



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

5775 Методичні вказівки
до практичних занять
на тему *«Підготовка хворого до операції.
Догляд за хворими в післяопераційному періоді»*
з курсу *«Сестринська практика в хірургії»*
для здобувачів *медичних ЗВО*
очної форми здобуття вищої освіти

Суми
Сумський державний університет
2024

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.

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фіззіатрії
Навчально-наукового медичного інституту

ПІДГОТОВКА ХВОРОГО ДО ОПЕРАЦІЇ

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

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

Передопераційна підготовка вміщує широкий комплекс лікувально-діагностичних заходів, спрямованих на зменшення тяжкості перебігу захворювання, покращання роботи органів та систем, корекцію гомеостазу, підвищення реактивності організму.

Ургентні операції зазвичай виконують після мінімальної передопераційної підготовки, обсяг якої визначають загальним станом хворого, функціональними порушеннями, а також видом та обсягом оперативного втручання.

Під час виконання невеликих планових операцій у хворих без значних відхилень від норми функцій систем органів та обміну речовин підготовку до втручання можна обмежити психологічною й санітарно-гігієнічною підготовкою.

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

індивідуальною.

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

Підготовка хворого до ургентної операції

Під час підготовки до ургентної операції необхідно додержуватися певної послідовності виконання підготовчих заходів:

- 1) гігієнічного оброблення хворого;
- 2) підготовки операційного поля;
- 3) евакуації вмісту шлунка;
- 4) катетеризації сечового міхура.

Підготовка хворого до планової операції передбачає такі заходи:

- 1) психологічну підготовку;
- 2) санацію порожнини рота;
- 3) підготовку операційного поля;
- 4) підготовку серцево-судинної системи;
- 5) підготовку органів дихання;
- 6) підготовку шлунково-кишкового тракту;
- 7) підготовку сечовидільної системи.

Психологічна підготовка хворого до операції

Кожен хворий перед операцією відчуває страх болю, хвилюється за результат операції, можливий розвиток ускладнень. Тому практично всі хворі в цей час потребують особливої уваги та підтримки медичного персоналу й близьких. Надання хворому впевненості в успішному результаті операції, одужанні залежить не лише від лікаря, а й від середнього медичного персоналу.

Створенню спокійної довірливої атмосфери сприяє авторитет та професіоналізм медичних сестер, які постійно контактують із хворим та готують його до операції. У разі необхідності проведення оперативного втручання необхідно

переконливо пояснити хворому доцільність його виконання. У цьому разі медичній сестрі неприпустимо коментувати стан хворого та висловлювати власну думку про майбутню операцію. Якщо хворого або його родичів детально цікавлять сутність операції, її наслідки та прогноз, медичній сестрі потрібно скерувати їх до лікаря.

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

Важливу роль відіграє розміщення хворих, які готуються до оперативного втручання, в одній палаті з хворими, які вже перенесли аналогічну операцію та одужують.

Санація ротової порожнини перед оперативним втручанням

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

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

Тяжкохворим, які не можуть самостійно здійснити туалет порожнини рота, цю процедуру виконує медична сестра.

Хворому пропонують відкрити рот. Медична сестра охоплює язик пацієнта стерильною марлевою серветкою й трохи витягує його з порожнини рота. Зволоженим тампоном обережно знімає наліт із язика. Іншим вологим тампоном протирає зовнішні та внутрішні поверхні зубів. Під час протирання верхніх корінних зубів необхідно відвести стерильним шпателем щоку, щоб інфекція не потрапила до вивідної протоки привушної слинної залози. Після протирання язика, зубів та ясен хворий повинен прополоскати рот теплою кип'яченою водою.

Особам, які перебувають у загальмованому стані або без свідомості, для проведення туалету ротової порожнини необхідно надати горизонтального положення, опустивши головний кінець ліжка. З-під голови прибрати подушку, щоб промивні води не потрапили в дихальні шляхи. Під голову постелити клейонку, на яку застелити пелюшку. Голову пацієнта потрібно повернути на бік. Під кут рота підставити лоток. Язык трохи витягнути з порожнини рота та протерти тампоном, змоченим розчином фурациліну (1:5 000) або перманганату калію (0,1 %). Іншим зволоженим тампоном обробити зовнішні та внутрішні поверхні зубів. За допомогою стерильного шприца промити порожнину рота теплим розчином води. Губи витерти рушником.

Підготовка операційного поля

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

У день операції медична сестра голить зону операційного

поля за допомогою машинки або електробритви. Гоління проводять не більше ніж за дві години до втручання з метою запобігання інфікування мікротравм. Після гоління волосся шкіру обробляють 70 % розчином етилового спирту.

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

За необхідності виконання ургентних оперативних втручань зазвичай проводять часткове санітарно-гігієнічне оброблення хворих. Їх обтирають теплою мильною водою за допомогою поролонової губки або рушника. Гоління операційного поля виконують за вищевикладеними правилами. В екстрених випадках, коли пацієнта подають до операційної відразу з приймального відділення, його гоління проводять у передопераційній або коридорі зони суворого режиму, а в низці випадків – і на операційному столі. У цьому разі гоління може виконувати операційна санітарка.

Підготовка до операції серцево-судинної системи

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

Підготовка до операції органів дихання

Усім хворим під час планування операції проводять флюорографію або рентгенографію грудної клітки. За наявності запальних захворювань легень із виділенням харкотиння її досліджують на наявність мікрофлори та чутливість до

антибіотиків. У випадках проведення операцій на органах дихання досліджують їх функціональний стан. Особливу увагу приділяють підготовці до оперативного втручання курців, хворих із хронічними легеневиими захворюваннями. До комплексу підготовки, за виконання якої відповідає медична сестра, включають дихальну гімнастику, інгаляції, відхаркувальні препарати.

