

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТЬ СЕСТРИНСЬКА ПРАКТИКА В ХІРУРГІЇ

Самостійна робота

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 обсязі, 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.

Тема 1. Організація роботи постової медсестри

Цілі заняття:

1. Вивчити структуру сестринського поста.
2. Знати обов'язки постової медсестри.
3. Ознайомитись з документацією, яку веде постова медсестра.
4. Освоїти практичні навички постової медсестри.

Пост медичної сестри є обов'язковою частиною хірургічного відділення. Організують один пост на 20–30 ліжок. У великих відділеннях їх, як правило, два (чистий і гнійний – відповідно до половин відділення), рідше – три (палати інтенсивної терапії). Сестринський пост розташовують поруч із палатами, щоб вони перебували під наглядом медичної сестри.

Робоче місце постової медичної сестри облаштовується письмовим столом, стільцями, шафами для медичної документації, медикаментів та інструментарію, раковиною для миття рук, сейфом для зберігання сильнодіючих та наркотичних речовин. На посту повинен бути холодильник, для препаратів з особливими вимогами зберігання, пересувний столик для роздачі ліків, медичні ваги. Пост обладнується телефоном, сигнальною системою спостереження за хворими.

Функціональні обов'язки постової медсестри:

- стеження за дотриманням розпорядку роботи відділення;
- дотримання протиепідемічного та санітарно-гігієнічного режиму на закріпленому робочому місці;
- забезпечення правильного зберігання медикаментів та їх роздачі хворим;
- виконання призначень лікаря з догляду за хворими та надання їм необхідної допомоги;
- вимірювання температури тіла, частоти серцевих скорочень та дихання, артеріального тиску і внесення даних у медичну документацію;
- стеження за фізіологічними відправленнями хворих;
- проведення забору матеріалів для досліджень та доставка їх у лабораторію;
- контроль харчування хворих, їх годування;
- підготовка хворих до операцій та різних методів обстеження;
- прийом та розміщення хворих у палатах;
- перевірка якості санітарної обробки хворих, проведеної у приймальному відділенні;
- ознайомлення хворих з правилами внутрішнього розпорядку та особистої гігієни;
- ведення та зберігання медичної документації;
- контроль роботи молодшого медперсоналу.

Функціональні обов'язки молодшої медсестри:

- забезпечення дотримання санітарно-гігієнічного режиму відділення;

- контроль за дотриманням режиму дня хворими та відвідувачами;
- стеження за особистою гігієною хворих;
- допомога хворим у пересуванні по палаті та відділенню, участь у транспортуванні важкохворих;
- супровід хворих на різні дослідження;
- допомога палатній медичній сестрі при виконанні лікарських призначень з догляду за хворими;
- проведення регулярної зміни натільної та постільної білизни хворим;
- забезпечення правильного використання та зберігання засобів догляду за хворими і предметів прибирання приміщень.

Прийом та передача чергування

Передача чергування частіше відбувається вранці, рідше – в другій половині дня (залежно від тривалості зміни). Медична сестра може залишити робоче місце тільки тоді, коли прийде її заміна. Медична сестра, яка приймає зміну, разом з сестрою, що закінчила чергування, обходять усі палати, приділяючи особливу увагу хворим у важкому стані. При здачі чергування медична сестра повинна повідомити про зміни стану хворих, проведені за час чергування обстеження, передати призначення лікаря.

Сестра, яка заступила на чергування, повинна прийняти інструменти і лікарські засоби; ліки за списком А і Б та ключі від сейфа, де вони зберігаються (за прийом і передачу наркотичних засобів розписуються в журналі обліку наркотичних засобів). Вранці перед передачею чергування медична сестра заповнює лист обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару (ф. 007-у). На основі листа лікарських призначень медична сестра виписує вимогу на харчування хворих для харчоблоку лікарні. У порційній вимозі зазначається кількість хворих, вид дієти для кожного із них.

Закінчують передачу чергування на ранковій нараді у присутності завідувача відділенням та старшої медсестри.

Термометрія

Термометрія – вимірювання температури тіла.

Порушення механізмів теплоутворення у результаті впливу зовнішніх або внутрішніх причин, яке призводить до підвищення температури тіла називають лихоманкою. У здорової людини в пахвовій ямці температура коливається від 36,4 до 36,8 °С, у прямій кишці – на 1 °С вище.

Вимірювання температури тіла проводять за допомогою медичних термометрів, які бувають ртутними, електронними та інфрачервоними. Найбільш поширеними є ртутні термометри, які являють собою скляний резервуар зі шкалою, що має на кінці розширення, заповнене ртуттю. Ртутний резервуар з'єднаний із капіляром. Шкала термометра проградуєвана від 34 до 42 °С. Ціна однієї поділки – 0,1 °С. При нагріванні ртуть підіймається у капіляр та залишається на рівні максимального підвищення навіть при охолодженні. Зберігають ртутні медичні термометри в закритій ємності із дезінфікуючим розчином, на дно якого кладуть шар вати.

Найчастіше температуру вимірюють у пахвовій западині, рідше – у ротовій порожнині і прямій кишці.

Перед проведенням дослідження термометр струшують, для того щоб ртуть опустилася у резервуар. Проводять огляд пахвової западини та витирають її від поту рушником. Ртутний резервуар термометра розміщують у пахвовій западині, щоб він з усіх боків стикався із тілом. Потім притискають руку до грудної клітки, допомагаючи при цьому ослабленим хворим. Вимірювання температури проводять не менше 10 хвилин.

Якщо температура вимірюється у прямій кишці, хворого вкладають на бік, термометр змащують вазеліном і вводять на глибину 2–3 см у просвіт прямої кишки.

При проведенні термометрії у порожнині рота термометр розміщують під язиком хворого.

У відділенні вимірювання температури тіла проводять два рази на добу: між 6 та 8 годинами і 17 та 19 годинами. Отримані дані записують у температурний журнал, з подальшим занесенням даних до температурного листа у карті стаціонарного хворого.

За ступенем підвищення розрізняють наступні види температури тіла:

- субфебрильна – температура в межах від 37 до 38 °С;
- фебрильна – температура в межах від 38 до 39 °С;
- піретична – температура в межах від 39 до 41 °С;
- гіперпіретична – температура вище 41 °С.

Сестринський догляд за хворим із лихоманкою

Догляд за хворим залежить від періоду лихоманки.

1-й період. Підйом температури

Процеси теплопродукції переважають над процесами тепловіддачі. З метою зменшення тепловіддачі, спазмуються дрібні судини шкіри, зменшується потовиділення. Шкіра стає блідою, холодною. Для збільшення теплопродукції розвивається м'язове тремтіння та озноб. Температура тіла починає підвищуватися. Стан супроводжується загальним нездужанням, відчуттям холоду, головним болем, болем у м'язах та суглобах.

Дії медичної сестри

Створити хворому спокій, вкласти його у ліжку, вкрити ковдрою, до ніг покласти грілку, дати пити тепле питво, контролювати температуру тіла, пульс, артеріальний тиск.

2-й період. Період сталої високої температури

Відновлюється рівновага між теплопродукцією та тепловіддачею. Температура залишається високою, але вже не підвищується. Озноб припиняється, судини шкіри розширюються. Шкірні покриви гіперемійовані, гарячі. Скарги на загальну слабкість, головний біль, сухість у роті. Спостерігається тахікардія, тахіпноє, знижується артеріальний тиск. Можливі порушення орієнтації, марення, судоми.

Дії медичної сестри

Зняти ковдру, вкрити хворого простиралом. Обтерти шкіру слабкоспиртовим або слабкооцтовим розчином (1 чайна ложка 6% оцтової кислоти на склянку води). Прикласти холодний компрес або міхур з льодом до голови. Стежити за артеріальним тиском, пульсом, частотою дихальних рухів та температурою тіла. Давати хворому пити достатню кількість рідини. Змочувати порожнину рота рідиною, краще кислуватою для відділення слини. Годування краще відкласти до моменту, коли температура знизиться. Годування має бути частим, невеликими порціями, рідкою або напіврідкою легкозасвоюваною їжею. У випадку судом, терміново викликати лікаря.

3-й період. Зниження температури

Тепловіддача значно переважає над теплопродукцією. Температура тіла може знижуватися поступово (лізис) або різко, протягом декількох годин (криза).

Лізис. У більшості випадків температура знижується поступово, що супроводжується появою невеликої кількості поту на шкірі та слабкістю. Зазвичай після зниження температури хворий засинає.

Дії медичної сестри

При рясному потовиділенні витерти хворого насухо, змінити натільну, а за необхідності і постільну білизну. Дати випити достатню кількість рідини. Стежити за артеріальним тиском, пульсом, температурою тіла та фізіологічними відправленнями.

Криза. Швидке падіння температури, особливо з дуже високих цифр – небезпечний стан. Хворий блідне, вкривається холодним липким потом, частішає пульс, знижується артеріальний тиск. Виникає почуття різкої слабкості, особливо, при спробах сісти або встати. Кризове зниження температури небезпечно можливим ускладненням – колапсом. Колапс – прояв гострої судинної недостатності із різким зниженням артеріального тиску та розладом периферичного кровообігу. Прояви колапсу: слабкість, запаморочення, шум у вухах, зниження гостроти зору. Шкіра бліда, липкий піт, пульс прискорений, нитковидний, артеріальний тиск різко знижений.

Дії медичної сестри

Викликати лікаря. Вкласти хворого горизонтально, без подушки. Дати хворому випити достатню кількість рідини. При значному потовиділенні витерти хворого насухо, змінити йому натільну, а за необхідності постільну білизну. Стежити за артеріальним тиском, пульсом, температурою тіла та фізіологічними відправленнями.

Роздача хворим ліків для перорального застосування

Роздачу лікарських препаратів хворим проводять три рази на добу перед їжею. Для цього використовують спеціальні розділені на секції лотки, на яких зазначено прізвище хворого, палата, призначений препарат. За необхідності роздачі великих кількостей ліків використовують пересувні столики.

Перед роздачею ліків медична сестра повинна впевнитися у їх придатності. Для цього вона перевіряє цілісність упаковки, назву, дозу,

термін придатності препаратів. Забороняється видавати хворому за один раз усю добову дозу ліків. Під час роздачі ліків медична сестра повинна пояснити хворим, у який час і як їх приймати. Важкохворим необхідно допомогти у прийомі ліків. Потрібно простежити за тим, щоб ліки були прийняті. Якщо хворий хоче знати назву препарату та мету його призначення – потрібно відповісти на питання, враховуючи правила деонтології.

Медична сестра не має права змінювати призначення, а також давати хворому ліки без призначення лікаря. Виняток становлять випадки, що загрожують життю, коли необхідно надавати екстрену допомогу.

Після прийому ліків медична сестра зобов'язана спостерігати за хворим, і якщо виникне алергічна реакція або ознаки непереносимості препарату – повідомити про це лікаря.

При парентеральному введенні лікарських речовин сестра керується правилами їх введення.

Крім вищезазначеного, до обов'язків постової медичної сестри входять катетеризація сечового міхура, проведення різних видів клізм, підготовка операційного поля, введення газовивідної трубки, встановлення шлункового зонда як з метою промивання шлунка, так і з метою годування хворого. (дивитися у розділах «Підготовка хворого до операції» та «Догляд за хворими у післяопераційному періоді»).

Підготовка хворих до променевих методів діагностики

Підготовка до УЗД органів черевної порожнини

За три дні до дослідження хворому дозволяється приймати тільки легку їжу. З харчування виключаються овочі з великим вмістом клітковини, бобові, кондитерські, борошняні вироби. Призначаються препарати, що знижують метеоризм (Еспумізан). У день обстеження забороняється прийом їжі.

Підготовка до комп'ютерної томографії органів черевної порожнини

Дві ампули 76% урографіну розчиняють в 1,5 літрах кип'яченої води і невеликими порціями випивають увечері напередодні дослідження 0,5 л приготованого розчину. Вранці у день дослідження натще випивають ще 0,5 л розчину. За 30 і 15 хвилин до дослідження хворий випиває 0,5 л розчину, що залишився.

Підготовка до рентгенологічного дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки

Хворому забороняють приймати їжу пізніше 20 години напередодні ввечері перед дослідженням. У випадках наявності метеоризму та запорів напередодні ввечері і вранці за 1,5–2 години до дослідження проводять очисну клізму. Вранці заборонено приймати їжу та лікарські засоби.

Підготовка до рентгенологічного дослідження товстої кишки (іригоскопія, іригографія)

З раціону виключають продукти, що сприяють газоутворенню (солодке, молоко, чорний хліб, овочі, фрукти). Заборонений прийом їжі в обід і на вечерю у день напередодні дослідження, а також сніданок – у день дослідження. Прийом рідини обмежують до одного літра з другої половини дня.

Спосіб 1. Підготовка за допомогою очисних клізм. Увечері напередодні дослідження проводять дві очисні клізми з інтервалом у одну годину. Вранці у день дослідження очисну клізму повторюють (не більше ніж за дві години до дослідження).

Спосіб 2. Використання препарату Фортранс. Чотири пакета препарату Фортранс розчиняють кожен окремо у літрі води (всього 4 літри). Починають пити готовий розчин за день до проведення дослідження з 15 до 19 годин зі швидкістю один літр на годину. Прийом їжі заборонений. Можна у невеликій кількості пити воду та освітлені соки. Очищення кишечника відбувається природним шляхом.

Спосіб 3. Підготовка за допомогою препарату Дюфалак. Напередодні дня дослідження, о 15 годині дня, розводять 100 мл препарату у 1,5 літрах води та випивають протягом 3–4 годин. Повторюють усе о 19 годині.

Підготовка хворих до ендоскопічних методів діагностики

Підготовка до бронхоскопії

Дослідження виконується натщесерце з метою попередження можливого закиду їжі або рідини у дихальні шляхи при блювотних рухах або кашлі. Останній прийом їжі повинен бути не пізніше 21 години напередодні дослідження.

Підготовка до езофагогастродуоденоскопії

Дослідження проводиться натще. Останній прийом їжі повинен бути напередодні не пізніше 18 години. У день обстеження забороняються питво, прийом лікарських препаратів.

Підготовка до колоноскопії

Для огляду слизової оболонки товстої кишки необхідно, щоб її просвіт був вільний від калових мас. Підготовку до дослідження здійснюють аналогічно підготовці до рентгенологічного дослідження товстої кишки.

Збір сечі на загальний аналіз

Для проведення загального аналізу сечі необхідно зібрати у хворого 150–200 мл середньої порції сечі вранці під час сечовипускання (ця сеча найбільш концентрована). Сечу збирають у чисту банку та доставляють до лабораторії.

Збір калу для дослідження

Кал збирають ложечкою або одноразовим шпателем у об'ємі 5–10 грамів із 3 місць у одноразовий контейнер із кришкою. Під час збору необхідно

уникати попадання домішок сечі, виділень статевих органів. Матеріал доставляють до лабораторії у день збору.

Взяття харкотиння для дослідження на загальний аналіз

Напередодні ввечері перед дослідженням хворого попереджають, щоб вранці з 6.00 до 7.00, не вживаючи їжі, води, ліків, не чистячи зуби (щітка може травмувати слизову, і у харкотинні можуть визначатися прожилки крові), він прополоскав рот кип'яченою водою, а потім добре прокашлявся, відхаркнув мокротиння і сплюнув його у банку або спеціальний контейнер, який потім закривають кришкою і відправляють до лабораторії до початку роботи.

Питання для тестового контролю

1. Сестринський пост хірургічного відділення розміщений:
 - а) в спеціально виділеній кімнаті;
 - б) поряд із маніпуляційним кабінетом;
 - в) неподалік від ординаторської;
 - г) у коридорі;
 - д) поряд із перев'язувальною.

2. Відстань від сестринського поста до найбільш віддаленої палати не повинна перевищувати:
 - а) 27–30 м;
 - б) 32–35 м;
 - в) 37–40 м;
 - г) 42–45 м;
 - д) 47–50 м.

3. Сестринський пост організовують на кожні:
 - а) 10 ліжок;
 - б) 15 ліжок ;
 - в) 25 ліжок;
 - г) 35 ліжок;
 - д) 40 ліжок.

4. До обов'язків медичної сестри відносять:
 - а) приймання і розміщення в палатах хворих;
 - б) надання допомоги під час годування тяжкохворих;
 - в) проведення гігієнічних ванн;
 - г) заміна постільної білизни;
 - д) проведення санітарно-гігієнічної обробки приміщень.

5. До обов'язків медичної сестри відносять:
 - а) надання допомоги під час годування тяжкохворих;

- б) проведення гігієнічних ванн;
- в) спостереження за хворими;
- г) заміна постільної білизни;
- д) проведення санітарно-гігієнічної обробки приміщень.

6. До обов'язків медичної сестри відносять:

- а) надання допомоги під час годування тяжкохворих;
- б) проведення гігієнічних ванн;
- в) заміна постільної білизни;
- г) точне виконання призначень лікаря;
- д) проведення санітарно-гігієнічної обробки приміщень,

7. До обов'язків медичної сестри входить:

- а) вимірювання пульсу, частоти дихання, діурезу, кількості мокротиння, занесення цих даних до історії хвороби;
- б) спостереження за чистотою, тишею і порядком у палатах, виконанням хворим правил особистої гігієни, турбота про своєчасне надання хворим усього необхідного для їх догляду та лікування;
- в) надання невідкладної долікарської допомоги важкохворим;
- г) збирання матеріалів для аналізів, доставлення їх до лабораторії, своєчасне отримання результатів досліджень і вклеювання їх в історію хвороби;
- д) усі відповіді правильні.

8. Документація, яку веде постова медична сестра:

- а) журнал руху хворих у відділенні;
- б) журнал обліку сильнодіючих та наркотичних речовин;
- в) журнал реєстрації щеплень проти правця, сказу, тощо;
- г) журнал обліку генеральних прибирань у палатах;
- д) усі відповіді правильні.

9. Документація, яку веде постова медична сестра:

- а) медична карта стаціонарного хворого (температурний лист, лист спостереження за тяжкохворим, результати лабораторних досліджень, записи про введення сильнодіючих або наркотичних засобів);
- б) листок призначень (записи про виконання тих чи інших призначень);
- в) маніпуляційний журнал;
- г) усі відповіді правильні.

