

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ

# **КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В ХІРУРГІЇ**

*Навчальний посібник  
для студентів II курсу бакалаврату медичного факультету*

УЖГОРОД – 2020

Посібник торкається питань організації хірургічної допомоги, обстеження та нагляду за хірургічним хворим, формулювання сестринського діагнозу. Наведені основні термінологічні, діагностичні та лікувальні принципи надання медичної допомоги хірургічним хворим. Окремий розділ присвячений парентеральному харчуванню хірургічних хворих. Детально описані медсестринські маніпуляції у хірургічній клініці. Структура посібника викладена згідно навчальної програми з хірургії. Кожна лекція закінчується контрольними питаннями для повторення, а в кінці посібника наведено окремий розділ – тестовий контроль рівня знань з курсу «Клінічне медсестринство в хірургії».

Посібник призначений для студентів бакалаврату медичних вузів, студентів III – VI курсів вищих медичних навчальних закладів, лікарів-інтернів, магістрантів, аспірантів і лікарів відділень хірургічного та терапевтичного профілю.

**Автор:**

доктор медичних наук, доцент Попович Я.М.

**Відповідальний за випуск:**

завідувач кафедри хірургічних хвороб – доктор медичних наук,  
професор Болдіжар П.О.

**Рецензенти:**

доктор медичних наук, професор Корсак В.В.  
доктор медичних наук, професор Філіп С.С.

**Методичні вказівки рекомендовано до друку:**

- на засіданні кафедри хірургічних хвороб ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 4 від 30 січня 2020 року;
- на засіданні методичної комісії медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 2020/16 від 19 лютого 2020 року;
- на засіданні Вченої ради медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 5 від 20 лютого 2020 року;
- на засіданні редакційно-видавничої ради ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 2 від 2 березня 2020 року;
- на засіданні Вченої ради ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 2 від 3 березня 2020 року.

## ЗМІСТ

|  |            |
|--|------------|
| <b>Перелік умовних позначень.....</b>  | <b>4</b>   |
| <b>Лекція №1.</b>  |            |
| Медсестринський процес в хірургічних клініках.....   | 5          |
| <b>Лекція № 2.</b>   |            |
| Передопераційний період.....   | 48         |
| <b>Лекція № 3.</b>   |            |
| Діяльність медичної сестри під час операції.....   | 77         |
| <b>Лекція № 4.</b>   |            |
| Діяльність медичної сестри в післяопераційному періоді.....                                | 92         |
| <b>Лекція № 5.</b>   |            |
| Основи парентерального харчування хірургічних хвори.....                                   | 130        |
| <b>Лекція № 6.</b>   |            |
| Медсестринські маніпуляції в хірургічній клініці.....                                      | 147        |
| <b>Тестовий контроль рівня знань з курсу<br/>«Клінічне медсестринство в хірургії».....</b> | <b>174</b> |
| <b>Список використаної літератури.....</b>   | <b>237</b> |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск  
БЛЛ – багапрофільна лікарня інтенсивного лікування  
ЕКГ – електрокардіографія  
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я  
ЗУ – закон України  
ККУ – кримінальний кодекс України  
КТ – комп'ютерна томографія  
ЛТ – лікарська таємниця  
МРТ – магнітнорезонансна томографія  
ОГК – органи грудної клітини  
ОЗ – операційна зала  
ОЗд – охорона здоров'я  
ОЗУОЗ – основи законодавства України про охорону здоров'я  
ОЦК – об'єм циркулюючої крові  
ОЧП – органи черевної порожнини  
ПХ – парентеральне харчування  
СВ – сестринське втручання  
СД – сестринський діагноз  
СКУ – сімейний кодекс України  
ТГВ – тромбози глибоких вен  
ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії  
УЗД – ультразвукова діагностика  
ХВ – хірургічне відділення  
ЦКУ – цивільний кодекс України  
ЦНС – центральна нервова система  
ШВЛ – штучна вентиляція легень  
ШКТ – шлунково-кишковий тракт

## Лекція №1 Медсестринський процес в хірургічних клініках

### 1.1. Основні принципи та організація хірургічної допомоги населенню

**Основні етапи медичної допомоги.** Допомога хірургічному хворому складається з чотирьох основних етапів: долікарська, перша лікарська, допомога, яка надається хірургами в амбулаторних або стаціонарних умовах (хірургічні відділення (ХВ) загального профілю), та в спеціалізованих ХВ і центрах.

Долікарська допомога надається на фельдшерсько-акушерському пункті в сільській місцевості і на фельдшерських пунктах підприємств. Перша лікарська допомога надається лікарями загального профілю в дільничих лікарнях, амбулаторіях загальної практики та сімейної медицини, лікарями швидкої допомоги. Ці види допомоги мають велике значення, оскільки завчасно надана допомога хворим із кровотечами, переломами, в стані шоку, клінічної смерті та в інших термінальних станах може врятувати їм життя.

У деяких дільничих лікарнях хірургічна допомога надається хворим із гострими хірургічними захворюваннями і ушкодженнями.

У районній лікарні надають хірургічну допомогу хворим із гострими хірургічними захворюваннями і травмою, а також проводять операційне лікування найпоширеніших хірургічних захворювань (апендицит, холецистит, грижа, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки тощо).

В обласних і міських лікарнях також надається такий самий обсяг хірургічної допомоги, але, окрім того, там забезпечуються спеціалізовані види хірургічної допомоги: травматологічна, урологічна, ортопедична, нейрохірургічна, судиннохірургічна та ін..

Слід зазначити, що згідно медичної реформи, яка розпочата в Україні, заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають вторинну та третинну медичну допомогу переведені у площину комунальних некомерційних підприємств. Серед ЗОЗ виділяють опорні лікарні, які функціонують у госпітальному окрузі.

#### ***До опорних ЗОЗ відносяться:***

- комунальні та державні ЗОЗ, функціональні потужності та об'єм медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для визначення їх багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого або другого рівня;
- інші ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу і визначаються з урахуванням пріоритетів розвитку сфер охорони здоров'я, затверджених МОЗ.

Перелік опорних ЗОЗ визначений на основі відповідної Методики формування мережі робочою групою, яка була сформована МОЗ України за участю представників Національної служби здоров'я України, Міністерства розвитку громад та територій України, представників проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» та обласних державних адміністрацій.

***Опорна лікарня має відповідати наступним вимогам:***

1. доступність ЗОЗ для пацієнтів. Шлях до лікарні у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом;
2. безпечність медичної допомоги на основі доказової медицини;
3. своєчасність доступу до медичної допомоги;
4. економічну ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів;
5. належне робоче навантаження та забезпечення належного рівня безпеки пацієнта;
6. забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та госпітального етапу екстреної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару;
7. обов'язкова наявність відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
8. відповідний об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися БЛЛ першого та другого рівня (наказ МОЗ України від 19 жовтня 2018 року № 1881);
9. БЛЛ першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб;
10. БЛЛ другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб;
11. оснащення БЛЛ першого та другого рівня здійснюється відповідно до примірних таблиць матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ;
12. фінансова стійкість ЗОЗ, що визначається можливістю власників таких закладів забезпечити наявність функціональних потужностей відповідно до вимог законодавства, а також здатність постійно та ефективно надавати послуги вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги належної якості і в об'ємах в межах наявного обсягу фінансових ресурсів.

Загальна кількість БЛЛ у госпітальному окрузі визначається з розрахунку загальної кількості населення, яке проживає у госпітальному окрузі. Загальна розрахункова мінімальна кількість населення, яку обслуговують БЛЛ у госпітальному окрузі, не може перевищувати значення загальної кількості населення, яке проживає у госпітальному окрузі.

В структуру будь-якої поліклініки обов'язково входить ХВ, яке виконує великий обсяг роботи. Проводячи амбулаторний прийом хворих, лікар-хірург вирішує одразу декілька важливих питань. Частина хворих розпочинає і закінчує лікування в умовах поліклініки. Іншим пацієнтам рекомендують обстежитись, тому їх у плановому порядку направляють у хірургічний стаціонар для операційного лікування. У разі розпізнавання гострої хірургічної патології пацієнта в екстреному порядку направляють у ХВ лікарні. Лікар-хірург поліклініки також проводить лікування, дає рекомендації щодо

реабілітації хворих, які перенесли операційне втручання, виписує у разі необхідності лікарняні листки.

ХВ поліклініки складається з кабінету для прийому пацієнтів (хірургічний кабінет), кабінету завідуючого відділенням, операційної, двох перев'язувальних, зокрема «чистої» та «гнійної», стерилізаційної кімнати для збереження матеріалів, автоклавної кімнати, кімнати для очікування.

До ХВ може відноситися травматологічний пункт (якщо він є в поліклініці). Він складається з кабінету для прийому пацієнтів і гіпсовочної. Якщо в поліклініці ведуть прийом уролог, проктолог, онколог та інші спеціалісти хірургічних спеціальностей, їх кабінети також входять в структуру ХВ. Таким чином, останнє об'єднує всіх спеціалістів хірургічного профілю і персонал, що працює в цих кабінетах.

По існуючим нормам в поліклініці на 100 тис. населення міста або району повинно бути 4 хірурга і, крім цього, штат травматологів, які забезпечують цілодобову роботу травматологічного пункту. На кожну 1,0 ст. посади хірурга виділяють 2,0 ст. медичної сестри. В населених пунктах з меншою кількістю населення травматологічну допомогу надає хірург або травматолог поліклініки або амбулаторії дільничої або районної лікарні. Амбулаторну хірургічну допомогу надають також в медичних пунктах, амбулаторіях медико-санітарних частин на великих підприємствах.

Хірург поліклініки виконує великий об'єм роботи: веде прийом всіх хірургічних пацієнтів, при необхідності направляє їх на спеціальне обстеження в поліклініці (рентгенологічне, ультразвукове, ендоскопічне), на лабораторне обстеження та ін. – з метою встановлення діагнозу і визначення плану наступного лікування при виявленні хірургічного захворювання.

Також в ХВ поліклініки виконують малі хірургічні втручання: видалення атером, вскриття панариціїв і флегмон кисті, хірургічна обробка невеликих ран, вскриття абсцесів і флегмон підшкірної клітковини, видалення врослого нігтя, поверхнево розміщених пухлин, чужорідних тіл, пункції суглобів, накладання вторинно відстрочених швів на гранулюючу рану, операції з приводу фімозу, лапароцентез для евакуації асцитичної рідини.

Поверхнево розміщені доброякісні пухлини – фіброми, ліпоми, папіломи – видаляють з обов'язковим плановим гістологічним дослідженням. Хворих з пігментними пухлинами, пухлинами молочної залози, лейкоплакією губ, поліпами анального каналу та прямої кишки, не дивлячись на малий об'єм операції, слід направляти в стаціонар для хірургічного лікування з терміновим гістологічним дослідженням на операційному столі, так як при наявності злоякісного росту тканин об'єм операції розширюють.

Хірург поліклініки є первинною ланкою у встановленні діагнозу захворювання, він вирішує питання про місце і терміновість лікування хворого.

#### **Показами до екстренної госпіталізації служать:**

1. гострі хірургічні захворювання черевної порожнини (гострий апендицит, защемлена грижа, перфоративна виразка шлунку, кишкова непрохідність, перитоніт будь-якого походження, гострий холецистит, гострий панкреатит, шлунково-кишкові кровотечі), а також гострі

- захворювання органів грудної порожнини (ОГК) (спонтанний пневмоторакс, гемоторакс, кровотечі);
2. зовнішні та внутрішні кровотечі;
  3. закриті і відкриті травматичні пошкодження (закрита травма грудної клітини, черева, пошкодження великих кісток, таза, хребта, проникаючі поранення, струс і забій головного мозку, пошкодження сечостатевого органів та ін.);
  4. шок;
  5. гострі травми, тромбози та емболії магістральних судин;
  6. важкі гнійно-запальні захворювання, що потребують великих по об'єму операцій, дезінтоксикаційної терапії (ускладнені поверхневі та глибокі панариції, глибокі абсцеси і флегмони, карбункули будь-якої локалізації, фурункули обличчя, гострі остеомієліти та артрити);
  7. злоякісні новоутвори будь-якої локалізації;
  8. дисфагія будь-якого походження;
  9. гематурія, піурія, гострий орхіт, епідіміт, простатит;
  10. опіки і відмороження II-III ступеня;
  11. стан після проведених реанімаційних заходів.

**В плановому порядку** направляються на госпіталізацію хворі з хронічними хірургічними захворюваннями, яким необхідні великі по об'єму операції, стаціонарне обстеження і лікування в післяопераційному періоді. В ХВ лікарні направляють також хворих, хірургічне лікування яких можливе в амбулаторних умовах, але ризик операції високий внаслідок наявності вираженої супутньої патології. Щоб зменшити строки перебування хворого в стаціонарі, їх попередньо обстежують в амбулаторних умовах (аналізи крові, сечі, біохімічне обстеження крові, електрокардіографія (ЕКГ), рентгенографія ОГК тощо).

Операції в амбулаторних умовах переважно виконують під місцевою анестезією. При необхідності загального знеболення його проводить лікар-анестезіолог або хірург, що має відповідну підготовку.

Після амбулаторно проведеної операції хворого у випадку показів додому транспортують санітарним транспортом. Потім його вдома провідують хірург поліклініки та медична сестра. Більшість хворих приходять на прийом до хірурга самостійно.

При ХВ поліклініки організовують **денні стаціонари**, в яких **проводять обстеження та лікування хворих**, які мають потребу в госпітальному режимі та постійному лікарському нагляді на протязі 10 діб. До таких, як правило, відносять пацієнтів, **що мають**:

1. неускладнені шкірні, підшкірні панариції і пароніхії;
2. флегмони і абсцеси підшкірної клітковини;
3. інфіковані поверхневі рани м'яких тканин з потертостями;
4. фурункули (за виключенням фурункулів обличчя, які підлягають лікуванню в лікарні);
5. локальні форми стрептодермії і піодермії;
6. опіки та відмороження I – II ступеня.



Важливим розділом роботи ХВ поліклініки є спостереження і продовження лікування хворих, виписаних з хірургічного стаціонару після операційного втручання.

Особливе місце у роботі хірурга поліклініки займає *диспансерний нагляд* за хірургічними пацієнтами – взяття на облік і спостереження за пацієнтами з хронічними хірургічними захворюваннями (грижі, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність, трофічні виразки, облітеруючий ендартеріт і атеросклероз судин нижніх кінцівок), за пацієнтами, що перенесли операції резекції шлунку, зашивання перфоративних виразок, ваготомію та ін.. Своєчасне виявлення хворих з хірургічними захворюваннями (грижа, калькульозний холецистит, варикозне розширення вен нижніх кінцівок) сприяє ранньому направленню їх в хірургічний стаціонар і допомагає попередити можливі ускладнення захворювань.

Більшість операцій виконують у ХВ, які є в дільничих, районних, міських та обласних лікарнях. Об'єм і характер хірургічної допомоги в цих закладах різний. Екстрену хірургічну допомогу надають в дільничих, районних, міських лікарнях, у міських лікарнях швидкої медичної допомоги, куди доставляють хворих по направленню хірургів поліклінік, медичних пунктів, швидкої допомоги. В цих відділеннях також проводять загальнохірургічні втручання.

*Стаціонарна хірургічна допомога* населенню надається в ХВ трьох типів: загального профілю, спеціалізованих та високоспеціалізованих (центрах). Загальнохірургічні відділення організуються в складі районних та міських лікарень. Вони забезпечують основні види кваліфікованої стаціонарної хірургічної допомоги більшій частині населення країни. Тут лікують різноманітні захворювання, серед яких більш ніж 50% припадає на гостру хірургічну допомогу і 20-40% на пошкодження та захворювання опорно-рухового апарату.

Спеціалізовані відділення відкривають у обласних, міських лікарнях, які обслуговують від 50 тис. до 3 млн. населення. Вони призначені для надання хірургічної допомоги по відповідній спеціальності. В основі *організації спеціалізованих відділень* лежать аналогічні принципи, які сприяють концентрації хворих по певній ознаці:

- по захворюванню однієї системи органів (відділення хірургії судин, хірургії легень, проктологічні, урологічні та інші відділення);
- по нозологічним формам із врахуванням локалізації – опікові відділення, хірургії сечостатевого та кісткового туберкульозу і т.п.;
- по розділам хірургічної патології – онкохірургічні відділення, невідкладної хірургії, гнійно-септичної хірургії і т.п.;
- по особливостям методик операцій – пластична хірургія;
- по віковим особливостям – дитяча хірургія.

Загальнохірургічні відділення відкривають, як правило, на 60 ліжок і більше, спеціалізовані – на 25 – 40 ліжок. Значна частина міських та обласних лікарень є клінічними, так як на їх базі працюють хірургічні клініки медичних вузів. Хірургічні ліжка є також в спеціальних клініках медичних інститутів, що

не входять в міську мережу, в науково-дослідних інститутах, які відносяться до міністерств, відомств та академії медичних наук України.

У ХВ забезпечують детальне обстеження хворого, підготовку їх до операції, післяопераційне ведення в спеціалізованих відділеннях інтенсивної терапії та реанімації. Для надання екстреної хірургічної допомоги встановлюють цілодобове чергування хірургів, анестезіологів і операційних медичних сестер.

Успіх хірургічної допомоги визначається спільною роботою амбулаторно-поліклінічних ХВ та хірургічних стаціонарів.

При обласних лікарнях організовано цілодобове чергування санавіації, що дає можливість здійснювати велику консультаційну роботу і надавати екстрену хірургічну допомогу в міських і районних лікарнях за викликом.

Онкологічних хворих, як правило, лікують в онкологічних диспансерах.

Хірургічна допомога також надається в клініках науково-дослідних інститутів хірургії, інститутів вдосконалення лікарів, травматології, урології, онкології, нейрохірургії, гематології, туберкульозу, ендокринології, де, крім того, проводиться розробка хірургічних проблем, оцінюється ефективність нових способів діагностики та лікування хірургічних захворювань, проводяться наукові конференції, симпозиуми, конгреси.

**Організація роботи ХВ стаціонару.** Відділення хірургічного профілю повинні розміщуватися в одному корпусі з приймальним відділенням, операційним блоком, відділенням інтенсивної терапії та реанімації, оскільки вони функціонально залежні одне від одного. Палатні відділення організовуються на 60 і більше ліжок. Відділення слід планувати з двох непрохідних секцій, які відділяються холом. В секції повинно бути 30 ліжок. В палатній секції передбачають: пост чергової медсестри (4 м<sup>2</sup>), маніпуляційну (18 м<sup>2</sup>), перев'язувальну (22 м<sup>2</sup>), їдальню (з числом місць не менше 50% від кількості ліжок), приміщення для сортування та тимчасового зберігання брудної білизни, предметів прибирання (15 м<sup>2</sup>), ванну (12 м<sup>2</sup>), клізмову (8 м<sup>2</sup>), вбиральні (чоловіча, жіноча, для медперсоналу). Поруч з цим у відділенні необхідні кабінет завідувача (12 м<sup>2</sup>), ординаторська (10 м<sup>2</sup> + на кожного лікаря, більше одного додатково 4 м<sup>2</sup>), кімната старшої медсестри (10 м<sup>2</sup>) та сестри-господарки (10 м<sup>2</sup>). В клініках передбачають кабінети професора, доцента, асистентів і учбові кімнати на 10 – 12 чоловік.

Палата – основне місце перебування хворого в лікувальному закладі. В палатах ХВ на одне ліжко відводять 7 м<sup>2</sup>. Більшість палат в секції планують на 4 ліжка, дві – на 2 ліжка та дві – одномісні. Оптимальне число ліжок в палаті – 3. Перед входом у палату планують шлюз, де розміщені вбудовані індивідуальні шафи хворих, вхід у туалет із вмивальником, ванною або душем. Палати забезпечують ліжками металічної конструкції, до яких можна прикріпити штатив для переливання і пристосування для скелетного витягу. Більшість ліжок повинні бути функціональними. Інтер'єр палати доповнюють приліжковими тумбами, загальним столом, стільцями, кошиком для паперів. Температура в палаті повинна бути на рівні 20°С. Оптимальна вологість повітря складає 50 – 60%, швидкість руху повітря близько 0,15 м/с. Палати повинні

бути добре освітлені природнім світлом, орієнтація вікон не повинна бути на північ. Співвідношення площі вікон і підлоги повинна бути 1:6. Передбачають загальне і місцеве електричне освітлення. Біля кожного ліжка розміщують систему виклику палатної медсестри. Пост палатної медсестри розміщують в коридорі так, щоб забезпечити гарний огляд палат. Пост розміщують в центрі секції. Він обладнується шафами для зберігання медикаментів, інструментів, предметів догляду і документації (листи лікарських призначень, передачі чергувань і т.д.). При розміщенні пацієнтів слід враховувати особливості контингенту, повинні бути виділені чисті і гнійні відділення. Це робить лікування більш ефективним, а головне попереджує ускладнення. ХВ слід забезпечити примусовою вентиляцією, а окремі приміщення приточно-втяжною вентиляцією або кондиціонованим повітрям.

Приміщення ХВ підлягають вологому прибиранню з використанням дезінфікуючих засобів двічі на добу: вранці після підйому хворих та ввечері перед сном. Один раз на місяць слід проводити генеральне прибирання з вологою дезінфекцією матраців та подушок. Щомісяця слід проводити забір повітря для бактеріологічного дослідження.

Кожне ХВ має розклад дня, який спрямований на створення раціональних умов роботи медичного персоналу і оптимальних умов для виздоровлення хворих.