Підготовка до операції шлунково-кишкового тракту

Умовою виконання оперативного втручання є порожній шлунок хворого. Для цього перед плановою операцією пацієнт вживає лише легку їжу (бульйони, супи та інше). За необхідності проведення екстреної операції, якщо між прийомом їжі та початком операції минуло менше ніж п'ять годин, потрібно промити шлунок за допомогою товстого зонда. Звільнення шлунка від їжі та рідини дозволяє попередити регургітацію та блювання під час проведення наркозу. З метою підготовки товстої кишки напередодні та в день операції необхідно провести очищення товстого кишківника за допомогою клізми. Очисна клізма протипоказана за деяких гострих захворювань органів черевної порожнини (гострий апендицит, мезентеріальний тромбоз).

Промивання шлунка за допомогою зонда

Показання: видалення вмісту шлунка.

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

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

Перед початком процедури визначають довжину, на яку потрібно ввести зонд. Для цього вимірюють відстань від перенісся до пупка. На зонді є мітки, що є умовними орієнтирами: мітка 45 см – відстань до кардіальної частини

шлунка, 55 см – до дна шлунка, 65 см – до воротаря.

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

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

Методика проведення очисної клізми

Показання: очищення товстого кишківника від калових мас.

Під час підготовки до планової операції очисну клізму ставлять напередодні ввечері та вранці в день операції.

Хворого вкладають на кушетку на лівий бік із зігнутими в колінах та приведеними до живота ногами. Під пацієнта підкладають клейонку, на неї – пелюшку, край клейонки опускають у миску або судно. Якщо стан хворого тяжкий і йому

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

Методика проведення сифонної клізми

Показання: відсутність ефекту від очисної клізми й приймання проносних.

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

Хворого вкладають на кушетку в положенні на лівому

боці. Кушетку попередньо застеляють клейонкою, поверх якої кладуть пелюшку. Кінець трубки змащують вазеліном. Сідниці пацієнта розводять та обережно вводять трубку в кишківник на глибину 20–30 см. Потім до вільного кінця трубки приєднують лійку. Проводять промивання кишківника так само, як і промивання шлунка до чистих промивних вод, використовуючи закон сполучених посудин. Необхідно стежити за тим, щоб вода виходила з лійки лише до її гирла, інакше її буде важко повернути з кишківника до лійки. Не можна, щоб до кишківника з водою потрапляло повітря. Для того щоб цього уникнути, наливаючи воду, лійку утримують у дещо нахиленому положенні. У кінці процедури останню порцію промивних вод виливають і повільно витягують трубку з прямої кишки.

Методика проведення гіпертонічної клізми

Показання: атонічний запор, парез кишківника.

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

Катетеризація сечового міхура

Показання: необхідність спорожнення сечового міхура.

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

Хворий лягає на спину з розведеними зігнутими в кульшових та колінних суглобах ногами. Між ніг хворого встановлюють судно або лоток для збирання сечі. Головку статевого члена протирають серветкою, змоченою розчином фурациліну. Кінець катетера змащують стерильним вазеліновим маслом, беруть його пінцетом на відстані 2–3 см від кінця. Лівою рукою між III та IV пальцями беруть статевий член у ділянці шийки, I і II пальцями розводять зовнішній отвір уретри. Пінцетом уводять у зовнішній отвір уретри катетер та, переміщуючи пінцет, обережно просувають катетер. Поява сечі з катетера свідчить про розміщення його в сечовому міхурі. Після випускання сечі катетер витягують. Якщо провести катетеризацію сечового міхура м'яким катетером не вдається – процедуру виконують за допомогою металевого катетера. Це може виконувати лише лікар.

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

Транспортування хворого до операційної

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

Транспортування тяжкохворих до операційної

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

Контрольні питання

- 1 Що таке передопераційний період?
- 2 Що передбачає передопераційна підготовка?
- 3 Які заходи передбачає підготовка до планової операції?
- 4 Які заходи передбачає підготовка до ургентної операції?
- 5 У чому полягає психологічна підготовка хворого до операції?
- 6 Що таке операційне поле?
- 7 Як проводять підготовку операційного поля?
- 8 Як провести санацію ротової порожнини перед операцією?
- 9 Які особливості санації ротової порожнини в тяжкохворих та хворих без свідомості?
- 10 Що передбачає підготовка шлунково-кишкового тракту хворого до операції?
- 11 Як провести промивання шлунка за допомогою товстого зонда?
- 12 Методика проведення очисної клізми.
- 13 Методика проведення сифонної клізми.
- 14 Методика проведення гіпертонічної клізми.
- 15 Як правильно провести катетеризацію сечового міхура?
- 16 Які способи транспортування хворого до операційної ви знаєте?

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

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

Усі зміни, що відбуваються, – це відповідь організму на операційну травму, і в багатьох випадках вони не потребують корекції.

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

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

Післяопераційний період поділяють на три частини:

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

Розрізняють *нормальний* перебіг післяопераційного періоду, коли відсутні тяжкі функціональні порушення, та

ускладнений – у випадках, якщо різко виражена реакція на оперативну травму, розвиваються значні функціональні порушення та ускладнення.

У післяопераційному періоді виділяють три фази: катаболічну, зворотного розвитку та анаболічну.

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

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

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

Після оперативного втручання хворі повертаються до хірургічного відділення в палату інтенсивної терапії або їх переводять на лікування до відділення реанімації.