10. Термометрію проводять:

- а) вранці (з 6-ї до 8-ї години);
- б) ввечері (з 17-ї до 19-ї години);
- в) уранці (з 4-ї до 8-ї години) та ввечері (з 19-ї до 20-ї години);
- г) уранці (з 6-ї до 8-ї години) та ввечері (з 17-ї до 19-ї години).

11. Найбільш часто температуру вимірюють у:

- а) пахвовій ділянці;
- б) пахвинній складці;
- в) порожнині рота;
- г) прямій кишці;
- д) піхві.

12. Тривалість вимірювання температури тіла становить:

- а) 2–3 хвилини;
- б) 5–6 хвилин;
- в) 10 хвилин;
- г) 15 хвилин.

13. У хворого відзначається температура тіла в межах від 37 °С до 38 °С. Як називають таку температуру:

- а) субфебрильною;
- б) фебрильною;
- в) піретичною;
- г) гіперпіретичною?

14. У хворого відзначається температура тіла в межах від 38 °С до 39 °С. Як називають таку температуру:

- а) субфебрильною;
- б) фебрильною;
- в) піретичною;
- г) гіперпіретичною?

15. Постійна лихоманка (*febris continua*) характеризується:

- а) тривалим підвищенням температури тіла з добовими коливаннями не більше ніж 1 °С;
- б) тривалим підвищенням температури тіла з добовими коливаннями більше ніж 1 °С;
- в) коливаннями температури, що не мають певної закономірності;
- г) тривалою гіпертермією, що змінюється коротким періодом нормалізації температури тіла, після цього знову настає її підвищення;
- д) високою температурою тіла впродовж 1–2 діб, що змінюється нормальною, а потім знову підвищується до 38–40 °С.

16. Послаблююча лихоманка (*febris remittens*) характеризується:

- а) тривалим підвищенням температури тіла з добовими коливаннями не більше ніж 1 °С;
- б) тривалим підвищенням температури тіла з добовими коливаннями більше ніж 1 °С;
- в) коливаннями температури, що не мають певної закономірності;
- г) тривалою гіпертермією, що змінюється коротким періодом нормалізації температури тіла, після цього знову настає її підвищення;

д) високою температурою тіла вародовж 1–2 діб, що змінюється нормальною, а потім знову підвищується до 38–40 °С.

17. У хворого впродовж двох тижнів ранкова температура в межах 36,0–36,5 °С, вечірня – в межах 37,5–38,0 °С. Який тип лихоманки у хворого:

- а) ремітуюча;
- б) виснажлива;
- в) неправильна;
- г) переміжна?

18. Які заходи щодо догляду за хворими потрібно застосовувати на першій стадії лихоманки:

- а) напоїти гарячим чаєм і вкрити хворого ковдрою;
- б) змінити постільну білизну;
- в) покласти холодний компрес на лоб;
- г) дати холодне питво;
- д) покласти хворого з припіднятими ногами?

19. Яку допомогу необхідно надати хворому в разі критичного зниження температури тіла:

- а) покласти холодний компрес на лоб;
- б) дати холодне питво;
- в) розкрити хворого;
- г) обкласти хворого грілками, дати гарячий чай;
- д) обкласти хворого міхурами з льодом?

20. Транспортування хворого у хірургічному відділенні може здійснюватися:

- а) на каталці;
- б) на кріслі-каталці;
- в) на функціональному ліжку;
- г) усе перелічене правильне.

Контрольні питання

1. Як повинен бути облаштований пост медичної сестри?
2. Перерахуйте обов'язки постової медсестри.
3. Перерахуйте обов'язки молодшої медсестри.
4. Розкажіть правила передачі чергування постовою медсестрою.
5. Що таке термометрія, її види?
6. Охарактеризуйте різні види лихоманок.
7. Розкажіть правила дослідження пульсу.
8. Розкажіть правила вимірювання артеріального тиску.
9. Розкажіть правила роздачі ліків хворим.
10. Як провести установку зонда в шлунок?
11. Розкажіть методику проведення сифонної клізми.
12. Розкажіть методику проведення сифонної клізми.

13. Розкажіть методику проведення гіпертонічної клізми.
14. Як правильно провести катетеризацію сечового міхура?
15. Як підготувати хворого до УЗД і комп'ютерної томографії органів черевної порожнини?
16. Розкажіть правила підготовки хворого до рентгенологічного дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки.
17. Як підготувати хворого до рентгенологічного дослідження товстої кишки?
18. Розкажіть правила підготовки хворого до різних методів ендоскопічного обстеження.
19. Як зібрати сечу на аналіз?
20. Як зібрати кал на аналіз?
21. Розкажіть правила збору сечі на аналіз.
22. 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. Хімич [та ін.] ; за ред.: С. Д. Хімича, 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 2. Організація роботи медсестри у маніпуляційному кабінеті

Цілі заняття:

1. Вивчити оснащення маніпуляційного кабінету.
2. Знати обов'язки маніпуляційної медсестри.
3. Ознайомитись з документацією маніпуляційного кабінету.
4. Освоїти практичні навички маніпуляційної медсестри.

Маніпуляційний кабінет – це окремий спеціально обладнаний кабінет для проведення різноманітних лікувально-діагностичних процедур.

Площа маніпуляційного кабінету має становити 15–20 м². Кабінет оснащують джерелами природного та штучного світла, бактерицидними лампами, обладнують припливно-витяжною вентиляцією. Температура повітря в приміщенні повинна становити 22-25°C, при відносній вологості 60-65%. Стіни, підлогу, стелі покривають вологостійким матеріалом, стійким до впливу миючих та дезінфікувальних засобів.

Оснащення маніпуляційного кабінету:

- робочий стіл, стільці;
- стіл для підготовки ін'єкцій;
- маніпуляційний столик;
- кушетки;
- бікси зі стерильним матеріалом;
- холодильник для зберігання окремих препаратів;
- кварцева лампа;
- набір джгутів та клейончастих подушок;
- шафа з розчинами для ін'єкцій та інфузій, шприцами та системами для внутрішньовенних вливань;
- аптечка надання допомоги при невідкладних станах;
- ємності з дезрозчинами для шприців, голок, перев'язувального матеріалу, рукавичок, ганчірки;
- раковина для миття рук та інструментів після дезінфекції та очищення.

Маніпуляційний кабінет призначений для виконання:

- 1) усіх видів ін'єкцій;
- 2) внутрішньовенних краплинних вливань;
- 3) забору на дослідження крові із вени;
- 4) проведення всіх досліджень та проб, пов'язаних з переливанням компонентів та препаратів крові.

Обов'язки маніпуляційної медсестри

- 1 Підготовка кабінету до роботи та відповідальність за дотримання санітарно-гігієнічних норм його роботи.
- 2 Своєчасне та точне виконання призначень лікаря.

- 3 Виконання всі видів ін'єкцій та внутрішньовенних краплинних вливань.
- 4 Спостереження за станом пацієнта після призначення лікарських засобів.
- 5 Допомога лікарю під час проведення лікарських маніпуляцій.
- 6 Забір крові з вени для досліджень та відправлення її до лабораторії.
- 7 Облік та зберігання ліків.
- 8 Забезпечення кабінету набором інструментів, шприців та систем для вливань, а також необхідними лікарськими засобами.
- 9 Ведення обліково-звітної документації маніпуляційного кабінету.

Гігієна маніпуляційної медичної сестри та вимоги до її зовнішнього вигляду

Маніпуляційна медична сестра після приходу на роботу перевдягається у чистий халат чи костюм. Вуличне взуття змінює на тапочки, що піддаються миттю та знезараженню. Перед входом до маніпуляційного кабінету медсестра надягає шапочку та маску. Волосся збирає під шапочку. Нігті мають бути коротко підстрижені. Перед початком роботи з рук знімає всі прикраси, миє руки з милом.

Документація маніпуляційного кабінету

- 1 Журнали реєстрації внутрішньовенних інфузій, переливання компонентів крові, кровозамінників та білкових препаратів, взяття крові для біохімічних досліджень, визначення групи крові, резус-фактора, взяття крові для визначення інфекційних захворювань.
- 2 Журнали обліку шприців, систем для краплинного введення, гемоконів із компонентами крові.
- 3 Інструкції щодо санітарної обробки приміщення, стерилізації інструментарію, надання невідкладної допомоги у разі виникнення ускладнень.

Правила накриття стерильного столу

Поверхню столу двічі обробляють розчином антисептика з інтервалом 15 хв. На бірці бікса перевіряють дату стерилізації та підпис медичного працівника, який проводив стерилізацію.

Медична сестра надягає маску, миє руки з милом та надягає стерильні рукавички. Після чого відкриває кришку бікса та перевіряє індикатори стерилізації. Стерильним пінцетом відкидає кути пелюшки в сторони, прикриваючи нею краї бікса і, не торкаючись нестерильних поверхонь, дістає складене простирadlo. Простирadлом накриває поверхню столу так, щоб її нижній край звисав на 20-30 см нижче поверхні столу. Верхні два шари простирadла піднімають і складають «гармошкою» на задній поверхні столу. Потім дістає друге простирadlo, складає вдвічі і кладе на перше просте. Простирadла закріплює стерильними причіпками. Зверху на простирadlo розкладає стерильний матеріал та інструменти і, тримаючи причіпки в руках, закриває стерильний стіл частиною простирadла, складеною «гармошкою» на задній поверхні столу.

Внутрішньошкірна ін'єкція

Медична сестра мие руки, надягає рукавички та набирає препарат у шприц. Хворий приймає положення сидячи чи лежачи. Медична сестра обирає та оглядає ділянку ін'єкції. Шкіру в місці ін'єкції обробляє двома кульками зі спиртом (спочатку велику зону, потім – місце ін'єкції). Лівою рукою фіксує шкіру, трохи її натягнувши. Праворуч бере шприц, притримуючи канюлю голки вказівним пальцем. Голку спрямовують зрізом вгору. Потім голку вводять в шкіру на глибину її зрізу під кутом 10-15 °. Лікарський препарат вводять повільно до появи папули, що свідчить про попадання розчину в дерму. Місце ін'єкції прикриває стерильною серветкою, не притискаючи.

Підшкірна ін'єкція

Медична сестра мие руки, надягає рукавички та набирає препарат у шприц. Хворому пропонує зайняти зручне положення. Оглядає ділянку передбачуваної ін'єкції. Місце ін'єкції обробляє розчином антисептика. Шкіру збирає у складку I та II пальцями лівої руки. Правою рукою бере шприц, притримуючи канюлю голки вказівним пальцем. Вводить голку під кутом 45° основу шкірної складки. Після введення голки складку шкіри відпускає та повільно вводять лікарську речовину в підшкірну жирову клітковину. Голку витягує. Місце ін'єкції притискає серветкою або ватною кулькою з антисептиком. Одноразово підшкірно вводять не більше 5 мл розчину.

Внутрішньом'язова ін'єкція

Медична сестра мие руки, надягає рукавички та набирає препарат у шприц. Пацієнт приймає положення лежачи (найчастіше місце введення препарату - верхній зовнішній квадрант сідниці). Кулькою, змоченою етиловим спиртом, обробляє шкіру площею 10×10 см, другою кулькою – площею 5×5 см. Першим та другим пальцями лівої руки фіксує шкіру в місці ін'єкції. У праву руку бере шприц, розташувавши 5-й палець на муфті голки, 2-й палець – на поршні біля нижнього краю циліндра, решта пальців – на циліндрі шприца. Голку спрямовує донизу під кутом 90°.

Утримуючи шприц перпендикулярно до шкіри, голку вводять в м'яз на глибину 5-7 см. Відтягує поршень. Переконавшись, що голка не потрапила до кровоносної судини, повільно вводять лікарську речовину. Якщо голка потрапила до просвіту кровоносної судини, її витягають і вводять у інше місце. Після введення препарату голку швидко витягають і притискають місце ін'єкції кулькою зі спиртом, проводячи легкий масаж. Одноразово внутрішньом'язово вводять не більше 10 мл розчину.

Внутрішньовенне введення лікарських препаратів

Внутрішньовенне введення лікарських препаратів здійснюють у периферичні вени (вени ліктявого згину, тилу кисті, рідше зап'ястя та стопи) та центральні вени (при наданні екстреної допомоги). Перед виконанням

процедури медична сестра повинна вимити та осушити руки, надягнути рукавички та набрати лікарський препарат у шприц. Хворий приймає зручне положення сидячи чи лежачи. Медсестра оглядає ділянку передбачуваної венепункції для запобігання ускладненням. Найчастіше виконують венепункцію в ділянці ліктьової ямки. Для цього під лікоть хворого підкладають клейову подушечку або валик і пропонують йому максимально розігнути руку в ліктьовому суглобі. Накладають джгут на середню третину плеча (на сорочку або пелюшку) і просять хворого кілька разів стиснути кисть у кулак та розтиснути її.

Ділянку венепункції обробляють ватною кулькою з антисептиком (70% спирт етиловий) рухами в одному напрямку. Визначають найбільш наповнену вену. Потім беруть шприц, фіксуючи вказівним пальцем на канюлю голки. Іншими пальцями охоплюють циліндр шприца зверху. Шкіру в зоні венепункції натягують, фіксуючи вену. Направляють голку зрізом вгору, паралельно шкірі і проколюють її, після чого голку вводять у вену. Переконавшись, що голка знаходиться у вені (при потягу поршня на себе в шприц повинна надходити кров), послаблюють джгут і просять хворого розтиснути кулак. Не змінюючи положення шприца, повільно вводять лікарський препарат та витягають голку. Місце ін'єкції притискають ватною кулькою з антисептиком і просять хворого потримати його протягом 5 хвилин. Викидають кульку, переконавшись, що немає кровотечі в області венепункції.

Проведення внутрішньовенного краплинного введення.

Медична сестра мие, осушує руки та надягає рукавички. Потім заповнює одноразову систему для внутрішньовенних вливань. Для цього спочатку перевіряє герметичність пакета з лікарським розчином та термін його придатності. Пакет закріплює на штативі. Знімає фольгу з середини пробки та обробляє її кулькою зі спиртом. Далі знімає ковпачок голки з повітропроводу та вводить голку через пробку в пакет. Затискач на системі закриває, знімає з голки ковпачок і вводить її через пробку до упору порожнину пакета. З ін'єкційної голки знімає ковпачок, відкриває затискач і повільно заповнює систему до повного витіснення повітря та появи витікання розчину з голки. Після чого затискач закриває та надягає на голку ковпачок. Перевіряє відсутність повітря у системі. У палату доставляє маніпуляційний столик з розміщеним на ньому необхідним обладнанням та штатив із підготовленою системою для внутрішньовенних вливань. Пунктує вену голкою із приєднаною до неї системою. Відкриває гвинтовий затискач та регулює швидкість введення препарату (в середньому 60 крапель за одну хвилину). Закріплює голку та систему лейкопластирем до шкіри та прикриває стерильною серветкою. Протягом усієї процедури медична сестра проводить спостереження за станом хворого.

Забір крові з периферичної вени

Перед початком процедури медична сестра миє руки з милом, обробляє їх спиртом, надягає рукавички. Хворому під лікоть підкладає валик чи подушечку. Руку розгинає у ліктьовому суглобі. На середню третину плеча на пелюшку або одяг накладає джгут і просить хворого кілька разів стиснути та розтиснути кулак. Ватними кульками, змоченими розчином 70% етилового спирту, обробляє ділянку ліктьової ямки. Необхідно пам'ятати, що при заборі крові на алкоголь обробку шкірних покривів проводять 3% розчином перекису водню. Хворий затискає кулак. Потім медсестра знаходить найбільш наповнену вену. Шкіру ліктьового згину натягує лівою рукою, фіксуючи вену. Виконує пункцію вени за методикою, викладеною вище. Потім підставляє до канюлі пробірку та набирають необхідну кількість крові (10-20 мл). Закінчивши, знімає джгут і дозволяє хворому розтиснути кулак. Витягує голку, місце пункції притискає ватною кулькою, змоченою спиртом, і просить хворого на 5 хвилин зігнути руку в ліктьовому суглобі. До пробірки прикріплює напрямок та відправляє до лабораторії.

В даний час для забору крові на дослідження широко застосовують одноразові вакуумні контейнери.

Трансфузіологія у роботі маніпуляційної медсестри

Гемотрансфузія – переливання з лікувальною метою донорської крові, виготовлених із неї компонентів та препаратів. Гемотрансфузії проводять із замісною метою при гострих крововтратах, для заповнення нестачі клітинних та білкових компонентів крові, дефіцит яких не можна відновити іншими способами лікування.

Правила проведення гемотрансфузії регламентуються наказом МОЗ України від 05.07.1999 № 164 «Про затвердження інструкцій, що регламентують діяльність установ служби крові України», згідно з яким надалі викладено матеріал.

Консервовану кров та її компоненти можна переливати тільки в тому випадку, якщо група та резус належність збігаються у донора та реципієнта.

При надходженні хворого до стаціонару групу крові за системою АВ0 та резус-фактор перевіряє лікарняна лабораторія. Результат записують у визначеному рядку медичної картки стаціонарного хворого із зазначенням дати та за підписом лікаря, який визначав групу крові та резус-належність.

Переливання крові та її компонентів проводять: лікар, черговий лікар, лікар-трансфузіолог, а під час виконання операції - анестезіолог або хірург, який не бере участі в оперативному втручанні або проведенні наркозу.

Перед тим як перелити гемотрансфузійне середовище, лікар повинен перевірити збіг позначеної на гемоконі групи крові та резус належності донора та реципієнта та її придатність для трансфузії. Для цього проводять огляд контейнера з компонентами крові з оцінкою його герметичності та правильності паспортизації (номер, дата заготівлі, позначка групи та резус-приладдя, назва консерванта, прізвище, ім'я та по батькові донора, назва установи-виробника, підпис лікаря).