Одним із напрямків сучасної хірургії є профілактична її спрямованість. Проведення різних профілактичних оглядів серед населення, на підприємствах, в установах і поліклініках, та диспансеризація дозволяють значно поліпшити наслідки хірургічного лікування і запобігти багатьом ускладненням.

## 1.2. Правові аспекти в діяльності медичної сестри

**1.2.1. Морально-правові норми.** Провести чітку межу між моральними та правовими нормами нерідко дуже складно, особливо в наш час. Однак нерідко моральні норми, обов'язки стають юридичними, правовими (наприклад, клятва медичного працівника).

Мораль та правова діяльність мають різний характер. Якщо право по відношенню до людини – сила зовнішнього примусу, то моральний аспект – це відповідальність не тільки перед іншими, а й перед самим собою, перед своєю совістю.

У юридичних документах, що регламентують права та обов'язки медичних працівників йдеться про необхідність удосконалення професійних знань, обов'язки зберігати лікарську таємницю (ЛТ), надавати першу невідкладну допомогу в дорозі, на вулиці, в інших громадських місцях, удома тощо.

**Лікарська таємниця – це правовий режим існування інформації, отриманої медичним працівником стосовно пацієнта у діагностиці, лікуванні чи реабілітації, обов'язок зберігати яку покладається також на інших осіб, яким зазначена інформація стала відомою під час виконання ними своїх професійних обов'язків.**

Розвиток новітніх інформаційних технологій, процеси глобалізації, універсалізації прав людини сьогодні є чинниками, що обумовлюють актуальність вивчення правових умов використання та поширення інформації про особу, створення ефективних механізмів захисту інформації.

Важливе значення має пролема захисту прав дитини, особливо, якщо ця дитина – пацієнт. Додатковим аргументом на користь актуальності дослідження права дитини-пацієнта на збереження ЛТ є набрання чинності для України Ковенції Ради Європи про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних (Конвенція від 28.01.1981 р. № ETS № 108) та Закону України «Про захист персональних даних» від 1.06.2010 р. № 2297-VI.

Важливо підкреслити, що право на збереження ЛТ змістовно пов'язують з правом на охорону здоров'я (ОЗд), правом на приватність (недоторканість приватного життя), правом на захист персональних даних.

Аналіз законодавства України свідчить, що визнання права людини на приватність здобуло свого закріплення на рівні Основного Закону. Відповідно до ст. 32 Конституції України (КУ), ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків передбачених КУ. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

Кожний громадянин має право знайомитися в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, установах та організаціях з відомостями про себе, які не є державною або іншою захищеною законом таємницею. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ОЗУОЗ) закріплюють найважливіші категорії (ОЗд), серед яких – права та обов'язки громадян у сфері реалізації конституційного права – права на охорону здоров'я.

Ст. 6 ОЗУОЗ закріплює перелік правових можливостей, пов'язаних з суб'єктивним правом на ОЗд. Вказана стаття розповсюджується і на пацієнта-дитину, але містить далеко не повний перелік прав дитини-пацієнта. Як міжгалузевий правовий інститут правовий статус дитини-пацієнта поєднує норми Цивільного кодексу України (ЦКУ), Кримінального кодексу України (ККУ), Сімейного кодексу України (СКУ), ОЗУОЗ, Законів України (ЗУ) «Про охорону дитинства», «Про захист прав споживачів» та інших правових актів. Відповідно до ст. 6 СКУ, правовий статус дитини має особа до досягнення нею повноліття.

Малолітньою вважається дитина до досягнення нею чотирнадцяти років. Неповнолітньою вважається дитина у віці від чотирнадцяти до вісімнадцяти років. Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, одержані при його медичному обстеженні (ст. 39-1 ОЗУОЗ та ч. 1 ст. 286 ЦКУ). Вказану медичну інформацію традиційно розглядають як змістовні складові ЛТ. ЗУ не містять вичерпного переліку відомостей, які утворюють зміст категорії ЛТ. Аналіз норм ст. 286 ЦКУ та ст.ст. 39-1, 40 ОЗУОЗ дає можливість визначити *об'єкт ЛТ*, який становить така інформація:

1. відомості про стан здоров'я пацієнта;
2. відомості про хворобу;
3. відомості про діагноз;
4. відомості, отримані при медичному обстеженні;
5. відомості про факт звернення за медичною допомогою;
6. відомості про огляд та його результати;
7. відомості про методи лікування;
8. відомості про інтимну та сімейну сторони життя, в т.ч. штучне запліднення жінок.

***Лікарська таємниця має дві сторони і включає в себе:***

1. Дані про хворого, його захворювання, інтимну і сімейну сторони життя, штучне запліднення жінок – усе це не підлягає оголошенню;
2. Міру поінформованості хворого про стан його здоров'я залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, його професії тощо.

***До основних суб'єктів збереження ЛТ належать такі:***

1. Особи з вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі, провізори);
2. Особи з середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти);
3. Молодший медичний персонал (санітарки, няньки);
4. Особи, що навчаються (студенти вищих та середніх навчальних медичних закладів освіти);
5. Немедичний персонал ЗОЗ (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб та ін.);
6. Працівники страхових організацій;
7. Посадові особи органів управління ОЗд (головні лікарі, директори, керівники структурних підрозділів міністерства та ін.);
8. Співробітники судових та правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків.

Якщо прийняти до уваги специфічний правовий статус дитини-пацієнта, то коло суб'єктів збереження ЛТ значно розширюється. Зокрема, аналіз норм СКУ свідчить, що за певних життєвих обставин інформація про стан здоров'я дитини на законних підставах може повідомлятися наступним особам (фізичним чи юридичним):

- Батьки, які виступають як законні представники дитини (у тому числі неповнолітні батьки, які мають такі ж права та обов'язки щодо дитини, як і повнолітні батьки, і можуть їх здійснювати самостійно (ст. 156 СКУ). Батьки зобов'язані піклуватися про стан здоров'я своїх дітей, їх фізичний та духовний розвиток, ведення ними здорового способу життя. У разі порушення цього обов'язку, якщо воно завдає істотної шкоди здоров'ю дитини, винні у встановленому порядку можуть бути позбавлені батьківських прав (ч. 1 ст. 59 ОЗУОЗ). За ст. 166 СКУ, у випадку позбавлення батьківських прав одного з батьків, останній перестає бути законним представником дитини.

- Якщо мати, батько дитини є неповнолітніми, бабуся, дідусь дитини з боку того з батьків, хто є неповнолітнім, зобов'язані надавати йому допомогу у здійсненні ним батьківських прав та виконанні батьківських обов'язків (ст. 16 СКУ).
- Бабуся та дідусь, повнолітні брати та сестри, інші родичі дитини, мачуха, вітчим, яким дитина може бути передана за їхньою заявою у випадку влаштування дитини, батьки якої позбавлені батьківських прав (ст. 167 СКУ);
- Опікуни та піклувальники, які можуть виступати як законні представники дитини.
- соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, інші уповноважені органи, суди загальної юрисдикції (куди дитина вправі особисто звернутися за захистом своїх прав, свобод і законних інтересів (ч. 4 ст. 10 ЗУ «Про охорону дитинства»). Відповідно до ст. 152 СКУ, дитина має право звернутися за захистом своїх прав та інтересів безпосередньо до суду, якщо вона досягла чотирнадцяти років.
- Посадові особи будинків дитини, дитячих будинків, шкіл-інтернатів, дитячих будинків сімейного типу (у разі передачі дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, під опіку чи піклування, влаштування в зазначені заклади) (ст. 24 ЗУ «Про охорону дитинства»).
- Посадові особи органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, працівники Міністерства внутрішніх справ України.
- Працівники органів соціального захисту населення, житлово-експлуатаційних організацій, навчальних закладів, громадяни та інші особи, яким стало відомо про факт залишення дитини без опіки (піклування) батьків, зобов'язані негайно повідомити про це органи опіки та піклування за місцем знаходження дитини.

Однак *якщо збереження ЛТ може нанести шкоду суспільству або особам, що оточують хворого, то про збереження її не може бути й мови*. З іншого боку, керівники ЗОЗ зобов'язані повідомляти дані про хворобу громадян органам ОЗд у випадках, коли цього потребують інтереси здоров'я населення, а слідчим і судовим органам – за їх вимогою. Аналіз ЗУ дає змогу визначити випадки, за яких ЛТ може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників, а саме:

1. в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини (ч. 2 ст.32 КУ);
2. в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку, з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету та неупередженості правосуддя (ч.ч. 2 і 3 ст. 34 КУ);

3. у випадку надання допомоги неповнолітньому, що не досягнув чотирнадцяти років з метою інформування його батьків (усиновлювачів) чи інших законних представників (ч. 2 ст. 285 ЦКУ; ч. 2 ст. 39, ч. 1 ст. 43 ОЗУОЗ);
4. при організації надання особі, що страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги (ч. 4 ст. 6 ЗУ «Про психіатричну допомогу»);
5. при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, ухиленні від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій встановленого переліку, з метою усунення підприємствами, установами й організаціями, за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні для оточуючих інфекційні хвороби, або осіб, які були в контакті з такими хворими, а також осіб, які ухиляються від проходження обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється центральним органом виконавчої влади в галузі ОЗд (ч. 2 ст. 26 ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб», п. 5 ч. 1 ст. 7 ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»);
6. у випадку надзвичайних подій і ситуацій, що становляють загрозу здоров'ю населення, санітарному та епідемічному благополуччю, з метою інформування органів, установ та закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ч. 2 ст. 26 ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб»; п. 6 ч. 1 ст. 7 ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»);
7. у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, з метою повідомлення про це батьків або інших законних представників зазначених осіб (ч. 2 ст. 8 ЗУ «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»).

Ухвалення та набуття чинності ЗУ «Про захист персональних даних» від 1.06.2010 р. № 2297-VI відкриває нову сторінку правової регламентації зберігання та поширення персональних даних, у тому числі – даних про пацієнта, що становлять ЛТ.

ЗУ «Про захист персональних даних» визначає, що суб'єкт персональних даних – це фізична особа, стосовно якої відповідно до закону здійснюється обробка її персональних даних. База персональних даних – іменована сукупність упорядкованих персональних даних в електронній формі та/або у формі картотек персональних даних.

Ключовою категорією цього Закону згода суб'єкта персональних даних – будь-яке документоване, зокрема письмове, добровільне волевиявлення

фізичної особи щодо надання дозволу на обробку її персональних даних відповідно до сформульованої мети їх обробки. Персональні дані, крім знеособлених персональних даних (тобто тих, з яких вилучено відомості, що дають можливість ідентифікувати особу), за режимом доступу є інформацією з обмеженим доступом.

Серед загальних вимог до обробки персональних даних виділяють наступні принципи:

- **законність** (обробка персональних даних здійснюється для конкретних і законних цілей, визначених за згодою суб'єкта персональних даних, або у випадках передбачених ЗУ, у порядку встановленому законодавством);
- **презумпція незгоди** (не допускається обробка персональних даних про фізичну особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини);
- **«принцип порівняльної цінності»** (якщо обробка персональних даних є необхідною для захисту життєво важливих інтересів суб'єкта персональних даних, обробляти персональні дані без його згоди можна до часу, коли отримання згоди стане можливим).

Особливі вимоги до обробки персональних даних – це вимоги, що стосуються певних груп персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я. Загальне правило сформульоване у ч. 1 ст. 7 ЗУ «Про захист персональних даних», і це правило – заборона обробки таких даних.

Водночас закон містить перелік юридичних фактів, з якими пов'язана можливість не застосовувати цю загальну заборону. Зокрема, заборона не застосовується, якщо обробка персональних даних (серед іншого):

- здійснюється за умови надання суб'єктом персональних даних однозначної згоди на обробку таких даних; необхідна для захисту інтересів суб'єкта персональних даних або іншої особи у разі недієздатності або обмеження цивільної дієздатності суб'єкта персональних даних;
- необхідна для обґрунтування, задоволення або захисту правової вимоги;
- необхідна в цілях ОЗд, для забезпечення піклування чи лікування за умови, що такі дані обробляються медичним працівником або іншою особою ЗОЗ, на якого покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних;
- стосується даних, які були оприлюднені суб'єктом персональних даних. Серед недоліків ЗУ «Про захист персональних даних» фахівці називають складність дотримання форми згоди суб'єкта персональних даних, необхідність надання великої кількості повідомлень, необхідність отримання згоди на обробку будь-яких персональних даних та інші.



Взаємовідносини медичної сестри і пацієнта є головним складником проблем медичної етики і деонтології. Цим пояснюється специфіка діяльності медичних працівників, адже хворий добровільно довіряє їм своє здоров'я та розкриває всі сторони свого життя.

**Експерименти на людях.** ОЗУОЗ уточнюють поняття експерименту на людях, тобто використання науково-обґрунтованих, але ще не допущених для широкого використання методів діагностики, лікування, профілактики, лікарських засобів. Регламентують їх застосування в інтересах зцілення хворого тільки лікарі, але лише за згодою пацієнта або його батьків, опікунів. Цих самих умов слід дотримуватись і в разі проведення складних хірургічних операцій. Проте невідкладні хірургічні втручання і складні методи діагностики можуть проводитися без згоди хворого, якщо запізнення в діагностиці або проведенні операції загрожують життю хворого.

**1.2.2. Відповідальність медичних працівників за скоєні вчинки.** Відповідальність медичних працівників за скоєні вчинки та дії може бути моральною, цивільною, адміністративною, дисциплінарною та кримінальною.

**Адміністративні основи права.** Адміністративне право, як і всі інші галузі права, сприяє ОЗд, встановлюючи відповідні обмеження з метою медико-санітарного забезпечення добробуту населення.

Особи, винні в порушенні вимог здорового способу життя, у невиконанні встановлених норм і стандартів, притягуються до адміністративної відповідальності, якщо в їхніх діях немає кримінального умислу.

Згідно з Кодексом України про адміністративні правопорушення, адміністративним правопорушенням визначається протиправна (умисна або необмежена) дія або бездіяльність, яка посягає на права та свободи громадян, державний або громадський порядок, власність, на встановлений порядок управління, за що законодавством передбачена адміністративна відповідальність.

Протиправну дію вважають адміністративним правопорушенням лише тоді, коли встановлено вину особи у його вчиненні і доведено причинний зв'язок між таким діянням і шкідливими наслідками, якщо такі настали.

Провина особи може виражатись у двох формах:

- з умислу;
- з необережності.

Вчиненим умисно адміністративне порушення визначають тоді, коли особа, яка його вчинила, усвідомлювала протиправний характер своєї дії чи бездіяльності, передбачала шкідливі наслідки і бажала їх або свідомо допускала настання цих наслідків.

Адміністративне правопорушення вважають вчиненим з необережності тоді, коли особа яка його вчинила, передбачала можливість настання шкідливих наслідків своєї дії чи бездіяльності, однак легковажно розраховувала на їх відвернення або не передбачала можливості настання таких наслідків, хоч повинна була і могла їх передбачити.

Необережність у різноманітній формі (самовпевненість, легковажність, недбалість, неухважність, необдуманість) може стати причиною багатьох порушень санітарно-епідеміологічних правил та ін.

Адміністративна відповідальність у галузі ОЗд настає в разі вживання наркотичних речовин, не призначених лікарем, скоєння дій, які сприяють розповсюдженню венеричних захворювань тощо (сімейна сестра не госпіталізувала інфекційного хворого, палатні сестри не проводять санітарно-протиепідемічні заходи та обов'язковий медичний огляд, не встановили карантин тощо).

**За адміністративні правопорушення застосовують такі адміністративні стягнення:**

1. попередження;
2. штраф;
3. тимчасовому звільненні від обов'язків за порушення правил, встановлених керівництвом ЗОЗ, не впровадження санітарно-протиепідемічних заходів тощо;
4. оплатне вилучення предмета, який став знаряддям вчинення або безпосереднім об'єктом адміністративного порушення;
5. конфіскація такого предмета або грошей, одержаних унаслідок вчинення правопорушення;
6. позбавлення спеціального права, наданого громадянину;
7. виправні роботи, адміністративний арешт.

**Цивільно-дисциплінарна відповідальність.** У системі ОЗд медичні працівники або організація несуть відповідальність у разі спричинення шкоди пацієнту у вигляді заподіяння каліцтва або іншого пошкодження, відшкодовують потерпілому заробіток, втрачений ним унаслідок втрати або зменшення працездатності, а також відшкодовують витрати на посилене харчування, протезування, сторонній догляд тощо. В усіх випадках потерпілий, якщо при цьому немає його вини, повинен отримати відшкодування збитків. Правові норми цивільного законодавства зобов'язують працівників ОЗд і практичних медичних працівників добре знати ці вимоги під час виконання своїх обов'язків і зіставляти правомірність своїх дій з чинним законом, щоб уникнути майнових наслідків.

Цивільна відповідальність полягає в застосуванні майнових санкцій (наприклад, відшкодування збитків за пошкодження лікарняного майна, за втрату працездатності хворим внаслідок неправильного лікування) і здійснюється в судовому, адміністративному та громадському порядку (товариський суд).

Дисциплінарна відповідальність передбачає застосування дисциплінарних стягнень (зауваження, догана, сувора догана, переведення на нижчеоплачувану роботу, звільнення, виключення з навчального закладу) за порушення трудової, службової, навчальної дисципліни, спізнення на роботу, прогули тощо.

**Кримінальне право.** Кримінальне право є системою юридичних норм, установлених Верховною Радою України, які визначають не лише підстави і принципи кримінальної відповідальності, а й те, які суспільно небезпечні

діяння є злочинами і які покарання можуть бути застосовані до осіб, які вчиняють злочин.

Кримінальну відповідальність медичні працівники несуть при навмисних злочинах передбачених статтею 8 кримінального кодексу: за ненадання допомоги хворому, кримінальний аборт, видачу фіктивних документів, неприпустимі експерименти на людях, порушення правил боротьби з епідеміями, правил виробництва, зберігання та видачі отруйних, сильнодіючих, наркотичних лікарських засобів.

Професійний злочин, пов'язаний з неухважним, халатним ставленням окремих медичних працівників до своїх обов'язків, називається службовим злочином.

Умовно всі злочини розділу ККУ «Злочини проти життя, здоров'я, волі і гідності особи», можна згрупувати так:

- злочини проти життя;
- злочини проти здоров'я;
- статеві злочини;
- злочини, що ставлять у небезпеку життя і здоров'я;
- посягання на особисту свободу;
- злочини проти честі і гідності особи.

***Деякі статті ККУ, що стосуються медичних працівників:***

- Кримінальна відповідальність за незаконне здійснення абортів медичним працівником.
- Ненадання допомоги хворому без поважних причин особою, яка повинна надавати її за законом, що призвело до тяжкого порушення здоров'я хворого. Такі дії караються виправними роботами до 2 років, а при тяжких наслідках – позбавленням волі на строк до 2 років.
- Неналежне виконання медичними, фармацевтичними працівниками або працівниками інших сфер своїх професійних обов'язків через недбале або несумлінне до них ставлення, що призвело до зараження особи вірусом імунодефіциту людини, карається позбавленням волі на строк до 5 років або виправними роботами на строк до 2 років із позбавленням права займати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років.
- Те саме діяння, якщо воно спричинило зараження вірусом імунодефіциту людини двох або більше осіб, карається позбавленням волі на строк до 8 років з позбавленням права займати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до 5 років (ст. 108-3 ККУ).
- Ст. 108-4 ККУ передбачає кримінальну відповідальність за розголошення відомостей про проведення медичного огляду на зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів: «Розголошення медичним працівником або іншою службовою особою відомостей про проведення медичного огляду особи на зараження вірусом імунодефіциту людини або захворювання на СНІД та його результатів, що стали їй відомі у зв'язку з виконанням професійних

або службових обов'язків, карається позбавленням волі на строк до 2 років або виправними роботами на той самий строк, або штрафом».

- Уведено кримінальну відповідальність у випадку, коли свідомо наражають іншу особу на небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини (позбавлення волі на строк 5 років), і за зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини особою, яка знала про наявність у неї інфекції, зумовленої цим вірусом.
- Порушення правил користування наркотичними, отруйними та сильнодіючими речовинами. Порушення чинних правил карається згідно зі ст. 229-1 ККУ.
- Службовий підлог: фальсифікація, видача свідомо неправдивих офіційних документів становлять вид злочину, який називається службовою підбуркою. В силу ст. 172 ККУ внесення посадовою особою в офіційні документи свідомо неправдивих документів, а також підбурка документів, якщо ці дії скоєні з корисливої мети чи іншого інтересу, карається позбавленням волі на строк до 2 років або позбавленням права займати визначені посади на строк до 3 років.

Крім того, *кримінальну відповідальність за різними статтями несуть особи у випадках:*

- порушення ветеринарних правил, що призвело до розповсюдження епізоотії або до інших тяжких наслідків;
- порушення обов'язкових правил, установлених, щоб запобігти епідемічним чи іншим захворюванням з метою боротьби з ними, якщо воно призвело до розповсюдження інфекційних захворювань;
- виготовлення і збут наркотичних та інших сильнодіючих та отруйних речовин;
- заняття лікарською справою як професією особою, що не має належної медичної освіти.