Завдання догляду в ранньому післяопераційному періоді

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

Транспортування хворого з операційної до палати

Після закінчення операції хворого обережно перекладають з операційного столу на каталку, вкривають простирадлом або ковдрою і транспортують до палати. У палаті обережно перекладають на ліжко й спостерігають за ним упродовж не менше ніж двох годин до повного пробудження.

Спостереження за післяопераційним хворим передбачає:

- 1) спостереження за зовнішнім виглядом хворого (вираз обличчя, колір шкіри, положення в ліжку) та увага до його скарг;
- 2) вимірювання температури тіла;
- 3) контролювання пульсу, артеріального тиску, частоти дихання;
- 4) стеження за роботою органів виділення (діурез, випорожнення);
- 5) спостереження за пов'язкою в ділянці післяопераційної рани (її положення, просочування різними патологічними виділеннями з рани);
- 6) контроль роботи дренажів (кількість, характер, колір виділень, прохідність дренажів, стан їх фіксації, герметичність з'єднань зі збірниками, своєчасне спорожнення емностей від ранових виділень);
- 7) контроль лабораторних показників.

Догляд за післяопераційним хворим передбачає:

- 1) догляд за шкірними покривами (вмивання, підмивання, обтирання й миття тіла);
- 2) туалет носа, очей, вух, ротової порожнини;
- 3) причісування, підстригання нігтів, волосся;
- 4) годування та подавання пиття;
- 5) допомога під час фізіологічних відправлень;
- 6) зміну натільної й постільної білизни;
- 7) профілактику пролежнів;
- 8) виконання маніпуляцій, призначених лікарем (установлення шлункового зонда й газовідвідної трубки, поставлення різних видів клізм, виведення сечі катетером та ін.).

Підготовка палати для хворого після операції

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

Облаштування ліжка хворого

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

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

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

Кожному хворому призначають ***індивідуальний режим***, що залежить від захворювання, його тяжкості, стану й самопочуття хворого.

Розрізняють п'ять типів індивідуального режиму хворого:

1 ***Суворий постільний режим***. Хворому категорично забороняється рухатися в ліжку і вставати з нього. Весь догляд за хворим (годування, переодягання, гігієнічні процедури, допомога в здійсненні фізіологічних потреб) здійснює лише медичний персонал.

2 ***Постільний режим***. Хворому забороняється вставати з ліжка. Дозволяється повертатися в ліжку на бік, згинати й розгинати кінцівки, піднімати голову, сидіти в ліжку. Персонал забезпечує годування (подавання їжі й питва), особисту гігієну (подавання таза з водою, гребінця, зубної щітки), допомогу в здійсненні фізіологічних потреб (подавання сечоприймача,

судна). Режим призначають на 2–3 доби після операції.

3 *Напівпостільний режим.* Хворому заборонені пересування поза палатою. Дозволяється сидіти в ліжку й на стільці біля столу для приймання їжі та проведення гігієнічних процедур, користуватися санітарним стільцем для відправлення фізіологічних потреб. Весь інший час хворий повинен перебувати в ліжку.

4 *Палатний режим.* Хворому дозволяють половину часу проводити в положенні сидячи в палаті поза ліжком. Для вживання їжі та приймання гігієнічних процедур він може самостійно переміщуватися кімнатою або палатою;

5 *Загальний режим.* Хворий не обмежений щодо переміщення у відділенні або на території лікарні.

Положення хворого в ліжку

Положення хворого в ліжку може бути різним і залежить від виду проведеної операції та особливостей перебігу післяопераційного періоду. Зміну положення пацієнта в ліжку проводять із дозволу лікаря.

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

У хворих із постільним режимом розрізняють ***активне, пасивне та вимушене положення.***

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

Пасивне положення спостерігається у хворих у несвідомому стані в разі крайньої слабості. Хворий нерухомий, залишається в одному положенні. Голова й кінцівки звисають

унаслідок своєї тяжкості. Тіло зміщується з подушок до нижнього кінця ліжка. Хворі потребують особливої уваги. Їм необхідно періодично змінювати положення тіла або окремих його частин для попередження розвитку ускладнень.

Вимушеного положення пацієнт набуває для ослаблення або припинення болю. Такому хворому необхідно створити умови для прийняття ним функціонально вигідного положення, що сприяє одужанню та профілактиці ускладнень.

Оксигенотерапія

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

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

Зміна постільної білизни хворого

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

Способи зміни постільної білизни

Перший спосіб. Чисте простирадло згортають валиком по довжині. Голову й плечі хворого обережно піднімають. Потім прибирають подушку. Хворого знову кладуть на ліжко та повертають на бік, притримуючи в цьому положенні. Брудне простирадло згортають валиком по довжині в напрямку до хворого. На звільнену частину ліжка розгортають чисте

простирадло так, щоб його вільний край дещо звисав із ліжка. Пацієнта повертають на спину, а потім – на інший бік, укладаючи його на чисте простирадло. Розправляють чисте простирадло й повертають пацієнта на спину. Краї простирадла заправляють під матрац з усіх боків. Змінюють наволочку на подушці й підковдру – на ковдрі. Подушку підкладають під голову хворого та вкривають його ковдрою. Брудну білизну поміщають у мішок.