Макроскопічна оцінка якості консервованої крові та її компонентів зводиться до виявлення видимих ознак бактеріального забруднення, наявності згустків та гемолізу. Визначати придатність консервованої крові, що відстоялась, необхідно при достатньому освітленні на місці зберігання, оскільки найменше струшування може призвести до помилкового висновку в результаті забарвлення плазми в рожевий колір при змішуванні з еритроцитами. У перемішаній крові можна легко не помітити плівок та згустків. Критеріями придатності еритроцитної маси (крові) для переливання є: термін заготівлі та зберігання, прозорість плазми, відсутність у ній каламуті, пластівців, прожилок фібрину, вираженого гемолізу (червоне забарвлення шару плазми), рівномірність шару глобулярної маси та відсутність у ньому межі між глобулярною масою та плазмою. У разі бактеріального забруднення еритроцитної маси плазма набуває тьмяного сіро-бурого відтінку, вона втрачає прозорість, з'являються частинки у вигляді пластівців або плівок. Таку еритроцитну масу переливати не можна.

Забороняється переливати кров та її компоненти, отримані від донорів, які не обстежених на СНІД, гепатити В, С та сифіліс.

Переливання крові та її компонентів проводять із дотриманням правил асептики за допомогою одноразових систем для переливання крові.

Загальні відомості про систему АВ0 та резус-фактор

Група крові людини – це система антигенів еритроцитів, представлена олігосахаридними структурами, пов'язаними з білками оболонки еритроцитів. Ці антигени здатні викликати утворення специфічних антитіл. Антигенна структура еритроцитів генетично зумовлена.

Відомо понад 20 систем еритроцитарних антигенів. Однак практичне значення мають система АВ0 і система Rh, оскільки вони часто є причиною тяжких посттрансфузійних ускладнень і їх необхідно насамперед враховувати при гемотрансфузії.

Система АВ0 представлена двома антигенами А та В (аглютиногени), що розташовані на мембрані еритроцитів. У сироватці крові людей є природні антитіла до антигенів – α (анти-А) та β (анти-В) (аглютиніни). Таким чином, різні співвідношення групових антигенів еритроцитів та антитіл сироватки крові дають чотири групи крові:

I (0) – аглютиногенів на мембрані еритроцитів немає, сироватка крові містить аглютиніни α та β .

II (А) – на еритроцитах аглютиноген А, сироватка містить аглютинін β .

III (В) – на еритроцитах аглютиноген В, у сироватці міститься аглютинін α .

IV (АВ) – на мембрані еритроцитів є аглютиногени А та В, аглютинінів сироватка крові не містить.

При переливанні крові завжди визначають антигени системи резус (Rh), що розташовані на поверхні еритроцитів. На відміну від системи АВ0 у сироватці крові людей практично не буває природних антитіл до антигенів системи Rh. Антитіла системи Rh мають виключно імунний характер і

утворюються в результаті Rh-сумісної трансфузії або вагітності. Врахування груп крові за системою Rh є важливим фактором при проведенні гемотрансфузій. В системі резус основним є антиген Rh(D), який називають резус-фактором. Особи, що мають Rh(D)-антиген, називаються резус-позитивними (Rh+) (їх 85% серед європеїдного населення), а ті, що його не мають, – резус-негативними (Rh-). Наявність резус-фактора залежить від групової власності за системою АВ0 і змінюється протягом життя.

Визначення груп крові за системою АВ0 ґрунтується на феномені аглютинації.

Визначення групи крові за системою АВ0 за допомогою моноклональних антитіл (МКА)

Моноклональні антитіла анти-А та анти-В є розведеною асцитичною рідиною мишей, у якій є специфічні імуноглобуліни класу М (IgM), спрямовані проти групоспецифічних антигенів А та В людини.

Визначення групи крові проводять у приміщенні з гарним освітленням при температурі від +15 до +25 °С. На планшет або пластинку наносять по одній великій краплі (0,1 мл) МКА анти-А та анти-В відповідними написами: «анти-А» або «анти-В». Поряд з краплями антитіл наносять по одній маленькій краплі кров, що досліджується, приблизно в 10 разів меншою, ніж крапля антитіл (0,01 мл). Антитіла та кров змішують скляною паличкою, яку промивають і насухо витирають після розмішування кожної краплі. Спостереження за перебігом реакцій з МКА проводять при легкому погойдуванні пластинки або планшета не більше 3 хвилин. Результат реакції у кожній краплі може бути позитивним чи негативним. Позитивний результат виявляється у аглютинації (склеюванні) еритроцитів.

Аглютинати помітні у вигляді дрібних червоних агрегатів, що швидко зливаються і утворюють великі пластівці до великого аглютинату. У разі негативної реакції крапля залишається рівномірно забарвленою, аглютинати у ній не виявляються. Аглютинація з МКА анти-А та анти-В зазвичай настає в перші 3 секунди.

Оцінка результатів:

- аглютинація не відбулася в жодному з цоліклонів – 0 (I) група крові;
- аглютинація відбулася у цоліклоні анти-А – А (II) група крові;
- аглютинація відбулася у цоліклоні анти-В – В (III) група крові;
- аглютинація відбулася в обох цоліклонах - АВ (IV) група крові.

Прибирання маніпуляційного кабінету

У маніпуляційному кабінеті проводять 4 види прибирання:

- 1) попереднє;
- 2) поточне;
- 3) заключне;
- 4) генеральне.

Попереднє прибирання проводять щодня перед початком роботи для видалення пилу, що осів за ніч. Це вологе прибирання приміщення із

застосуванням дезінфікувальних засобів. Обробці підлягають всі поверхні: стіни на висоту витягнутої руки, меблі та обладнання (кушетки, штативи, валики), підлога. Після завершення збирання здійснюють кварцювання.

Поточне прибирання виконує медперсонал не рідше 2 разів на день під час роботи щоб усунути забруднення, що виникли у процесі роботи. Воно повторює етапи попереднього прибирання.

Заключне прибирання здійснюють щодня наприкінці робочого дня. Персонал перевіряє готовність до роботи обладнання та апаратури, обробляє її дезінфікувальними засобами. Обробці піддаються медичне обладнання та предмети догляду за хворими, меблі, стіни, двері, підлога. Закінчивши прибирання, проводять маніпуляційне кварцювання.

Генеральне прибирання проводять один раз на тиждень. Меблі та обладнання зміщують у центр приміщення для забезпечення вільного доступу до всіх маніпуляційних ділянок. Вікна миють теплою водою або за допомогою спеціального миючого засобу. Стелю, стіни, меблі, підлогу протирають миючим розчином, потім обробляють дезінфікувальним розчином. Під час експозиції дезрозчину включають бактерицидні лампи. Після цього дезрозчин змивають та проводять повторне кварцювання (загальний час кварцювання – дві години). Наприкінці проводять провітрювання маніпуляційного кабінету протягом 30-45 хвилин.

Питання для тестового контролю

1. Маніпуляційний кабінет – це окремий спеціально обладнаний кабінет для проведення:

- а) різних лікувально-діагностичних процедур;
- б) перев'язок;
- в) санітарно-гігієнічних заходів;
- г) невеликих оперативних втручань.

2. Площа маніпуляційного кабінету повинна становити:

- а) 10–15 м²;
- б) 15–20 м²;
- в) 20–22 м²;
- г) 22–25 м²;
- д) 25–30 м².

3. Маніпуляційний кабінет призначений для виконання всього переліченого, крім:

- а) усіх видів ін'єкцій;
- б) внутрішньовенних крапельних вливань;
- в) забору на дослідження крові з вени;
- г) проведення усіх досліджень і проб, пов'язаних із переливанням компонентів та препаратів крові;
- д) перев'язок.

4. Маніпуляційний кабінет призначений для виконання всього переліченого, крім:

- а) усіх видів ін'єкцій;
- б) внутрішньовенних краплинних вливань;
- в) накладання вторинних швів на рану;
- г) проведення усіх досліджень і проб, пов'язаних із переливанням компонентів та препаратів крові;
- д) забору на дослідження крові з вени.

5. Які маніпуляції проводять у маніпуляційному кабінеті:

- а) ін'єкції, визначення груп крові;
- б) пункцію гематоми;
- в) постановка банок, гірчичників;
- г) прийняття лікувальних ванн?

6. Підготовку маніпуляційного кабінету проводить:

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

7. Зміна халата медичної сестри маніпуляційного кабінету повинна проводитися:

- а) щодня;
- б) двічі на тиждень;
- в) один раз на тиждень;
- г) двічі на день.

8. Стерильний стіл у маніпуляційному кабінеті накривають:

- а) перед початком роботи, на одну зміну;
- б) напередодні ввечері;
- в) кожні дві години;
- г) один раз на тиждень.

9. Які ділянки тіла найбільш зручні для підшкірних ін'єкцій:

- а) зовнішня поверхня плеча;
- б) внутрішня поверхня плеча;
- в) зовнішня поверхня передпліччя;
- г) внутрішня поверхня стегна?

10. Які ділянки тіла найбільш зручні для проведення внутрішньом'язових ін'єкцій:

- а) зовнішня поверхня сідниці;
- б) внутрішня поверхня стегна;

- в) бокова поверхня черевної стінки;
- г) верхній зовнішній квадрант сідниці?

11. У який квадрант сідниці виконують внутрішньом'язеві ін'єкції:

- а) верхній внутрішній;
- б) верхній зовнішній;
- в) нижній внутрішній;
- г) нижній зовнішній;
- д) будь-який?

12. Максимальний об'єм препаратів, який вводять внутрішньом'язево, не повинен перевищувати:

- а) 5 мл;
- б) 10 мл;
- в) 15 мл;
- г) 20 мл;
- д) 50 мл.

13. Кількість розчину, яку вводять внутрішньошкірно:

- а) 3–5 мл;
- б) 5–10 мл;
- в) до 20 мл;
- г) 0,5–1 мл;
- д) 50 мл.

14. Максимальна кількість розчину, яку вводять підшкірно:

- а) 5 мл;
- б) 10 мл;
- в) 20 мл;
- г) 0,5–1 мл;
- д) 50 мл.

15. Голку при внутрішньом'язовій ін'єкції вводять під кутом до поверхні шкіри:

- а) майже паралельно;
- б) 15° ;
- в) 45° ;
- г) 90° ;
- д) 30° .

16. Голку при підшкірній ін'єкції вводять під кутом до поверхні шкіри:

- а) майже паралельно;
- б) 15° ;
- в) 45° ;
- г) 90° ;

д) 30°.

17. Голку при внутрішньошкірній ін'єкції вводять під кутом до поверхні шкіри:

- а) 5°;
- б) 10–15°;
- в) 45°;
- г) 90°;
- д) 30°.

18. Швидкість переливання крові під час біологічної проби:

- а) струменево;
- б) 40–60 крапель за 1 хвилину;
- в) 20–40 крапель за 1 хвилину;
- г) 10–20 крапель за 1 хвилину;
- д) 100–120 крапель за 1 хвилину.

19. Швидкість внутрішньовенного введення сольових розчинів:

- а) 10–20 крапель за 1 хвилину;
- б) 20–30 крапель за 1 хвилину;
- в) 30–40 крапель за 1 хвилину;
- г) 40–60 крапель за 1 хвилину;
- д) 100–120 крапель за 1 хвилину.

20. Через який час оцінюють результат при визначенні групи крові за допомогою цоліклонів:

- а) 1 хвилину;
- б) 1,5 хвилини;
- в) 2 хвилини;
- г) 2,5 хвилини;
- д) 5 хвилин?

Контрольні питання

1. Що таке маніпуляційний кабінет?
2. Чим повинен бути оснащений маніпуляційний кабінет?
3. Для чого призначений маніпуляційний кабінет?
4. Перерахуйте обов'язки маніпуляційної медсестри.
5. Які вимоги до гігієни маніпуляційної медсестри і її зовнішнього вигляду?
6. Перерахуйте документацію маніпуляційного кабінету.
7. Які правила накриття стерильного столу?
8. Як набрати ліки з ампули в шприц?
9. Як набрати ліки з флакона в шприц?
10. Розкажіть правила внутрішньошкірного введення лікарських речовин.
11. Розкажіть правила підшкірного введення лікарських речовин.
12. Розкажіть правила внутрішньом'язового введення лікарських речовин.

13. Розкажіть правила внутрішньовенного введення лікарських речовин.
14. Як провести катетерізацію периферичної вени?
15. Перерахуйте дії медичної сестри при проведенні внутрішньовенного крапельного введення лікарських засобів.
16. Як взяти кров з периферичної вени?
17. Як визначити групу крові за системою АВ0 стандартними сироватками?
18. Як визначити групу крові за системою АВ0 за допомогою моноклональних антитіл?
19. Як визначити резус-фактор?
20. Як провести пробу на сумісність за системою АВ0?
21. Як провести пробу на сумісність по резус-фактору?
22. Як провести біологічну пробу?
23. Розкажіть правила підготовки контейнеру з трансфузійної середовищем до трансфузії.
24. Перерахуйте види прибирання маніпуляційного кабінету.

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 3. Догляд за хворими в перев'язувальній. Десмургія

Цілі заняття:

1. Знати структуру чистої та гнійної перев'язувальної.
2. Знати організацію роботи в перев'язувальних.
3. Знати види прибирань в перев'язувальних.
4. Знати санітарно-гігієнічні вимоги до персоналу перев'язувальних, перев'язувального матеріалу, інструментарію, що запобігають розповсюдженню внутрішньолікарняної інфекції.
5. Вміти накрити стерильний стіл у перев'язувальних.
6. Вміти провести утилізацію використаного перев'язувального матеріалу.
7. Вміти організувати догляд за хворими з анаеробною інфекцією.
8. Вміти накладати різні види пов'язок.

Перев'язувальна – окремий спеціально оснащений кабінет для виконання перев'язок та проведення процедур і маніпуляцій, що виконуються з метою їх лікування. У перев'язувальній виконують ін'єкції, пункції, невеликі оперативні втручання (розтин гнійників, некректомії, первинну хірургічну обробку ран).

Площа перев'язувальних, що розраховані на один стіл, повинна становити 15–20 м². Для перев'язувальних на два столи – 30 м². Приміщення оснащують спеціальним обладнанням, враховуючи, що у ньому проводитимуть регулярне вологе прибирання із застосуванням дезінфекційних засобів.

Стеля та стіни повинні бути світлого непомітного кольору. Як матеріал для стін частіше обирають керамічну плитку. Підлогу також покривають керамічною плиткою або спеціальним покриттям. Для поліпшення прибирання та дезобробки стики між стінами та підлогою роблять заокругленими. Вікна перев'язувальної повинні виходити на північ, північний схід або північний захід. Для оптимальної освітленості співвідношення площі вікон до площі підлоги має становити щонайменше 1:4. Іноді на стелі монтують безтіньову лампу. З метою обігріву використовують батареї у вигляді труб, розташованих горизонтально одна над одною, або суцільних щитів. Оптимальна температура повітря для перев'язувальних – 22 °С. Вентиляцію забезпечують кондиціонером або спеціальною припливно-витяжною вентиляцією з переважанням припливу повітря, з двократним повітрообміном за одну годину.

Для знищення мікроорганізмів у повітрі у перев'язувальній встановлюють бактерицидні лампи на стінах приміщення. Відстань між лампами має бути 2,5 метри. Через кожні 2-3 години роботи перев'язувальної необхідно робити перерву і вмикати їх на десять хвилин.

Оснащення перев'язувальної:

- стіл для перев'язок або кушетка, вкрита клейонкою, на яких виконують перев'язки та різні маніпуляції;

- перев'язувальний стіл, на якому медсестра розміщує стерильний перев'язувальний матеріал та хірургічні інструменти;
- столик із лікарськими речовинами, що використовуються під час проведення перев'язок;
- дві раковини (одна – для миття рук, інша – для миття інструментів) з кранами-змішувачами гарячої та холодної води;
- сухожарова шафа для стерилізації інструментів;
- марковані ємності для передстерилізаційної обробки та дезінфекції інструментів;
- ємності для відпрацьованого перев'язувального матеріалу;
- стіл для виготовлення перев'язувального матеріалу;
- шафа для зберігання антисептиків, перев'язувального матеріалу та інших засобів, необхідних для перев'язування;
- перев'язувальні, в яких виконують оперативні втручання, додатково оснащують наркозним апаратом, столиком для сестри-анестезистки, пересувною лампою безтіньової, електровідсмоктувачем, штативами для краплинного вливання.

Виділяють два види перев'язувальних – чисті та гнійні. Це робиться з метою профілактики внутрішньолікарняної інфекції.

У чистій перев'язувальній виконують перев'язку чистих післяопераційних ран, пункції суглобів, черевної та плевральної порожнин (якщо не передбачається наявність гнійного вмісту), проводять забір матеріалу на біопсію. Чисту перев'язувальну можна використовувати для виконання невеликих оперативних втручань, таких як первинна хірургічна обробка ран, видалення невеликих поверхнево розташованих доброякісних пухлин, видалення врослих нігтів та інших. У відділеннях, де немає окремого ендоскопічного кабінету, чисту перев'язувальну використовують для проведення різних ендоскопічних досліджень (бронхоскопія, гастроскопія, цистоскопія).

Гнійна перев'язувальна призначена для перев'язування ран з гнійними відокремленнями, перев'язування хворих зі стомами та свищами.

Тут виконують пункції абсцесів і порожнин, що містять гній, а також проводять деякі оперативні втручання (некректомія, розтин гнійників, введення дренажу в плевральну порожнину при емпіємі).

Обов'язки перев'язувальної медсестри

1. Забезпечувати підтримку порядку роботи та санітарно-гігієнічного режиму у перев'язувальній.
2. Готувати перев'язувальний матеріал, складати в бікси і доставляти його на стерилізацію в автоклав.
3. Проводити очищення використаних хірургічних інструментів, готувати їх до стерилізації та стерилізувати в сухожаровій шафі.

4. Накривати стерильний стіл із перев'язувальним матеріалом та інструментами.
5. Допомогати лікареві під час перев'язок.
6. Накладати пов'язки хворим.
7. Керувати роботою перев'язувальної санітарки.

Правила роботи у перев'язувальній

Перев'язки виконують суворо по черговому: спочатку – чисті, потім – умовно чисті, наостанок проводять гнійні перев'язки (у тих випадках, якщо є одна перев'язувальна).