В умовах розвитку демократичного суспільства медичний працівник наділений великими правами й несе відповідальність не тільки перед хворими, а й перед суспільством в цілому. Вплив особистості медичного працівника на психіку хворого та на результат захворювання великий. Тому, довіряючи медичному працівникові найдорожче, що є в людини, – життя і здоров'я, люди повинні бути твердо впевнені в тому, що їм допомагають добрі, надійні й теплі руки. Чесне ім'я й авторитет медичних працівників кожного ЗОЗ – авторитет усієї медицини.

### **1.3. Особливості організації роботи медичних сестер в спеціалізованих хірургічних відділеннях**

*Медична сестра ХВ поліклініки.* У ХВ поліклініки медичній сестрі відводиться особлива роль. Вона повинна добре знати десмургію, володіти гіпсовою технікою, технікою ін'єкцій та внутрішньовенних інфузій, прийомами тимчасової зупинки кровотечі, знати методи стерилізації матеріалу та інструментів, проводити іммобілізацію кінцівок, робити перев'язки тощо.

Під час прийому хворих хірургом медична сестра виконує перев'язки, виписує направлення, довідки, листки тимчасової непрацездатності, веде журнали госпіталізації хворих і профілактичних щеплень. Крім цього, вона готує стерильний стіл з інструментами для операцій та перев'язок, проводить профілактику правця, бере участь в різних інструментальних дослідженнях, які проводить лікар. Сестра складає відомість про діяльність хірургічного кабінету. При наданні медичної допомоги вона виконує перев'язки та різні медичні маніпуляції згідно з призначенням лікаря. При відсутності спеціально виділеної операційної сестри медична сестра хірургічного кабінету виконує обов'язки операційної сестри.

Крім ведення необхідної медичної документації сестри спеціалізованих кабінетів мають виконувати спеціальні маніпуляції. Зокрема, сестра отоларингологічного кабінету проводить дослідження слуху, ольфактометрію, бере мазки із зіву, носу, зовнішнього слухового проходу, закапує краплі у вуха та порожнину носу, вводить у зовнішній слуховий прохід турунди з лікарськими засобами, продуває вуха, проводить масаж барабаних перетинок за допомогою пневматичної воронки, видаляє сірчані пробки з зовнішніх слухових проходів, промиває лакуни мигдаликів тощо.

Медична сестра офтальмологічного кабінету перевіряє гостроту зору, допомагає підбрати окуляри, вимірює внутрішньоочний тиск, перевіряє кольоровідчуття, поля зору, за допомогою медикаментозних засобів розширює зіниці. У разі необхідності медичні сестри беруть участь в складних апаратних дослідженнях хворих, видаляють сторонні тіла, надають допомогу при опіках і травмах очей. Вони також беруть участь у ранньому виявленні диспансерних хворих і активному спостереженні за ними.

Медична сестра урологічного кабінету проводить катетеризацію сечового міхура, промивання сечового міхура антисептичними розчинами, готує стерильний матеріал, інструменти та прилади для спеціальних досліджень, допомагає лікарю при інструментальних дослідженнях сечовивідних шляхів.

В інших кабінетах поліклініки медичні сестри також є активними помічниками лікарів. Вони ведуть медичну документацію, беруть участь в обстеженні та лікуванні хворих, як в умовах поліклініки, так і на лікарських ділянках.

#### ***Робота палатної сестри ХВ стаціонару. Основні напрямки роботи:***

- створення сприятливих умов для хворих;
- догляд і спостереження за ними;
- виконання лікарських призначень.

Сприятливі умови для стаціонарних хворих визначаються в основному матеріально-технічною базою лікарні. Однак від палатної сестри багато в чому залежить, якими будуть ці умови. Зокрема, вона може запропонувати раціональніше використання палат, розстановку лікарняного приладдя, меблів; передбачити створення затишку у відділенні – фіранки, гардини, кімнатні рослини, безумовно з дотриманням необхідних санітарно-гігієнічних вимог. Палатна сестра повинна утримувати у взірцевому порядку своє робоче місце, дбайливо ставитися до медичного та господарського оснащення відділення.

**Догляд за хворими** передбачає їх обслуговування медичним персоналом з метою забезпечення основних життєвих потреб. Часто завдяки доброму догляду вдається запобігти розвитку ускладнень. Загальний догляд за хворими здійснює в основному медична сестра, яка в разі необхідності, залучає до нього молодший медичний персонал. Догляд та спостереження за хворими включають комплекс заходів, спрямованих на полегшення стану хворого та забезпечення успіху лікування:

1. створення і підтримання належної санітарно-гігієнічної обстановки в палаті;
2. догляд за тяжкохворими і наданням їм необхідної допомоги у перестиланні ліжка, зміні положення тіла, протирання шкіри камфорним спиртом для запобігання пролежням, систематичні підмивання, вологі підмивання тіла, чищення зубів, полоскання рота, обрізання нігтів, миття рук, годування хворих;
3. вимірювання температури тіла вранці та ввечері із занесенням показників до температурного листка;
4. підрахунок ЧСС (пульсу) та частоти дихання за 1 хв;
5. вимірювання діурезу;
6. збирання матеріалів для аналізів згідно з призначеннями лікаря та доставка їх у лабораторію, вклеювання результатів аналізів до історії хвороби;
7. складання порційних вимог і нагляд за отриманням хворими призначеної дієти;
8. підготовка до відвідання хворими діагностичних та лікувальних кабінетів;
9. прийом хворих, які поступають на лікування;
10. перевірка проведеної у приймальному відділенні санітарної обробки хворих;
11. ознайомлення пацієнтів з правилами внутрішнього розпорядку і особистої гігієни;
12. ретельне виконання призначень лікаря тощо.

**Обстеження хірургічного хворого.** Важливою ланкою у процесі навчання є бездоганне знання методики дослідження хірургічного хворого та вміння його проводити. Методика дослідження хворого забезпечує сувору систематизацію і раціональне використання знань та досвіду під час розпізнавання захворювання. Будь-якого хворого слід обстежувати в суворій послідовності, не пропускаючи жодного, здавалося б незначного, моменту.

Найважливішим чинником, який визначає якість діагностичного процесу, кваліфікацію медичного працівника, є методичне дотримання послідовності, етапності, повноти обстеження хірургічного хворого. Неприпустимо під час обстеження нехтувати тим, чи іншим етапом, акцентувати увагу на допоміжних методах обстеження (ультразвукова діагностика (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), рентгенографія ОГК) і поверхово проводити клінічну діагностику. Це призводить до грубих

діагностичних помилок, неадекватної оцінки стану хворого, його органів та систем, що в подальшому породжує тактичні та лікувальні помилки.

Процес обстеження хірургічного хворого повинен включати такі основні етапи:

1. анкетні дані;
2. скарги хворого;
3. анамнез захворювання;
4. анамнез життя;
5. об'єктивне обстеження хворого за органами та системами;
6. обстеження місця захворювання;
7. обґрунтування попереднього діагнозу;
8. обґрунтування програми додаткових методів обстеження (лабораторних, рентгенологічних, інструментальних, ендоскопічних тощо);
9. обґрунтування кінцевого діагнозу.

**Умови необхідні для проведення обстеження хворого.** Оптимальним є огляд хворого в палаті, ординаторській або спеціально виділеному для обстеження кабінеті. Приміщення повинно бути теплим, гарно освітленим. Обов'язковим обладнанням кабінету мають бути кушетка, стілець, письмовий стіл, ваги, зростомір, столик для інструментів, негатоскоп. Кушетку слід розмістити так, щоб хворий під час обстеження лежав обличчям до лікаря «під праву руку». Для проведення обстеження необхідні стетофонендоскоп, апарат Ріва-Роччі, сантиметрова стрічка, шпатель, кутомір, дермограф. Здебільшого такі кабінети обладнують у приймально-діагностичному відділенні.

Під час надання медичної допомоги у разі невідкладних станів, ургентних ситуацій їх доводиться оглядати на ношах, каталці, в рентгенологічному кабінеті, що значно утруднює процес обстеження, але не повинно впливати на якість діагностики.

Розмову з хворим слід вести спокійно, врівноважено, з урахуванням його інтелекту, рівня культури та освіти, без грубих жартів, окриків. Медичний працівник не повинен показувати свого невдоволення, сердитися, коли, здавалося б, на просте запитання хворий не може відповісти, не припустимо при цьому займатися сторонніми розмовами з співробітниками, залишати хворого поза увагою. Під час обстеження в палаті краще залишатися з хворим наодинці.

**Скарги.** Слід детально з'ясувати, що турбує хворого.

**Основні скарги** – це скарги, які хворий виказує в першу чергу, самостійно, але часто вони виявляються шляхом активного опитування.

**Другорядні скарги** – скарги, отримані шляхом додаткового опитування хворого щодо органів та систем, при цьому не слід повертатися до тих органів та систем, на порушення яких хворий уже скаржився.

**Анамнез захворювання.** В анамнезі слід чітко, в хронологічній послідовності з'ясувати початок, розвиток і перебіг даного захворювання. Уточнити, коли воно виникло, як розвивалося, що було вірогідною причиною виникнення захворювання. Слід звернути увагу на проведені лікування даного

захворювання. Якщо хворий без свідомості, про розвиток хвороби уточнюють у родичів або осіб, що супроводжують його в лікувальний заклад.

**Анамнез життя.** Носить біографічний характер і висвітлює різні боки життя хворого. Розпочати слід з моменту народження хворого, відзначити матеріально-побутові умови протягом всього життя, психофізичний розвиток, час статевого дозрівання, умови трудової діяльності, сімейний стан, здоров'я дружини (чоловіка). У жінок вивчають акушерський та гінекологічний анамнез (час появи менструацій, їх перебіг, циклічність, кількість вагітностей, родів, абортів). З'ясовують про перенесені захворювання, особливо туберкульоз, венеричні та інфекційні захворювання, зокрема гепатит. Детально слід зупинитися на хірургічному, анестезіологічному, трансфузіологічному, алергологічному та спадковому анамнезі, наявності шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків).

**Об'єктивне обстеження.** Включає огляд, пальпацію, перкусію, аускульту, вимірювання. Його розпочинають з оцінки положення хворого, його зовнішнього вигляду, загального стану. Визначають і фіксують зріст, масу, будову тіла, стан харчування, свідомість, реакцію на оточуюче, настрій. Потім обстежують шкіру, видимі слизові оболонки, підшкірну жирову клітковину, лімфатичні вузли, щитоподібну залозу, грудну клітину, молочні залози та органи дихання, суглоби кістки, серцево-судинну систему, живіт та органи травлення з обо'язковим ректальним обстеженням, сечостатевої системи, нервово-психічний стан.

**Місцеві прояви хвороби (локальний статус).** Закінчують об'єктивне обстеження хірургічного хворого дослідження місцевого статусу, тобто власне того місця захворювання, котре є домінуюче і підлягає хірургічній корекції.

**Попередній діагноз.** Визначення попереднього діагнозу ґрунтується на даних основних скарг хворого, вивченні анамнезу, об'єктивного стану і дообстеження місця захворювання. При цьому іноді виставляється 1 – 2 – 3 діагнози або визначається на підставі декількох симптомів провідний синдром.

Після обґрунтування попереднього діагнозу, з метою підтвердження правильності зроблених висновків і розв'язання невирішених питань проводять диференціальну діагностику і визначають програму спеціальних методів дослідження: лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних, інструментальних. Мета цих досліджень полягає у встановленні кінцевого клінічного діагнозу, виявленні супутніх захворювань, оцінці функціональних резервів життєво важливих органів і систем, з'ясуванні операбельності, методу операції.

***Встановлення проблем пацієнта і формування сестринського діагнозу.***

**Актуальні проблеми.** Оцінка стану пацієнта виявляє деякі види діяльності, які людина може здійснювати самостійно. Часто людина прекрасно усвідомлює свої актуальні проблеми, де їй необхідна допомога, наприклад: біль, утруднене дихання, втрата ваги або поганий апетит. Крім цього, в пацієнта можуть бути проблеми, про які сестра не здогадується: можливо людина не вважає цю інформацію занадто особистою, щоб поділитися нею з ким-небудь, або просто боїться поділитися своїми здогадками. Сестра теж може виявити



проблеми, про які сам обстежуваний може не здогадуватися, наприклад, прискорений пульс або ознаки інфекції.

**Потенційні проблеми.** Крім цього, пацієнти можуть усвідомлювати потенційну небезпеку розвитку в них порушень здоров'я і можуть поводитися відповідним чином, щоб зводити небезпеку до мінімуму. Наприклад, людина, хвора на цукровий діабет, може дотримуватися визначеної обережності, щоб уникнути ускладнень. Аналогічним чином сестринська справа спрямована на зміцнення здоров'я і профілактику або мінімізацію виникнення будь-яких проблем, а сестра часто передбачає можливість їхньої появи.

Визначені дії сестер можуть запобігти або знизити небезпеку виникнення цих проблем. Важливо пам'ятати, що визначення потенційних проблем проводиться індивідуально для кожної конкретної людини. Наприклад, існує великий список проблем, які можуть виникнути у вагітних жінок. Ретельна індивідуальна оцінка допоможе акушерці провести межу між потенційними проблемами, які можуть виникнути у бідь-якої вагітної жінки, і конкретними проблемами, які можуть загрожувати окремо взятій жінці.

Для того, щоб залучити пацієнта до усвідомленої участі в реалізації плану догляду, важливо надати йому інформацію про потенційні проблеми і втручання, що передбачені для їхньої профілактики, або зведення до мінімуму.

В першу чергу слід встановити проблеми обстежуваного пацієнта. Проблеми пацієнта поділяються на існуючі та потенційні.

**Існуючі проблеми** – це проблеми, які турбують пацієнта в даний момент. наприклад: під спостереженням знаходиться пацієнт, що отримав травму хребта. Потерпілий знаходиться на суворому ліжковому режимі. Проблеми, які турбують пацієнта в даний час, – біль, стресовий стан, обмеження рухливості, дефіцит самодогляду і спілкування.

**Потенційні проблеми** – ті, які ще не існують, але можуть з'явитися з часом. У нашого пацієнта потенційними проблемами є поява пролежнів, пневмонія, зниження тону м'язів, запори, тріщини, геморой.

По-друге, встановити чинники, що сприяють розвитку або викликають ці проблеми.

По-третє, виявлення сильних сторін пацієнта, які сприяли б попередженню або вирішенню його проблем.

Оскільки у пацієнта в більшості випадків є декілька проблем, пов'язаних із здоров'ям, сестра не може приступити до їхнього вирішення одночасно. Тому для успішної допомоги пацієнтові медична сестра повинна розглядати їх з врахуванням пріоритетів.

Пріоритети класифікуються на первинні, проміжні і вторинні. Первинний пріоритет мають проблеми, які потребують негайного вирішення. Проблеми пацієнта з проміжним пріоритетом включають неекстримальні і безпечні для життя потреби хворого. Проблеми вторинного пріоритету – потреби пацієнта, які не мають прямого відношення до захворювання або прогнозу.

Наприкладі вище описаного пацієнта з існуючих проблем сестра повинна в першу чергу звернути увагу на больовий синдром, стрес – це первинні

проблеми, розміщені в порядку значимості. Вимушене положення тіла, обмеження дій, дефіциту самоогляду і спілкування – проміжні проблеми.

З потенційних проблем первинними є можливість появи пролежнів і нерегулярне випорожнення кишечника. Проміжними – пневмонія, зниження тону м'язів. При кожній виявленій проблемі медична сестра намічає собі план дій, не залишаючи без уваги і потенційні проблеми, тому що вони можуть перетворитися в явні.

**1.3.1. Сестринський діаноз.** Наступним завданням є формування сестринського діагнозу (СД). У 1973 році відбулася перша наукова конференція з проблем класифікації СД. Вперше класифікація СД була запропонована в 1986 році та доповнена в 1991 році. Всього перелік СД включає 114 основних найменувань.

**Сестринський діаноз – це визначення стану пацієнта, відносно здоров'я або хвороби, який медсестра здатна і уповноважена законом виправити.**

**Основні риси СД:**

1. визначення проблем пацієнта;
2. має причетність до стану здоров'я або потенційних проблем зі здоров'ям;
3. висновок, який є результатом визначення ознак і симптомів захворювання згідно з обраною сестринською моделлю;
4. ґрунтується на суб'єктивних та об'єктивних даних;
5. є відображенням судження медсестри про проблему;
6. стисле, чітке означення проблеми;
7. складається з двох частин, перша – характеризує реакції людини, друга – фактори, що їх зумовлюють (якщо вони відомі);
8. належить до функцій, які входять в компетенцію медсестри;
9. повинен підтверджуватися пацієнтом.

На відміну від лікарського діагнозу, СД спрямований на виявлення відповідних реакцій організму на захворювання (біль, гіпертермія, слабкість, занепокоєння ті ін.). Лікарський діагноз не змінюється, якщо не була допущена лікарська помилка. СД може змінюватися щодня і навіть протягом дня у міру того, як змінюються реакції організму на хворобу. Крім того, СД може бути однаковим при різноманітних лікарських діагнозах. Наприклад СД «страх смерті» може бути в пацієнта з гострим інфарктом міокарду, у пацієнтки з новоутвором молочної залози і т.п. Медична сестра розглядає не захворювання, а реакцію пацієнта на хворобу і його стан. Ця реакція може бути: фізіологічною, психологічною, соціальною, духовною. Наприклад, при бронхіальній астмі ймовірні СД: неефективне очищення дихальних шляхів, високий ризик задухи, знижений газообмін, розпач і безнадійність, пов'язані з тривалим хронічним захворюванням, недостатня самогігієна, почуття страху. СД при одному захворюванні може бути відразу декілька. Лікар знімає напад бронхіальної астми, встановлює її причини, призначає лікування, а навчити пацієнта жити з хронічним захворюванням – завдання медичної сестри.

## **Таксономія СД.**

### **1. Серцево-судинна система.**

- 1.1. Задишка.
- 1.2. Ядуха.
- 1.3. Виділення кров'янистого пінистого харкотиння.
- 1.4. Біль у грудях.
  - 1.4.1. Гострий стискаючий біль за грудиною.
  - 1.4.2. Гострий пекучий біль за грудиною.
  - 1.4.3. Постійний біль в ділянці серця.
- 1.5. Підвищення артеріального тиску (артеріальна гіпертензія).
- 1.6. Зниження артеріального тиску (артеріальна гіпотензія).
- 1.7. Запаморочення.
- 1.8. Знепритомніння.
- 1.9. Серцебиття.
- 1.10. Перебої в роботі серця.
- 1.11. набряки.
  - 1.11.1. Периферичний набряк.
  - 1.11.2. набряки тіла.
- 1.12. Стискаючий біль у потилиці.
- 1.13. блювання пов'язане артеріальною гіпертензією.
- 1.14. Носові кровотечі.
- 1.15. Ціаноз.

### **2. Дихальна система.**

- 2.1. порушення дихання.
  - 2.1.1. порушення вдиху.
  - 2.1.2. порушення видиху.
- 2.2. Задишка.
- 2.3. Ядуха, пов'язана з порушенням прохідності дихальних шляхів.
- 2.4. Кашель.
  - 2.4.1. Сухий кашель.
  - 2.4.2. Кашель з виділенням харкотиння.
  - 2.4.3. Кашель з виділенням гнійного харкотиння.
- 2.5. Біль у грудній клітині.
- 2.6. Важкість у грудній клітині.
- 2.7. Кровохаркання.
- 2.8. Легенева кровотеча.

### **3. Травна система.**

- 3.1. Нудота.
- 3.2. блювання.
  - 3.2.1. Одноразове.
  - 3.2.2. Багаторазове.
  - 3.2.3. Безперервне.
  - 3.2.4. Криваве блювання.
- 3.3. Відрижка.
- 3.4. Печія.

- 3.5. Гикавка.
- 3.6. Метеоризм.
  - 3.6.1. Загальний.
  - 3.6.2. Локальний.
- 3.7. Закреп.
- 3.8. Слиновиділення.
  - 3.8.1. Підвищене (гіперсалівація).
  - 3.8.2. Знижене (гіпосалівація).
- 3.9. Пронос.
  - 3.9.1. Без слизу, із слизом.
  - 3.9.2. Без крові, з кров'ю.
  - 3.9.3. Довготривалий.
- 3.10. Біль у животі.
  - 3.10.1. Біль в епігастрії.
  - 3.10.2. Біль у правому і лівому підребер'ях.
  - 3.10.3. Оперізуючий біль.
  - 3.10.4. Біль у правій і лівій здухвинній ділянці.
  - 3.10.5. Різкий біль із напруженням передньої черевної стінки.
  - 3.10.6. Постійний.
  - 3.10.7. Переймоподібний.
- 3.11. Печінкова коліка.
- 3.12. Гостра кровотеча.
  - 3.12.1. Шлункова.
  - 3.12.2. Кишкова.
- 3.13. Порушення апетиту.
  - 3.13.1. Відсутність апетиту.
  - 3.13.2. Зниження апетиту.
  - 3.13.3. Підвищення апетиту.
  - 3.13.4. Страх перед вживанням їжі.
- 3.14. Порушення смаку.
- 3.15. Жовтяниця.

#### **4. Система сечовиділення.**

- 4.1. Біль в поперековій ділянці.
- 4.2. Ниркова коліка.
- 4.3. набряки.
- 4.4. Зміни сечовиділення.
  - 4.4.1. Зменшення добового діурезу (олігурія).
  - 4.4.2. Припинення сечовиділення (анурія).
  - 4.4.3. Збільшення сечовиділення (поліурія).
- 4.5. Зміни моделі сечовиділення.
  - 4.5.1. Часте сечовипускання.
  - 4.5.2. Позірні позиви на сечовипускання.
  - 4.5.3. Гостра затримка сечовиділення.
  - 4.5.4. Ніктурія.
- 4.6. Болісне сечовипускання (дизуричний синдром).

