка вводиться за добу, на кілька частин.

Методика годування: до вільного кінця зонда приєднують шприц, за допомогою якого невеликими порціями (50 мл) 6 разів на добу вводять в шлунок підігріту рідку їжу. Поступово обсяг введеної їжі збільшують до 250-500 мл і зменшують кількість годувань до 3-4 разів на день.

Медична сестра готує і розміщує все необхідне для процедури на маніпуляційному столику. Звільняє від одягу місце установки катетера. Знімає пов'язку і оглядає місце катетеризації на предмет гіперемії або гнійних виділень. Місце біля катетера обробляє 3% перекисом водню, а шкіру навколо - 5% розчином йоду. Накладає пов'язку-наклейку. У разі забруднення порт катетера очищають стерильною серветкою з 3% перекисом водню, а потім - серветкою з 0,9% розчином натрію хлориду. Знімні частини змінюються.

Питання для тестового контролю

1. Післяопераційний період – це проміжок часу:
 - а) з моменту закінчення операції до одужання хворого;
 - б) з моменту госпіталізації хворого до його виписування;
 - в) з моменту операції до виписування хворого з відділення;
 - г) з моменту операції до переходу хворого на амбулаторне лікування.
2. Ранній післяопераційний період триває з моменту закінчення операції до:
 - а) 2–3-го дня;
 - б) 4–5-го дня;

- в) 6–7-го дня;
- г) виписування.

3. Завдання догляду за хворим у ранньому післяопераційному періоді:

- а) полегшення стану хворого;
- б) відновлення здоров'я хворого в найбільш короткий термін;
- в) профілактика післяопераційних ускладнень;
- г) своєчасне виявлення ускладнень та надання допомоги при їх розвитку;
- д) усі відповіді правильні.

4. Яке основне призначення функціонального ліжка:

- а) дозволяє надати хворому найбільш вигідного та зручного положення;
- б) його можна легко і швидко пересувати;
- в) полегшує медперсоналу виконання функцій з лікування та догляду;
- г) виконує протипролежневу функцію?

5. Як називають напівсидяче положення хворого в ліжку:

- а) Фовлера;
- б) Тренделенбурга;
- в) Пирогова;
- г) Брауна;
- д) Горнера?

6. Як називають режим, за якого хворому заборонено пересування за межі палати, але дозволяється сидіти в ліжку та на стільці для приймання їжі і проведення гігієнічних процедур, користуватися санітарним стільцем для справляння фізіологічних потреб, а в інший час хворий повинен перебувати в ліжку:

- а) строгий постільний;
- б) постільний;
- в) напівпостільний;
- г) палатний;
- д) загальний?

7. Обробляють шкіру тяжкохворих, використовуючи розчин:

- а) 96 % етилового спирту;
- б) 10 % перманганату калію;
- в) 0,5 % хлораміну;
- г) 10 % фурациліну;
- д) 10 % камфорного спирту.

8. Для підмивання тяжкохворих використовують розчин:

- а) перманганату калію 1:10 000;
- б) 5 % йодонату;
- в) 0,5 % хлоргексидину;

- г) 0,05 % димексиду;
- д) 3 % перекису водню.

9. Перша допомога при метеоризмі передбачає:

- а) введення газовивідної трубки;
- б) промивання шлунка;
- г) прикладання міхура з льодом на нижню ділянку живота;
- д) встановлення сечового катетера;
- е) постановку очисної клізми.

10. На яку глибину в пряму кишку вводять газовивідну трубку:

- а) 12–15 см;
- б) 18–20 см;
- в) 25–30 см;
- г) 35–40 см;
- д) 40–50 см?

11. Медичній сестрі дозволене виконання усіх перелічених маніпуляцій, крім:

- а) внутрішньошкірних ін'єкцій;
- б) катетеризація\ї сечового міхура гумовим катетером;
- в) виконання перев'язок;
- г) постановлення очисних клізм;
- д) катетеризації сечового міхура металевим катетером.

12. Глибина введення наконечника в пряму кишку під час постановки очисної клізми становить:

- а) 15–20 см;
- б) 10–20 см;
- в) 5–7 см;
- г) 3–5 см;
- д) 10–12 см.

13. Найбільш характерне місце для розвитку пролежнів:

- а) лікті;
- б) лопатки;
- в) крижова кістка;
- г) сідниці;
- д) п'яткова ділянка стопи.

14. Небезпечними щодо розвитку пролежнів є такі ділянки тіла:

- а) передня черевна стінка;
- б) ділянка крижової кістки;
- в) ділянка плечових суглобів;
- г) задня поверхня стегон.

15. Заходи щодо профілактики пролежнів усі, крім:

- а) постільного режиму;
- б) повертання хворих у ліжку;
- в) протирання шкіри дезінфекційними засобами;
- г) використання підкладних кругів.

16. Для профілактики пролежнів необхідно здійснювати все, крім:

- а) проведення з хворим санітарно-освітньої роботи;
- б) стеження за станом постільної білизни хворого;
- в) регулярного проведення гігієнічних заходів із догляду за шкірою;
- г) протирання шкіри хворого в місцях розвитку пролежнів камфорним спиртом;
- д) користування спеціальними пристосуваннями, що зменшують тиск на тканини хворого (підкладний гумовий круг, протипролежневі матраци).