Медичний персонал зобов'язаний працювати у внутрішньолікарняному одязі: спеціальних костюмах, халатах з короткими або закованими до ліктя рукавами, шапочці, масках. Змінне взуття повинно легко митися (шкіряне, гумове).

Працювати у рукавичках. Інфікований матеріал беруть інструментами, викидають у відро з кришкою, а потім знищують.

Організація роботи у перев'язувальній

Перев'язувальна медична сестра починає робочий день із огляду перев'язувальної. Вона перевіряє, чи користувався черговий персонал у нічний час перев'язувальної, перевіряє чи вологе прибирання та кварцювання перев'язувальне, розставляє бікси з матеріалом та медикаменти.

Переконавшись у готовності перев'язувальної, медична сестра одягає форму, ховає волосся під шапочку, одягає маску. Потім здійснює обробку рук і одягає стерильний халат, який бере з бікса. Потім надягає стерильні рукавички і накриває стіл із інструментами та перев'язувальним матеріалом.

Стерильний стіл у перев'язувальній накривають на робочий день (6 годин). Він має бути готовий до роботи цілодобово. Стіл перестеляє зміна, яка заступає на чергування.

Стерильний стіл розміщують не ближче 50 см від стіни, на відстані одного метра не повинно бути меблів. До перев'язувального столу заборонено наближатися ближче, ніж на один метр усім, крім перев'язувальної сестри, відповідальної за його стерильність.

Правила накриття стерильного перев'язувального столу

Медична сестра вдягає халат, шапочку, маску та проводить обробку рук, дворазову обробку столу дезінфікувальним розчином. Бікси з матеріалом перевіряє на герметичність, наявність дати стерилізації. Потім відкриває бікс та перевіряє реакцію індикатора стерильності. Медсестра обробляє руки стерильною ватною кулькою з 96% спиртом і надягає стерильні рукавички. Пінцетом із бікса дістає стерильне простирadlo і застилає у два шари на столі так, щоб нижній край звисав зі столу. Поверх першого простирadla кладе друге стерильне. Третє стерильне простирadlo складає в чотири шари та накладає на друге. Ззаду з обох боків за допомогою двох заціпок захоплює всі шари простирadla, спереду – двома заціпами лише 4 верхніх шари.

Далі стерильним пінцетом викладає на стіл стерильний перев'язувальний матеріал та інструменти. Після чого стіл накриває зверху 4 шарами стерильного простирадла.

Організація перев'язок

Після обходу палатні медичні сестри складають список хворих, які потребують перев'язки, та передають його перев'язувальній медичній сестрі, яка встановлює їхню черговість.

Санітарка запрошує хворих на перев'язку згідно зі списком, який склала перев'язувальна медична сестра, та стежить за тим, щоб хворі входили лише за викликом і не затримувалися після перев'язки.

Тяжких хворих доставляють у перев'язувальню на каталці або перев'язують на місці в палаті. При переміщенні та одяганні

хворому допомагають палатні сестри й санітарки. Доставлених пацієнтів перекладають на перев'язувальний стіл, а після того вивозять каталку з перев'язувальної. Хворі, які можуть пересуватися самостійно, знімають верхній одяг та проходять до перев'язувального столу. Палатна медична сестра і санітарка допомагають розташуватися хворому на перев'язувальному столі і накривають його до пояса чистим простирадлом. При проведенні перев'язки має бути присутній лікар, який виконує окремі маніпуляції, а також першу перев'язку.

Перев'язка складається з чотирьох етапів:

- 1) зняття старої пов'язки;
- 2) туалет шкіри навколо рани;
- 3) виконання маніпуляцій у рані та захист шкіри від виділень з рани;
- 4) накладення нової пов'язки та її фіксація.

Зняття старої пов'язки. Якщо пов'язка фіксована бинтом – його розмотує санітарка. Бинти, просочені кров'ю чи гноем, для зняття розрізають ножицями. При відклеюванні лейкопластира притримують шкіру руками. Пластир знімає хірург пінцетом. Стару наклейку знімають уздовж рани від кінця до іншого. Зняття пов'язки поперек рани призводить до її зняття та болю.

Знімаючи пов'язку, шкіру притримують шпателем, пінцетом або марлевою кулькою, не даючи їй тягнутися за пов'язкою. Міцно прилиплу пов'язку відшаровують кулькою, просоченим ізотонічним розчином натрію хлориду. З кисті та стопи присохлі пов'язки легше видаляти після відмочування антисептиком.

Туалет шкіри навколо рани проводять після зняття пов'язки. Шкіру очищають, осушують марлевими кульками та обробляють 70 % етиловим спиртом. Крім очищення, обробка викликає місцеву гіперемію, що позитивно впливає на трофіку післяопераційного шва, та прискорює загоєння.

Виконання маніпуляцій у рані та захист шкіри від виділень із рани. Маніпуляції в рані включають зняття швів, зондову ревізію рани, тампонаду, промивання гнійних порожнин, введення дренажів.

Зняття шкірних швів робить лікар або сестра перев'язування в його присутності. Для цього пінцетом захоплюють і тягнуть один із кінців нитки шва. Після того як з глибини тканин з'явиться 2-3 мм підшкірної частини нитки, під неї підводять браншу ножиць і перетинають у поверхні шкіри. Зрізану лігатуру витягують пінцетом. Зняті шви складають на розгорнуту серветку, яку потім згортають та викидають у таз із брудним матеріалом. Після зняття швів антисептиком обробляють лінію швів та накладають пов'язку.

У разі наявності рани із шлунковим, кишковим, жовчним відокремлюваним (наявність стом, свищів) шкіру в їхньому колі рани захищають від мацерації та подразнення. Для цього на шкірні покриви довкола рани наносять пасту Лассара, цинкову мазь тощо.

Накладення пов'язки та її фіксація. Суху асептичну ватно-марлеву пов'язку накладають на асептичні післяопераційні рани, чисті свіжі рани, після зняття післяопераційних швів. Це стерильна марлева серветка, накладена на всю довжину операційного шва, яку зверху прикривають ще одним шаром марлі, розмірами на 3-4 см ширше і довше.

На гнійні рани накладають пов'язки з гіпертонічним розчином натрію хлориду, антисептиками або мазями. Якщо рана дренована трубкою, то її виведення назовні пов'язку надрізають і проводять дренаж через розріз.

Фіксують пов'язку за допомогою різноманітних бинтів (марлевії, сітчастих), приклеюванням лейкопластирем або накладенням пов'язки, що самоклеїться. Після закінчення перев'язки, необхідно переконатися у міцності наклейки.

Після перев'язки клейонку на кушетці або перев'язувальному столі обробляють дезінфектантами.

При випадковому попаданні крові, гною та інших біологічних середовищ на підлогу санітарка одразу ж витирає підлогу ганчіркою, змоченою в дезінфекційному розчині.

Необхідно стежити станом хворого після перев'язки. Найчастіше скарги у цей період пов'язані із занадто туго накладеною пов'язкою, роздратуванням шкіри при місцевому застосуванні різних лікарських засобів. Трапляються і серйозніші причини, наприклад, кровотечі з рани, утворення гематом, у разі розвитку яких може знадобитися виконання повторної перев'язки.

Вчасно виконана і правильно накладена пов'язка, як правило, приносить полегшення хворому. Навіть у тих випадках, коли перев'язка супроводжується неприємними процедурами та маніпуляціями, викликані болучі відчуття незабаром минають.

Перев'язка хворих з анаеробною інфекцією

Анаеробна інфекція трапляється досить рідко. У разі її виявлення необхідно відразу вжити заходів, щоби запобігти її поширенню. З цією

метою припиняють роботу перев'язувальної та проводять обробку дезінфікуючими розчинами на кшталт «генерального прибирання».

Якщо встановлено, що пацієнт має анаеробну інфекцію, то перев'язки проводять в особливому режимі. Хворого ізолюють в окрему палату. Перед входом до палати хірург та медсестра одягають шапочки, маски, халати. Поверх халатів надягають клейончасті фартухи, які періодично обробляють великою марлевою серветкою, змоченою 6% розчином перекису водню. На руки одягають щільні стерильні рукавички, на ноги – бахіли. Перев'язку виконують аподактильним методом.

Використаний перев'язувальний матеріал збирають та спалюють. Всі використані інструменти та засоби для перев'язки дезінфікують у 6 % розчині перекису водню з 0,5 % мийним засобом протягом однієї години, потім їх піддають звичайній передопераційній очистці та стерилізують відповідним методом.

Фартухи хірургів та медичних сестер замочують у 6% розчині перекису водню з 0,5% мийним засобом на одну годину.

Забір матеріалу для бактеріологічного посіву

Метою проведення мікробіологічного дослідження є ідентифікація виду збудника інфекції та визначення його чутливості до антибактеріальних препаратів. Забір матеріалу для дослідження проводить лікар, дотримуючись правил асептики. Перед забором матеріалу шкірні покриви навколо рани обробляють 70% етиловим спиртом або іншим антисептиком, видаляючи некротичні маси, гній та детрит стерильною кулькою. Необхідно стежити, щоб антисептик не потрапив у рану.

Матеріал беруть стерильним зондом-тампоном, проводячи обертальні рухи в рані, щоб він просочився вмістом. Потім тампон поміщають у стерильну пробірку, не торкаючись її країв. Пробірку маркують і доставляють до лабораторії протягом однієї години. У випадку, якщо доставити матеріал протягом цього часу неможливо, він повинен зберігатись у холодильнику не більше двох годин.

За наявності в рані дренажів вміст відсмоктують шприцом і в кількості 1-2 мл наливають у стерильну пробірку. Після чого її закривають стерильною пробкою, маркують та відправляють у лабораторію.

Прибирання перев'язувальної

Обов'язковою умовою роботи перев'язувальної є дотримання правил асептики, що підтримується виконанням санітарного режиму, за який відповідає перев'язувальна сестра. Санітарний режим у перев'язувальних передбачає проведення п'яти видів прибирання:

- 1) попередня;
- 2) поточна;
- 3) прибирання після кожної операції чи маніпуляції;
- 4) заключна;
- 5) генеральна.

Робота перев'язувальної починається з попереднього прибирання. Її проведення необхідне, тому що перев'язувальну часто використовує чергова зміна у вечірній та нічний час для проведення повторних перев'язок, а також у випадках надання ургентної допомоги хворим, які перебувають у відділенні. Прикладом таких ситуацій можуть бути рясне промокання пов'язки, установка дренажної трубки, що випала, тампонада ран. З цією метою в перев'язувальній є «черговий» стерильний бікс із перев'язувальним матеріалом. Після завершення перев'язки чергова медична сестра проводить збирання. Вона складає використані інструменти в ємність із дезінфектантом. Відпрацьований перев'язувальний матеріал збирають в окреме кришкою, що закривається, марковане відро.

Поточне збирання проводять під час перев'язок. Біля стола встановлюють лоток для збору знятих пов'язок і використаного в процесі перев'язки матеріалу. У перервах між перев'язками санітарка висипає вміст лотка у спеціальне відро з кришкою, яке після закінчення перев'язок виносять, а його вміст спалюють.

Після кожної перев'язки проводять прибирання, аналогічне до такого прибирання в операційній, а наприкінці робочого дня медперсонал перев'язувальної виконує заключне прибирання.

Один раз на тиждень (як правило, понеділок) у перев'язувальній проводять генеральне прибирання.

Утилізація перев'язувального матеріалу

Забруднений перев'язувальний матеріал підлягає дезінфекції. З цією метою його збирають у лоток, з якого потім перекладають у спеціальне відро, що містить дезінфікувальний розчин. Тривалість експозиції відпрацьованого матеріалу залежить від виду розчину. Після цього матеріал виносять у місце збирання сміття.

Десмургія - вчення про пов'язки та методи їх накладання. Слово «десмургія» походить від грецьких слів: *desmos* – пов'язка та *ergos* – справа, дія

Пов'язка – м'який або жорсткий пристрій, що закріплює перев'язувальний матеріал на поверхні тіла хворого.

Елементи пов'язки:

перев'язувальний матеріал: вироби із марлі (тампони, турунди, серветки, кульки), вата;

лікарські речовини, якими просочують перев'язувальний матеріал;

матеріали для фіксації пов'язки (бинт, марля, косинка, пластир).

Як перев'язувальний матеріал найчастіше використовують марлю та вироби з неї (кульки, тампони, турунди, серветки, бинти), вату, бавовняну та лляну тканину.

Марлю виготовляють із бавовняної тканини, здатної вбирати рідину. З марлі роблять великі та малі серветки, тампони, турунди, кульки та бинти. Перед використанням перев'язувальний матеріал стерилізують.

Серветки є квадратними шматками марлі різної величини, складені в кілька разів, із загорнутими всередину краями. Серветки, змочені лікарськими засобами, прикладають до рани з лікувальною метою, сухі із захисною метою.

Тампони є довгими смужками марлі різної ширини із загорнутими всередину краями. Тампони вводять у рани для зупинки кровотечі або поліпшення відтоку вмісту з рани.

Турунди (різновид тампонів) – довгі тонкі смужки марлі із загорнутими всередину краями. Їх використовують як тампони в невеликих ранах.

Марлеві кульки – невеликі шматочки марлі із загорнутими всередину краями, складені у вигляді грудочки. Кульки використовують для обробки та осушення поверхні рани та обробки її країв.

Бинти – це скатані смужки марлі різної довжини та ширини, що необхідні для закріплення пов'язки. Бинти також застосовують як пов'язки для іммобілізації (для гіпсових, транспортних шин).

Види бинтів:

- вузькі (шириною 3-5-7 см) - використовують для перев'язки пальців кисті та стопи;
- середні (10-12 см) - необхідні для перев'язки голови, кисті, передпліччя, стопи та гомілки;
- широкі (14-16 см) - використовують для перев'язки грудної клітки, молочної залози та стегна.

Перев'язувальний матеріал повинен:

- бути гігроскопічним;
- бути еластичним;
- не подразнювати тканини хворого;
- добре піддаватися обробці;
- бути дешевим.

Класифікація пов'язок

I. За видом перев'язувального матеріалу:

1. М'які пов'язки: клейові, пластирні, косинкові, бинтові, пращеподібні, Т-подібні.
2. Жорсткі пов'язки: тверді, пов'язки, що тверднуть

II. За способом закріплення перев'язувального матеріалу

1. Безбинтові пов'язки: клеолова, колодійна, пластирна, косинна, пращеподібна, Т-подібна.

2. Бинтові пов'язки: циркулярна, спіральна, пов'язка, що перехрещується (хрестоподібна або восьмиподібна), повзуча, колосоподібна, поворотна, черепащача.

III. За призначенням:

- захисна;
- лікарська;
- гемостатична (для здавлення);
- для іммобілізації;
- коригувальна;
- контурна;
- оклюзійна, або герметизувальна пов'язка;
- компресійна;
- термоізолювальна.

Правила накладання бинтової пов'язки:

- 1) хворий варто розмістити так, щоб частина тіла, яку бинтуватимуть, була нерухома і доступна для процедури;
- 2) при бинтуванні потрібно стояти обличчям до хворого;
- 3) накладають бинт від периферії до центру (знизу вгору), зліва направо, крім спеціальних пов'язок;
- 4) бинтування починають із закріплювального туру бинта, кожен наступний тур повинен прикривати попередній наполовину або на 2/3;
- 5) бинтування проводять обома руками: однією – розкочують голівку бинта, інший – розправляють його ходи, рівномірно натягуючи бинт;
- 6) при накладанні пов'язки на частини тіла конусоподібної форми (стегно, гомілка, передпліччя) для кращого прилягання пов'язки необхідно через кожні 1-2 тури бинта робити його перегин.

Бинти мають різну довжину та ширину, їх виготовляють із різних матеріалів. Для досягнення найкращих результатів перев'язки необхідно застосовувати бинти таких розмірів: шириною 2,5 см для пальців; 5 см – для зап'ястя, кистей, стоп; 7,5 см – для гомілковостопних суглобів, ліктів та передпліч; 10 см – для колін та гомілок.

Основними типами бинтових пов'язок є:

- циркулярна (кожен тур бинта повністю перекриває попередній);
- спіральна (наступний тур бинта частково перекриває попередній);
- хрестоподібна, колосоподібна, восьмиподібна (ходи бинта перехрещують один одного поперек або по діагоналі).

Питання для тестового контролю

1. Скільки перев'язувальних повинно бути в хірургічному відділенні:
 - а) одна;
 - б) дві;
 - в) три;
 - г) чотири;
 - д) п'ять?

2. Перев'язувальна може бути:
 - а) умовно чистою;
 - б) чистою;
 - в) амбулаторною;
 - г) післяопераційною.

3. Площа перев'язувальної на один стіл повинна становити:
 - а) 10–12 м²;
 - б) 15–20 м²;
 - в) 20–32 м²;
 - г) 30–42 м².

4. Підлога перев'язувальної повинна бути вкрита:
 - а) ламінатом;
 - б) поліпропіленом;
 - в) паркетом;
 - г) плиткою.

5. З якою метою в хірургічному відділенні необхідно мати «гнійну» і «чисту» перев'язувальні:
 - а) для зменшення навантаження на медперсонал;
 - б) для швидкого закінчення перев'язок;
 - в) для зручності хворих;
 - г) для профілактики поширення гнійної інфекції;
 - д) для профілактики розвитку вторинної кровотечі?

6. Для стерилізації хірургічних інструментів в умовах відділення найбільш часто використовують:
 - а) гамма-випромінювання;
 - б) кип'ятіння;
 - в) сухожаровий стерилізатор;
 - г) газовий стерилізатор;
 - д) автоклав.

7. У чистій перев'язувальній може бути виконано:

- а) перев'язку хворому з чистою післяопераційною раною;
- б) пункцію запального інфільтрату;
- в) перев'язку хворого з раною після розкриття фурункула;
- г) розкриття абсцесу.

8. У чистій перев'язувальній можна виконувати:

- а) накладання вторинного хірургічного шва;
- б) первинна хірургічна обробка випадкової рани;
- в) перев'язку хворого після розкриття абсцесу;
- г) розкриття флегмони.