- 4.7. Зміни кольору і прозорості сечі.
- 4.8. Диспепсичний синдром, пов'язаний з уремичною інтоксикацією.
- 4.9. Ниркова еклампсія.

**5. Ендокринна система.**

- 5.1. Спрага.
- 5.2. Ожиріння.
- 5.3. Виснаження.
- 5.4. Порушення росту.
  - 5.4.1. Карликовість.
  - 5.4.2. Гігантизм.
- 5.5. Порушення ковтання.
- 5.6. Пошкодження волосяного покриву.
- 5.7. Зміна кольору шкіри.
- 5.8. Витрішкуватість (екзофтальм).

**6. Опорно-рухова система.**

- 6.1. Біль у суглобах.
- 6.2. Припухлість суглобів.
- 6.3. Деформація суглобів.
- 6.4. Обмеження рухів у суглобах.
- 6.5. Біль у кінцівках.
- 6.6. Переміжна кульгавість.

**7. Нервова система, психічна діяльність.**

- 7.1. Головний біль.
- 7.2. Запаморочення.
- 7.3. Порушення сну.
  - 7.3.1. Безсоння.
  - 7.3.2. Порушення формули сну.
  - 7.3.3. Сонливість.
- 7.4. Тремор.
- 7.5. Порушення розумового процесу.
  - 7.5.1. Занепокоєння.
  - 7.5.2. Тривога.
  - 7.5.3. Страх.
  - 7.5.4. Плаксивість.
  - 7.5.5. Подразливість.
- 7.6. Зміна розумового процесу.
- 7.7. Судоми.
- 7.8. Парестезії.
- 7.9. Порушення свідомості.
  - 7.9.1. Ступор.
  - 7.9.2. Сопор.
  - 7.9.3. Кома.
- 7.10. Психомоторне збудження.
- 7.11. Маячення.
- 7.12. Депресивний стан.

- 7.13. Маніакальний стан.
- 7.14. Аутизм.
- 7.15. Напад істеричних проявів.
- 7.16. Патологічна реакція горя.
- 7.17. Високий ризик насилля, спрямованого проти інших осіб.
- 7.18. Високий ризик спрямованого на себе насилля.
- 7.19. Високий ризик травмування.
- 7.20. Статус конвульсійних нападів.
- 7.21. Відмова (або неможивість) вживати їжу.
- 7.22. Відмова від приймання ліків.

## **8. Органи чуття.**

- 8.1. Шум у вухах
- 8.2. Зниження слуху.
- 8.3. Порушення зору.
- 8.4. Втрата зору (сліпота).
- 8.5. Закладення вух.
- 8.6. Біль у вусі.
- 8.7. Гноетеча з вуха.
- 8.8. Закладення носа.
- 8.9. Виділення з носа
- 8.10. Носова кровотеча.
- 8.11. Зниження зору.
- 8.12. Біль в оці, свербіння.
- 8.13. Виділення з ока.
- 8.14. Диплопія (двоїння в очах).
- 8.15. Фотофобія (світлобоязнь).
- 8.16. Сльозотеча.

## **9. Репродуктивна сфера.**

- 9.1. Вагітність.
- 9.2. Ранній гестоз (блювання вагітних, слинотеча).
- 9.3. Пізній гестоз вагітних.
- 9.4. Загроза переривання вагітності.
- 9.5. Пологи (I, II, III періоди пологів).
- 9.6. Кровотечі в післяпологовий період.
- 9.7. Біль у молочній залозі.
- 9.8. Набряк молочної залози.
- 9.9. Гнійні виділення з піхви.
- 9.10. Нагноєння епізіотомної рани.
- 9.11. Нагноєння післяопераційної рани.
- 9.12. Тріщини сосків.
- 9.13. Випадіння статевих органів.
- 9.14. Маткова кровотеча.

## **10. Загальні реакції організму.**

- 10.1. Гіпертермія.
- 10.2. Гіпотермія.

- 10.3. Пітливість.
- 10.4. Мерзлякуватість.
- 10.5. Загальна слабкість.
- 10.6. Перевтома.
- 10.7. Зниження працездатності.
  - 10.7.1. Втрата працездатності.
- 10.8. Зміни шкіри і слизових оболонок.
  - 10.8.1. Висока ймовірність пролежнів.
  - 10.8.2. Пролежні.
  - 10.8.3. Зміни слизових оболонок рота.
  - 10.8.4. Післяопераційна рана.
  - 10.8.5. Травматичні ушкодження.

### **11. Зміни соціальної адаптації.**

- 11.1. Соціальна ізоляція.
- 11.2. Порушення соціальної взаємодії.
- 11.3. Порушення вербального спілкування.
- 11.4. Зміна рольової діяльності.

**1.3.2. Планування сестринської допомоги.** План догляду координує роботу сестринської бригади, сестринський догляд, забезпечує його наступність, допомагає підтримувати зв'язок з іншими спеціалістами і службами. Письмовий план догляду за пацієнтом зменшує ризик некомпетентного догляду. Це не тільки юридичний документ якості сестринської допомоги, але і документ, який дозволяє визначити економічні витрати, оскільки в ньому вказуються матеріали й обладнання, необхідні для виконання сестринського догляду. Це дає можливість визначити потребу в тих ресурсах, які використовуються найбільш часто й ефективно в конкретному лікувальному відділенні і установі. План обов'язково передбачає участь пацієнта і його сім'ї в процесі догляду. Він включає критерії оцінки догляду й очікуваних результатів. План догляду за пацієнтом являє собою докладне перерахування спеціальних дій медичної сестри, необхідних для проведення сестринського догляду, що записується в сестринську історію хвороби.

#### **Планування сестринської допомоги включає в себе:**

1. встановлення пріоритетів – після ретельного обстеження пацієнта виявляють проблеми, які потребують сестринської допомоги;
2. розробка результатів – добре написані результати сестринського процесу дозволяють визначити ефективність сестринських втручань (СВ);
3. розробка СВ – визначення способу СВ, що дозволяє допомогти пацієнту;
4. занесення плану в документи.

**Оцінка та здійснення плану СВ у ХВ.** Вибір найбільш ефективного та відповідного СВ залежить від:

1. точного визначення потреб людини;

2. розуміння того, що будь-який медичний діагноз і лікування можуть вплинути на людину і планований результат;
3. знання можливих видів СВ, які необхідні для вирішення конкретної проблеми.

**Основні характеристики втручань.** Бажано, щоб СВ мали такі характеристики:

1. Погоджувалися з планом догляду – СВ не повинні вступати в конфлікт з терапевтичними, рішеннями інших членів медичної бригади.
2. Ґрунтувалися на наукових принципах – наукове обґрунтування сестринської діяльності залежить від бази знань медсестри, яка включає в себе природничі та гуманітарні науки.
3. Були індивідуальні для кожної конкретної ситуації – медсестра підбирає підходи, які найбільш прийнятні для конкретних фізичних і емоційних потреб людини:

**Зосередження на етіологічних факторах.** Етіологічні фактори конкретизують походження реакції людини і забезпечують направлення конкретних СВ. Знання медсестрою пацієнта і його проблем визначає формулювання індивідуального СВ.

**Заохочення пацієнта.** Після встановлення СД за допомогою пацієнта формулюються результати заохочення пацієнта. Визначення цих результатів підвищує можливість індивідуалізації СВ. Таким чином, при формулюванні СВ необхідна участь пацієнта. Це підтверджує те, що заплановані втручання зрозумілі, прийнятні для пацієнта. Часто пацієнти більш активно приймають участь в догляді, якщо їх ідеї враховуються.

**Сильні і слабкі сторони.** При встановленні індивідуальних СВ необхідно враховувати сильні і слабкі сторони пацієнта і його сім'ї. Необхідно визначити ресурси пацієнта і використати їх при плануванні догляду. Сильні сторони можуть включати мотивацію, розум, підтримку сім'ї, економічні засоби. Необхідно визначити також слабкі сторони пацієнта. Відсутність мотивації, достанього рівня інтелекту, підтримки сім'ї, матеріальних засобів або освіти можуть служити факторами, які перешкоджають одужанню. Також до слабких сторін можна віднести хронічну хворобу, ослабленість, депресію, соціальну ізоляцію або мовний бар'єр.

**Терміновість і серйозність ситуації** впливає на СВ.

4. Використовували можливості навчання пацієнта. СВ, втягнуті в процес навчання, включають:
  - оцінка потреб пацієнта в навчанні;
  - визначення готовності пацієнта до навчання;
  - ідентифікація факторів, які впливають на здатність пацієнта до навчання;
  - розвиток індивідуальних, реальних та досяжних результатів;



- визначення стратегії допомоги пацієнту і сім'ї в досягненні бажаних результатів;
  - доступно і розумно розраховувати розхід матеріалу, використовуючи відповідні засоби;
  - оцінити прогрес пацієнта в досягненні результатів;
  - при необхідності змінити план.
5. Використовувалися для забезпечення терапевтичного та безпечного оточення. Створення безпечного середовища – це задоволення фізіологічних потреб пацієнта і захист від можливого пошкодження. Терапевтичне оточення використовує ефективні міжособисті стосунки для допомоги пацієнту в корекції змінених людських реакцій.

Фізіологічні потреби – повітря, їжа, відпочинок, вода – повинні бути задоволені раніше, ніж потреби більш високого рівня. Задоволення цих основних потреб забезпечується за допомогою сестринських і медичних втручань. Пацієнти, що зазнають особливого ризику пошкодження, – це діти, літні люди, ослаблені або ті, які перебувають під наркозом. Існує безліч сестринських дій для створення безпечного оточення таким людям. Найчастіше використовують наступні.

*Для літніх людей:*

- закріплювати при необхідності ременем;
- розмістити тумбочку так, щоб хворий міг її досягнути (для лежачого хворого);
- провести інструктаж про можливі місця ризику в будинку;
- допомогти пацієнту у ванній, ретельно перевіривши температуру води.

*Для дітей:*

- зробити будинок безпечним для дитини;
- піднімати бильце дитячого ліжечка;
- закріплювати сітку безпеки над дитячим ліжечком;
- не залишати небезпечні предмети там, де їх можуть досягнути діти.

*Пацієнт під анестезією:*

- перевіряти основні життєві параметри кожні 15 хв;
- тримати піднятими бокові поручні весь час;
- стежити за можливими ознаками блювання.

Терапевтичне оточення – СВ розробляються для визначення ефективних стратегій забезпечення, підтримання і збереження здоров'я. Втручання можуть забезпечувати лікування, оцінку, навчання, консультації.

6. Включали використання відповідних джерел. Медсестра повинна втраховувати реальні СВ в даній ситуації. Втручання повинні бути практичними щодо обладнання, фінансових факторів і людських ресурсів.

СВ повинні фіксуватися датою і підписом, повинні вказувати конкретні дії для досягнення бажаних результатів, повинні вказувати хто, що, де, коли, як, і як часто буде здійснювати зазначені дії, повинні бути розроблені індивідуально для пацієнта.

***Існують такі види СВ:***

1. ***незалежні*** – передбачає дії, які медсестра здійснює за власною ініціативою, керуючись власним розумінням, без прямої вимоги лікаря або вказівок інших спеціалістів (навчання пацієнта навичок самоогляду, розслаблюючий масаж, поради пацієнту щодо його здоров'я, організація дозвілля пацієнта, навчання членів сім'ї пацієнта методів догляду за хворим тощо).
2. ***залежні*** – виконуються на підставі письмових розпоряджень лікаря і під його спостереженням (підготовка пацієнта до діагностичних обстежень, виконання ін'єкцій, фізіотерапевтичних процедур тощо).
3. ***взаємозалежні*** – передбачає спільну діяльність медсестри з лікарем та іншими спеціалістами.

Здійснення СВ повинно завершуватися повним і точним занесенням у документацію подій, які відбулися.

***1.3.3. Поради щодо ведення документації.***

1. сестри повинні мати можливість безперервно звертатися до плану догляду за пацієнтом, щоб перевірити його, внести корективи і зміни, необхідність яких виникає на етапі здійснення сестринського процесу. З цієї причини план догляду знаходиться в пацієнта вдома або зберігається в тумбочці хворого в лікарні.
2. у документації, яка стосується етапу здійснення сестринського процесу, необхідно зазначити особу, яка здійснює догляд, дату і час надання допомоги. При веденні запису необхідно розмежовувати послуги, які роблять відповідно до плану допомоги, і всі види позапланового догляду.
3. сестри-керівники можуть сприяти зменшенню кількості зайвої інформації, яка підлягає реєстрації, шляхом виявлення потреб лікарень або органів охорони здоров'я у поставлених до документації вимогах.
4. здійснення догляду варто проводити систематично з метою координації сестринської допомоги з діяльністю інших працівників ОЗд.

***Послідовність оформлення документації про стан здоров'я хірургічного хворого.***

1. Медична карта стаціонарного хворого або історія хвороби (Ф № 003/0).
2. Медична карта амбулаторного хворого (Ф № 025/0).
3. Статистична карта вибулого з стаціонару (Ф № 166/0).
4. Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння (Ф №058-У).

5. Вимога рецепт для отримання наркотичних, отруйних, психотропних (згідно наказу МОЗ № 356 від 18.12.97) та інших лікарських речовин (згідно наказу МОЗ № 551-В від 19.10.98).
6. Журнал обліку медикаментів (згідно наказу МОЗ України № 117 від 30.06.94).
7. Журнал обліку (Ф № 10) наркотичних, отруйних, психотропних речовин (згідно наказу МОЗ № 356 від 18.12.97).
8. Журнал обліку спеціальних рецептурних бланків (Ф №3) для виписування наркотичних і психотропних речовин.
9. Журнал обліку прийому хворих у стаціонар (Ф №001/0).
10. Журнал відмов у госпіталізації (Ф №001-1/0).
11. Журнал обліку хворих яким надано лікувальну відпустку (Ф №001-2/0).
12. Первинний огляд анестезіолога та протокол загального знеболення (Ф №003-3/0).
13. Листок лікарських призначень (Ф №003-4/0).
14. Протокол переливання крові та її компонентів (Ф №003-5/0).
15. Температурний листок (Ф №004/0).
16. Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин (Ф №005/0).
17. Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару (Ф №007/0).
18. Журнал запису операційних втручань в стаціонарі (Ф №008/0).
19. Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин (Ф №009/0).
20. Листок основних показників стану хворого, який перебуває у відділенні (палаті) анестезіології та інтенсивної терапії (Ф №011/0).

**1.3.4. Оцінка ефективності сестринського процесу.** Метою оцінки ефективності сестринського процесу є оцінка реакції пацієнта на сестринський догляд, аналіз якості одержаної допомоги, оцінка отриманих результатів і підведення підсумків. Оцінка ефективності і якості догляду повинна проводитися старшою та головною медичними сестрами.

**Підсумкова оцінка плану догляду складається з чотирьох взаємозалежних складових:**

1. оцінка ходу роботи і її результатів в світлі бажаних результатів догляду;
2. визначення ефективності запланованого сестринського догляду;
3. подальша оцінка і планування у випадку невдачі в досягненні бажаного результату;
4. критичний аналіз ходу роботи і внесення необхідної корекції.

**При цьому аналізують наступні параметри:**

1. успішне просування пацієнта до запланованої мети і навпаки;
2. досягнення бажаних результатів і навпаки;
3. необхідність додаткової допомоги;
4. будь-які несподівані результати або незадоволені потреби, які були упущені при оцінці.

**Робота медичних сестер хірургічного відділення складається з таких основних видів діяльності:**

1. лікувальної:
  - проведення ін'єкцій;

- проведення інфузій;
  - катетеризацію сечового міхура;
  - ставлення клізми;
  - промивання шлунку;
  - ставлення банок, гірчичників;
  - вимірювання пульсу, тиску, температури тіла;
  - накладання пов'язок;
  - проведення перев'язок;
  - ставлення компресів;
  - участь в операціях;
  - догляд за тяжкохворими.
2. профілактичної:
- передстерилізаційне оброблення інструментів;
  - проведення стерилізації інструментів, гумових виробів, шовного матеріалу;
  - використання засобів індивідуального догляду;
  - дезінфекцію термометрів, суден тощо;
  - проведення гігієнічних заходів пацієнту;
  - гігієнічне утримання приміщень тощо;
3. санітарно-гігієнічної:
- дотримання санітарно-протиепідемічного режиму у відділенні;
  - приготування дезрозчинів;
  - проведення поточних та генеральних прибирань;
  - контролювання санітарно-гігієнічного режиму у відділенні;
4. просвітницької:
- проведення бесід;
  - читання лекцій;
  - підготовку санбюлетнів, брошур за певною тематикою;
5. організаційно-управлінської:
- підготовку робочого місця;
  - ведення документації з обліку руху хворих, стаціонарного журналу, температурного журналу, листів призначень, аптечного журналу, здавання зміни тощо;
  - ведення документації з обліку взяття крові на RW, біохімічне обстеження крові, переливання крові та її компонентів, відправлення біксів до центрального стерилізаційного відділення тощо;
  - виписування та отримання медикаментів тощо;
  - навчання санітарок;
6. господарської:
- своєчасне повідомлення про технічні недоліки у відділенні (стан освітлення, вентиляції, каналізації тощо) до господарчої служби та медтехніки;
  - забезпечення робочого місця медсестри усім необхідним тощо.

## 1.4. Основи законодавства України про охорону здоров'я (ОЗУОЗ)

**Ст. 1.** Законодавство України про ОЗд базується на КУ і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

**Ст. 4.** Основними принципами ОЗд в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини та громадянина в галузі ОЗд та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі ОЗд;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі ОЗд;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до ОЗд;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

**Ст. 6.** Кожний громадянин України має право на ОЗд, що передбачає:

а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;

б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;

в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;

г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;

д) кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу ОЗд;

е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;

і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;

й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників ОЗд можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина;

к) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в ЗОЗ, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

**Ст. 7.** Держава згідно з КУ гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі ОЗд шляхом:

в) подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України (КМУ);

г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в галузі ОЗд;

е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі ОЗд.

**Ст. 8.** Держава визнає право кожного громадянина України на ОЗд і забезпечує його захист.

**Ст. 10.** Громадяни України зобов'язані:

а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;

б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення;

в) подавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які знаходяться у загрозовому для їх життя і здоров'я стані;

**Ст. 15.** Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі ОЗд є МОЗ України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується КМУ. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ ОЗд Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації.

**Ст. 16.** Безпосередню ОЗд населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші ЗОЗ.

**Ст. 22.** Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про ОЗд, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі ОЗд, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

**Ст. 23.** Вищий нагляд за додержанням законодавства про ОЗд здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори.

**Ст. 25.** Держава забезпечує життєвий рівень населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання його здоров'я.

**Ст. 33.** Громадянам України надається лікувально-профілактична допомога поліклініками, лікарнями, диспансерами, клініками науково-дослідних інститутів та іншими акредитованими ЗОЗ, службою швидкої медичної допомоги, а також окремими медичними працівниками, які мають відповідну ліцензію.

**Ст. 34.** Лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником ЗОЗ чи його підрозділу. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.

Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку ЗОЗ, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

**Ст. 35.** Держава гарантує подання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога подається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

**Ст. 37.** Медичні працівники зобов'язані подавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими ЗОЗ незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат. У невідкладних випадках, коли подання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу.

**Ст. 38.** Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим в будь-якому державному ЗОЗ за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

**Ст. 39.** Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Медичний працівник

зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я.

Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.

**Ст. 39-1.** Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

**Ст. 40.** Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

**Ст. 42.** Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

**Ст. 43.** Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.

У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання – засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування. Якщо



відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

**Ст. 46.** Здавання крові, її компонентів для подальшого використання їх для лікування, виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання в наукових дослідженнях здійснюється повнолітніми дієздатними фізичними особами добровільно. Забороняється насильницьке або шляхом обману вилучення крові у фізичної особи з метою використання її як донора.

**Ст. 50.** Операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки у акредитованих закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів.

У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів.

**Ст. 52.** Медичні працівники зобов'язані подавати медичну допомогу у повному обсязі хворому, який знаходиться в критичному для життя стані. Активні заходи щодо підтримання життя хворого припиняються в тому випадку, коли стан людини визначається як незворотня смерть. Порядок припинення таких заходів, поняття та критерії смерті визначаються МОЗ України відповідно до сучасних міжнародних вимог. Медичним працівникам забороняється здійснення еутаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань.

**Ст. 77.** Медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;

б) належні умови професійної діяльності;

в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;

г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;

д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;

е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

є) соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

ж) встановлення у державних ЗОЗ посадових окладів (тарифних ставок) на основі Єдиної тарифної сітки;

з) скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

и) пільгові умови пенсійного забезпечення;

і) пільгове надання житла та забезпечення телефоном;

ї) безплатне користування житлом з освітленням і опаленням тим, хто проживає і працює у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними та фармацевтичними працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту.

к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

л) судовий захист професійної честі та гідності;

м) безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, розташованих на території відповідної ради, із земель сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, що приватизуються, або земель запасу чи резервного фонду, але не більше норм безоплатної передачі земельних ділянок громадянам, встановлених законом для ведення особистого селянського господарства.