Другий спосіб. Чисте простирадло згортають валиком по ширині лицевим боком усередину. Обережно трохи піднімають голову та плечі хворого, забираючи подушку. Швидко згортають у вигляді валика брудне простирадло в напрямку від голови до попереку пацієнта. На звільненій частині ліжка розгортають і розправляють чисте простирадло. Голову хворого обережно кладуть на ліжко. Брудну наволочку замінюють на чисту. На чисте простирадло кладуть подушку в чистій наволочці, на неї – голову та плечі хворого. Піднімають таз пацієнта, потім – ноги і забирають із-під нього брудне простирадло в напрямку від попереку до п'ят. Розгортають і розправляють чисте простирадло та обережно опускають таз і ноги хворого. Краї простирадла заправляють під матрац з усіх боків, підковдру на ковдрі змінюють на чисту, вкривають пацієнта ковдрою.

Допомога хворому під час зміни натільної білизни

Обережно піднімають голову та плечі хворого. Захоплюють нижній край забрудненої сорочки й акуратно підтягують її ззаду до потилиці, а спереду – до грудей. Потім знімають сорочку через голову. Голову та плечі пацієнта обережно кладуть на подушку, допомагають йому підняти обидві руки й звільняють їх від сорочки. Брудну сорочку поміщають у мішок для брудної білизни. У разі травми руки сорочку спочатку знімають зі здорової, а потім – із хворої руки. Під час зміни білизни обов'язково оглядають шкіру на наявність пролежнів та інших змін. Одягають хворого у зворотному порядку: спочатку рукава сорочки, а потім саму сорочку через

голову. Складки сорочки розправляють, допомагають пацієнтові набути зручного положення в ліжку, після цього вкривають його ковдрою.

Додержання санітарного режиму під час зміни білизни

Постільна та натільна білизна підлягає зміні не рідше ніж один раз на 7–10 днів або в разі забруднення. Забруднену білизну поміщають у спеціальний водонепроникний мішок, який зав'язують і відносять до кімнати, призначений для сортування білизни. Забороняється кидати брудну білизну на підлогу в палаті. У кімнаті для сортування розсортовують брудну білизну, складають у водонепроникні мішки й відправляють до пральні. Потім проводять гігієнічне прибирання приміщення сортувальної кімнати із застосуванням дезінфекційних засобів. Після виписування хворого матрац, ковдру та подушку дезінфікують у спеціальній камері. Виконують прибирання палати із застосуванням дезінфекційного розчину.

Догляд за шкірою хворого

Тяжкохворому пацієнтові щодня вранці та ввечері допомагають умитися. Якщо дозволяє стан, хворого розміщують у положенні напівсидячи. Біля ліжка на столик або стілець ставлять таз. На руки хворого поливають теплу воду з кухля і він умивається. Під час умивання пацієнтові підтримують голову. Закінчивши процедуру, дають хворому чистий рушник і допомагають витерти обличчя.

Шкірні покриви хворих, які перебувають у постільному режимі, щодня обтирають махровою рукавичкою або м'якою губкою, змоченою в теплій воді або розчині антисептиків (10%-й розчин камфорного спирту, розчин оцту – 1 столова ложка на склянку води, 70%-й етиловий спирт наполовину розведений водою, 1%-й саліциловий спирт). Для профілактики попріlostей кожний день проводять огляд ділянок тіла під молочними залозами в жінок, у пахвових і пахових ділянках – у жінок та чоловіків. Перелічені ділянки протирають 2%-вим

розчином перманганату калію, висушують, а потім припудрюють дитячою присипкою або тальком. Особливу увагу під час огляду звертають на місця утворення пролежнів.

Миття шкіри тяжкохворим проводять один раз на тиждень. Поруч із хворим установлюють таз із чистою теплою водою, в якій змочують махрову рукавичку або губку. Віджавши губку, протирають нею шкіру, періодично прополіскуючи її у воді. За необхідності можна використовувати мильний розчин. Миття проводять у такій послідовності: обличчя, ділянка вух, шия, передня частина грудної клітки, живіт, руки, спина, сідниці, стегна, гомілки, стопи. Закінчивши миття, шкіру витирають чистим сухим рушником.

Догляд за волоссям хворого

Більшість хворих самостійно доглядають за своїм волоссям, розчісуючи їх гребінцем. Догляд за волоссям тяжкохворих здійснює медичний персонал. Волосся щодня розчісують густим гребінцем. Під час розчісування бажано зробити легкий масаж волоссяної частини голови.

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

Догляд за очима хворого

За наявності у хворого гнійних виділень, що склеюють вії та повіки, медична сестра змочує стерильну марлеву серветку одним з антисептиків (фурацилін 1:5 000) і накладає її на очну щілину. Через 1–2 хвилини після розм'якшення кірок другою стерильною серветкою з антисептиком протирає повіки в

напрямку від зовнішнього до внутрішнього кута ока. Для кожного ока використовують окремі стерильні марлеві серветки для профілактики перенесення інфекції з одного ока на інше. Оброблення повторюють 4–5 разів різними серветками. Залишки розчину видаляють промокаючи сухою серветкою. Закінчивши промивання в очі закачують розчин сульфацилу натрію.

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

Догляд за вухами хворого

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

Догляд за порожниною носа

У тих випадках, коли хворий не здатний самостійно звільняти носові ходи, йому повинна в цьому допомагати медична сестра. Для того щоб видалити кірочки, що утворилися, в носові ходи хворого обережно обертальними рухами вводять турунди, змочені вазеліновим маслом, гліцерином або будь-яким масляним розчином, і залишають на 2–3 хвилини для розм'якшення кірок. Потім обертальними рухами видаляють турунди, витягуючи з ними вміст носа. Хворому пропонують

висякатися в серветку. Іншою серветкою витирають ніс. У разі закладеності носа попередньо можна закапати 2–3 краплі судинозвужувального засобу.