9. У чистій перев'язувальній можна виконувати:

- а) накладання вторинного хірургічного шва;
- б) перев'язку хворого після розкриття абсцесу;
- в) зняття швів хворому після апендектомії;
- г) розкриття флегмони.

10. У гнійній перев'язувальній можна виконувати:

- а) зняття швів хворому після пластики грижі;
- б) пункцію колінного суглоба при гемартрозі;
- в) новокаїнову блокаду місця перелому;
- г) перев'язку хворого з пролежнями.

11. У гнійній перев'язувальній можна виконувати:

- а) новокаїнову блокаду при переломі ребер;
- б) хірургічну обробку інфікованої рани;
- в) первинну хірургічну обробку рани;
- г) зняття швів хворому після холецистектомії.

12. У гнійній перев'язувальній можна виконувати:

- а) зняття швів хворому після грижосічення;
- б) пункцію колінного суглоба при гемартрозі;
- в) новокаїнову блокаду місця перелому;
- г) пункцію плевральної порожнини при гнійному плевриті.

13. У гнійній перев'язувальній можна виконувати:

- а) очисну клізму;
- б) діагностичну пункцію запального інфільтрату;
- в) промивання шлунка;
- г) гіпербаричну оксигенацію.

14. У гнійній перев'язувальній можна виконувати:

- а) очисну клізму;
- б) перев'язку післяопераційної рани після розкриття маститу;
- в) промивання шлунка;

г) гіпербаричну оксигенацію.

15. Обов'язки перев'язувальної медичної сестри:

- а) забезпечення порядку роботи і санітарно-гігієнічного режиму перев'язувальної;
- б) підготовка перев'язувального матеріалу, складання його в бікси і доставлення на стерилізацію;
- в) проведення очищення використаних хірургічних інструментів, підготовка їх до стерилізації і стерилізація;
- г) накривання стерильного стола з перев'язувальним матеріалом та інструментами;
- д) усі відповіді правильні.

16. Обов'язки перев'язувальної медичної сестри усі, крім:

- а) забезпечення порядку роботи і санітарно-гігієнічного режиму перев'язувальної;
- б) підготовка перев'язувального матеріалу, складання його в бікси і доставлення на стерилізацію;
- в) проведення очищення використаних хірургічних інструментів, підготовка їх до стерилізації і стерилізація;
- г) переливання компонентів крові та кровозамінників;
- д) накривання стерильного стола з перев'язувальним матеріалом та інструментами.

17. Хто готує стерильний стіл у перев'язувальній:

- а) молодша медична сестра маніпуляційного кабінету;
- б) медична сестра маніпуляційного кабінету;
- в) старша медична сестра відділення;
- г) операційна медична сестра;
- д) перев'язувальна медична сестра?

18. Стерильний стіл у перев'язувальній накривають на:

- а) 4 години;
- б) 6 годин;
- в) 8 годин;
- г) 12 годин;
- д) 24 години.

19. Зазначте правильну послідовність етапів перев'язки:

- а) туалет шкіри навколо рани → зняття старої пов'язки → виконання маніпуляцій у рані й захист шкіри від виділень із рани → накладання нової пов'язки та її фіксація;
- б) зняття старої пов'язки → виконання маніпуляцій у рані й захист шкіри від виділень із рани → туалет шкіри навколо рани → накладання нової пов'язки та її фіксація;

в) зняття старої пов'язки → туалет шкіри навколо рани → виконання маніпуляцій у рані й захист шкіри від виділень із рани → накладання нової пов'язки та її фіксація;

г) зняття старої пов'язки → виконання маніпуляцій у рані й захист шкіри від виділень із рани → накладання нової пов'язки та її фіксація.

20. Для хворого з анаеробною хірургічною інфекцією необхідно:

а) застосувати заходи з профілактики поширення анаеробної інфекції, виділити окрему палату;

б) помістити хворого у загальну палату;

в) застосувати загальні заходи з профілактики внутрішньолікарняної інфекції;

г) щоденно застосовувати гіпотермію вогнищ ураження;

д) спеціальних заходів не вживають.

Контрольні питання

1. Що таке перев'язувальна?
2. Які санітарні вимоги пред'являють до планування перев'язувальних?
3. Які виділяють види перев'язувальних?
4. Перерахуйте обов'язки перев'язувальної медсестри.
5. Які маніпуляції виконують в чистій перев'язувальній?
6. Назвіть функції гнійної перев'язувальної.
7. Перерахуйте правила поведінки в перев'язувальній.
8. Як побудована організація роботи перев'язувальної?
9. Розкажіть порядок накривання стерильного столу в перев'язувальній.
10. Який порядок виконання перев'язок за ступенем асептичності?
11. Перерахуйте етапи перев'язки.
12. Розкажіть алгоритм перев'язки чистих ран.
13. Розкажіть алгоритм перев'язки гнійних ран.
14. Як проводиться перев'язка хворих з анаеробної інфекцією?
15. Як здійснюватися утилізація перев'язувального матеріалу?
16. Розкажіть правила забору ранового вмісту на бакпосів.
17. Які види прибирання проводяться в перев'язувальній?
18. Які види пов'язок ви знаєте?
19. Які пов'язки накладаються на голову?
20. Які пов'язки накладаються на очі?
21. Які пов'язки накладаються на шию?
22. Які пов'язки накладаються на грудну клітку?
23. Які пов'язки накладаються на верхні кінцівки, кисть?
24. Які пов'язки накладаються на нижні кінцівки, стопу?

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. Хімич [та ін.] ; за ред.: С. Д. Хімича, 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 4. Харчування хворих в післяопераційному періоді

Цілі заняття:

1. Знати загальні принципи харчування хірургічних хворих.
2. Знати види харчування хворих у післяопераційному періоді.
3. Знати препарати для ентерального та парентерального харчування хворих.
4. Вивчити основні дієти, які застосовуються у хірургії.
5. Знати схеми харчування після різних оперативних втручань.
6. Вміти годувати важкохворого за допомогою ложки, поїльника, через назогастральний зонд.

Харчування – це одна з найважливіших фізіологічних функцій та потреб людського організму для побудови та безперервного оновлення клітин та тканин; надходження енергії, необхідної для поповнення енергетичних витрат організму; надходження речовин, з яких у організмі утворюються ферменти, гормони, інші регулятори обмінних процесів та життєдіяльності. Обмін речовин, функція та структура всіх клітин, тканин та органів залежать від характеру живлення. У зв'язку із цим інтенсивна терапія неможлива без повноцінного харчування. Розробка принципів раціонального харчування за певної хірургічної патології і сьогодні є актуальною проблемою в хірургічній практиці.

Одним із найважливіших аспектів у даній проблематиці є питання поживної недостатності при критичних станах. При метаболічній відповіді організму на агресію будь-якої етіології розвивається гіперметаболізм та гіперкатаболізм, які супроводжуються порушенням обміну білків, вуглеводів, ліпідів, посиленою витратою вуглеводно-ліпідних резервів та розпадом тканинних білків, втратою маси тіла. Наслідком таких змін у організмі є формування поліорганної недостатності. За 10-15 днів перебування у стаціонарі до 60-64% пацієнтів, що особливо перенесли оперативне втручання або травму, втрачають у середньому 10-12% маси тіла. Вихідні порушення харчування, недостатність харчування хворого та неадекватна корекція метаболічних порушень значною мірою знижують ефективність лікувальних заходів, особливо при оперативних втручаннях. Своєчасне та якісне усунення поживної недостатності не лише покращує результат лікування, а й знижує частоту та тяжкість післяопераційних ускладнень (з 46 до 17 %), у тому числі і летальність (з 11,7 до 6 %). Не менш значущим є значне скорочення термінів перебування у стаціонарі (на 25 %) та періоду реабілітації, підвищення показників якості життя хворих, особливо з хронічними захворюваннями, зменшення вдвічі вартості лікувально-діагностичного процесу та на 15–30 % зниження витрати дорогих препаратів.

Безумовно, що спроби вирішення проблеми лікування поживної недостатності лише шляхом дієтотерапії досить складно, оскільки із загальної калорійності розрахованого лікарняного раціону фактичне

надходження хворому не перевищує 60%. Першопричиною низької засвоюваності їжі з подальшим прогресуванням поживної недостатності є загальний стан хворого, зниження апетиту, порушення свідомості, пропасниця, диспептичні розлади, що призводить до зменшення фактичного споживання їжі або повної відмови від її прийому. Крім того, після оперативних втручань, особливо за наявності ушкоджень або функціональної недостатності шлунково-кишкового тракту, хворий не тільки не може, а й не повинен вживати звичайної їжі. У період, коли природний шлях поповнення прогресуючого дефіциту основних поживних речовин виключений або гранично обмежений, особливого значення в комплексі лікувальних заходів набуває проведення парентерального харчування. Парантеральне харчування в сучасній медицині є якісно новою та практично повноцінною альтернативою звичайному харчуванню.

Загальні принципи харчування хворих хірургічного профіля

Відомо, що раціональна і збалансована дієтотерапія в до- і післяопераційному періоді сприяє зниженню частоти ускладнень і більш швидкому одужанню хворого. Відповідно до загальноприйнятих рекомендацій за відсутності протипоказань, харчування в передопераційному періоді має створювати резерви вітамінних речовин в організмі. У дієті має бути 100-120 г білка, 100 г жиру, 400 г вуглеводів. Енергетична цінність їжі повинна становити 2900-3000 ккал. Об'єм рідини, введеної в організм, - 2,2-2,5 літра. За 3-5 днів до операції виключають з раціону їжу, багату на клітковину, що викликає метеоризм (бобові, білокачанна капуста, хліб з борошна грубого помелу, пшоно, горіхи, незбиране молоко).

Харчування у післяопераційному періоді має:

- забезпечити захист уражених органів, особливо при операціях на органах травлення;
- сприяти нормалізації обміну речовин та відновленню загальних сил організму;
- підвищити опірність організму при явищах запалення та інтоксикації;
- сприяти загоєнню операційної рани.

Однак слід окремо відзначити, що після операцій на органах черевної порожнини хворому часто призначають голод, у зв'язку з чим рідину в необхідній кількості вводять внутрішньовенно, а рот тільки прополіскують. Надалі поступово призначають максимально легку їжу (рідку, напіврідку, протерту), що містить достатню кількість рідини, джерела поживних речовин, що найбільш легко засвоюються. Важливим моментом у такій ситуації є профілактика метеоризму. З цією метою виключають з дієти цільне молоко, концентровані розчини цукру та клітковину. Крім того, найважливішим завданням лікувального харчування є подолання протягом 10-15 днів після операції білкового та вітамінного дефіциту, що розвивається у багатьох хворих у зв'язку з недостатнім харчуванням у перші дні після

операції, крововтратами, розпадом тканинних білків, лихоманкою. Тому необхідний, можливо, більш ранній переведення на повноцінне харчування з широким продуктовим набором, але з урахуванням стану хворого, можливостей його організму щодо прийому та травлення їжі.

Явищам метаболічного ацидозу запобігають шляхом включення до дієти кисломолочних продуктів, фруктів та овочів. Після операцій у хворих часто відзначається велика втрата рідини. Орієнтовна добова потреба в останній у цьому періоді становить: 2–3 літри – при неускладненому перебігу, 3–4 і більше літрів при ускладненому (сепсис, лихоманка, інтоксикація, нориці). При неможливості забезпечити харчування оперованих хворих звичайним шляхом, призначають парентеральне (внутрішньовенне) та зондове харчування. Особливо показані для живлення через зонд або поїльник розчинні у воді високоживильні концентрати

Види харчування хірургічних хворих

Харчування хірургічних хворих може бути природним та штучним; ентеральним та парентеральним.

Природне:

- 1) активне – хворі їдять самі;
- 2) пасивне – хворих годує медична сестра

Особливої уваги потребує годування хворих. Для цього їм допомагають прийняти сидяче або напівсидяче положення, груди та шию покривають серветкою. Тяжких та ослаблених хворих нерідко доводиться годувати маленькими порціями, даючи рідку їжу (протертий суп, бульйон, кисіль, молоко тощо) невеликими ковтками з поїльника або з ложечки. Хворих із гарячкою найкраще годувати в період поліпшення стану та зниження температури, намагаючись, особливо у випадках безсоння, не переривати без потреби денний сон.

Велике терпіння і такт необхідно проявляти при годівлі хворих, які страждають на відсутність апетиту або відразою до їжі. У таких випадках слід звертати увагу на те, щоб їжа була смачною, свіжоприготовленою. Прийом їжі повинен проходити у відповідній обстановці (чистота, охайність, відсутність різних моментів, що відволікають). У стаціонарі за годівлю хворих відповідає середній та молодший медичний персонал. Безумовно, величезною підмогою є допомога родичів, які доглядають пацієнтів.

Дуже часто при деяких ситуаціях природне харчування хворих доводиться доповнювати або замінювати штучним. Це зумовлюється, як правило, тяжкістю та особливістю оперативного втручання.

Штучне харчування

У лікувальному процесі штучне харчування займає важливе місце, використовується в тих випадках, коли хворий не може самостійно приймати їжу або коли харчування природним шляхом з тих чи інших причин (важке, виснажує захворювання, передопераційна підготовка і післяопераційний

період) виявляється недостатнім. У практиці існує два види штучного харчування: ентеральне та парентеральне.

Ентеральне харчування - вид нутритивної терапії, при якій поживні речовини у вигляді спеціальних сумішей вводяться через зонд, що вводиться в шлунок, гастростому, єюностому при неможливості адекватного забезпечення харчування природним шляхом при різних захворюваннях. Ентеральне харчування застосовують при збереженій функції шлунково-кишкового тракту, що дозволяє максимально використовувати та підтримувати функціональну активність кишечника фізіологічним шляхом, у зв'язку з чим має безперечні переваги у порівнянні з парентеральним харчуванням. Розроблено збалансовані препарати для штучного ентерального харчування: інтестамін, нутрікомп-браун, нутрієн, фрезубін.

Парентеральне харчування (минаючи шлунково-кишковий тракт, від грец. *para* – поруч, *entera* – кишечник) найчастіше проводять за допомогою введення різних препаратів внутрішньовенно.

Абсолютні показання до призначення парентерального харчування:

- 1 Передопераційна підготовка хворих із ураженнями глотки, стравоходу, шлунка за наявності перешкод для проходження їжі.
- 2 Перші 3-7 днів після операції на глотці та органах шлунково-кишкового тракту.
- 3 Перші дні після великих операцій на органах грудної клітки, заочеревинного простору.
- 4 Тяжкі травми та гнійно-септичні процеси.
- 5 Тяжкі ускладнення післяопераційного періоду (перитоніт, абсцеси та ін.).
- 6 Термінальні стани у реаніматологічній практиці.

Препарати для парентерального харчування

Загальноприйнято класифікувати препарати для парентерального харчування за їхньою основною функцією в організмі: джерела азоту, джерела енергії, препарати для забезпечення водно-електролітної рівноваги.

- 1 Препарати білкових гідролікатів: гідролікат казеїну, гідролізін, амінопептид, амінокровин.
- 2 Амінокислотні суміші: аміностерил, поліамін, аміноплазмаль, амінол, інфезол.
- 3 Жирові емульсії: інтроліпід, ліпофундин, ліпіплюс.
- 4 Цукор: глюкоза, сорбітол.
- 5 Електролітні розчини: трісоль, розчин Рінгера-Лока, лактасол.
- 6 Комбіновані препарати: кабівен, олікліномель.
- 7 Вітаміни: віталіпід, солувіт, церневіт.

Дієти, що застосовуються у харчуванні хірургічних хворих

Кількість дієт, що застосовують в лікувально-профілактичному закладі, залежить від місцевих умов і від профілю контингенту, який обслуговують..

У загальнохірургічному відділенні найчастіше використовують дієти: № 0-а, № 0-б, № 0-в, № 1-а, № 1, № 5-а, № 9, № 11, № 13, № 15. Ці дієти спеціально розроблені та рекомендовані для практичного застосування.

Нульова дієта показана після операцій на органах шлунково-кишкового тракту, при напівнепритомному стані (черепно-мозкова травма). Ця дієта забезпечує максимальний захист органів травлення, запобігає метеоризму та забезпечує харчування, коли утруднений або неможливий прийом звичайної їжі. Іноді дієти № 0-б та № 0-в називають № 1-а та № 1-б – хірургічні.

Дієту № 0-а призначають на 2-3 дні. Вона включає желеподібні та рідкі страви, вільну рідину 1,8-2,2 л з температурою їжі не вище 45 °С. Їжу вживають 7-8 разів на добу з об'ємом не більше 200-300 г за прийом. Дозволяють знежирений м'ясний бульйон, рисовий відвар з додаванням вершкового масла, ягідний кисіль, проціджений компот, настій шипшини з цукром, фруктові-ягідні соки, чай з лимоном. Через 2-3 дні при поліпшенні стану додають некруте яйце, 50 мл вершків. Забороняють щільні та пюреподібні страви, газовані напої, незбиране молоко.

Дієту № 0-б призначають на 2-4 дні після № 0-а. До неї додатково включають рідкі протерті каші з геркулесу, гречки та рису, зварені на м'ясному бульйоні або воді, слизоподібні супи із круп на овочевому відварі, паровий білковий омлет, парове суфле або пюре з нежирної риби або м'яса. Їжу дають не більше 350-400 г на прийом 6 разів на добу.

Дієта № 0-в є продовженням попереднього дієтичного харчування та необхідна для плавного переходу до фізіологічно повноцінного вживання їжі. У цю дієту входять супи-креми та супи-пюре, приготовлені на пару страви з відвареного м'яса, курки або риби, свіжий сир, кисломолочні напої, протерті овочеві і фруктові пюре, 50-75 г білих сухарів. У кашу можна додавати молоко. Їжу дають 6 разів на добу.