н) лікарі дільничних лікарень, головні лікарі та лікарі амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, дільничні медсестри територіальних ділянок поліклінік (поліклінічних підрозділів) та дільничні медичні сестри амбулаторій, лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини, завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, керівники амбулаторій та відділень сімейної медицини, лікарі (старші лікарі) та середній медичний персонал виїзних бригад станцій і відділень швидкої та невідкладної медичної допомоги, станцій санітарної авіації та відділень планової та екстреної консультативної допомоги – за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні. При цьому зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку у межах існуючих норм.

**Ст. 78.** Медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані:

а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;

б) безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;

в) поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;

г) дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати ЛТ;

д) постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;

е) подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам ОЗд.

**Ст. 80.** Особи, винні у порушенні законодавства про ОЗд, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

**Декларація про права хворого.** У 1981 році в м. Лісабон (Португалія) 34-ою *Всесвітньою Медичною асамблеєю* прийнята *Декларація про права хворого*. Згідно якої лікар повинен діяти в інтересах хворого згідно своєї совісті враховуючи юридичних, етичних та практичних норм тієї країни, де він практикує. Діюча Декларація затверджує основні права, якими, з точки зору медичного суспільства, повинен користуватися кожен хворий. Якщо в якійсь країні положення законодавства або дії уряду перешкоджають реалізації нижче перерахованих прав, то лікарі повинні прагнути всіма доступними засобами встановити їх та забезпечити їх виконання. ***Основні положення Декларації про права хворого:***

1. хворий має право на вибір лікаря;
2. хворий має право отримувати допомогу лікаря незалежно від сторонніх впливів в своїх професійних медичних та етичних рішеннях;
3. хворий має право, отримуючи адекватну інформацію, погодитися на лікування або відмовитися від нього;
4. хворий має право розрахувати на те, що лікар буде відноситися до всієї медичної та особистої інформації, довіреної йому, як конфіденційної;
5. хворий має право померти гідно;
6. хворий має право користуватися духовною або моральною підтримкою, включаючи допомогу представника будь-якої релігійної конфесії, або відхилити її.

### ***Виписка з Декларації прав пацієнта.***

**Ст. 1.** Хворим вважається будь-яка людина, яка звернулася за медичною допомогою, незалежно від стану свого здоров'я, та наявності якого-небудь захворювання. Поняття медичної допомоги включає в себе заходи, направлені на діагностику, лікування та профілактику хвороби (хвороб), а також догляд та надання медичної інформації.

**Ст. 2.** Інтереси хворого вище інтересів суспільства та науки. Кожен хворий має право на повагу до себе. Відносини між хворим та лікарем повинні формуватися на принципах толерантності, взаєморозуміння та з виконанням прав та основних свобод кожної із сторін.

**Ст. 3.** Кожен хворий має право на кваліфіковану медичну допомогу в тому обсязі, який відповідає загальному стані його здоров'я, нозологічній формі та ступеню важкості хвороби (хвороб), а також ступеню обмеження можливостей хворого реалізувати свої можливості обумовлені хворобою (хворобами), але не менше обсягу необхідної медичної допомоги.

**Ст. 4.** Об'єм обов'язкової медичної допомоги при будь-якій хворобі (хворобах) повинен співпадати з рівнем розвитку сучасної медицини, включати

в себе методи з доведеною ефективністю та безпечністю й повинен бути закріплений нормативними актами МОЗ України та місцевих (міських, обласних та регіональних) органів ОЗд. Обсяг обов'язкової медичної допомоги не обмежує лікаря в його діях, направлених на збереження та зміцнення здоров'я хворого, а лише визначає той мінімальний обсяг медичної допомоги, який повинен бути йому наданий.

**Ст. 5.** Кожен хворий має право на безкоштовну медичну допомогу в державних та муніципальних ЗОЗ за рахунок коштів згідно бюджету та інших надходжень в рамках об'єму обов'язкової медичної допомоги. Невідкладна медична допомога надається хворому безкоштовно всіма медичними закладами та спеціалістами, незалежно від місця роботи останніх, в повному обсязі та до тих пір, поки зберігається загроза життю хворого.

**Ст. 6.**

1. Кожен хворий має право на повну та вичерпну інформацію відносно стану свого здоров'я, включаючи діагноз, інформацію про існуючі методи профілактики, діагностики та лікування з обов'язковим поясненням показів та протипоказів для кожного методу, оцінку ризику можливих ускладнень та побічних дій того або іншого лікарського втручання і прогноз.
2. Інформацію про стан здоров'я хворого повинна надаватися в делікатній та доступній для нього формі.
3. Кожен хворий має право на повну або часткову відмову від надання інформації відносно стану здоров'я.
4. У випадках, коли в наявності є поважні причини, що надана інформація відносно стану здоров'я хворого в поному обсязі може не стільки принести користь хворому, скільки нанести йому серйозну шкоду, допускається обмеження інформації, але тільки тієї частини, яка представляє реальну загрозу для здоров'я та життя хворого.
5. Інформація відносно стану здоров'я хворого є конфіденційною і не може бути представлена третім особам без згоди самого хворого, навіть після його смерті.
6. У випадку злякисного або важкого протікання захворювання, а також у випадку швидкого несприятливого кінця інформація відносно стану хворого має бути представлена його найближчим родичам або іншим особам, які проявляють увагу про хворого.

**Ст. 7.**

1. Кожен хворий має право на повну або часткову відмову від запропонованої медичної допомоги, при умові, що йому були пояснені наслідки цього кроку.
2. Повна або часткова відмова хворого від запропонованої медичної допомоги не може бути причиною обмеження його в правах, переданих діючою Декларацією і не повинен впливати на взаємовідносини лікаря та хворого.

3. Здійснення права на повну або часткову відмову від запропонованої медичної допомоги має бути обмежено у випадках, передбачених законодавством з ціллю захисту здоров'я, прав та законних інтересів я самого хворого, так і інших осіб.

**Ст. 8.**

1. Участь хворого в біомедичних обстеженнях допускається тільки з його інформованої згоди, для задоволення якої хворому повинна бути представлена повна та достовірна інформація про цілі та задачі обстеження, про показники та застереження використання методу, який вивчається або лікарського препарату, також хворий повинен бути проінформований про можливі наслідки своєї участі в експерименті.
2. Кожен хворий має право на відмову від участі в біомедичних обстеженнях, навіть якщо вони сумісні з наданням медичної допомоги.
3. Відмова хворого від участі в біомедичних обстеженнях не може бути причиною обмеження його в правах, передбачених Декларацією і не повинен впливати на взаємовідносини лікаря та хворого.
4. У випадку, якщо методика біомедичного обстеження не передбачає проінформованої згоди хворого на участь в експерименті, необхідність обмеження права хворого на інформацію повинна бути розглянута незалежною експертною комісією та оформлена згідно з законодавством.

**Ст. 9.** Кожен хворий має право на повторне обстеження і на повторну консультацію спеціаліста (спеціалістів), якщо результати попередніх обстежень та консультацій не дозволяють йому дати інформовану згоду на надання медичної допомоги.

**Ст. 10.** Звернення хворого за альтернативною медичною допомогою не може бути причиною обмеження його в правах, не переданих діючою Декларацією і не повинно впливати на взаємовідносини лікаря та хворого.

**Ст. 11.** Кожен хворий має право на інформацію відносно своїх прав та методів їх захисту.

**Ст. 12.** У випадку неповноліття хворого здійснення його прав викладених в діючій Декларації, переходять до його батьків або до інших осіб, які піклуються про хворого згідно з законом.

**Ст. 13.**

1. Нічого в діючій Декларації не може бути пояснено як надання будь-якій особі або групі осіб права здійснювати якість дії направлені на обмеження прав, виголошених в діючій Декларації, в більшій, ніж це передбачається законодавством.
2. В рівній мірі нічого в діючій Декларації не може бути розтлумачено, як забезпечення або обмеження загальноновизнаних прав або свобод людини, незалежно від того чи є він хворим чи ні.

**Ст. 14.** Діюча Декларація належить періодичному перегляду з внесенням доповнень та змін, згідно рівню розвитку суспільства та медицини, але тільки в бік розширення та збільшення виголошених в Декларації прав хворого.

## Питання до самоконтролю:

1. Організація хірургічної допомоги.
2. Структура хірургічного відділення поліклініки.
3. Які хірургічні втручання дозволено виконувати у хірургічному відділенні поліклініки?
4. Пацієнтів з якими новоутворами слід направляти в стаціонар для операції, незважаючи на невеликий об'єм операційного втручання?
5. Покази до екстренної госпіталізації у хірургічний стаціонар.
6. Покази до планової госпіталізації в хірургічний стаціонар.
7. Покази до госпіталізації в денний стаціонар хірургічного відділення поліклініки.
8. Пацієнти з якими хірургічними захворюваннями потребують диспансеризації?
9. Назвіть три типи відділень в яких надають стаціонарну хірургічну допомогу?
10. По яким основним принципам організовують спеціалізовані хірургічні відділення?
11. Яка кількість ліжок у загальнохірургічних і спеціалізованих хірургічних відділеннях?
12. Структура загальнохірургічного відділення.
13. Дайте визначення лікарської таємниці.
14. Адміністративна відповідальність в медицині.
15. Які покарання встановлюють за адміністративні порушення?
16. Як умовно поділяють злочини в медицині, які передбачають кримінальну відповідальність?
17. За які злочини в галузі охорони здоров'я передбачена кримінальна відповідальність?
18. Основні принципи охорони здоров'я України («Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992)).
19. Яка види відповідальності медичних працівників передбачені за скоєні вчинки та дії?
20. В чому полягає цивільна відповідальність?
21. В чому полягає адміністративна відповідальність?
22. В чому полягає дисциплінарна відповідальність?
23. В чому полягає кримінальна відповідальність?
24. Дайте визначення службового злочину.
25. Які основні етапи повинен включати процес обстеження хірургічного хворого?
26. Умови необхідні для проведення обстеження хворого.
27. Дайте визначення основних та другорядних скарг.
28. Дайте визначення актуальних проблем пацієнта.
29. Дайте визначення потенційних проблем пацієнта.
30. Дайте визначення сестринського діагнозу.
31. Назвіть основні риси сестринського діагнозу.

32. Які аспекти включає в себе планування сестринської допомоги?
33. Від чого залежить вибір найбільш ефективного сестринського втручання?
34. Основні характеристики сестринських втручань.
35. Назвіть види сестринських втручань.
36. Назвіть основні поради щодо ведення сестринської документації.
37. Які основні взаємозалежні складові підсумкової оцінки плану догляду?
38. Які параметри аналізують при підсумковій оцінці плану догляду?
39. Назвіть функціональні обов'язки постової медичної сестри хірургічного відділення.
40. Основні види діяльності медичної сестри хірургічного відділення.
41. Функціональні обов'язки операційної медичної сестри
42. Основна медична документація, що свідчить про стан здоров'я хірургічного хворого.
43. В якому році відбулася перша наукова конференція з проблем класифікації сестринських діагнозів?
44. В якому році вперше запропонували класифікацію сестринських діагнозів?

## Лекція № 2

### Передопераційний період

#### 2.1. Діяльність медсестри-бакалавра в передопераційному періоді

**Операція – це стресовий стан, який спричинює як фізіологічні (нейроендокринні відповіді), так і психологічні (страх, побоювання тощо) стресові реакції, внаслідок яких завжди з'являється психологічне навантаження та навантаження на ендокринну систему пацієнта.**

Таким чином при будь-якому операційному втручанні у пацієнтів виникають психологічні та фізіологічні зміни в організмі. Крім того, операція – це й соціальний стрес, оскільки вона потребує тривалих змін у сім'ї хворого, адаптацію всіх її членів. Отже, операція завжди є випробуванням і для пацієнта, і для його родини.

**Передопераційний період – це час від моменту прийняття рішення, за згодою хворого, щодо проведення операції, до початку її виконання.**

Він поділяється на діагностичний етап, під час якого уточнюють діагноз, визначаються стан органів та систем організму, показання до операції, і на етап доопераційної підготовки.

Розрізняють **дві фази передопераційного періоду:**

- амбулаторну;
- стаціонарну.

В амбулаторну фазу передопераційного періоду з пацієнтом працює медсестра хірургічного кабінету поліклініки, у стаціонарну – медсестра приймального та хірургічного відділень.

**Мета передопераційного періоду:** підвищення резервних можливостей організму, попередження ускладнень і зменшення ризику операції.

**Головні завдання передопераційного періоду:**

1. поставити діагноз і уточнити показання, виявити протипоказання до операції, визначити метод операції і вибрати спосіб знеболювання;
2. виявити наявні ускладнення і супутні захворювання;
3. визначити стан і ступінь неповноцінності функцій органів і систем організму;
4. провести лікувальні заходи, які поліпшують порушені функції органів і систем організму, вилікувати супутні захворювання і ускладнення;
5. створити функціональні резерви органів і систем організму, збільшити імунологічні сили організму;
6. провести заходи, спрямовані на зменшення небезпеки інфікування операційної рани (гоління, ванна, клізма тощо).

Тривалість передопераційного періоду залежить від важкості хвороби і віку хворого, характеру захворювання, стану функцій життєво важливих органів і характеру майбутньої операції. Підготовка до планової операції суттєво відрізняється від підготовки до екстреної операції. Перед плановою операцією обстежують всі системи та органи хворого з метою виявлення явних



або прихованих патологічних процесів. Після цього призначають відповідне лікування для максимально можливої нормалізації функцій організму, підвищення його резервних можливостей. Для більш кваліфікованого обстеження хворих, інтерпретації отриманих результатів та призначення лікування при потребі проводять консультації вузьких спеціалістів, наприклад кардіолога, пульмонолога, отоларинголога, гастроентеролога, невропатолога, гінеколога, уролога та ін.. Термін підготовки до планової операції не обмежений.

При екстрених операціях проводять тільки найнеобхідніші обстеження, які сприяють встановленню або підтвердженню діагнозу, а також визначенню функціонального стану життєво важливих органів – серця, легень, нирок. Все це дає змогу можливість вибрати безпечний спосіб знеболювання, визначити оптимальний спосіб операційного втручання. Вся підготовка до екстреного операційного втручання при встановленому діагнозі повинна бути скорочена до мінімуму (20 – 60 хв).

У процесі обстеження необхідно з'ясувати чи немає у хворого підвищеної чутливості до лікарських засобів (препаратів йоду, новокаїну, антибіотиків). Істотне значення має вік хворого. Післяопераційна летальність осіб літнього та похилого віку порівняно з такою у хворих молодого віку є істотно вища. Слід враховувати також і стать пацієнта. Жінки легше, ніж чоловіки, переносять крововтрату, операції на органах черевної порожнини. Однак під час менструації і в період вагітності їхній організм ослаблений і схильний до післяопераційних ускладнень. Тому таких жінок оперують лише по життєвим показам.

Необхідно звертати увагу на наявність хронічного отруєння алкоголем, нікотином та наркотиками. Алкоголь викликає деструктивні зміни в паренхіматозних органах (печінка, нирки), спричиняє декомпенсацію серцевої діяльності, порушення роботи центральної нервової системи (психози). Особи, що курять, нерідко хворіють на хронічний бронхіт, емфізему легень. Для профілактики післяопераційної пневмонії їм забороняють куріння, призначають відхаркувальні засоби, дихальну гімнастику. Наркотичні засоби зменшують опірність організму до інфекційних чинників.

До хвороб, що збільшують ризик операції належать цукровий діабет, туберкульоз, сифіліс, гемофілія. При цукровому діабеті слід проводити корекцію гіперглікемії (інсулінотерапія, дієта), при активному туберкульозі операцію проводять лише за життєвими показами. При гемофілії в передопераційному періоді призначають препарати вітаміну К (вікасол), Р (рутин, аскорутин), антигемофільну плазму, кріопреципітат, свіжозаморожену плазму.

### **2.1.1. Алгоритм роботи медичної сестри хірургічного кабінету поліклініки:**

#### **1. виписати направлення пацієнтові:**

- до лабораторії (загальний аналіз крові та сечі, кал на яйця гельмінтів);

- до рентгенкабінету;
  - до кабінету функціональної діагностики;
  - до маніпуляційного кабінету (цукор крові, біохімія крові, коагулограма, кров на RW, СНІД);
  - до гінеколога, проктолога, уролога;
2. дати рекомендацію про санацію ротової порожнини;
  3. пояснити, для чого слід повторно звернутися до хірурга з результатами обстежень;
  4. отримати підтвердження згоди пацієнта на операцію;
  5. з'ясувати дату госпіталізації пацієнта (вказує лікар);
  6. виписати направлення на госпіталізацію (підписує лікар);
  7. пояснити пацієнтові:
    1. дату госпіталізації;
    2. місцезнаходження приймального відділення;
    3. які документи необхідно взяти для госпіталізації (направлення до стаціонару, результати аналізів, амбулаторну картку);
    4. які предмети особистої гігієни взяти з собою (зубну щітку, пасту, мило тощо), за бажанням – особистий посуд (ложку, виделку, чашку);
    5. де буде зберігатися одяг, хто його забирає;
    6. про необхідність (за можливості) забезпечення бесіди родича з лікарем у день госпіталізації для вирішення додаткових умов обстеження і подальшого лікування.

### **2.1.2. Алгоритм роботи медичної сестри приймального відділення:**

1. записати пацієнта в журнал прибулих хворих та в алфавітний журнал;
2. запропонувати пацієнтові зняти верхній одяг, з'ясувати, чи залишиться одяг у лікарні;
3. опис верхнього одягу зробити в двох примірниках, які підписують: з однієї сторони – медична сестра, з іншої – сам хворий або хтось з його родичів, якщо хворий не може цього зробити (один примірник віддають на склад з речами, інший – підклеюють до картки стаціонарного хворого);
4. пацієнта слід обстежити на педикульоз, коросту;
5. виміряти артеріальний тиск, пульс, антропометричні дані, температуру тіла – дані занести до картки стаціонарного хворого;
6. підстригти нігті на руках та ногах;
7. санітарка або медсестра пропонує душ або ванну (якщо немає протипоказів – високий АТ, висока температура);
8. пацієнт переодягається в білизну лікарні або свою;
9. заповнити титульну сторінку картки стаціонарного хворого;
10. ознайомити пацієнта з режимом лікарні;
11. повідомити про пацієнта, який прибуває, до хірургічного відділення;
12. відвести або доставити пацієнта до хірургічного відділення, документацію передати на пост медсестри.

### **2.1.3. Алгоритм роботи постової медичної сестри хірургічного відділення:**

1. познайомитися з пацієнтом, зареєструвати його в журналі стаціонарних хворих хірургічного відділення;
2. завести пацієнта в палату, показати йому ліжко, тумбочку, ознайомити з найближчим розпорядком у відділенні;
3. зібрати початкову інформацію про пацієнта;
4. ознайомити пацієнта з розташуванням приміщень хірургічного відділення, режимом роботи відділення;
5. запросити пацієнта в маніпуляційний кабінет, зробити проби на антибіотики, новокаїн; через 20 хв перевірити результати проб, записати в картку стаціонарного хворого;
6. провести бесіду з пацієнтом, під час якої детальніше ознайомитися з ним, виявити його проблеми, встановити сестринський діагноз;
7. спланувати сестринський догляд пацієнта;
8. реалізувати план сестринського догляду;
9. виконувати призначення лікаря;
10. на ніч хворому давати заспокійливі та снодійні препарати.

## **2.2. Медсестринські втручання в проблемних ситуаціях**

### **2.2.1. Критичні покази стану хворого:**

#### **I. Стан центральної нервової системи (ЦНС):**

1. втрата свідомості;
2. загальмованість свідомості;
3. марення, галюцинації;
4. рухове, мовне збудження;

#### **II. Стан дихальної системи:**

- частота дихальних рухів більше 28 за хв;
- виражене вкорочення перкуторного звуку, тупий звук над легеньми при перкусії грудної клітини;
- відсутність дихальних шумів у ділянці притуплення;

#### **III. Стан серцево-судинної системи:**

- частота пульсу понад 120 за 1 хв;
- зниження систолічного артеріального тиску до 80 мм рт. ст. і підвищення його до 200 мм рт. ст.;
- порушення серцевого ритму;
- зниження центрального венозного тиску нижче ніж 50 мм вод. ст. і підвищення його понад 110 мм вод. ст.;
- виражена блідність;
- акроціаноз;
- холодний липкий піт.

#### IV. Стан терморегуляції:

- температура тіла нижча ніж 36°C;
- температура тіла вища ніж 38,5°C.

#### V. Стан сечовидільної системи:

- анурія;
- кількість сечі, що виділяється, менше ніж 10 мл за 1 год.

#### VI. Стан шлунково-кишкового тракту (ШКТ):

- різке напруження м'язів передньої черевної стінки;
- чорний кал;
- наявність крові в калових масах;
- різко позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- різке здуття живота, невідходження газів, відсутність перистальтики кишок більше ніж три доби.

#### VII. Стан водно-електролітного балансу:

- ознаки внутрішньочерепної гіпертензії;
- судоми;
- каліурія менше 30 м/моль за добу;
- калій у плазмі понад 5,6 ммоль/л (зупинка серця – при концентрації 10 ммоль/л).

#### VIII. Стан шкіри та видимих слизових оболонок:

- наявність запальних вогнищ у проблемних ділянках вогнищ;
- наявність пролежнів.

#### IX. Стан операційної рани

- рясне просякання пов'язки кров'ю;
- розходження країв рани, виходження органів черевної порожнини в рану (евентерація);
- рясне просякання пов'язки гноєм, кишковим вмістом.