17. Заходи профілактики утворення пролежнів усі, крім:

- а) гігієнічне утримання ліжку, зміна положення хворого, ретельний туалет шкіри;
- б) обробка уражених ділянок 1% р-ном діамантового зеленого;
- в) використовувати підкладного круга;
- г) використання біологічно активних мазей.

18. Для профілактики пролежнів необхідно:

- а) кожні 1–2 години змінювати положення хворого;
- б) кожні 1–2 години змінювати постільну білизну;
- в) використовувати мазі;
- г) щотижня розправляти простирадло;
- д) нічого.

19. Допомога у разі блювання хворому, який не може сидіти, передбачає все, крім таких дій:

- а) покласти хворого на бік;
- б) покласти хворого на живіт;
- в) при положенні хворого на спині повернути його голову на бік;
- г) піднести до рота хворого лоток.

20. Що таке післяопераційний парез кишечника:

- а) підвищена секреція травних залоз;
- б) порушення перистальтики кишкової трубки;
- в) утворення спайок у черевній порожнині;
- г) спазм сфінктерів шлунково-кишкового тракту;
- д) правильної відповіді немає?

Контрольні питання

1. Що таке післяопераційний період?
2. Які періоди розрізняють в післяопераційному періоді?
3. На які фази поділяють післяопераційний період?
4. Які завдання в ранньому післяопераційному періоді?
5. Як повинні бути підготовлені палата і ліжко для хворого після операції?
6. Правила транспортування хворого з операційної в палату.
7. Що включає в себе спостереження за післяопераційним хворим?
8. Що включає в себе догляд за післяопераційним хворим?
9. Як повинна бути облаштовано ліжко хворого, який переніс оперативне втручання?
10. Яке може бути положення хворого в ліжку?
11. Як проводиться оксигенотерапія?
12. Назвіть способи зміни постільної білизни у важкого хворого.
13. Яка допомога потрібна хворому при зміні натільної білизни в післяопераційному періоді?
14. Розкажіть, як проводять догляд за шкірою і волоссям хворого, який переніс оперативне втручання?
15. Як проводять догляд за очима у хворого, який переніс оперативне втручання?
16. Як проводять догляд за вухами у хворого в післяопераційному періоді?
17. Як проводять догляд за носовою порожниною тяжкохворих?
18. Як проводять догляд за порожниною рота тяжкохворих?
19. Як правильно підкласти тяжкохворого пацієнта сечоприймач і судно?
20. Як провести підмивання тяжкохворого пацієнта?
21. Правила установки газовідвідної трубки.
22. Що таке пролежні? На каках ділянках вони виникають?
23. Як проводять профілактику пролежнів?
24. Як потрібно доглядати за пацієнтом при появі пролежнів?
25. Які способи годування хворих після операції ви знаєте?
26. Які дії медичної сестри при догляді за центральним судинним катетером?
27. Розкажіть правила догляду за гастростоמוю.
28. Розкажіть правила догляду за назогастральним зондом.
29. Розкажіть правила догляду за ілеостоמוю.
30. Розкажіть правила догляду за стомами товстого кишечника.
31. Розкажіть правила догляду за постійним сечовим катетером.

Список літератури

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посібник / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. – 3-є вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ “Медицина”, 2017. - 600 с.
2. Загальна хірургія : базовий підручник для студентів вищих навчальних закладів - медичних університетів, інститутів й академій / С. Д. Хіміч [та ін.] ; за ред.: С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. - 3-є вид., переробл. і допов. - Київ : Медицина, 2018. - 607 с

3. Кравець О. В. Сестринська справа в хірургії у тестових запитаннях : навч. посіб. / О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 188 с.
4. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації / за ред. В. І. Литвиненка. К. : Медицина, 2017. – 424 с.
5. Догляд за хворими (практика): підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації. – Вид. 3-є, випр. / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. І. Фролова – К.: Медицина, 2015. – 488 с.
6. Основи догляду за хірургічними хворими: навчально-методичний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації / І. А. Шумейко, О. В. Лігоненко, І. О. Чорна [та ін.]. – Полтава, 2015. – 160 с.
7. Healthcare for surgical patients: Educational-methodological textbook / V. V. Guzenko, V. P. Kryshen, M. V. Trofimov, I. V. Haponov. – Dnipro 'Drukar' SE "DMA MHCU", 2017. – 100 p.
8. Patient Care (Practical Course): textbook. — 2nd edition / O. M. Kovalyova, V. M. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. — K., 2018. — 320 p.
9. Hinkle Janice L. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Philadelphia, United States Lippincott Williams and Wilkins, 2017. - 2352 p.
10. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Підготовка хворого до операції. Догляд за хворими в післяопераційному періоді» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 40 с.
11. Методичні вказівки до практичних занять на тему «Організація роботи медичної сестри приймального відділення. Організація роботи та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 43 с.