Дієту №1-а призначають через 6-7 днів після операцій на шлунку. Вона призначена для максимального механічного, хімічного та термічного захисту шлунково-кишкового тракту в умовах дотримання постільного режиму. Відповідно до цієї дієти їжу готують у рідкому та напіврідкому вигляді та приймають її рівномірними порціями кожні 2-3 години. Для приготування страв (парове суфле чи пюре) обирають рибу нежирних видів чи сорти м'яса середньої жирності. Обмежують суфле із свіжоприготовленого сиру. Вживають незбиране молоко, вершки, несолене вершкове масло, рідкі молочні каші з протертих круп або дитячого харчування, гомогенізовані овочі, молочний суп, слизові відвари на молоці, киселі, желе з некислих ягід, німецький чай, відвар шипшини. Виключають речовини, що збільшують секрецію шлунка, гарячі та холодні страви, у тому числі сир, сметану, звичайний сир, хліб, борошняні та кондитерські вироби, фрукти та ягоди у сирому вигляді, соуси, прянощі, кава, какао, газовані напої.

Дієта №1 показана після операцій на шлунку як перехідне харчування від дієти №1-а до фізіологічно повноцінної їжі. Вона призначена для зменшення запальної реакції та загоєння слизової обмежується термічних, хімічних та механічних подразників. За хімічним складом та енергетичною

цінністю ця дієта фізіологічна. Страви готують в основному у протертому вигляді, зварені у воді або на пару. Для приготування їжі використовують нежирні сорти м'яса та види риби. Дозволено використовувати парові котлети, биточки, суфле, пюре, зрази, бефстрогани, заливне на овочевому відварі. З молочних продуктів рекомендують некислий протертий сир, сметану, негострий сир, вареники, сирники, напівв'язку кашу на молоці, пудинг, парову яєчню або омлет. Дозволяється пшеничний хліб підсушений або вчорашній випічки, відварена картопля, морква, буряк, супи з протертих овочів, цукор, мед, свіжі стиглі ягоди та фрукти, слабке какао, кава з молоком, соки з фруктів та ягід. Не можна використовувати страви в гарячому та холодному вигляді, майже всі ковбасні вироби, гостру та солону їжу, міцні бульйони, копченості, кислі та недозрілі ягоди та фрукти, шоколад, морозиво, квас, чорну каву.

Дієта № 5-а використовується при гострому холециститі через 3-7 днів від початку захворювання, на 5-6 добу після операцій на жовчовивідних шляхах та при гострому панкреатиті. Прийнята механічно та хімічно легка їжа підтримує функціональний спокій всіх органів травлення. Страви готують вареними або протертими, подають у теплому вигляді. Їжу приймають 5-6 разів на день. Для приготування страв використовують нежирне м'ясо та рибу у вигляді виробів із котлетної маси, знежирений сир, некислу сметану та сир. Допустимо вживання парового омлету, каші на молоці навіпіл з водою, відвареної вермішелі, пшеничний хліб, нездобне печиво, картопляне пюре, молочний кисель, протерті сухофрукти, мед, цукор, чай з молоком, лимоном, солодкі фруктово-ягідні соки, товар шипшини. Виключають з їжі продукти, багаті екстрактивними речовинами, грубою клітковиною, жирні та смажені страви, копченості, свіжий та житній хліб, здобне та листкове тісто, гриби, холодну закуску, шоколад, морозиво, прянощі, какао, чорну каву, газовані та холодні напої.

Дієта №9 показана при цукровому діабеті. Вона сприяє нормалізації вуглеводного обміну. При цій дієті енергетична цінність помірно знижена за рахунок зменшеного вмісту в їжі вуглеводів та жирів. Виключають із раціону цукор та солодощі, замість них використовують замінники, помірно обмежують кухонна сіль. Серед продуктів, що виключаються, – жирні сорти м'яса та риби, солоні сири, рис, манна крупа та макарони, вироби із здобного та листкового тіста, солоні та мариновані овочі, виноград, родзинки, банани, цукор, мед, варення, цукерки, морозиво, солодкі соки.

Дієту № 11 призначають при виснаженні організму після операції чи травми у разі відсутності хвороб травної системи. Вона спрямована на підвищення захисних сил організму та покращення стану харчування. Продукти, що використовуються при цьому, містять збільшену кількість білків, вітамінів, мінеральних речовин. Кулінарна обробка та температура їжі звичайна. Живлення здійснюється 5 разів на добу із вживанням вільної рідини до 1,5 л. Перелік продуктів, що рекомендується, дуже різноманітний, починаючи від м'ясних та рибних страв і закінчуючи різними борошняними виробами. Виняток становить дуже жирне м'ясо і птиця, баранячий, яловичий

та кулінарний жири, гострі та жирні соуси, торти та тістечка з великою кількістю крему.

Діету № 15 використовують при різних захворюваннях, що не потребують спеціального лікувального режиму харчування, а також як перехідний до звичайного харчування після використання інших дієт. Її метою є забезпечення фізіологічно повноцінного харчування. Білки, жири та вуглеводи містяться у кількості, необхідній для здорової людини, не зайнятої фізичною працею, а вітаміни – у підвищеній кількості. Температура їжі та її кулінарна обробка звичайні. Вільну рідину не обмежують. Їжу вживають 4-5 разів на день. Рекомендується щоденне використання кисломолочних продуктів, свіжих овочів та фруктів, соків, відвару шипшини. Обмежують спеції та виключають жирні сорти м'яса, яловичий, баранячий, свинячий та кулінарний жири. Після деяких хірургічних втручань та при багатьох захворюваннях природне вживання їжі неможливе. У цих випадках використовують штучне харчування: ентеральне (через зонд або стому), парентеральне та комбіноване.

Схеми харчування у післяопераційному періоді

Операції на м'яких тканинах, кістках. Необхідності у спеціальних дієтах немає. Призначають діету № 15 із достатнім вмістом повноцінних білків, свіжих фруктів, овочів, соків. Якщо операція була травмуючою, проводилася під загальним наркозом, протягом 1-3 днів використовують діету № 1 а або № 1 б.

Операції на стравоході із розтином його просвіту. Їда через рот допускається не раніше ніж через 5-6 днів. До цього здійснюють зондове та парентеральне харчування. На 7-8-й день – перше годування через рот: дають маленькими ковтками 100 мл солодкого теплого чаю та 50 мл настою шипшини; на 8-9-й день - два прийоми їжі (1-й - 200 мл теплого солодкого чаю з лимоном, 2-й - 160 мл м'ясного бульйону і 50 мл настою шипшини), на 10-11-й день використовують бульйон, рідкий кисіль, чай, вершки – 50 мл, яйце некруто, 20 г вершкового масла. Кількість рідини не обмежують; на 12-15-й день призначають 6 прийомів їжі. Об'єм порцій – 100-200 мл. Дають чай, бульйон, суп-пюре з протертої крупи, вершки, кефір, сметану, яйце некруто, протерті свіжі фрукти, соки; на 16-22-й день застосовують діету №0-б; на 23-27-й день - діету №0-в; з 28-го дня – діету №1 хірургічну

Операції на шлунку (резекція та ін.). До 3-4-го дня – голод; на 4-й день – 1 склянка теплого солодкого чаю та 50 мл настою шипшини по чайній ложці через 15-20 хв; на 5-й день – з ложечки 4 склянки теплого солодкого чаю та 50 мл настою шипшини; на 5-6-й день при нормальній перистальтиці, відсутності здуття живота, відходженні газів призначають діету № 0-а (додатково 2 яйця некруто); на 6-8-й - діету № 0-б; на 5-11-й - діету № 0-в; на 12-й – діету №1 або №1 хірургічну.

Операції на жовчних шляхах (холецистектомія та ін). Протягом 2-3 днів – голод; на 3-4-й день – дієта №0-а; на 5-7-й – дієти № 0-б та № 0-в. У цих дієтах м'ясні бульйони замінюють слизоподібними супами, яйця –

паровими білковими омлетами; на 8-10-й день призначають діету №5-а; на 15-16-й день - діету № 5. Протягом 10-14 днів після операції обмежують жир у харчуванні (не більше 40 г на день). Крім того, обмежують багаті на холестерин продукти.

Резекція тонкої кишки. До 3 днів – голод; на 4-5-й день – діета №0-а; на 6-10-й день – діета №0-б; на 11-14-й – діета №0-в. З 15-го дня після операції призначають діету №1 хірургічну. Надалі використовують діети № 4б та № 4в.

Апендектомія. 1-2-й день – діета №0-а; на 3-4-й - діета № 0-б або № 0-в; з 5-го дня призначають діету №1 хірургічну, а далі – діету №2 або №15.

Операції на прямій кишці (резекція, при поліпах). На 1-2-й день – голод; на 2–3-й – рідкі та желеподібні страви: 200 мл знежиреного м'ясного або курячого бульйону з 10 г вершкового масла, чай з лимоном та 15 г цукру, фруктове желе, настій шипшини; на 3-4-й день додають яйце некруто, білковий паровий омлет, вершки; на 4-5-й день - м'ясне та сирне парове суфле; з 6-7-го дня в діету включають молочну манну та протерту гречану каші, картопляне пюре, суп рисовий з протертими овочами, крем-суп з овочів, м'яса та рису, кнелі з м'яса, сир, розведений вершками, сметану, кисле молоко, пюре з печених яблук, кисіль із чорниці. Така діета створює максимальний спокій прямої кишці, не викликає метеоризму, формує невелику кількість калу. Їда – 7 разів на день невеликими порціями. Далі призначають діету № 0-б (8-9 день); на 10-15-й - діету № 0-в; на 16-й день – діету №1 хірургічну.

При менш складних операціях (тріщини, геморої, нориці) на 8-й день призначають діету №1 хірургічну з переведенням на діету №15. кефір та інші послаблювальні продукти.

Годування тяжкохворих пацієнтів

Годування тяжкохворих хірургічного профілю — дуже відповідальний захід, що вимагає особливого підходу, і буває утрудненим через зниження апетиту та слабкість жувальних і ковтальних рухів, що з'являються у зв'язку з обмеженням рухової активності. У таких випадках хворого потрібно годувати найчастіше, малими порціями, з ложечки. У харчовому режимі слід враховувати дозволені та заборонені продукти. Густу їжу необхідно розбавляти молоком, бульйоном або соком і після ковтання давати запивати з поїльника або ложки. Годувати хворого необхідно у спокійній обстановці, не відволікаючи його уваги, наприклад, світловими подразниками чи розмовами. Тяжкохворих годують у ліжку. Для цього їм слід надати зручне сидяче або напівсидяче положення або підняти голову, поклавши її на підставку медичної сестри. Не можна поспішати, інакше хворий може поперхнутися. Важливо стежити, щоб їжа була занадто гарячою чи холодною. Число годувань зазвичай збільшують до 5-6 разів на день за відносно малої кількості їжі на один прийом.

Годування тяжкохворого пацієнта ложкою та за допомогою поїльника

Цю процедуру проводять, як і попередні, за загальноприйнятими правилами. Для цього за 15 хвилин до годування попереджають хворого про прийом їжі та отримують його згоду. До годування необхідно обговорити з хворим, у якій послідовності він прийматиме їжу. Попросити його не розмовляти під час їди. Потім допомагають хворому прийняти напівсидяче, зручне положення у ліжку. Готують столик для ліжка. Допомагають пацієнту вимити руки, його шию та груди накривають серветкою. Страви з гарячою їжею необхідно перевірити, капнувши собі на зап'ясті кілька крапель. Приносять їжу (температура гарячих страв – 50 °С).

Годують повільно: наповнюють на 2/3 ложку рідкою їжею; торкаються ложкою нижньої губи, щоб пацієнт відкрив рот; торкаються ложкою до язика, залишивши їжу в ротовій порожнині; витягають порожню ложку; дають час прожувати та проковтнути їжу; пропонують пиття після кількох ложок м'якої їжі; прикладають "носик" поїльника до нижньої губи; вливають пиття невеликими порціями.

При необхідності витирають губи пацієнта серветкою. Пропонують пацієнтові прополоскати рот водою з поїльника після їди. Після їжі прибирають із палати посуд та залишки їжі.

Не слід наполягати, щоб пацієнт з'їв весь обсяг приготованої їжі. Після невеликої перерви, підігрівши їжу, продовжити годівлю.

Для хворого бажано виділити індивідуальний посуд, який після годування очищають від залишків їжі та миють знежирювальним засобом, потім проводять дезінфекцію.

Годування через зонд

Особливим видом годування, який потребує певних навичок, безумовно, є годування через зонд. Цей вид використовують при несвідомому стані хворого або психічних розладах, що супроводжуються повною відмовою від їжі, а також при травматичних пошкодженнях органів порожнини рота. Іноді для повноцінного виконання цієї маніпуляції потрібна допомога анестезіолога або анестезиста.

Для годування готують тонкий шлунковий зонд без оливи, шприц Жане та 1-2 склянки рідкої або напіврідкої їжі. Зонд вводять через носовий хід. Попередньо носові ходи оглядають, очищають від кірок та слизу. Закруглений кінець зонда змащують гліцерином.

Коли зонд доходить до задньої стінки ротоглотки, хворого (якщо він у свідомості) просять зробити ковтальний рух, злегка притискають зонд до задньої стінки глотки, просуваючи його далі стравоходом, минаючи гортань і трахею.

У разі попадання зонда в гортань і трахею зазвичай виникають свистяче стенотичне дихання та кашель. У такому випадку зонд необхідно відтягнути трохи назад, дати хворому заспокоїтися і, як зазначено вище, обережно просувати зонд стравоходу в шлунок. Їжу повільно, із зупинками вводять через зонд за допомогою шприца Жана. Об'єм суміші, що разово вводиться,

становить близько 250 мл, кратність введення 3-4 рази на добу. Рідина, що вводиться через зонд, повинна бути попередньо проціджена і підігріта до температури 40 °С. Під час годування потрібно стежити, щоб просвіт зонда не заповнювався, і регулярно промивати його чаєм, соком або бульйоном. Після годування через зонд пропускають 20-40 мл теплої води. Цю процедуру потрібно виконувати дуже акуратно, без поспіху і, безумовно, попередньо отримавши певні практичні навички.

Гігієна харчування хворого

Гігієна харчування заслужено займає важливе місце у загальному лікуванні хірургічних хворих. Тому з моменту надходження до стаціонару його відразу після ознайомлення з лікувально-охоронним режимом інформують про правила зберігання харчових продуктів. Для цього в місцях прийому передачі та у відділеннях вивішують списки дозволених (із зазначенням їх граничної кількості) та заборонених для передачі продуктів. Дані положення регулюються відповідно до призначеної дієти та санітарно-гігієнічного режиму лікувального закладу. Харчові продукти для хворих передають в поліетиленових пакетах із зазначенням прізвища, імені, по батькові пацієнта та дати передачі. У відділенні щодня перевіряють дотримання правил та термінів зберігання продуктів у холодильниках відділення та у тумбочках хворих. Харчові продукти вилучають і відправляють у відходи у випадках, коли минув термін придатності, і навіть за наявними ознаками псування. Харчові токсикоінфекції можуть бути як причинними ускладнень, так і самі можуть викликати дуже тяжкі захворювання. Дотримання гігієни харчування – запорука успішного лікування.

Питання для тестового контролю

1. Які з перелічених продуктів можна передати хворому:

- а) рибні консерви;
- б) гриби;
- в) салати;
- г) торт;
- д) печиво?

2. Де зберігають продукти хворих:

- а) на підвіконнях;
- б) у холодильнику;
- в) між рамами вікна;
- г) у сумках під ліжком?

3. Добова дієта повинна містити:

- а) 50–100 г білка, 50 г жиру, 400 г вуглеводів;
- б) 20 г білка, 50 г жиру, 100 г вуглеводів;

- в) 100–120 г білка, 100 г жиру, 400 г вуглеводів;
- г) 200–220 г білка, 200 г жиру, 400 г вуглеводів;
- д) 100–120 г білка, 300 г жиру, 800 г вуглеводів.

4. Добова енергетична цінність їжі повинна становити:

- а) 900–1 000 ккал;
- б) 1 000–1 500 ккал;
- в) 1 500–2 000 ккал;
- г) 2 900–3 000 ккал;
- д) 3 500–4 000 ккал.

5. Середній об'єм рідини, яку повинен щоденно отримувати організм, становить:

- а) 0,5–1,0 літра;
- б) 1,0–1,5 літра;
- в) 2,2–2,5 літра;
- г) 2,5–3,0 літра;
- д) 3,2–3,5 літра.

6. Харчування в післяопераційному періоді має на меті:

- а) забезпечити щадіння уражених органів, особливо при операціях на органах травлення;
- б) сприяти нормалізації обміну речовин та відновленню загальних сил організму;
- в) підвищити опірність організму при явищах запалення та інтоксикації;
- г) сприяти загоєнню операційної рани;
- д) усі відповіді правильні.

6. Орієнтовна добова потреба в рідині в післяопераційному періоді при неускладненому перебігу складає:

- а) 0,5–1 літр;
- б) 1–2 літра;
- в) 2–3 літра;
- г) 3–4 літра;
- д) 7–8 літрів.

7. Харчування хворого після операції може бути:

- а) інтерстиціальним;
- б) ентеральним;
- в) внутрішнім;
- г) паренхіматозним.

8. Харчування хворого після операції може бути:

- а) інтерстиціальним;
- б) парентеральним;

- в) внутрішнім;
- г) паренхіматозним.

9. Що являє собою парентеральне харчування:

- а) харчування, яке здійснюється штучним шляхом;
- б) введення з метою харчування сумішей певного складу;
- в) введення з метою харчування різних речовин, оминаючи шлунково-кишковий тракт?

10. Які з перелічених препаратів можна використовувати для парентерального харчування:

- а) простерилізований бульйон;
- б) розчини амінокислот;
- в) стерильна рослинна олія;
- г) 5 % розчин натрію хлориду?

11. До комбінованих амінокислотних сумішей для парентерального харчування відноситься:

- а) інфезол;
- б) інтроліпід;
- в) трисоль;
- г) гекодез;
- д) глюкозу;

12. До жирових емульсій відносять:

- а) інфезол;
- б) інтроліпід;
- в) трисоль;
- г) олікліномель;
- д) глюкозу.

13. До електролітних розчинів відноситься:

- а) амінол;
- б) глюкозу;
- в) рефортан;
- г) аміностерил;
- д) розчин Рингера – Лока.