***Деякі умови, що збільшують ризик виникнення проблем (критичні умови):***

1. похилий вік пацієнта;
2. ожиріння;
3. серцево-легенева недостатність;
4. хронічні захворювання в стадії декомпенсації;
5. холодне навколишнє середовище;
6. застосування загального знеболення;
7. застосування міорелаксантів;
8. застосування анестезувальних засобів;

9. інфекційні хвороби;
10. біль;
11. великий хірургічний розріз;
12. довготривала операція;
13. затримка сечі;
14. неправильне позиціонування.

**2.2.2. Медсестринська оцінка стану серцево-судинної системи у пацієнта в передопераційному періоді.** Дослідження стану серцево-судинної системи включає дослідження пульсу, серцевої діяльності, вимірювання артеріального тиску (АТ). Слід пам'ятати, що такі захворювання, як стенокардія та інфаркт міокарду, можуть супроводжуватися сильним болем у черевній порожнині. При тяжких захворюваннях серцево-судинної системи слід старанно оцінити стан хворого та вибрати найбільш раціональний метод лікування, а в разі неминучої операції взяти участь у підготовці хворого до хірургічного втручання.

Важливе діагностичне значення має визначення частоти пульсу. Брадикардія рефлекторного характеру (вагус-пульс) спостерігається в перші години захворювання при перфоративних виразках шлунку та дванадцятипалої кишки, вузлуотвореннях, заворотах кишечника. Для гострих запальних процесів, перитоніту, гострих кровотеч характерним є прискорення пульсу. Невідповідність між частотою пульсу та температурою тіла є несприятливою ознакою, яка може свідчити про виражені зміни в черевній порожнині.

Зменшення наповнення та прискорення пульсу, гіпотензія вказують на тяжкість стану хворого, що найчастіше є наслідком шоку, гострої крововтрати та інтоксикації.

**2.2.3. Медсестринська оцінка стану дихальної системи у пацієнта в передопераційному періоді.** При оцінці органів дихання звертають увагу на частоту та глибину дихальних рухів. Дослідження легень починають з перкусії та аускультатії. Старанне обстеження легень дає можливість виявити пневмонію, гнійні процеси в них і ін. Своєчасна діагностика запальних або специфічних захворювань плеври та легень необхідна для правильної оцінки стану хірургічного хворого, вибору раціонального методу знеболювання, проведення відповідної передопераційної підготовки і післяопераційного лікування.

**2.2.4. Медсестринська оцінка неврологічного стану пацієнта в передопераційному періоді.** При обстеженні нервової системи необхідно звернути увагу на ступінь розвитку інтелекту і відповідність його освіти, з'ясувати характер сну та ін. Дослідження стану нервової системи необхідно проводити особливо тоді, коли є підозра, що ураження її стимулюють хірургічні захворювання. Наприклад гострий біль у черевній порожнині може виникати при субарахноїдальному крововиливі, мієлітах і менінгомієлітах, пухлинах і сифілітичному ураженні спинного мозку, при гострій формі розсіяного склерозу та ін.

При неврологічному дослідженні, насамперед, звертають увагу на форму і реакцію зіниць на світло. Відсутність реакції на світло при збереженні реакції на акомодацию характерна для сифілісу нервової системи (симптом Аргайла-Робертсона). Потім здійснюють дослідження сухожильних рефлексів, чутливості, визначають об'єм активних рухів кінцівок та ін. При гострих хірургічних захворюваннях може спостерігатися гіперестезія (підвищена чутливість) і зниження шкірних рефлексів черевної стінки.

Патологічні рефлекси, мозкові симптоми, зміни об'єму рухів і тону м'язів кінцівок, сухожильних і черевних рефлексів свідчать про захворювання нервової системи. Такі хворі підлягають обстеженню та лікуванню у невропатолога.

**2.2.5. Загальні заходи підготовки хворого до планової операції.** Хворому необхідно створити максимально позитивний психологічний клімат. Для цього потрібно дотримувати таких правил:

1. після госпіталізації хворому необхідно надати можливість спілкування з рідними та знайомими;
2. спілкування медичної сестри з хворими повинно бути максимально люб'язним;
3. діагноз повідомляє пацієнту тільки лікар;
4. історію хвороби та дані діагностичного обстеження потрібно зберігати в місцях не доступних для хворого;
5. медична сестра повинна стежити за суворим дотриманням режиму у відділенні;
6. медична сестра повинна стежити, щоб навколо хворого було якомога менше подразнювальних факторів – шуму, плакатів, тривожних розмов;
7. знайомити хворого з пацієнтами, яким були проведені подібні операції з позитивними результатами.

### **2.3. Психофізіологічна підготовка пацієнта**

Головне СВ у процесі підготовки пацієнта в цей період – психофізіологічно підготувати його до операції, що здійснюється за допомогою навчання, тобто шляхом проведення цілеспрямованих бесід.

**Мета доопераційного навчання** в перший день перебування пацієнта полягає в тому, щоб:

1. ліквідувати або значно зменшити хвилювання в пацієнта до операції;
2. зосередити пацієнта на позитивних наслідках операційного втручання;
3. почати навчати пацієнта вправ, спрямованих на зменшення ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

Хвилювання пацієнта виникає, як правило, внаслідок недостатності інформації про операцію і є нормальною адаптивною реакцією на операційний стрес.

Медичній сестрі потрібно ретельно визначити рівень неспокою пацієнта, оскільки від цього залежить планування навчання та подальша тактика сестринських втручань.

***Розрізняють такі рівні неспокою:***

- низький;
- помірний;
- високий.

Визначити рівень неспокою можна за об'єктивними даними, які включають:

- ступінь спілкування пацієнта (говірливість);
- фізичні дані (збільшення частоти пульсу і дихання, підвищена рухливість і глибина дихання, підвищений рівень активності, схвильованість пацієнта).

Дуже небезпечний високий рівень неспокою, який може проявлятися двояко:

- хворі збуджені, ставлять багато запитань і, не дочекавшись відповіді, ставлять інші запитання, виявляють страх і велике занепокоєння;
- хворі замкнуті, небалакучі, зовсім ні про що не запитують, спростовують своє занепокоєння.

**Пацієнти з високим рівнем неспокою:**

- не можуть самотійно справлятися зі своїм хвилюванням;
- не можуть контролювати свій стан перед операцією;
- часто мають ускладнення в післяопераційний період;
- більше схильні до запалень;
- виявляють сором'язливість та пригніченість;
- мають підвищену схильність до бурхливих психічних реакцій або депресій;
- більш вразливі до психозів, ніж хворі з нижчим рівнем схвильованості.

Психологічні реакції справляють безпосередній вплив на подальше видужання пацієнта. Тому деякі хірурги можуть відмінити операцію, якщо хворі дуже схвильовані.

**Під час планування навчання необхідно пам'ятати:**

- передопераційне навчання слід виконувати якомога раніше;
- необхідно мати час, щоб вивчити потреби пацієнта, зокрема національні та релігійні. Це необхідно для ефективного планування навчання пацієнта;
- буклети і брошури будуть дуже корисними для засвоєння інформації;
- кількість інформації, яка повинна надаватися пацієнту в передопераційний період, залежить від підготовки, інтересу та рівня напруженості пацієнта;

- вдалий спосіб розпочати бесіду полягає у визначенні того, що пацієнт хотів би знати про майбутню операцію, і будувати свою розмову на основі запитань пацієнта;
- на навчання, як правило, відводять не більше як 24 год.

Хвилювання і побоювання можна зменшити різними підходами:

- хворим обов'язково повинна надаватися будь-яка можливість висловити свої побоювання та острахи або невпевненість перед операцією;
- пояснити, що може бути під час операції, які відчуття можуть виникати в пацієнта в період оперативного втручання та в післяопераційний період;
- пояснити, що відчуває пацієнт в передопераційний період – сонливість після премедикації, відсутність дискомфорту перед загальною анестезією, дискомфорт у ранній післяопераційний період;
- корисно також пояснити пацієнтові, як усуватимуться неприємні відчуття в післяопераційний період (наприклад, для полегшення болю призначатимуть медикаментозну терапію), щоб пацієнт для запобігання більш сильного болю просив медикаментозну терапію раніше;
- виявляють, які чинники можуть допомогти зменшити хвилювання;
- деяким пацієнтам легше спілкуватися під час проведення якихось маніпуляцій. Тільки знаючи, що медсестра зацікавлена і піклується про нього, пацієнт може розповісти їй про причину свого хвилювання. Знаючи, що хвилювання є нормальною реакцією на загрозу операції, пацієнт може потроху його зменшити.

Але якщо пацієнт дуже неспокійний, то забагато інформації може збільшити (поглибити) його хвилювання.

Дуже схвилювані пацієнти запитують про помірність болю і просять просто це пояснити, оскільки не можуть справлятися з великою кількістю інформації. Проте не слід забувати, що надана інформація не обов'язково буде сприйнята або зрозуміла.

**Забезпечення емоційної підтримки пацієнта:**

1. виділяється час на спілкування медичного персоналу з пацієнтом;
2. підтримка родини та друзів (проводиться спонтанно та під керівництвом медичної сестри);
3. підтримка хворими по палаті (контролює медсестра).

Необхідно врахувати, що члени родини можуть мати свої потреби, які їм необхідно допомогти вирішити. Вони повинні знати місце, де вони можуть чекати, поки не закінчиться операція, де можна поїсти або випити чашку чаю чи кави, де телефон або місце, щоб залишитися на ніч тощо.

Усю інформацію необхідно надавати спокійно, не поспішаючи.

Члени родини пацієнта або його друзі часто проявляють таке саме хвилювання, як і пацієнт у години перед операцією. До обов'язку медичної



сестри входить максимально зменшити переживання членів родини і друзів пацієнта, щоб це не передалося хворому.

Медсестра повинна пам'ятати, що друзі або члени родини пацієнта можуть вдаватися до підслуховування розмов лікарів, медичних сестер, телефонних розмов, можуть намагатися отримати інформацію про пацієнта у некомпетентних осіб. Щоб цього не сталося, слід своєчасно надавати інформацію, яка цікавить родичів пацієнта або його друзів.

### **.3. Підготовка сім'ї пацієнта**

Медична сестра повинна:

- вміти слухати;
- розуміти не вербальну мову;
- надавати емоційну підтримку;
- спілкуватися з хворим та родичами відкрито, довірливо, ставитися до хворого з співчуттям;
- чесно відповідати на запитання, не подавати надій, які не збудуться;
- давати можливість запитувати;
- розуміти потреби хворого;
- старатися задовольнити потреби хворого;
- передбачити труднощі та бути готовою до їх вирішення.

Основні принципи:

- бути завжди готовою надати допомогу;
- проявляти терпіння;
- давати можливість виговоритися;
- сказати декілька втішних слів для хворого та родичів, пояснити, що їх відчуття зовсім нормальні;
- спокійно ставитися до гніву;
- уникати недоречного оптимізму;
- порадити членам сім'ї бути разом.

Медична сестра завжди повинна бути готова надати психологічну підтримку сім'ї хворого, посадити, дати води.

### **2.5. Підготовка основних систем та органів до операції**

**2.5.1. Підготовка нервової системи.** Підготовка нервової системи і психіки хворого полягає насамперед у уважному ставленні до його скарг, усуненні страху перед операцією, всього, що дратує, хвилює хворого. Хворому створюють сприятливий психологічний клімат. Страх болю, порушення сну, сумніви, пов'язані з майбутньою операцією – підривають сили хворого і зменшують опірність організму. Іноді досить кількох слів лікаря, щоб розвіяти важкі сумніви і складні переживання хворого. Увага лікаря та персоналу має бути спрямована на створення охоронного режиму для хворих. Від моменту

госпіталізації хворого і до самої операції все має бути спрямоване на те, щоб не травмувати його нервової системи та психіки. Щойно прибулого хворого не слід відправляти в палату, де перебувають хворі після важких операцій; ті, що помирають. Його доцільно помістити в палату до одужуючих. Перебування в такій палаті добре впливає на новоприбулих хворих і вселяє надію на щасливе закінчення майбутньої операції. Неприпустимі невмотивована зміна призначеного дня операції, тривале її чекання. В операційній хворий не повинен чекати хірурга, а готовий до дії хірург чекає на хворого. При підвищеній збудливості нервової системи хворому призначають заспокійливі засоби, транквілізатори, при порушенні сну – снодійні, для боротьби з болем – знеболюючі засоби.

**2.5.2. Підготовка серцево-судинної системи.** Хворому проводять перкусію і аускультацию серця, ЕКГ, вимірюють АТ, при потребі проводять ехокардіоскопію, проводять загальний аналіз крові, коагулограму, біохімічний аналіз крові, визначають рівень білків та електролітів. У разі виявлення змін проводять їх корекцію.

**Зменшення ризику виникнення тромбозу глибоких вен.** Високий ризик розвитку тромбозу глибоких вен (ТГВ) мають пацієнти:

- у яких зменшена рухливість після операції;
- які мають в анамнезі порушення периферійного кровообігу;
- яким призначена операція на серці або в ділянці тазу.

**2.5.3. Підготовка дихальної системи.** Хворому визначають прохідність верхніх дихальних шляхів, проводять пальпацію, перкусію та аускультацию грудної клітини, рентгенологічне обстеження (рентгенографію ОГК), функціональне обстеження дихальної системи – визначення життєвої ємності легень, часу затримки дихання при максимальному вдиху та видиху тощо. За два тижні до операції хворі повинні покинути курити. Перед операцією хворого слід навчати хворого як правильно дихати і відкашлюватися, проводити дихальну гімнастику. Проводити корекцію гострих та хронічних захворювань дихальних шляхів.

**Зменшення ризику розвитку ателектазів та пневмоній.** Високий ризик розвитку ателектазів та пневмоній мають пацієнти:

- у яких зменшена рухливість після операції;
- які мають в анамнезі хронічні захворювання легень та бронхів;
- які курять;
- у яких операція виконувалася під інгаляційним наркозом.

Всі пацієнти повинні знати, як робити правильне діафрагмальне дихання та викликати глибокий кашель, тому що це збільшує розширення легень.

Багато людей звичайно вміють дихати діафрагмально, у жінок цей тип переважає. З діафрагмальним диханням черевна стінка випинається при вдиху та спадає при видиху.

Медична сестра навчає пацієнта діафрагмально дихати, злегка тримаючи руку на черевній стінці пацієнта і пропонуючи пацієнту глибоко вдихнути. При цьому черевна стінка піднімається, а при видиху разом з рукою опускається.

Збільшує ефективність профілактики ателектазів та пневмоній також затримка дихання на вдиху на 3 с, яка робиться для найбільш ефективного альвеолярного розширення.

Вправи для глибокого дихання і викликання кашльового рефлексу

### **1. Глибоке дихання:**

- лягти в середнє або високе положення Фаулера з зігнутими колінами, щоб розлабити м'язи живота, – це сприяє повноцінній вентиляції легень;
- покласти руки на живіт;
- повільно вдихнути через ніс, дозволяючи грудній клітині розширитися і підняти черевну стінку під руками;
- затримати дихання на 3 с;
- повільно видихнути через рот;
- повторити дихання 3 рази, потім кашляти.

### **2. Викликання кашлю:**

- дихати як описано вище;
- порахувати до трьох;
- на рахунок «три» кашлянути глибоко 3 рази;
- якщо неможливо кашляти глибоко, повторюйте форсований видих через рот.

**2.5.4. Підготовка шлунково-кишкового тракту.** Хворим обстежують ротову порожнину (хронічний тонзиліт, синусит) і лікують каріозні зуби, проводять дослідження калу на наявність яєць гельмінтів. При необхідності виконують ендоскопічне обстеження та УЗД органів черевної порожнини. Операцію проводять натще серце, ввечері і вранці напередодні операції проводять очисну або сифонну клізму, а також при потребі промивання шлунку. При жовтяниці призначають харчування з високим вмістом вуглеводів, обмежують жири та білки; головним завданням є запобігання холемічним кровотечам.

**Клізма** – процедура введення рідини через задньопрохідний канал в ампулу прямої кишки або товсту кишку з лікувальною чи діагностичною метою за допомогою спеціального пристосування.

Очисна та сифонна клізма показані при закрепах, підготовці до операції, рентгенологічного обстеження органів черевної порожнини (ОЧП), сечовидільних органів, хребта та тазу. Очисну клізму застосовують як лікувальну процедуру при функціональній кишкової непрохідності, гострому панкреатиті, холециститі тощо.

**Протипоказання:** гострі запальні та виразкові захворювання товстої кишки, апендицит, давня пухлина товстої кишки, гостре порушення мезентеріального кровообігу.

Ускладнення: поранення і перфорація прямої кишки, розрив товстої кишки.

Профілактика: при виконанні маніпуляції наконечник необхідно вводити в пряму кишку обережно, без застосування сили.

**Техніка проведення очисної клізми.** Матеріальне забезпечення: кухоль Есмарха об'ємом 1,5 – 2 л, гумова трубка довжиною 1,5 м та діаметром 10 мм з краном і наконечником, церата, судно, вазелін, 1,5 – 2 л води температури 25 – 35°С, штатив, гумові рукавички.

Алгоритм дії:

- одягніть гумові рукавички;
- покладіть хворого на край кушетки на лівій бік; попросіть зігнути ноги в колінах і підтягнути їх до живота;
- підкладіть церату під сідниці так, щоб вона звисала в таз який розташований біля кушетки;
- налейте в кухоль Есмарха 1,5 л води (35°С);
- відкрийте кран на гумовій трубці і заповніть її водою, закрийте кран;
- підвісьте кухоль на штативі на висоті 1,5 м;
- змастіть наконечник вазеліном;
- розведіть двома пальцями лівої руки сідниці, обережно введіть наконечник у задній прохід легкими обертальними рухами;
- відкрийте кран, випустіть воду в пряму кишку і витягніть наконечник;
- попросіть хворого затримати воду на 10 – 15 хвилин (до 20 хвилин).

**Техніка проведення сифонної клізми.** Матеріальне забезпечення: система для сифонної клізми, що складається з лійки об'ємом 1 – 1,5 л, на яку насаджують гумову трубку довжиною 80 см та діаметром 10 мм, яка через скляний перехідник сполучається з товстим гумовим зондом, глечик, відро або таз для зливу води, 10 – 15 л кип'яченої води кімнатної температури (37 – 38°С), гумові рукавички.

Алгоритм дії:

- одягніть гумові рукавички;
- покладіть хворого на край кушетки на лівій бік. Попросіть зігнути ноги в колінах і підтягнути їх до живота;
- підкладіть церату під сідниці;
- поставте біля ліжка таз або відро для виливання промивних вод, відро з чистою водою та глечик;
- змастіть наконечник вазеліном;
- розведіть двома пальцями лівої руки сідниці, обережно введіть наконечник у задній прохід легкими обертальними рухами на глибину до 20 см;
- під'єднайте гумову трубку з лійкою до зонда;

- тримайте лійку на рівні тіла хворого в нахиленому положенні і поступово наповнюйте водою (воду лийте по стінці лійки);
- підніміть лійку над хворим на висоту 1 – 1,5 м;
- при наближенні рівня води до вічка лійки останню, не перевертаючи, опустіть над тазом і утримуйте на цьому рівні доти, поки вода з кишок разом з пухирцями газу, шматочками калу не перестане витікати; потім лійку знову заповніть водою;
- процедуру повторіть до чистих промивних вод;
- після закінчення промивання кишок лійку від'єднайте, помийте і прокип'ятіть, гумову трубку на 10 – 15 хв. опустіть у відро, щоб стекли залишки рідини;
- повільно витягніть зонд, помийте в проточній воді, прокип'ятіть.

**Підготовка кишківника до проведення ректороманоскопії.** Підготовку розпочинають за декілька днів до обстеження. Призначають сольові послаблюючі. Вечері напередодні дослідження, а також за дві години до проведення дослідження, хворому призначають очисні клізми. Хворий приймає колінно-ліктьове положення. При важкому стані пацієнта дослідження можна проводити на лівому боці з приведеними до живота ногами. Ректороманоскопії передують пальцеве дослідження прямої кишки. Його проводять не тільки з діагностичною метою, а й для підготовки анального каналу до введення ректороманоскопу. Завдяки змазуванню заднього проходу і анального каналу вазеліном, а також деякому розтягненню сфінктера під час пальцевого дослідження введення ректороманоскопа не спричиняє біль. Тубус ректороманоскопу рясно змазують вазеліном, після чого вводять на глибину 5 см, потім виймають мандрен, отвір у оглядовій трубці закривають захисною кришкою зі склом. Ректороманоскоп просувають при освітленому полі зору під візуальним контролем. Перш за все оглядають ампулу прямої кишки. Для цього апарат просувають вперед і дещо догори в напрямку до внутрішньої поверхні крижа. На глибині 12 см від анусу ректороманоскоп переводять в горизонтальне положення, а дистальний кінець інструмента повертають вправо, що відповідає анатомічному вигину позаочеревинного відрізка прямої кишки. Після проходження ректосигмовидного відділу за допомогою інсуфляції повітря, ректороманоскоп повертають в напрямку дистального відділу сигмовидної кишки. По ньому ректороманоскоп вільно просувається. В деяких випадках при наявності додаткових петель сигмовидної кишки тубус ректороманоскопу впирається в стінку кишки. Насильне просування ректороманоскопу може викликати її розрив. Для попередження цього ректороманоскоп відводять назад на 8 – 10 см, а потім знову обережно просувають вперед. При обстеженні вивчають стан слизової кишки, особливу увагу надають складкам слизової оболонки, які можуть приховувати невеликі новоутвори. Інструмент виймають повільно, круговими рухами. Особливу увагу надають огляду нижньоампулярного відділу прямої кишки та анального каналу, які при введенні тубусу оглянути неможливо.