Догляд за порожниною рота

Кожний пацієнт щодня двічі (вранці й увечері) проводить чищення зубів. Після кожного прийому їжі проводять полоскання порожнини рота підсоленою водою.

Хворим, які не можуть самостійно виконувати гігієнічні процедури порожнини рота, в цьому допомагає медичний персонал, регулярно здійснюючи санацію порожнини рота. Для цього хворому надають зручного положення напівсидячи або повертають на бік. На груди стелять клейонку, зверху прикривають її пелюшкою. На колінах хворого розміщують лоток. Серветкою, затиснутою в корнцанг і змоченою в одному з розчинів антисептика (фурацилін, калію перманганат), рухами зліва направо й зверху вниз обробляють зуби. Шпателем відтісняють корінь язика вниз та обробляють глотку і язик. Хворий спльовує рідину в лоток, потім прополіскує ротову порожнину та витирає губи. Якщо хворий без свідомості, то медична сестра осушує порожнину рота й глотки серветкою. Закінчивши гігієнічні процедури порожнини рота, губи, язик і горло змазують обліпиховою олією.

Після кожного годування тяжкого хворого ватною кулькою, затиснутою пінцетом або корнцангом, змоченою слабким розчином перманганату калію, фурациліну, соди або кип'яченою водою, видаляють залишки їжі зі слизової оболонки рота, зубів. Марлевым тампоном протирають язик, зуби, після цього хворий прополіскує ротову порожнину.

Підкладання судна тяжкохворому пацієнтові

Судно повинне бути продезінфікованим, сухим і теплим. У нього наливають невелику кількість води. Хворого повертають на бік або підводять одну руку під його сідниці й трохи піднімають таз. Під сідниці стелять клейонку, зверху на неї стелять пелюшку. Хворого повертають на спину, згинають

йому ноги в колінах і трохи їх розводять. Судно підставляють так, щоб над його великим отвором розміщувалася промежина хворого, а трубка судна перебувала між стегнами в напрямку до колін. Хворого вкривають ковдрою й залишають одного. Після акту дефекації піднімають таз пацієнта, беруть судно за трубку, обережно його прибирають і накривають кришкою. Хворого підмивають над чистим судном, висушують промежину. Потім провітрюють палату. Судно в туалеті звільняють від умісту, промивають водою й занурюють в ємність із дезінфекційним розчином. Пелюшку та клейонку також дезінфікують.

Підкладання сечоприймача тяжкохворому пацієнтові

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

Підмивання тяжкохворої пацієнтки

Хвора лежить із зігнутими в колінах розведеними ногами. На простирадло під нижню частину тіла застеляють клейонку, поверх неї – пелюшку. Під сідниці хворої підкладають сухе тепле чисте судно. У ліву руку беруть кухоль, заповнений теплим (30–32 °С) розчином перманганату калію, кип'яченою водою або розчином фурациліну, а в праву – корнцанг із серветкою. Ллють розчин із кухля на ділянку зовнішніх статевих органів. Серветкою виконують рухи від статевих органів до заднього проходу (зверху вниз) для того, щоб не занести інфекцію в сечостатеві органи. Кожний раз серветку необхідно змінювати. Використану серветку викидають у лоток для

використаного матеріалу. Закінчивши підмивання, висушують промежину сухою марлевою серветкою в тому самому напрямку. Проводять профілактику попріlostей. Забирають судно, звільняють його від умісту й занурюють у дезінфекційний розчин. Клейонку та пелюшку поміщають у промарковані ємності для подальшої дезінфекції. Використані марлеві серветки, корнцанг занурюють у дезінфекційний розчин.

Підмивання тяжкохворого пацієнта

Хворий лежить на спині. На простирадло під нижню частину тіла застеляють клейонку, поверх неї – пелюшку. Одягають стерильні рукавички. Відтягують крайню плоть, оголивши головку статевого члена. Змочують серветку в теплій воді, розчині фурациліну або слабкому розчині перманганату калію й протирають головку статевого члена, потім – шкіру статевого члена й калитки. Іншою серветкою обробляють пахові складки, попередньо попросивши хворого розпрямити ноги для їх кращого розкриття. Потім, ще раз змінивши серветку, протирають шкіру навколо ануса. Закінчують процедуру просушуванням серветкою шкіри та обробленням складок шкіри для профілактики попріlostей.

Установлення газовідвідної трубки

Газовідвідну трубку встановлюють для виведення газів із кишківника. Під хворого підстелюють клейонку, поверх якої застеляють пелюшку. Хворого вкладають на лівий бік із зігнутими в колінах і приведеними до живота ногами. У випадках, якщо стан хворого не дозволяє укласти його на бік, він лежить на спині із зігнутими в колінах розведеними ногами. Закруглений кінець трубки змащують вазеліном. Одягнувши рукавички, розводять лівою рукою сідниці. У праву руку марлевою серветкою беруть трубку і вводять обертальними рухами в пряму кишку на глибину 20–30 см. Потім до вільного кінця газовідвідної трубки приєднують трубку-подовжувач,

кінець якої опускають у судно з водою. Через дві години трубку необхідно витягнути, щоб не спричинити утворення пролежнів на стінці прямої кишки. Після видалення газовідвідної трубки хворого підмивають. У разі появи гіперемії або подразнення в ділянці анального отвору його змащують маззю. Впродовж однієї доби газовідвідну трубку можна вводити 2–3 рази.

У разі якщо хворий не може самостійно помочитися впродовж 12 годин, йому виводять сечу катетером. Очищають кишківник від калових мас за допомогою очисної клізми.