14. Штучне харчування хворих через назогастральний зонд застосовують в усіх випадках, крім:

- а) при опіках та пухлинах стравоходу;
- б) при порушеннях ковтання;
- в) при переломах щелеп;
- г) при несвідомому стані.

15. Ентеральне харчування протипоказане при:

- а) порушенні свідомості;
- б) стриктурі стравоходу;
- в) парезі кишечника;
- г) відсутності апетиту;
- д) пухлинах кореня язика.

16. Для ентерального харчування використовують:

- а) газовану воду;
- б) копчені продукти;
- в) мариновані продукти;
- г) гомогенізовані консервовані суміші;
- д) спеції.

17. Дієти, які призначають хворим із захворюваннями шлунково-кишкового тракту усі, крім:

- а) № 1;
- б) № 2;
- в) № 7;
- г) № 3.

18. Що таке дієта № 0:

- а) призначення голоду за дві доби до операції на шлунку;
- б) харчування дрібними порціями кілька разів на день;
- в) підбір продуктів із мінімальним калоражем для хворих з ожирінням;
- г) харчування рідкими продуктами (вода, бульйон, кефір та ін.) у перші дні після операції;
- д) повне парентеральне харчування?

19. Для дієти № 1 характерно:

- а) механічно, хімічно і термічно щадить шлунок;
- б) збільшення вмісту вуглеводів;
- в) страви у холодному вигляді;
- г) здобна випічка;
- д) копчені продукти.

20. Дієту № 5 призначають при:

- а) хронічному пієлонефриті;
- б) гострому холециститі;
- в) гострому медіастиніті;
- г) після операцій на стравоході та шлунку;
- д) після операцій на судинах.

Контрольні питання

1. Які основні вимоги пред'являються до харчування хворих в післяопераційному періоді?
2. Які види харчування ви знаєте?
3. Що таке парентеральне харчування, коли воно застосовується?
4. Назвіть препарати для парентерального харчування?
5. Які види дієт найбільш часто застосовують у хірургічній практиці? Охарактеризуйте їх.
6. Яке харчування повинно бути у хворих, які перенесли операцію на шлунку?
7. Яке харчування повинно бути у хворих, які перенесли операцію на стравоході?
8. Розкажіть схему харчування хворих, оперованих на кишечнику.
9. Розкажіть схему харчування хворих після операцій на жовчних шляхах.
10. Розкажіть схему харчування хворих після операцій на прямій кишці.
11. Методи і техніка годування тяжкохворих.
12. Які правила зберігання харчових продуктів хворими?

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 / О. М. Kovalyova, V. М. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. — К., 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 5. Особливості догляду за хірургічними хворими похилого і старечого віку, тяжкохворими і агонуючими. Перша допомога хворим при термінальних станах

Цілі заняття:

1. Вивчити особливості старіння організму та особливості протікання післяопераційного періоду у хворих похилого та старечого віку.
2. Знати правила підготовки до оперативного втручання хворих похилого віку.
3. Засвоїти особливості догляду за хворими хворих похилого та старечого віку у післяопераційний період.
4. Знати загальні правила догляду за тяжкими хворими.
5. Знати, що таке термінальні стани та їх ознаки.
6. Засвоїти правила серцево-легеневої реанімації.
7. Знати правила констатації смерті та правила поводження з трупом.
8. Вивчити причини розвитку та знати клінічну характеристику термінальних станів
9. Засвоїти та вміти застосовувати правила серцево-легеневої реанімації

Догляд за хворими похилого та старечого віку – складний та відповідальний процес, що вимагає уваги, терпіння та спеціальних навичок. Особливо важливо пам'ятати один із найважливіших принципів догляду за хворими – повага до особи пацієнта. Літнього хворого треба приймати таким, яким він є, з усіма індивідуальними особливостями його характеру, фізичними та психічними вадами.

У догляді літніх хворих велике значення приділяють деонтологічним аспектам. Для людини похилого віку сам факт госпіталізації є морально важким моментом. Особи похилого віку, як правило, погано переносять зміну обстановки і важко пристосовуються до лікарняних умов. Після госпіталізації люди, які раніше були спокійні в психічному плані, починають губитися в просторі і часі, а їх стан може погіршуватися, незважаючи на лікування, що проводиться. Тому за відсутності суворих показань до госпіталізації бажано, щоб такі хворі якомога довше перебували у колі сім'ї. Якщо існує потреба у госпіталізації, потрібно постаратися переконати хворого у тому, що перебування у лікарні буде короткочасним та комфортним.

Під час догляду за хворими похилого та старечого віку враховують їхні психологічні особливості. Деякі люди не помічають старості і ведуть себе як у молодості (не дотримуються режиму харчування, відпочинку і сну), піддаючи організм значним фізичним навантаженням, відчуваючи нервові перенапруження і т. п. Це несприятливо відбивається на перебігу захворювань, призводячи до прогресування та розвитку ускладнень. У цьому разі необхідно переконати хворого, що дотримання запропонованого режиму має значення для одужання.

У розмовах один з одним та медичним персоналом літні пацієнти часто звертаються до минулого, не виявляють інтерес до сьогодення та практично не розмовляють про майбутнє. У них часто відзначаються порушення пам'яті. Такі особливості ускладнюють збирання анамнезу і іноді доводиться звертатися за допомогою до родичів. У догляді за такими хворими треба бути уважним і тактовним, ввічливо відповідати на запитання, навіть якщо їх ставлять кілька разів.

У розмові з людьми похилого віку не потрібно нагадувати про їх вік. Звернення типу «бабуся», «дідусь» свідчить про низьку культуру медичного персоналу. Потрібно пам'ятати, що звертатися до людей похилого віку потрібно по імені та по батькові.

Хворі літнього та старечого віку часто мають хронічні, інколи ж невиліковні захворювання. Тому плануючи лікування, треба пам'ятати, що питання догляду виступають на передній план, особливо тоді, коли хворий через незалежні від нього причин змушений тривалий час перебувати в стаціонарі.

Важливу роль у догляді літніх хворих відіграє створення правильного лікувально-охоронного режиму.

Літні люди часто страждають від розладів сну. Вони часто сплять вдень, а вночі не сплять, що іноді викликає в оточення сумніви в адекватності їхньої поведінки. У цьому разі насамперед необхідно встановити причини порушення сну. Однією з них можуть бути дизуричні розлади. У людей похилого віку дизуричні розлади часто пов'язані з наявністю аденоми передміхурової залози, що призводить до того, що хворі протягом ночі змушені мочитися кілька разів. Така ситуація порушує нормальний сон. Для вирішення цієї проблеми необхідно забезпечити хворого на ніч сечоприймачем та обмежити прийом рідини у другій половині дня.

Не слід також забувати, що людям похилого віку взагалі сон потрібен меншою мірою, ніж молодим людям. Такі пацієнти часто сплять вдень, тому уникнути безсоння практично неможливо. Обмеження денного сну або його заміна будь-яким цікавим заняттям у багатьох випадках дозволяє покращити нічний сон. Ліжко з незручним матрацом може сприяти виникненню безсоння, так як у людей похилого віку, тривале лежання на такому ліжку часто викликає болі в спині. Частими причинами порушень сну є шум у коридорі, перебування у непровітряній палаті, хропіння сусідів по палаті тощо.

Дуже важливе значення в організації догляду за хворими похилого віку має запобігання травмам. Зниження слуху та зору, погана координація рухів призводять до того, що хворі можуть падати у приміщеннях відділення. Наявність остеопорозу сприяє виникненню під час падіння переломів. Причинами падінь та травм можуть стати м'які доріжки (рухливі, нефіксовані), мокра підлога, захаращені меблями приміщення, відсутність спеціальних пристроїв для опори. Найнадійнішим засобом профілактики травм є присутність медичних працівників поруч із такими особами.

При захворюваннях, у результаті яких хворі літнього та старечого віку змушені дотримуватися тривалого постільного режиму, можуть розвиватися порушення регуляції функцій серцево-судинної системи, розвиток застійних явищ у легенях, тромбози та тромбоемболії, порушення сечовипускання тощо. Профілактика передбачає застосування згаданих заходів.

Велике значення необхідно приділяти догляду за шкірою та профілактиці пролежнів. Позитивний результат дають масаж і розтирання, які потрібно проводити акуратно, зважаючи на уразливість та стоншеність шкіри у літніх хворих. Часто у похилому віці з'являється сухість шкірних покривів, через що виникає свербіння. Сухі ділянки шкіри необхідно акуратно змащувати зволожувальними кремами.

Медперсонал повинен підтримувати турботу хворих похилого віку про свій зовнішній вигляд. Охайний одяг, акуратна зачіска, гоління підвищують настрій хворих, що призводить до поліпшення їхнього загального стану.

Особи літнього віку часто страждають на запори, причиною яких є атонія кишечника. Боротьба із запорами включає прийом легких проносних засобів, дієту, додавання в раціон слаболужних мінеральних вод. Якщо до постановки клізм немає особливих показань, не слід ними зловживати, тому що при частому застосуванні викликається подразнення товстої кишки.

За наявності геморою необхідно стежити, щоб вузли, що випадають, не травмувалися грубим туалетним папером. Після кожного акта дефекації необхідно обмивання області анального отвору, застосування ванн з відваром ромашки, застосування ректальних свічок.

Гіподинамія (особливо у післяопераційному періоді) відіграє негативну роль у перебігу захворювання та не сприяє одужанню хворого. Вона негативно відбивається на функціональному стані різних систем та органів. З профілактичною метою до комплексу лікувальних заходів необхідно обов'язково включати лікувальну фізкультуру. Вправи починають із малих навантажень із поступовим збільшенням їх обсягу та інтенсивності. У разі появи дискомфорту, втоми, неприємних відчуттів виконання фізичних вправ припиняють.

Серйозним питанням у догляді хворих літнього віку є організація харчування, враховуючи знижену інтенсивність обмінних процесів в організмі. Необхідно знизити калорійність харчового раціону за рахунок зменшення вмісту жирів тваринного походження та вуглеводів. Оптимальним є споживання 60-70 г жирів на добу, 25-30 % з яких повинні займати жири рослинного походження, оскільки вони містять ненасичені жирні кислоти, що знижує рівень холестерину в крові.

Кількість вуглеводів у раціоні зменшують до 280-320 г на добу. У похилому віці часто спостерігається зниження секреції панкреатичних ферментів. Тому зменшують прийом продуктів, що містять легкозасвоювані вуглеводи (цукор, мед, варення, кондитерські вироби). Слід збільшити у раціоні харчування продукти, що містять грубу клітковину.

Споживання кухонної солі треба обмежити до 5-8 г на добу. Не варто обмежувати прийом рідини таким пацієнтам, її повинно бути не менше 1-1,5

л на добу, оскільки це може призводити до появи запорів. Але при цьому слід стежити за кількістю виділеної сечі.

Якщо відзначається схильність до запорів – в раціон включають фруктові соки та компоти, буряк, яблука та інші фрукти та овочі, що стимулюють перистальтику кишечника. Не слід забувати, що через відсутність зубів у хворих похилого віку часто спостерігається недостатність жувального апарату, відзначається зниження секреторної функції шлунка, печінки та підшлункової залози. Цей факт змушує особливо ретельно підходити до приготування їжі такому контингенту хворих.

Процеси відновлення у хворих похилого та старечого віку протікають повільніше, ніж у молодих людей, що призводить до тривалішого відновлювального періоду.

Особливо ретельного і високопрофесійного догляду вимагають хворі в критичному стані та хворі, які агонують.

Особливістю догляду за такими хворими є витрати великої кількості часу, величезних фізичних та душевних сил медичного персоналу.

Хворому, який вмирає, потрібно забезпечити стабільний та комфортний догляд. Він полягає у дбайливому, уважному та милосердному відношенні медичного персоналу. Необхідно виконувати обґрунтовані прохання таких хворих, проводити повноцінне знеболювання. По можливості, таким пацієнтам потрібно виділити окрему палату, щоб обмежити їх від інших хворих і забезпечити повний спокій. Для такого контингенту хворих потрібно організувати окрему посаду медсестри.

Медсестра індивідуального посту повинна перебувати біля ліжка хворого постійно та стежити за його станом, основними фізіологічними показниками (колір шкірних покривів та слизових оболонок, частота дихання, рівень артеріального тиску, пульс, фізіологічні виділення, характер виділень по дренажах). Ліжко має бути зручним і чистим (використовують функціональне ліжко з протипролежневим матрацом). У палаті проводять щоденне вологе прибирання, провітрювання. Пацієнти потребують належного гігієнічного змісту. Їм обробляють порожнину рота, носа, вух, регулярно вмивають, підмивають, змінюють білизну. Хворим надають допомогу під час їди, при фізіологічних відправленнях, забезпечують адекватне харчування.

По можливості скорочують обсяг та тривалість лікувально-діагностичних процедур та маніпуляцій.

Вмираючі та хворі в агонії потребують психологічного комфорту, оточення близьких людей, підтримки слова і чуйного відношення.

Особливості передопераційної підготовки хворих похилого та старечого віку

Люди похилого віку тяжко переносять оперативні втручання. Враховуючи вікові зміни та супутні захворювання, ця група хворих виявляє схильність до різних ускладнень. Передопераційна підготовка хворих

похилого віку має свої особливості. Потрібно звертати увагу на знижену реактивність організму, наявність захворювань дихальної, серцево-судинної та інших систем у таких хворих.

За наявності хронічного бронхіту хворим призначають препарати для розрідження мокротиння та відхаркувальні засоби. Хворим забороняють куріння.

На тлі серцево-судинних захворювань у хворих похилого віку є схильність до розвитку флебітів та тромбозів. З огляду на це застосовують антикоагулянти.

Ниркова недостатність вимагає призначення дієти, багатой на вуглеводи, і додавання в раціон молока та кисломолочних продуктів, нежирного м'яса. Обмежують прийом солі та води, при необхідності призначають діуретики.

Атонія кишечника та запори вимагають дотримання спеціальної дієти, застосування проносних засобів. У чоловіків похилого віку нерідко спостерігається гіпертрофія (аденома) передміхурової залози, що призводить до утруднення сечовипускання. У разі показано виведення сечі катетером.

З метою профілактики інфекційних ускладнень хворим призначають антибактеріальні засоби.

Особливості перебігу післяопераційного періоду у хворих похилого віку

Адаптаційні реакції на операційну травму у літньої людини знижені. Поширені серцево-судинні розлади, зменшена життєва ємність легень, відзначаються функціональні порушення нирок.

Адекватна передопераційна підготовка та післяопераційний догляд значно зменшують ризик ускладнень. Підвищеної уваги заслуговує питання післяопераційного догляду за літніми хворими після екстрених втручань, коли через низку обставин передопераційна підготовка практично відсутня.

У людей похилого віку, які перенесли оперативне втручання, загострюються серцево-судинні захворювання, підвищується ризик тромбоутворення, зростає схильність до розладів мозкового кровообігу. Ведення післяопераційного періоду у таких хворих потребує максимального контролю змін із боку серцево-судинної системи та необхідності профілактики застійних процесів у легенях.

У ранньому післяопераційному періоді з метою профілактики тромбоутворення потрібне застосування антикоагулянтів, рекомендується рання активізація. Особливо це важливо для хворих, які перенесли оперативне втручання на опорно-руховому апараті.

Перша допомога при термінальних станах

Термінальні стани (лат. terminalis – прикордонний) – межові стани між життям та смертю, що характеризуються критичним рівнем розладу життєдіяльності із значним падінням артеріального тиску, глибокими порушеннями газообміну та метаболізму.

Раптова смерть життєздатної людини завжди була приводом для спроб оживлення. У процесі життєдіяльності організму існують три стани: здоров'я, хвороба та термінальний стан.

Термінальний стан включає 4 періоди:

- 1) переагонію;
- 2) термінальну паузу;
- 3) агонію;
- 4) клінічну смерть

Переагонія. Систолічний артеріальний тиск знижується до 60 мм та нижче. Спостерігається тахікардія, яка змінюється брадикардією. Дихання глибоке і часте, потім рідке і поверхневе. Можуть спостерігатись патологічні типи дихання (Чейн-Стокса, Біота, Куссмауля). Свідомість сплутана, загальмована, можливе збудження, судоми. Олігоанурія. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки сірого відтінку (бліді з ціанотичним відтінком). Тривалість періоду – від кількох хвилин до доби.

Термінальна пауза. Пауза в диханні, що зазвичай супроводжується уповільненням пульсу, аж до повної зупинки. Тривалість – від кількох секунд до 5 хвилин.

Агонія. Артеріальний тиск не визначається, пульс промацується лише на сонних артеріях, аритмії, брадикардії. Брадипное. Свідомість відсутня. Тривалість агонії – від кількох хвилин до 6 годин.

Клінічна смерть. Характеризується зупинкою дихання та кровообігу. Це оборотна стадія вмирання. Тривалість клінічної смерті від кількох секунд до 5 хвилин. Тривалість залежить від тривалості попередніх періодів термінального стану: чим тривалішими вони були, тим коротший період клінічної смерті. На тривалість клінічної смерті впливає попередній прийом препаратів, що пригнічують ЦНС, а також температура навколишнього середовища.

Діагностика клінічної смерті не складна і займає кілька секунд. Діагноз ставиться на підставі таких ознак:

1. Втрата свідомості зазвичай настає через 10-15 секунд після зупинки кровообігу.
2. Збереження свідомості виключає зупинку кровообігу. Для перевірки свідомості рекомендується звернутися до потерпілого та обережно струсити його за плечі.
3. Відсутність пульсу на сонних артеріях говорить про припинення кровообігу, що веде до швидкого знекровлення мозку та загибелі кори.
4. Визначати пульсацію потрібно щонайменше 10 с, щоб не пропустити виражену брадикардію. Розгинання шиї хворого полегшує визначення пульсації.

Реаніматологія - наука про оживлення організму, що вивчає комплекс патологічних процесів, що виникають в організмі при межових зі смертю станах. Предметом вивчення реаніматології є профілактика та лікування термінальних станів.