**2.5.5. Підготовка сечовидільної системи.** Проводять пальпацію і перкусію нирок, сечового міхура, простати, беруть сечу на загальний аналіз. У разі виявлення патології проводять більш детальне обстеження (аналіз сечі по Нечипоренку, Зимницькому, бакпосів сечі, УЗД нирок, сечоводів, сечового міхура, простати, оглядова рентгенографія нирок та сечового міхура, екскреторна урографія тощо).

**Особливості проведення катетеризації сечового міхура у жінок.** Перед катетеризацією медична сестра готує хвору і необхідні інструменти, обробляє руки і надягає стерильні гумові рукавички. Перед катетеризацією обов'язково проводять туалет зовнішніх статевих органів. Якщо є виділення з піхви призначають спринцювання. Хвору вкладають на спину, ноги згинають в колінах і розводять, між ногами ставлять лоток. Медична сестра стає справа від хворої. Лівою рукою розсуває статеві губи, в праву бере пінцет з марлевым тампоном, змочує його розчином фурациліну (1:5000) і протирає зовнішні статеві органи та отвір сечовипускового каналу. Потім другим пінцетом бере м'який катетер, змазаний стерильним вазеліновим маслом або гліцерином, відступаючи на 4 – 5 см від кінця катетеру, і обережно, без зусиль вводить у сечовипускний канал на глибину 4 – 6 см. Зовнішній кінець катетеру зажимає між IV та V пальцями правої руки. Поява сечі з зовнішнього кінця катетеру свідчить про те, що він знаходиться в сечовому міхурі. Після припинення самостійного виділення сечі з катетеру можна злегка надавити на передню черевну стінку над лобком з ціллю видалення з сечового міхура залишкової сечі.

**2.5.6. Підготовка шкірних покривів.** Перед плановою (терміновою) операцією хворому замінюють натільну та постільну білизну, а напередодні операції, він проходить повну санітарну обробку, приймаючи гігієнічну ванну або душ. Наявність у хворого екземи, піодермії, фурункульозу є протипоказанням до планової операції.

Техніка проведення гігієнічної ванни:

- вимити ванну губкою або щіткою з милом, сполоснути її 0,5% розчином хлорного вапна або 2% розчином хлораміну В, а потім гарячою водою;
- заповнити ванну теплою водою (37°С);
- допомогти хворому розміститись у ванні (рівень води повинен доходити до мечеподібного відростка; щоб хворому було зручно сидіти, в ножному кінці ванни необхідно поставити підставку для ніг);
- вимити хворого губкою з милом, починаючи з голови, у такій послідовності: тулуб, верхні та нижні кінцівки, пахова ділянка, промежина (тривалість процедури не повинна перевищувати 20 – 25 хв.);
- допомогти хворому вийти з ванни, витерти теплим рушником або простиралом.

Повну санітарну обробку можна провести під душем. Ця процедура сприймається хворим краще та проводиться з меншими зусиллями.

Техніка проведення гігієнічного душу:

- вимити ванну миючими розчинами;
- поставити у ванну стільчик та посадити на нього хворого;
- миють хворого в такій же послідовності, що й у ванні.

Вранці, приблизно за 2 години до операції, хворому голять волосся сухими способом за допомогою станка і нового леза. Волосся голять на великій площі, що прилягає до місця операційного втручання, тому що може виникнути потреба розширити розріз або зробити допоміжний. Гоління проводять в санітарній кімнаті, після чого поголене місце обробляють спиртом. Безпосередньо перед трап сортуванням хворий повинен вмитися, почистити зуби, зняти зубні протези, прополоскати рот, звільнити ніс, сечовий міхур. Чоловіки повинні поголити бороду та вуса, жінкам – зняти лак з нігтів.

Техніка підготовки шкірних покривів до екстреної операції. Проводять часткову санітарну обробку:

- підкласти під голову церату;
- губкою, змоченою теплою водою, протирають верхню частину тіла хворого;
- насухо обтирають оброблені ділянки тіла та прикривають їх;
- так само обробляють живіт, спину та нижні кінцівки.

Особливо ретельно обробляють ділянку операційного поля, проводять її гоління за 0,5 – 1 годину до операції.

**2.5.7. Транспортування хворого в операційну.** Хворого транспортують в операційну на каталці, ношах або кріслі-каталці. Таке транспортування пов'язано з тим, що за 30 – 40 хв до операційного втручання йому проводять премедикацію і хворий втрачає орієнтацію в просторі та часі. Найчастіше транспортування на каталці проводять удвох: медсестра та санітарка. Головний кінець піднімають за допомогою підставки або подушки. Транспортують головою вперед, медсестра знаходиться біля ніг хворого та спостерігає за його станом.

Транспортування на ношах проводиться головою вперед, але при перенесенні по східцях донизу його розвертають на 180° та зносять ногами вперед.

Важких хворих, а також таких, що перебувають у стані непритомності, потрібно вміти перекласти на операційний стіл, кушетку, ліжко.

Способи перекладання хворого з нош на ліжко:

1. спосіб:

- поставте ноші перпендикулярно до ліжка, щоб їх головний кінець підходив до ногового кінця ліжка;
- станьте біля хворого з одного боку: одна особа підводить руки під голову і лопатки хворого, друга – під таз і верхню частину стегон, третя – під середину стегон і гомілки;

- обережно і синхронно перекладіть хворого на ліжко.
2. спосіб:
- ноші ніжним кінцем розмістіть перпендикулярно до головного кінця ліжка;
  - станьте справа біля хворого й підніміть його (одночасно троє осіб);
  - разом із ним поверніться на 90°, обличчям до ліжка, обережно і синхронно вкладіть його на ліжко.
3. спосіб:
- розмістіть ноші паралельно до ліжка, щоб головний кінець їх був біля головного кінця ліжка;
  - підтягніть хворого до краю нош разом з простиратлом, злегка підніміть його, і повернувши на 180°, покладіть на ліжко.
4. спосіб:
- ноші розмістіть паралельно до ліжка, щоб їх головний кінець містився біля ножного кінця;
  - станьте між ношами і ліжком обличчям до хворого, одночасно підніміть його і, повернувши на 180°, покладіть на ліжко.

**2.5.8. Взяття матеріалу на дослідження.** При підготовці до операції необхідно брати для дослідження різноманітні середовища – кров, сечу, кал, мазок із зів, носа, харкотиння, блювотні маси тощо.

Взята для біологічних і серологічних досліджень кров доставляється в лабораторію в негемолізованому вигляді. Для попередження гемолізу шприц промивають стерильним фізіологічним розчином натрію хлориду, а взятую кров переливають у чисту пробірку по її стінці. Пробірку закривають марлевою пробкою та відправляють в лабораторію.

Забір крові для коагулограми. Використовують пробірки з розчином стабілізатору. Найчастіше використовують 0,5 мл 3,8% розчину натрію цитрату. На 0,5 мл стабілізатора набирають 4,5 мл крові з ліктьової вени широкою сухою голкою. Шкіру обробляють 70% спиртом, прокол роблять тільки після висихання спирту. Перші 5 – 6 крапель випускають на тампон і для дослідження не беруть. Кров набирають в пробірку вільним струменем, і перемішуючи із стабілізатором, злегка погойдують або легенько струшують, не допускаючи піни. Інтенсивне струшування і спінювання крові спричиняють гемоліз еритроцитів, що змінює багато показників коагулограми.

Можна користуватися також шприцом для забору крові, але за умови слабого самостійного струшування крові і відсутності піноутворення її в шприці.

Забір сечі. Для загального аналізу збирають ранішню свіжу сечу в суху посудину в кількості 100 – 200 мл.



Для бактеріологічного дослідження достатньо 10 мл середньої порції сечі, яку збирають в стерильну пробірку при сечовипусканні з дотримання стерильності.

Забір калу. Для дослідження беруть свіжовиділений вранішній кал. Перед дослідженням за 4 – 5 діб хворому проводять спеціальну дієту з відомим хімічним складом їжі. Шпателем беруть в декількох ділянках випорожнень по 5 – 10 г калу без домішок води та сечі і поміщають в чисту суху склянку. Матеріал доставляють в лабораторію одразу, лише у виняткових випадках дозволяється його зберігання в спеціальних холодильниках при температурі 2 – 5 °С до 8 годин. Кал після клізми, ректальних свічок, приймання проносних, фарбувальних і інших речовин на обстеження не береться. Для бактеріологічного обстеження кал беруть безпосередньо з прямої кишки стерильною дротяною петлею або ватним тампоном у стерильну пробірку.

Техніка взяття калу для бактеріологічного дослідження:

1. одягніть гумові рукавички;
2. покладіть хворого на лівій бік, попросіть зігнути ноги в колінах і підтягнути їх до живота, підкладіть церату під сідниці;
3. дістаньте з пробірки дротяну петлю або ватний тампон. Розвівши сідниці обертальними рухами введіть петлю в задній прохід на відстань 9 – 10 см, намагаючись зняти з стінки кишки шматочки її вмісту;
4. опустіть дротяну петлю у стерильну пробірку з консервантом та доставте матеріал в лабораторію.

Техніка взяття мазка із зіва:

1. одягніть гумові рукавички;
2. приготуйте стерильну пробірку з тампоном та шпатель;
3. посадіть хворого обличчям до джерела світла;
4. візьміть в ліву руку пробірку;
5. натисніть шпателем на корінь язика, правою рукою вийміть з пробірки стерильний тампон;
6. проведіть тампоном по дужках, піднебінню, мигдаликах, не торкаючись язика та слизової рота;
7. обережно, не торкаючись зовнішньої сторони пробірки, введіть тампон у пробірку та доставте матеріал в лабораторію.

Техніка взяття мазка із носа:

1. одягніть гумові рукавички;
2. приготуйте стерильну пробірку з тампоном;
3. посадіть хворого, голову злегка закиньте назад;
4. візьміть пробірку в ліву руку, правою вийміть тампон;
5. лівою рукою відведіть крила носа хворого, правою введіть тампон у нижній носовий хід однієї, потім другої половини носа;
6. обережно, не торкаючись зовнішньої поверхні, введіть тампон у пробірку, доставте матеріал у лабораторію.

#### Техніка забору крові з вени:

1. одягніть гумові рукавички;
2. помийте руки під проточною водою з милом, просушіть рушником;
3. попросіть хворого сісти на стілець обличчям до спинки (або лягти на кушетку);
4. покладіть руку хворого на тверду основу внутрішньою поверхнею догори;
5. підкладіть під лікоть хворого тверду подушку;
6. накладіть на плече вище ліктьового згину гумовий джгут (на сорочку, рушник або серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору;
7. перевірте пульс на променевої артерії;
8. попросіть хворого декілька разів стиснути та розтиснути кулак;
9. протріть внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками почергово, змочивши їх у спирті, в напрямку від центру до периферії;
10. виберіть найбільшу та найменш рухливу вену;
11. візьміть шприц з голкою;
12. натягніть вказівним і першим пальцями лівої руки шкіру над венозним стовбуром ліктьового згину;
13. тримайте голку паралельно до шкіри, зрізом доверху;
14. проколіть швидким рухом шкіру і стінку вени, від'єднайте шприц;
15. поставте під цівку крові стерильну пробірку так, щоб кров стікала по її стінці;
16. наберіть певну кількість крові (10 – 15 мл);
17. попросіть хворого розтиснути кулак і зніміть джгут;
18. витягніть різким рухом голку, приклавши о місця проколу стерильну ватну кульку, змосену в спирт;
19. попросіть хворого зігнути руку в ліктьовому згині на 3 – 5 хв, залишивши ватну кульку з спиртом на місці венопункції.

**Догляд за катетером.** Катетер може перебувати у вені декілька днів. Після закінчення внутрішньовенного вливання систему відключають, катетер промивають шприцом, вводячи в нього 1000 од. дії гепарину на 10 мл фізіологічного розчину натрію хлориду, після чого його зовнішній кінець закривають спеціальною канюлею і фіксують бинтом або пластирем. Враховуючи, що дія гепарину (профілактика тромбоутворення) продовжується до 4 годин, катетер необхідно промивати через цей час. При видаленні катетеру шкіру навколо нього обробляють йодом, лігатури видаляють, катетер виймають, на рану накладають тиснучу пов'язку.

#### **2.5.9. Забезпечення адекватного харчування та гідратація хворого.**

Напередодні операції у пацієнта не повинно бути відхилення від дієти. Виняток – операція на ШКТ, коли пацієнти можуть приймати тільки рідку їжу.

Якщо операція запланована під загальною анестезією, то не дозволяють уживати їжу навіть рідку за 6 – 8 годин перед введенням наркозу. Наявність

шлункового вмісту може спричинити блювання під час операції, що може призвести до розвитку асфіксії та аспіраційної пневмонії. Якщо було виявлено, що хворий вживав їжу або напої перед операційним втручанням, коли йому це було заборонено, передивляються процес операційного втручання або відсмоктують вміст шлунку за допомогою назогастрального зонду.

Якщо операція проводиться під місцевою або спинномозковою анестезією або проводиться не на ШКТ, то пацієнтові дозволяють вживати легку їжу або невелику кількість рідини (під контролем медсестри).

Пацієнти, у яких зневоднення організму, повинні отримувати парентеральне введення рідини перед операцією.

У всіх ЗОЗ хворим призначають відповідні дієти (дієтичні столи) залежно від характеру їхнього захворювання. У БЛЛЛ постійно користуються **15 дієтичними столами за Певнезнером.**

**Дієта № 0.** Використовують у перші дні після операції на шлунково-кишковому тракту, напівсвідомому стані (порушення мозкового кровообігу, ЧМТ, лихоманка). Призначають чай з цукром, киселі, желе, відвар шипшини з цукром, фруктові та ягідні соки, рисовий відвар, німецький бульйон. Забороняють молоко.

**Дієта № 1 хірургічна.** Використовують на 4 – 5 день після операції на органах ШКТ. Призначають парові страви з протертого відвареного м'яса або курки, варені яйця, паровий омлет, нежирний м'ясний або курячий бульйон, слизуватий суп з геркулесу, рідку манну кашу, кашу з рисової та гречаної муки, кисіль, желе, соки з фруктів та ягід, відвар шипшини, чай з цитриною, сухарі з білого хліба, масло, кефір.

**Дієта № 1а.** рекомендують при загостренні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки протягом перших 7 – 8 днів, а також при кровотечах, загостренні хронічного гастриту з підвищеною секрецією, опіку стравоходу. Стіл механічно, хімічно і термічно щадний. Дієта виключає речовини, які збуджують секрецію шлункового соку. Їжу дають переважно в рідкому або напіврідкому вигляді. Калорійність обмежують головним чином за рахунок вуглеводів. Призначають молочні та слизуваті супи з рису, перлової крупи з протертими овочами, суфле з вивареного нежирного м'яса і риби, протерті рідкі молочні каші, некруто зварені яйця, паровий омлет, молоко, некислі киселі, відвар шипшини. Обмежують кухонну сіль.

**Дієта № 1б.** призначають після дієти № 1а через тиждень після стихання гострих явищ, а потім переводять на стіл № 1. До дієти №1 а додають сухарі з білого хліба, картопляне пюре, сухий бісквіт, сир, кнелі, фрикадельки.\

**Дієта № 1.** Дробне харчування невеликими порціями. Їжа протерта або дрібносічена, рідка або напіврідка, зварена або приготовлена на парі. Призначають слизуваті супи з протертих круп, картоплі, овочів (крім капусти),

рідкі молочні каші з молотого рису, гречки, манної крупи, овочеve пюре (картопляне, морквяне), кури та риба у вареному або паровому вигляді, парові котлети (м'ясні, рибні), сир, некруто зварені яйця, паровий омлет, вершкове масло, сметана, молоко, вершки, киселі, компоти з протертих фруктів, фруктові та овочеві соки наполовину розведені водою, солодкі сорти ягід і фруктів, хліб білий і сірий вчорашній. Забороняють бульйони з риби та м'яса, гриби, смажені і жирні продукти, каву, гострі закуски, чорний хліб; солені, мариновані, копчені та консервовані продукти, прянощі, спиртні напої.

**Дієта № 2.** Використовують при хронічному гастриті з секреторною недостатністю, хронічний ентероколіт без загострення, порушення функції жувального апарату, період видужання після операції чи гострої інфекції. Стимулює виділення шлункового соку. Страви у протертому, січеному або рубленому вигляді. Призначають бульйони з риби та м'яса; супи овочеві, грибні, круп'яні, овочі (картопля, кабачки, буряки, морква) в протертому вигляді, відварені, тушковані, запечені; страви та гарніри з круп, макарони; нежирні сорти м'яса (яловичина, курка, кріль, язик) у вареному, паровому, тушкованому, запеченому та смаженому вигляді; піливи томатні і м'ясні; прянощі, вимочений оселедець, некруто зварені яйця, омлет, вершкове масло, сир, сметана, молоко, кефір, какао, кава, компоти; фрукти варені, протерті і печені, хліб білий вчорашній. Забороняють жирні сорти м'яса, риби; продукти, що містять груб рослинну клітковину; бобові (квасоля, зелений горошок, біб).

**Дієта № 3.** Використовують при хронічних захворюваннях кишок з переважанням закріпів у період нерізкого загострення та ремісії. Призначають капусту, буряк, томати, моркву, житній хліб, овочеві та фруктові супи, фрукти (абрикоси, груші, сливи), соки з них; каша гречана, перлова, варені м'ясо та риба, сир, масло вершкове, холодні компоти, мінеральні води, житній хліб. Забороняють часник, цибулю, ріпу, редьку, гриби.

**Дієта № 4.** Використовують при гострих і хронічних захворюваннях кишок з профузними проносами (ентероколіти, дизентерія), стан після операції на кишечнику. Призначають слизуваті знежирені супи, протерті каші з круп (рисова, вівсяна, гречана), варені або парові риба і нежирне м'ясо, кисіль, чай, какао, відвар шипшини, чорниця, смородина, білі сухарі. Забороняють молоко, соки, солодощі, плавлений сир, капусту, буряк, ріпу, шпинат, щавель, бобові, копчена та квашені продукти, прянощі.

**Дієта № 5а.** Використовують при гострому холециститі, загостренні хронічного холециститу, після операцій на жовчно-вивідних шляхах. Їжа головним чином молочно-рослинна. Призначають супи млочні та вегетаріанські, каші молочні, киселі, компоти, нежирні м'ясо та риба.

**Дієта № 5.** Використовують при хронічних захворювання печінки та жовчно-вивідних шляхів, гепатиті А. Призначають рослинну олію, супи овочеві

та молочні з круп (гречана, вівсяна), нежирні сорти м'яса та птиці у вареному вигляді, страви з круп, макарони, картопля, буряк, морква, вершкове масло; оливкова, соняшникова та кукурудзяна олія, молоко, сир, сметана, кефір, простокваша, солодкі ягоди та фрукти, варення, мед, компоти, фруктові та овочеві соки, відвар шипшини, хліб сірий та білий вчорашній. Забороняють прянощі, мариновні, консервовані та копчені продукти; м'ясні, грибні та рибні супи, шпінат, щавель, солодощі, какао.

**Дієта № 6.** Використовують при подагрі, сечокислому діатезі, еритремії. Призначають молочні та вегетаріанські супи, овочі, фрукти, ягоди, молоко. Забороняють сало, тваринні жири, печінку, нирки, мозок, ковбаси, більйони, підливи, приправи, копченості, маринад, консерви, щавель шпінат, зелений горошок, шоколад, какао, кава, алкоголь. Обмежують кухонну сіль.

**Дієта № 7а.** Використовують при гострому гломерулонефриті, нирковій недостатності. Призначають вегетаріанські фруктові супи, борошняні і солодкі страви, овочі, фрукти, ягоди. Обмежують кухонну сіль.

**Дієта № 7.** Використовують при гострих та хронічних нефритах, нефропатіях, гіпертонічній хворобі. Призначають вегетаріанські фруктові супи, борошняні і солодкі страви, овочі, фрукти, ягоди, молочні продукти, масло вершкове і рослинне. Забороняють бобові, м'ясні бульйони, смажене м'ясо, прянощі, креми, газовані та алкогольні напої, пиво. Обмежують кухонну сіль.

**Дієта № 8.** Використовують при ожирінні, коли відсутні захворювання органів травлення, печінки, серцево-судинної системи. Призначають молочні продукти, овочі, фрукти. Забороняють смакові приправи, жирні сорти м'яса, мучні та макаронні вироби, квашені продукти, копченості, шоколад, какао, солодощі. Обмежують кухонну сіль.

**Дієта № 9.** Використовують при цукровому діабеті. Призначають овочеві супи; крупи; каші гречані, вівсяні, перлові; нежирні сорти м'яса та птиці, молочнокислі продукти, сир, яйця, овочі, фрукти, ягоди, чорний хліб. Забороняють солодощі, мучні та макаронні вироби, манну крупу, картоплю, моркву, буряк, рис, сіль, яєчні жовтки, виноград, кавуни, груші, сливи, банани.

**Дієта № 10.** Використовують при захворюваннях серцево-судинної системи із серцевою недостатністю I ст.. Призначають вегетаріанські, круп'яні, молочні, фруктові супи, нежирні м'ясні бульйони; варені м'ясо, птиця, риба, вівсяна та гречана каші, білковий омлет, овочеві салати, вінегрет, молоко, молочнокислі продукти, сир, житній та пшеничний хліб. Забороняють жирні м'ясні та рибні страви, мозок, нирки, печінку, ікру, свинину, тваринні жири, гострі закуски, квашені продукти, консерви, алкоголь, какао, шоколад, каву. Обмежують кухонну сіль.