Допомога хворому в разі блювання

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

Блювання виснажує хворих, ускладнюючи післяопераційний період, різко порушуючи водно-електролітний баланс організму, нерідко призводячи до гіпокаліємічного алкалозу, дегідратації, спричиняє біль, підвищення внутрішньочеревного тиску, збільшує ризик виникнення аспірації, розходження швів і синдрому Меллорі – Вейса. Акт блювання супроводжується активацією серцево-судинної системи у вигляді підвищення хвилинного об'єму серця, артеріального тиску, збільшення частоти серцевих скорочень, що в низці випадків несприятливо впливає на перебіг післяопераційного періоду.

У разі виникнення блювання необхідно посадити хворого, одягнути на нього клейончастий фартух. Поставити до ніг хворого таз або відро. Медсестра утримує голову хворого, поклавши свою долоню на лоб. Після блювання хворому дають прополоскати рот водою або 2 % розчином гідрокарбонату натрію та витирають обличчя рушником. Блювотні маси залишають до приходу лікаря.

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

Боротьба з післяопераційним парезом кишківника

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

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

Дії медичної сестри з усунення парезу полягають у розвантаженні кишківника виведенням газів за допомогою

газовідвідної трубки та видаленням шлункового вмісту товстим шлунковим зондом. Можна виконувати гіпертонічні або сифонні клізми. Також, за призначенням лікаря, проводять медикаментозну стимуляцію перистальтики. Самостійне відходження газів, а також поява перистальтики є сприятливими ознаками.

Комплексна профілактика пролежнів

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

Причини виникнення пролежнів:

- 1) недостатній рівень догляду за хворим;
- 2) значне ожиріння або кахексія;
- 3) захворювання, що призводять до порушення трофіки (живлення) тканин, сухість шкіри;
- 4) нетримання калу й сечі;
- 5) обмежена рухливість;
- 6) недостатнє надходження білкових поживних речовин.

Місця утворення пролежнів

Ділянки, де утворюються пролежні, визначаються виступаючими частинами. Якщо хворий переважно перебуває в положенні лежачи на спині, пролежні утворюються в ділянці крижів, потилиці, лопаток, ліктів, п'ят. Під час тривалого перебування на боці місцями локалізації пролежнів можуть бути латеральні поверхні стегна, гомілки, колінних суглобів. У разі тривалого лежання на животі пролежні можуть утворюватися в ділянках вилиць, плеча, лобка.

Стадії пролежнів

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

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

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

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

Елементи профілактики пролежнів:

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

Догляд за хворими з пролежнями

- 1 Незалежно від ступеня пролежня щодня виконувати заходи щодо його профілактики. Надавати хворому психологічну

підтримку.

- 2 При відшаруванні епідермісу з утворенням пухирів їх потрібно обробляти 1 % розчином діамантового зеленого та накладати асептичну пов'язку. Продовжувати їх оброблення до усунення симптомів.
- 3 Якщо пухирі розкрилися, ділянку пролежня промивають розчином антисептика, підсушують стерильною серветкою, шкіру навколо обробляють 1 % розчином діамантового зеленого й накладають асептичну пов'язку. Лікування проводять до загоєння.
- 4 Якщо рана інфікована, має незначні ділянки некрозу, то застосовують мазеві пов'язки («Левоміколь», «Левосин», «Іруксол»). Після очищення рани від гною й вогнищ некрозу лікування до загоєння проводять ранозагоювальними засобами.
- 5 У разі наявності глибоких, великих некрозів проводять висічення мертвих тканин, а потім – лікування за всіма правилами лікування ран.

Годування тяжкохворих

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

Годування тяжкохворого за допомогою ложки та поїльника

Розміщують хворого в положенні напівсидячи й прикривають його груди рушником. Їжу кладуть на столик біля ліжка. Однією рукою медична сестра трохи піднімає голову хворого разом із подушкою, іншою рукою підносить до рота ложку з їжею. Рідку або напіврідку їжу (супи, бульйони, киселі, протерті каші) можна давати хворому, використовуючи поїльник або невеликий чайник. Годування проводять малими

порціями, не поспішаючи, роблячи достатні паузи, щоб пацієнт мав змогу добре пережувати й проковтнути їжу. Під час приймання твердої їжі дають запивати її напоєм. Для пиття соку, компоту, чаю з чашки або склянки зручно використовувати трубочку довжиною 20–25 см. Закінчивши вживання їжі, хворий повинен прополоскати ротову порожнину теплою водою, витерти губи серветкою. Медична сестра струшує з простирадла крихти, розправляє складки на ній і допомагає пацієнтові зайняти зручне положення в ліжку.

Годування хворого через назогастральний зонд

Хворого розміщують в одному з положень: сидячи, напівсидячи, лежачи на боці (виснажені хворі). Груди хворого прикривають серветкою. Їжу змішують у мисці та роблять рідку живильну суміш. Перед початком проведення годування медична сестра повинна впевнитися, що зонд знаходиться в шлунку. Після цього в шприц Жане набирають підігріту поживну суміш. Конус шприца з'єднують із зондом на рівні шлунка. Потім шприц повільно піднімають вище від рівня шлунка хворого приблизно на 40–50 см так, щоб рукоятка поршня була спрямована догори. Повільно натискаючи на поршень шприца, поступово видавлюють поживну суміш. Звільнивши шприц, перетискають зонд затискачем і від'єднують від нього шприц. Процедуру повторюють кілька разів, поки не введуть усю поживну суміш. Закінчивши годування, медична сестра від'єднує шприц, зонд закриває заглушкою або відтискує затискач.