Реанімація – комплекс заходів, спрямованих на відновлення життєво важливих функцій організму, передусім дихання і кровообігу.

Серцево-легенева реанімація (СЛР) – комплекс заходів, що проводять за відсутності пошкоджень, несумісних із життям, та спрямованих на відновлення та підтримку функції кардіореспіраторної системи.

Показання для проведення серцево-легеневої реанімації: відсутність ефективного пульсу на сонних артеріях або ниткоподібний та слабкий пульс, несвідомий стан та (або) відсутність ефективних дихальних рухів.

Первинні зусилля при СЛР спрямовані на:

- 1) компресію грудей;
- 2) вдювання повітря в легені та вентиляцію;
- 3) підготовку та введення лікарських препаратів;
- 4) встановлення та підтримання внутрішньовенного доступу

Протоколи та етапи серцево-легеневої реанімації (СЛР)

Для СЛР використовують реанімаційний алфавіт Сафара. У цьому комплексі витримано послідовність дій реаніматолога, які за англійською назвою позначаються відповідними літерами.

A – Airway – забезпечення прохідності дихальних шляхів.

B – Breathing – штучна вентиляція легенів (ШВЛ) доступним способом, наприклад, при диханні «рот в рот».

C – Circulation – забезпечення гемоциркуляції – непрямий масаж серця.

D – Drugs – застосування лікарських засобів.

E – Electrocardiography – реєстрація ЕКГ.

F – Fibrillation – проведення електричної дефібриляції (кардіоверсія) за необхідності .

G – Gauging – оцінка первинних результатів.

H – Hypothermy – гіпотермія.

I – Intensive care – проведення інтенсивної терапії постреанімаційних синдромів.

Елементарна підтримка життя BLS (проводиться немедичним та медичним персоналом).

Етап А (airwey) - забезпечення прохідності дихальних шляхів.

Етап В(breathe) - штучне дихання.

Етап С (circulacion) – зовнішній масаж серця.

Згідно з рекомендаціями Європейської ради із серцево-легеневої реанімації зовнішній масаж серця у дорослих передре ШВЛ і алгоритм реанімації з АВС трансформується в САВ.

A – Airway – забезпечення прохідності дихальних шляхів

Хворого укладають горизонтально на спину. Голову максимально закидають. Для цього лікар підкладає одну руку під шию, а іншу – поміщає на лоба хворого. Робить пробний вдих «рот у рот».

У хворого зі зниженим м'язовим тонусом у положенні на спині може западати язик, перекриваючи горло. Одночасно опускається надгортанник, який ще більше закриває дихальні шляхи. З'являється гучне дихання, потім порушення дихального ритму до його повної зупинки.

Щоб попередити і усунути западіння язика, слід вивести вперед нижню щелепу і одночасно здійснити перерозгинання в потилично-шийному зчленуванні. Для цього натисканням великих пальців на підборіддя зсувають нижню щелепу хворого вниз, а потім пальцями, поміщеними на кути щелепи, висувують її вперед, доповнюючи цей прийом перегином голови назад (потрійний прийом Сафара).

1 Закидання голови. Реаніматолог кладе одну руку на лоб потерпілого і натискає долонею до максимального закидання, іншою рукою піднімає ззаду шию. Якщо у м'язах нижньої щелепи хоча б частково зберігся тонус, то ця процедура буде достатньою для відновлення прохідності дихальних шляхів. Потрібно пам'ятати, що травма шийного відділу хребта є протипоказанням до закидання голови.

2 Висування нижньої щелепи вперед здійснюється за підборіддя або його кути. Кінчики пальців поміщають під підборіддя і піднімають його так, щоб верхні та нижні зуби перебували в одній площині. Під час висування нижньої щелепи пальці обох рук підводять під кути нижньої щелепи і висувують її вперед, прагнучи зіставити зуби в одній площині.

3 Відкриття рота. У 30% постраждалих носові ходи бувають закупорені кров'ю, слизом тощо.

При підозрі на стороннє тіло після виконання потрійного прийому Сафара необхідно зробити 3-5 вдихів у легені потерпілого. Якщо грудна клітка не підіймається за дотримання герметичності – можна запідозрити обструкцію дихальних шляхів стороннім тілом. У цьому випадку необхідно очистити ротову порожнину за допомогою пальця. Для цього вказівний палець вводять у горло до основи язика, намагаючись пальцем, як гачком, витягти стороннє тіло. Важливо не проштовхнути його далі у дихальні шляхи. Можна використовувати для цього вказівний і середній пальці, маніпулюючи ними як пінцетом.

Для видалення сторонніх тіл з дихальних шляхів за наявності у потерпілого свідомості рекомендаціями ERC передбачається спеціальний алгоритм.

У випадках, коли потерпілий ще не знепритомнів через обструкцію дихальних шляхів стороннім тілом і стоїть на ногах, слід підхопити його лівою рукою (по реберній дузі), а потім нанести 5 ударів долонею між лопаток, що створюють значні перепади тиску в дихальних шляхах і зміщують стороннє тіло.

Далі передбачено використання 2-го прийому (прийом Геймліха). Необхідно стати за спиною потерпілого, обхопивши його руками. Стиснути одну руку в кулак і тим боком, де великий палець, покласти її на живіт потерпілого на рівні між пупком та реберними дугами (в епігастральну ділянку живота). Долоню іншої руки покласти поверх кулака. Потім швидким поштовхом нагору кулак вдавiti в живіт. Руки при цьому потрібно різко зігнути в ліктях, не стискаючи грудної клітки потерпілого. При необхідності повторити прийом кілька разів, поки дихальні шляхи не звільняться. Якщо дихальні шляхи звільнені – у людини відновиться дихання та нормальний колір обличчя.

B – Breathing – штучна вентиляція легенів (ШВЛ) доступним способом

Згідно з рекомендаціями Європейської ради щодо серцево-легеневої реанімації, оптимальний режим ШВЛ при проведенні реанімаційних заходів передбачає: дихальний об'єм = 500-600 мл, час вдиху = 1 с, частота дихання = 8-10 за 1 хв.

Існує два методи експіраторної ШВЛ — «рот у рот» та «рот у ніс».

Найбільш простим і ефективним методом штучного дихання під час реанімації вважається метод «рот в рот», коли в легені потерпілого під тиском вдувається видихуване повітря реаніматолога, Закинувши голову потерпілого, треба однією рукою затиснути йому ніздрі, іншу руку підкласти під шию, зробити глибокий вдих, щільно притискаючи свої губи до губ постраждалого (у дітей до губ і до носа одночасно) і вдихнути повітря в легені постраждалого, спостерігаючи за підйомом грудної клітки. час вдиху. Щойно грудна клітка піднялася, нагнітання повітря припинити, відсунути своє обличчя убік, знову зробити глибокий вдих. Після 2-3 роздування легень визначити наявність пульсу на сонній артерії, якщо він не визначається, то перейти до штучного відновлення кровообігу. Використовувати ШВЛ ручним способом за допомогою мішка, що саморозправляється, типу Амбу. При застосуванні ШВЛ апаратом частота дихань становить 12–15 за хвилину, об'єм вдиху – 0,5–1,0 л. В умовах стаціонару проводиться інтубація трахеї та переведення хворого на апарат штучної вентиляції.

C – Circulation – Забезпечення гемоциркуляції - непрямий масаж серця.

Закритий масаж серця є найпростішим і найшвидшим способом екстреної штучної підтримки кровообігу. До закритого масажу серця слід братися відразу, як поставлено діагноз гострої зупинки кровообігу, не з'ясовуючи її причин та механізмів. У випадках неефективності серцевих скорочень не слід чекати повної зупинки серця або самостійного відновлення серцевої діяльності.

Основні правила проведення закритого масажу серця

1 Хворий повинен перебувати у горизонтальному положенні на твердій основі (підлога, функціональне ліжко) для запобігання зміщенню його тіла під час реанімації.

- 2 Зона застосування сили рук розташована на нижній третині грудини, по середній лінії. Реанімувати можна з будь-якого боку хворого.
- 3 Для проведення масажу кладуть одну долоню на іншу і тиснуть на грудину; руки мають бути випрямленими в ліктьових суглобах і розташовані так, щоб тиск відбувався за рахунок зап'ясть.
- 4 Компресія грудної клітки проводиться за рахунок ваги тіла людини, яка реанімує. Глибина прогину грудної клітки має становити 5-6 див.
- 5 Тривалість однієї компресії грудної клітки – 0,5 с. Темп масажу – 100–120 масажних рухів за хвилину. В інтервалах руки з грудини не знімають, пальці залишаються піднятими, руки повністю випрямленими в ліктьових суглобах.

При проведенні реанімаційних заходів після двох швидких нагнітань повітря в легені хворого проводять 30 компресій грудної клітки, тобто співвідношення «вентиляція: масаж» дорівнює 2:30. Обов'язковою умовою масажу серця є постійний контроль його ефективності.

Критерії ефективності масажу серця:

- 1 Зміна кольору шкіри: вона стає менш блідою, сірою, ціанотичною.
- 2 Звуження зіниць (якщо вони були розширені) з появою реакції на світло.
- 3 Поява пульсового поштовху на сонній та стегнової артеріях, іноді на променевої артерії.
- 4 Визначення артеріального тиску на рівні 60-70 мм рт. ст. при вимірі на плечі.
- 5 Іноді поява самостійних дихальних рухів.

За наявності ознак відновлення кровообігу, але за відсутності тенденції до збереження самостійної серцевої діяльності масаж серця проводять до досягнення необхідного ефекту (відновлення ефективного кровотоку) або до стійкого зникнення ознак життя з розвитком симптомів мозкової смерті.

За відсутності ознак відновлення навіть редукованого кровотоку, незважаючи на масаж серця протягом 30 хв, хворого слід визнати померлим та припинити реанімаційні заходи.

Критерії припинення СЛР:

- 1) якщо протягом 30 хв всі реанімаційні заходи, що правильно виконуються, не приносять ефекту: не з'являється самостійне дихання, не відновлюється кровообіг, зіниці залишаються розширеними і не реагують на світло;
- 2) якщо протягом 30 хв спостерігаються повторні зупинки серця, які не піддаються терапії, і водночас не спостерігається інших ознак успішної реанімації;
- 3) якщо в процесі реанімації було виявлено, що даному хворому вона взагалі не була показана;
- 4) якщо протягом 45-60 хв, незважаючи на часткове відновлення дихання, у потерпілого відсутній пульс і немає жодних ознак відновлення функції мозку;
- 5) настання явних ознак біологічної смерті.

Винятком є стани, за яких необхідно пролонгувати реанімацію:

- переохолодження (гіпотермія);
- утоплення у крижаній воді;
- передозування лікарськими засобами або наркотиками;
- електротравма, ураження блискавкою.

Біологічна смерть настає слідом за клінічною і є незворотним станом, коли поживлення організму вже неможливо.

При біологічній смерті у всіх тканинах розвивається некротичний процес, починаючи з нейронів кори головного мозку, які некротизуються протягом години після зупинки кровообігу, а потім протягом двох годин гинуть клітини всіх внутрішніх органів.

Достовірними ознаками біологічної смерті є:

- 1 Висихання рогівки – «тьмянний оселедцевий блиск».
- 2 Трупні плями – синьо-фіолетові або багряно-фіолетові плями на шкірі за рахунок переміщення та скупчення крові в нижчих ділянках тіла. Вони починають з'являтися через 2-4 години після зупинки серця.
- 3 Трупне задублення – ущільнення та укорочення скелетних м'язів, що перешкоджає пасивним рухам у суглобах. Виявляється через 2-4 години після зупинки серця, максимально виражено через добу, дозволяється через 3-4 доби.
- 4 Трупне розкладання – настає в пізні терміни і проявляється розкладанням та гниттям тканин. Терміни розкладання залежить від умов довкілля.

Констатацію біологічної смерті проводить лікар за наслідками достовірних доказів, а до їх виникнення — за сукупністю наступних симптомів:

- відсутність серцевої діяльності (немає пульсу на великих артеріях, тони серця не вислуховуються, немає біоелектричної активності серця);
- час відсутності серцевої діяльності достовірно більше 30 хв;
- відсутність самостійного дихання;
- відсутність рогівкового рефлексу;
- симптом «кошачої» зіниці;
- наявність постсмертного гіпостазу

Питання для тестового контролю

1. До термінальних станів відносять усе, крім:

- а) преагонального стану;
- б) агонії;
- в) клінічної смерті;
- г) біологічної смерті.

2. Як називають стан, що характеризується відсутністю свідомості, арефлексією, аритмією, ниткоподібним пульсом на сонних артеріях,

поверхневим диханням:

- а) агонія;
- б) преагональний стан;
- в) клінічна смерть;
- г) травматичний шок;
- д) анафілактичний шок?

3. Назвіть основні ознаки агонії:

- а) порушення дихання;
- б) частота пульсу нормальна;
- в) частота і глибина дихання в нормі;
- г) виражена гіпертензія.

4. У хворого систолічний артеріальний тиск знижений до 60 мм рт. ст., брадикардія. Дихання за типом Чейн – Стокса, свідомість затьмарена. Олігурія. Шкірні покриви сірого відтінку. Як називають такий стан:

- а) преагонія;
- б) агонія;
- в) клінічна смерть;
- г) біологічна смерть?

5. У хворого артеріальний тиск не визначається, пульс є лише на сонних артеріях, аритмія, брадикардія, брадипное. Свідомість відсутня. Як називають такий стан:

- а) преагонія;
- б) агонія;
- в) клінічна смерть;
- г) біологічна смерть?

6. У хворого зупинка дихання та серцевої діяльності. Свідомість відсутня. Як називають такий стан:

- а) преагонія;
- б) агонія;
- в) клінічна смерть;
- г) біологічна смерть?

7. Клінічна смерть характеризується усім, крім:

- а) відсутності свідомості;
- б) відсутності дихання;
- в) відсутності серцевої діяльності;
- г) ниткоподібного пульсу на великих артеріях.

8. До ознак клінічної смерті відносять:

- а) зниження температури тіла;
- б) зменшення частоти серцевих скорочень;

- в) відсутність дихання;
- г) затьмарення свідомості;
- д) трупне задубіння.

9. Яка тривалість клінічної смерті:

- а) 15 хвилин;
- б) 20 хвилин;
- в) 5 хвилин;
- г) 10 хвилин?

10. Штучному диханню повинно передувати:

- а) прямий масаж серця;
- б) непрямий масаж серця;
- в) відновлення прохідності дихальних шляхів;
- г) застосування мішка Амбу;
- д) дезінфекція порожнини рота хворого.

11. Прийом Геймліха – це:

- а) дихання «з рота в рот»;
- б) закидання голови назад;
- в) висування нижньої щелепи вперед;
- г) стискання грудної клітки у напрямку знизу-вгору;
- д) поштовхоподібні рухи в епігастрії в напрямку знизу вгору до діафрагми.

12. Потрійний прийом Сафара передбачає усе, крім:

- а) дихання з рота в рот;
- б) закидання голови назад;
- в) висування нижньої щелепи вперед;
- г) відкриття рота.

13. Протипоказання до потрійного прийому Сафара:

- а) відсутність свідомості;
- б) відсутність дихання;
- в) відсутність серцевої діяльності;
- г) черепно-мозкова травма;
- д) травма шийного відділу хребта.

14. Місце натискання на грудну клітку при непрямому масажі серця:

- а) зліва від груднини у п'ятому міжребер'ї;
- б) ділянці нижньої третини груднини;
- в) під мечоподібним відростком;
- г) на середині груднини;
- д) у доступному місці грудної клітки.

15. Під час реанімаційних заходів співвідношення вентиляція легень – масаж серця становить:

- а) 1:2;
- б) 1:5;
- в) 1:10;
- г) 1:15;
- д) 2:30.

16. Частота компресій грудної клітки за 1 хвилину під час проведення непрямого масажу серця:

- а) 150;
- б) 100–120;
- в) 50;
- г) 60;
- д) 80.

17. Під час проведення непрямого масажу серця груднина повинна зміщуватися на:

- а) 2–3 см;
- б) 5 см;
- в) 5–10 см;
- г) 10–12 см.

18. Положення хворого під час проведення серцево-легеневої реанімації:

- а) покласти на тверду плоску поверхню і підняти ноги;
- б) покласти на тверду плоску поверхню і підняти голову;
- в) покласти на тверду плоску поверхню;
- г) опустити голову.

19. Ознаки ефективності закритого масажу серця усі, крім:

- а) розширення зіниць;
- б) появи пульсації на сонних артеріях;
- в) появи дихальних рухів;
- г) звуження зіниць;
- д) зникнення ціанозу.

20. Як довго тривають реанімаційні заходи за їх неефективності:

- а) 5 хвилин;
- б) 10 хвилин;
- в) 15 хвилин;
- г) 30 хвилин;
- д) 40 хвилин?

Контрольні питання

- 1 Які особливості організму хворих похилого та старечого віку?
- 2 Вкажіть особливості підготовки до операції хворих похилого та старечого віку
- 3 Розкажіть правила догляду у післяопераційному періоді за хворими похилого та старечого віку
- 4 Які особливості догляду за важкохворими?
- 5 Що входить до поняття термінальної стани?
- 6 Дайте характеристику поняттям переагонія, агонія, клінічна та біологічна смерть.
- 7 Розкажіть алгоритм серцево-легеневої реанімації
- 8 Встановлення біологічної смерті та правила поводження з трупом
- 9 Дайте визначення поняття „реанімація”.
- 10 Назвіть ознаки зупинки серця.
- 11 Назвіть правила АВС-реанімації.
- 12 Які правила відновлення прохідності дихальних шляхів?
- 13 Які правила підтримання прохідності дихальних шляхів?
- 14 Які є методики штучного дихання?
- 15 Назвіть правила штучної вентиляції легень.
- 16 Назвіть правила непрямого масажу серця.
- 17 Які правила виконання реанімаційних заходів за участі одного реаніматора?
- 18 Які правила виконання реанімаційних заходів за участі двох реаніматорів?
- 19 За якими показниками оцінюють контроль ефективності реанімаційних заходів?
- 20 Коли закінчують проведення реанімаційних заходів?

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.