Годування хворих через гастростому

Є два способи введення їжі через гастростому: за допомогою шприца й використовуючи крапельницю-дозатор. Введення поживної суміші через шприц проводять болюсно (окремими порціями) зі швидкістю до 30 мл за 1 хвилину. Необхідно розділити загальний обсяг суміші, яку вводять за добу, на кілька частин.

Методика годування: до вільного кінця зонда приєднують шприц, за допомогою якого невеликими порціями (50 мл) шість разів за 1 добу вводять у шлунок підігріту рідку їжу. Поступово обсяг уведеної їжі збільшують до 250–500 мл і зменшують кількість годувань до 3–4 разів на день.

Догляд за судинним катетером

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

Догляд за судинним катетером (промивання катетера)

Медична сестра набирає в один із шприців 10 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, а в другий – 0,2 мл гепарину й розводить його в 10 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

Якщо катетер забезпечений триходовим краном або затискачем, його перекривають і приєднують шприц із 0,9 % розчином хлориду натрію. Потім кран відкривають, підтягують поршень до себе до отримання крові й уводять вміст шприца. Катетер перекривають, змінюють шприци та вводять розчин гепарину, після цього ставлять заглушку.

Догляд за назогастральним зондом

Медична сестра оглядає місце введення зонда на предмет ознак подразнення або здавлення, перевіряє його місце розміщення. Потім очищує ніздрі хворого марлевими серветками, зволженими 0,9 % розчином натрію хлориду, і змащує вазеліном ділянку введення зонда. Кожні чотири години проводить гігієнічні заходи щодо догляду за порожниною рота

(зволоження). Кожні три години зонд промиває 20–30 мл 0,9 % розчином натрію хлориду. Для цього наповнений шприц приєднує до зонда й повільно вводить розчин. Акуратно проводить аспірацію рідини, звертаючи увагу на її колір, запах, домішки. Отриману рідину виливає в лоток. Промивання та аспірацію повторює декілька разів.

Догляд за гастростоєю

Одягнувши рукавички, медична сестра знімає пов'язку і накладає серветку під трубкою на епігастральній ділянці. Після цього проводить огляд місця виходу трубки та шкірних покривів навколо гастростоми на предмет виявлення гіперемії, набряку, появи нориці. Далі знімає затискач із трубки гастростоми й приєднує до неї шприц Жане. Перевіряє правильність розміщення зонда, провівши відсмоктування залишкового вмісту шлунка. Трубку промиває 30–50 мл теплої кип'яченої води та закриває затискачем, шприц від'єднує. Закінчивши промивання, шкіру навколо гастростоми вимиває водою з милом, просушує серветкою й накладає мазь, пасту або захисний гель для шкіри. Потім накладає стерильну серветку або одноразову пов'язку-наклейку навколо гастростомічної трубки. Кінець трубки акуратно приклеює поверх пов'язки пластиром до шкіри. Використаний перев'язувальний матеріал збирає в ємність для використаного матеріалу.

Догляд за ілеостоєю

Готують чистий калоприймач, переконавшись у його герметичності. Медична сестра одягає рукавички й допомагає зайняти хворому високе положення Фаулера або просить його встати. Хворого обертають простирадлом або пелюшкою нижче від стоми, відмежовуючи маніпуляційне поле. Спочатку медична сестра обережно від'єднує й видаляє калоприймач. Шкіру навколо стоми вимиває водою з рідким милом, витирає серветкою. Для знежирення можна додатково обробити шкіру 70 % етиловим спиртом. Після цього оглядає шкіру навколо стоми й саму стому на предмет виявлення набряку або виразок.

Потім накладає оклюзійне захисне пристосування для шкіри або обробляє шкіру одним із захисних препаратів (паста Лассара, цинкова паста, стоматогезин). Чистий калоприймач накладає на шкіру пацієнта й правильно центрує або на кільце Кагауа. Притискає липку основу навколо стоми, щоб не утворилися складки, через які можуть проникати виділення зі стоми. Нижній край калоприймача розправляє й на його кінці закріплює затискач. Для кращого кріплення калоприймача до шкіри його можна додатково фіксувати липким пластиром на паперовій основі.

Догляд за стомами товстого кишківника (колостома)

Медична сестра готує чистий калоприймач, одягає рукавички. Хворого обгортає простирадлом або пелюшкою нижче від стоми. Від'єднує, починаючи з верхнього краю, та обережно видаляє старий калоприймач. Поміщає його в ємність для дезінфекції. Шкіру навколо стоми мие теплою водою з рідким милом, очищаючи від залишків клею і виділень із стоми, та висушує серветкою. Після цього оглядає шкіру навколо стоми й саму стому на предмет виявлення набряку або виразок. Потім накладає оклюзійне захисне пристосування для шкіри або обробляє шкіру одним із захисних препаратів (паста Лассара, цинкова паста, стоматогезин). Підготувавши шкіру, знімає захисне паперове покриття, поєднує нижній край вирізаного отвору з нижньою межею стоми. Накладає на шкіру пацієнта й правильно центрує новий калоприймач або на кільце калоприймача (в разі використання багаторазового). Далі приклеює калоприймач до шкіри, починаючи з нижнього краю пластини. Впродовж 1–2 хвилин притискає рукою край отвору, щоб не утворилися складки, через які можуть проникати виділення зі стоми. Нижній край калоприймача розправляє й на його кінці закріплює затискач. Для кращого кріплення калоприймача до шкіри його можна додатково фіксувати липким пластиром на паперовій основі.

Догляд за постійним сечовим катетером

Догляд за постійним сечовим катетером здійснюють із метою профілактики розвитку інфекції сечостатевих органів.

Медична сестра одягає рукавички. Під сідниці хворого підкладає адсорбувальну пелюшку (або клейонку з пелюшкою). Опускає головний кінець ліжка. Пацієнт займає положення на спині із зігнутими в колінах і розведеними ногами. Проводить туалет статевих органів і промежини водою з рідким милом і просушує марлевою серветкою. Потім другою серветкою висушує проксимальну ділянку катетера довжиною до 10 см. *Необхідно оглянути ділянку уретри навколо катетера й переконатися, що немає підтікання сечі.* Після цього оглядає шкіру промежини на предмет ознак запалення. *Закінчуючи процедуру, необхідно переконатися, що сечоприймач прикріплений до ліжка нижче від рівня розташування хворого.* З ліжка знімає адсорбувальну пелюшку (клейонку з пелюшкою) і поміщає її в ємність із дезінфекційними засобами. Катетер промиває розчином фурациліну.

Контрольні питання

- 1 Що таке післяопераційний період?
- 2 Які періоди розрізняють у післяопераційному періоді?
- 3 На які фази поділяють післяопераційний період?
- 4 Які завдання ставлять у ранньому післяопераційному періоді?
- 5 Як повинні бути підготовлені палата й ліжко для хворого після операції?
- 6 Правила транспортування хворого з операційної до палати.
- 7 Що передбачає спостереження за післяопераційним хворим?
- 8 Що передбачає догляд за післяопераційним хворим?
- 9 Як повинне бути налаштоване ліжко хворого, який переніс оперативне втручання?
- 10 Яким може бути положення хворого в ліжку?
- 11 Як проводять оксигенотерапію?
- 12 Назвіть способи зміни постільної білизни в тяжкого хворого.

- 13 Яка допомога потрібна хворому під час зміни натільної білизни в післяопераційному періоді?
- 14 Як проводять догляд за шкірою і волоссям у тяжкохворого?
- 15 Як проводять догляд за очима хворого, який переніс оперативне втручання?
- 16 Як проводять догляд за вухами у хворого?
- 17 Як проводять догляд за носовою порожниною у тяжкохворих?
- 18 Як проводять догляд за порожниною рота в тяжкохворих?
- 19 Як правильно підкласти під тяжкохворого пацієнта сечоприймач і судно?
- 20 Як провести підмивання тяжкохворого пацієнта?
- 21 Правила установаження газовідвідної трубки.
- 22 Що таке пролежні? На яких ділянках вони виникають?
- 23 Як проводять профілактику пролежнів?
- 24 Як потрібно доглядати за пацієнтом у разі появи пролежнів?
- 25 Які ви знаєте способи годування хворих після операції?
- 26 Які дії медичної сестри під час догляду за центральним судинним катетером?
- 27 Правила догляду за гастростоמוю.
- 28 Правила догляду за назогастральним зондом.
- 29 Правила догляду за ілеостоמוю.
- 30 Правила догляду за стомами товстого кишківника.
- 31 Правила догляду за постійним сечовим катетером.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Догляд за хворими (практика) : підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III–IV рівнів акредитації. – 3-тє вид., виправл. / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. І. Фролова. – Київ : Медицина, 2015. – 488 с.
2. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. – 3-тє вид., переробл. і допов. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 600 с.
3. Загальна хірургія / за ред. М. Д. Желіби, С. Д. Хімича. – Київ : ВСВ «Медицина», 2016. – 448 с.
4. Загальна хірургія : підруч. для студентів 3-х курсів вищ. навч. закл. мед. профілю III–IV рівнів акредитації / за ред. Я. С. Березницького та ін. – 2-ге вид. – Вінниця : Нова книга, 2020. – 342 с.
5. 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. – Київ : Медицина, 2017. – 424 с.
6. Кіт О. М. Медсестринство в хірургії / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, Г. Т. Пустовойт. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 499 с.
7. Нетяженко В. З. Загальний та спеціальний догляд за хворими / В. З. Нетяженко, А. Г. Сьоміна, М. С. Присяжнюк. – Київ : Здоров'я, 1993. – 304 с.
8. Основи догляду за хірургічними хворими : навч.-метод. посіб. для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації / І. А. Шумейко та ін. – Полтава, 2015. – 160 с.
9. Смирнова З. М. Основи сестринської справи : посібник з медсестринського процесу / З. М. Смирнова, З. Б. Алтинбекова. – Київ : Здоров'я, 2002. – 285 с.
10. Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552 Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних

виробів в закладах охорони здоров'я».

11. Наказ МОЗ України від 30.04.2014 № 293 «Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я».
12. Наказ МОЗ України від 28.12.2015 № 905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації».
13. Наказ МОЗ України від 08.06.2015 № 325 «Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поведінки з медичними відходами».
14. Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами».
15. Наказ МОЗ України від 06.05.2021 № 882 «Про затвердження санітарно-протиепідемічних правил і норм використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ / закладів надання соціальних послуг / соціального захисту населення».
16. Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення».
17. 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.
18. Patient Care (Practical Course): textbook. – 2nd edition / O. M. Kovalyova, V. M. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. – Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2018. – 320 p.

Електронне навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять
на тему *«Підготовка хворого до операції.
Догляд за хворими в післяопераційному періоді»*
з курсу *«Сестринська практика в хірургії»*
для здобувачів *медичних ЗВО*
очної форми здобуття вищої освіти

Відповідальний за випуск І. Д. Дужий
Редакторка С. М. Симоненко
Комп'ютерне верстання О. В. Кравця

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,33. Обл.-вид. арк. 2,44.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.