**Дієта № 10а.** Використовують при захворюваннях серцево-судинної системи із серцевою недостатністю II-III ст., інфаркті міокарду. Обмежують кухонну сіль та рідину.

**Дієта № 11.** Використовують при туберкульозі легень, анемії, загальному виснаженні організму. Висококалорійна їжа.

**Дієта № 12.** Використовують при захворюваннях нервової системи. Забороняють м'ясо, гострі страви, приправи, чай, каву, шоколад, алкоголь.

**Дієта № 13.** Використовують при інфекційних захворюваннях, лихоманці, ангіні, після операції у віддалені строки. Призначають м'ясні бульйони, супи з круп та овочів, молочні каші, картопляне пюре, м'ясні та рибні страви, вершкове масло, молоко, вершки, хліб білий або сухарі.

**Дієта № 14.** Використовують при фосфатурії з лужною реакцією сечі. Забороняють молоко, сир, бобові, міцні м'ясні бульйони, шоколад, каву.

**Дієта № 15.** Загальна (при відсутності захворювань органів травлення). Забороняють жирну баранину, свинину, тваринні жири, солодке тісто.

**Голодування.** Розрізняють так форми голодування:

- повне – не вживають їжі, але вживають воду;
- неповне (недоїдання) – вживання їжі недостатнє по відношенню до загальної витрати енергії;
- абсолютне – не вживають їжу та воду;
- часткове (якісне) – вживають їжу нормальної калорійності, з обмеженим вживанням однієї чи декількох харчових речовин.

## **2.6. Заклучні приготування до операції**

**2.6.1. Призначення відпочинку та сну.** Оскільки операція завжди супроводжується фізичною та психічною травмою, пацієнту потрібні додаткові сили і енергія для успішного її перенесення. Сон і відпочинок зберігає енергію і таким чином є важливим для операції.

Седативні засоби, як правило, призначають напередодні операції та на ніч перед операцією, щоб гарантувати відпочинок протягом ночі.

Якщо пацієнт відчуває занепокоєння від болю, призначають додаткові седативні препарати та знеболювальні засоби вночі, але не пізніше як за 4 години перед премедикацією.

**2.6.2. Згода на операцію.** Перед операцією хворого запитують, чи підпише він згоду на операцію. Згода допускає, що пацієнт поінформований про необхідність операційного лікування, зрозумів характер процедури, а також як відомі, так і можливі наслідки втручання.

Лікар несе відповідальність про забезпечення пацієнта достатньою необхідною інформацією, щоб пацієнт зрозумів увесь ризик і користь від запропонованої операції.

Інформація звичайно включає:

- характер операції з її користю і ризиками;
- альтернативні методи лікування та їх користь і ризики;
- прогноз, якщо пацієнт відмовляється від операційного лікування.

Ризик включає тілесні пошкодження або смерть, можливі для цього пацієнта післяопераційні ускладнення (не загального характеру).

Юридичну відповідальність за достовірність і повноту інформації та отримання згоди від пацієнта несе лікар. Усна згода настільки ж обов'язкова, як і письмова.

Підписання офіційної згоди передусім указує на те, що пацієнт усвідомив інформацію щодо майбутньої операції і погодився. Згоду підписує не тільки пацієнт або член його родини, а й лікар.

Медсестра свого підпису на згоді не ставить. Її роль у цьому процесі полягає в пересвідченні того, що пацієнт обговорив з лікарем ризик і користь операції та можливі альтернативи. Якщо це обговорення не мало місця, медсестра повинна проконсультуватися з лікарем. Медична сестра повинна полегшити пацієнтові прийняття рішення. Вона повинна оцінити, наскільки пацієнт зрозумів та, що може статися під час операції і в післяопераційний період.

Пацієнти можуть відмовитися від операції, це їхнє право.

Якщо пацієнт, якому необхідна операція, внаслідок свого стану не може дати на неї згоди, її можна отримати від членів його родини (послідовність: чоловік-дружина, дорослі діти, батьки, брати-сестри, законний опікун). Згода повинна бути зафіксована.

**Речі пацієнта.** Під час транспортування до операційної окуляри або протези пацієнта можуть бути пошкоджені або втрачені, тому перед транспортуванням на операцію пацієнт знімає окуляри, зубні протези, протези кінцівок, очні лінзи тощо. Усе це переписують, позначають і зберігають. Усі гроші й коштовності, включаючи весільні обручки, повинні бути відправлені членам сім'ї або в безпечне місце в лікарні.

### **2.6.3. Премедикація.**

Розрізняють премедикацію:

- віддалену – виконують напередодні операційного дня, вона включає в себе психологічну підготовку пацієнта, а також застосування снодійних препаратів та транквілізаторів (за призначенням лікаря);
- безпосередню – виконують за 30 – 40 хв до операції або наркозу і проводять обов'язково перед усіма операційними втручаннями в стаціонарі.

Перед проведенням премедикації медсестра повинна впевнитися, що згода на операцію підписана, тому що після премедикації пацієнт буд занадто загальмований, щоб зрозуміти мету і ризик операційного втручання і дати на це згоду.

Мета премедикації:

- зменшити хвилювання і забезпечити седативний ефект за допомогою седативних або снодійних засобів;
- запобігти алергічним реакціям на препарати, які можуть бути використані під час операції;
- зменшити виділення слини і шлункових соків, а також секрецію трахеобронхіального дерева за допомогою холіноблокаторів;
- зменшити біль і дискомфорт за допомогою наркотиків.

Премедикація особливо важлива, якщо очікується проблема з дихальними шляхами і перед плановою операцією на серці, коли пацієнти особливо неспокійні.

|   |          |     |
|---|----------|-----|
| <b>Антигістамінні:</b>                                |          |     |
| димедрол 1%   | 1,0-2,0  | в/м |
| піпольфен 2,5%  | 1,0-2,0  | в/м |
| супрастин 2%  | 1,0-2,0  | в/м |
| <b>Антихолінергічні (периферичні М-холінолітики):</b> |          |     |
| атропіну сульфат 0,1%                                 | 0,5-1,0  | п/ш |
| метацин 0,1%  | 0,5 -2,0 | в/м |
| <b>Наркотичні анальгетики:</b>                        |          |     |
| промедол 1 – 2%                                       | 1,0-2,0  | в/м |
| морфіну гідрохлорид 1%                                | 1,0      | п/ш |
| омнопон 1 – 2%  | 1,0-2,0  | п/ш |

**Ургентна операція** – операція, яка проводиться за життєвими показами з мінімальною передопераційною підготовкою або без неї і яку не можна відкласти на довгий час або ж не виконувати взагалі.

## 2.7. Особливості підготовки до операції геронтологічних хворих

У хворих похилого та старечого віку спостерігають знижені компенсаторні можливості організму, нервова система досить ранима. Часто спостерігають зміни з боку серцево-судинної та дихальної (пневмосклероз, емфізема легень, бронхіальна астма) систем, ШКТ (часто спостерігають недостатність функції кишечника – закрепи, проноси). У геронтологічних пацієнтів в передопераційному періоді обов'язково призначають ЕКГ, консультацію кардіолога, терапевта, рентгенографію ОГК, очисні клізми, проносні засоби, відповідну дієту. Під час премедикації обережно призначають барбітурати, наркотичні анальгетики (вони пригнічують дихальний центр, погіршують функцію нирок, печінки).



## 2.8. Особливості підготовки до операції дітей

Уважне і чуйне ставлення середнього медперсоналу до хворої дитини є запорукою її швидкого видужання. Дитині необхідне свіже повітря. Взимку слід систематично провітрювати палати, при цьому дитину тепло вкривають. Влітку слід постійно тримати вікна відкритими, бажано закривати їх сіткою від комах. Необхідно часто перестилати ліжко, витрясувати простирадла та ковдри, слідкувати, щоб вони не мали складок, їх необхідно замінювати одразу ж після забруднення, не рідше 1 разу на тиждень. Якщо в дитини енурез, то матрац слід застилати клейонкою, поверх якої застеляють простирадло. Дитину слід щодня вмивати, перед їдою слід мити їй руки, при посиленому потовиділенні шкіру протирають сухим рушником і змінюють білизну. При гарячці часто в дітей бувають сухі потріскані губи, їх слід декілька разів на добу змащувати несоленим вершковим маслом або вазеліном. Після стільця дитину необхідно підмивати.

Хворі діти часто бувають капризні та плаксиві. Проведення гігієнічних та лікувальних процедур, кормління дитини часто зустрічає спротив з їх сторони, але слід вміти терпеливо і лагідно виконати все, що необхідно, намагаючись найменше травмувати дитину.

Їжа хворої дитини повинна бути повноцінною і містити достатню кількість вітамінів, не залежно від можливих обмежень дієти. Особливу увагу надають кормлінням дітей з поганим апетитом. Слід підібрати їжу залежно від смаків дитини і гарно приготувати її. Неможна давати дитині надмірну кількість їжі. Годувати дитину слід невапно, з перервами, слідкуючи за тим, що вона робила малі ковтки.

При блюванні дитину слід посадити і притримувати їй голову, так як під час блювання у неї з'являється слабкість, виступає холодний піт. Якщо дитині важко сідати, слід повернути її в ліжку на бік, маленькій дитині підкласти пеленку, а старшій – підкласти миску. Після закінчення блювання хворий повинен прополоскати рот і випити 1 – 2 ковтки прохолодної води. Після блювання дитину вкладають на ліжко і вкривають ковдрою. При ознобі до ніг кладуть грілку. Слід пам'ятати, що при недостатньому догляді за дитиною під час блювання може настати аспірація блювотних мас у дихальні шляхи та асфіксія.

Горщик або судно, яким користується дитина, після кожного використання ретельно миють, а потім дезінфікують антисептичним розчином.

Хворому необхідно 2 рази на добу вимірювати температуру, як правило, – вранці після просинання і після денного сну, у 16 – 17 год. При необхідності більш частих вимірювань лікар дає спеціальні вказівки. Дітям перших місяців життя термометр зручніше ставити не в пахову западину, а в пахову складку.

У палаті слід створити спокійні умови. У дитини повинен бути спокійний сон як вдень, так і вночі.

Результати всіх спостережень медична сестра повинна реєструвати. Для цієї мети на кожного хворого заводять спеціальний сестринський лист,

де реєструють температуру, апетит, стілець, сечовиділення, нудоту, блювання і ін.

Ін'єкції і інші заходи часто лякають дитину. Тому всі приготування слід проводити поза полем зору дитини, а при проведенні процедури намагатися заспокоїти дитину. Старших дітей потрібно запевнити в необхідності неприємних процедур. Не слід заздалегідь попереджувати дитину про призначення їм таких процедур як зондування, пункції та ін..

Необхідно організувати і розваги для дітей, використовуючи іграшки та книги.

Для виконання операційного втручання у дітей необхідно отримати письмовий дозвіл батьків або опікунів. Їм слід пояснити характер операційного втручання, ступінь важкості, ризику, а також можливі результати та ускладнення. Недотримання цього положення можливе лише в екстремальних ситуаціях, коли необхідно терміново виконувати операцію і немає батьків. Тоді ці питання вирішує консилиум лікарів у складі не менш як двох лікарів. обов'язково свавлять до відома завідувача відділення та головного лікаря. Операційні втручання у дітей виконують у будь-якому віці, навіть у новонародженого. Підготовка до операції залежить від характеру втручання, захворювання, віку і загального стану хворого. В дітей кількість додаткових обстежень слід максимального обмежити, однак перед складним операційним втручанням необхідне ретельне обстеження з використанням методів функціональної діагностики. Важливу роль у підготовці пацієнта відіграє психологічний фактор. При цьому необхідна допомога батьків, вихователів та друзів пацієнта.

Діти грудного віку напередодні операції отримують звичайне харчування до 10 год. вечора. Дітям більш старшого віку дозволяють легку вечерю. За три години до операції хворому можна дати солодкий чай, який вже через 2 години всмоктується і не викликає блювання. Проносні для підготовки до операції не призначають. Очисну клізму ставлять напередодні ввечері та в день операції.

## **2.8. Особливості підготовки до операції вагітних**

Хвора обов'язково повинна бути консультована акушер-гінекологом до операції. Чим менший термін вагітності, тим легше пацієнтка переносить операційне втручання. Хвора повинна бути обов'язково попереджена про небезпеку викидня або передчасних пологів, при цьому слід отримати письмову згоду від пацієнтки на проведення операційного втручання та повідомити її про всі можливі ускладнення. В до- та в післяопераційному періоді призначають препарати, що попереджують аборт або передчасні пологи.

### Питання до самоконтролю:

1. Дайте визначення терміну операція.
2. Дайте визначення передопераційного періоду.
3. Назвіть фази передопераційного періоду.
4. Яка мета передопераційного періоду?
5. Назвіть головні завдання передопераційного періоду.
6. Алгоритм роботи медичної сестри хірургічного кабінету відділення.
7. Покази до госпіталізації в денний стаціонар хірургічного відділення поліклініки.
8. Алгоритм роботи медичної сестри приймального відділення.
9. Алгоритм роботи постової медичної сестри хірургічного відділення.
10. Назвіть критичні показники стану центральної нервової системи.
11. Назвіть критичні показники стану дихальної системи.
12. Назвіть критичні показники стану серцево-судинної системи.
13. Назвіть критичні показники стану терморегуляції.
14. Назвіть критичні показники стану сечовидільної системи.
15. Назвіть критичні показники стану травного каналу.
16. Назвіть критичні показники стану водно-електролітного балансу.
17. Назвіть критичні показники стану шкіри та видимих слизових оболонок.
18. Назвіть критичні показники стану післяопераційної рани.
19. Назвіть умови, що збільшують ризик виникнення проблем (критичні умови).
20. Медсестринська оцінка стану серцево-судинної системи.
21. Медсестринська оцінка стану дихальної системи.
22. Медсестринська оцінка неврологічного стану.
23. Мета доопераційного навчання пацієнта.
24. Назвіть рівні неспокою пацієнта.
25. Дайте характеристику пацієнта з високим рівнем неспокою.
26. Назвіть підходи для зменшення хвилювання пацієнта в післяопераційному періоді.
27. Забезпечення емоційної підтримки пацієнта.
28. Підготовка нервової системи пацієнта до операції.
29. Підготовка серцево-судинної системи пацієнта до операції.
30. Підготовка дихальної системи пацієнта до операції.
31. Профілактика розвитку ателектазів та пневмоній в післяопераційному періоді.
32. Назвіть вправи для глибокого дихання та кашльового рефлексу.
33. Підготовка шлунково-кишкового тракту пацієнта до операції.
34. Назвіть покази та протипокази до очисної та сифонної клізми.
35. Техніка проведення очисної клізми.
36. Техніка проведення сифонної клізми.
37. Підготовка сечовидільної системи пацієнта до операції.
38. Особливості катетеризації сечового міхура в жінок.

39. Підготовка шкірних покривів пацієнта до операції.
40. Техніка проведення гігієнічної ванни та душу.
41. Техніка підготовки шкірних покривів пацієнта до екстренної операції.
42. Транспортування хворого в операційну.
43. Алгоритм забору крові на коагулограму.
45. Алгоритм забору калу на дослідження.
46. Техніка взяття мазка із зіва.
47. Техніка взяття мазка із носа.
48. Техніка забору крові з вени.
49. Догляд за периферичним венозним катетером.
50. Форми голодування.
51. Види премедикації.
52. Назвіть мету премедикації.
53. Особливості підготовки до операції геронтологічних хворих.
54. Особливості підготовки до операції дітей.
55. Особливості підготовки до операції вагітних.
56. Назвіть препарати для премедикації.

## Лекція № 3

### Діяльність медичної сестри під час операції

#### 3.1. Організація роботи в операційній

Доступ в операційну залу (ОЗ) суворо обмежено. Вхід до ОЗ дозволяється в чистому халаті, із заправленими під шапочку волосами, рот і ніс необхідно закрити маскою, на взуття надягають бахіли. В ОЗ дозволяється присутність лікарів даного лікувального закладу, які отримали дозвіл завідуючого відділенням. В ОЗ забороняють розмови і не потрібне ходіння. Двері до ОЗ під час операції повинні бути закриті. Вхід за червону лінію в тамбурі ОЗ, коридорі, передопераційній і операційній дозволяється лише в бахілах, халаті, шапочці та масці. Вхід за червону лінію навколо операційного столу і зони великого інструментального столу дозволяється лише в стерильному одязі.

Хірурги та операційні сестри повинні ретельно слідкувати за станом рук, тіла, порожнини роту і носоглотки. На руках не повинні бути тріщини, садна, гнійничкові захворювання. Нігті повинні бути коротко підстрижені і чисті, не покриті лаком. Порожнина роту без каріозних зубів і хронічних захворювань. Гострі вірусні і інфекційні захворювання є протипоказом до роботи в ОЗ, так як це може призвести до серйозних ускладнень у пацієнтів.

Медперсонал перед роботою в ОЗ повинен прийняти душ, переодягнутися в операційну білизну, надягнути маску та бахіли. В передопераційній надягають стерильну маску та шапочку, проводять гігієнічну обробку рук з використанням стерильного рушника. В ОЗ проводять хірургічну обробку рук, надягання стерильного халату та рукавичок.

Пацієнта доставляють в операційний блок на каталці ХВ. В тамбурі операційного блоку його перекладають на каталку оперблоку і завозять в ОЗ.

**3.1.1. Підготовка медсестри до операцій.** Операційна медсестра починає роботу в ОЗ за 1 – 2 години до початку операції. При підготовці до операції медсестра знімає верхній одяг, приймає душ, переодягається в чистий хірургічний костюм, одягає чисті капці, прибирає волосся під шапочку. Після чого операційна медсестра перевіряє наявність та стан всіх приладів у ОЗ. Встановлює на підставки стерильні бікси з операційною білизною, перев'язочним матеріалом, перевіряє маркування на них, відкриває бікс і стерильним корнцангом бере з нього індикатор стерильності. Готує лікарські та антисептичні засоби, які використовують під час операції; інструменти, відповідно до плану операцій, стерилізує в сухожаровій шафі. Готує ємності з дезінфікуючими розчинами, з розчинами для проведення передстерилізаційної обробки інструментів після операції, з дистильованою водою, з 5% розчином формаліну для взяття матеріалу під час операції на гістологічний аналіз. На підставках встановлюють ємності для скиду відпрацьованого матеріалу та інструментів. Проводить попереднє прибирання операційної та кварцування.

Після підготовки ОЗ медсестра надягає стерильну шапочку і маску, взяту корнцангом з стерильного бікса. Потім мие руки під проточною водою з милом протягом 1 хв, витирає їх стерильним рушником, який подає санітарка

корнцангом із стерильного бікса, і проводить обробку рук. Після обробки рук медсестра йде в ОЗ, надягає стерильний халат та рукавички, так щоб останні закривали манжети халату.

Медсестра бере стерильне простирadlo і накриває **великий інструментальний столик**, простирadlo повинне звисати на 30 см з кожного боку столу. Потім бере друге стерильне простирadlo і накриває його поверх першого так, щоб край цього простирadла був на 15 см вище попереднього шару простирadла. На кінці верхнього простирadла закріплюють цапки. Потім складають верхнє простирadlo «гармошкою», останній шар внутрішньої сторони повинен лежати назовні. Після накриття простирadлом можна розкласти інструменти та операційний матеріал. Інструменти медсестра бере з сухожарової шафи і розкладає їх в три ряди:

- перший ряд: інструменти, які використовують в першу чергу (скальпеля, ножиці, кровозупинні затискачі, пінцети, голкотримачі, гачки гострі та тупі Фарабефа);
- другий ряд: інструменти для операцій на ШКТ (затискач Мікуліча, жоми кишкові, прямі, м'які та роздавлюючі);
- третій ряд: спеціальні інструменти, які використовують при спеціальних операціях, інструменти-дублікатори, дренажі.

Великий інструментальний столик готують на весь робочий день з розрахунку на декілька операцій.

Для накриття малого пересувного інструментального столика медсестра бере з стерилізаційної коробки з операційною білизною складене простирadlo, згортає його в чотири шари і накидує на малий інструментальний столик, який попередньо обробили дезінфектантами. Два верхніх шари простирadла закріплюють цапками і складають «гармошкою».

За допомогою корнцанга потрібні інструменти з великого інструментального столика медсестра переносить на малий пересувний інструментальний столик. Медсестра розкладає інструменти на **малому інструментальному столику** в певному порядку:

- в першому ряді розміщують інструменти необхідні для даної операції;
- у другому – запасні інструменти;
- в центрі столика – склянки для анестезії та обробки операційного поля;
- в третьому ряді – шовний матеріал, який ставлять між шарами стерильної серветки, ножиці операційної сестри;
- справа на столику – розміщують перев'язувальний матеріал (серветки, шарики, дренажі).

Потім малий інструментальний столик накривають верхнім шаром простирadла. Якщо медсестрі слід чекати початку операції, то руки накривають стерильною серветкою і тримають перед собою складеними на висоті грудей.

Медсестра допомагає хірургу одягнути стерильний халат та рукавички.

**Транспортування хворого в операційну.** Хворого транспортують в ОЗ на каталці, ношах або кріслі-каталці. Таке транспортування пов'язано з тим, що

за 30 – 40 хв до операційного втручання йому проводять премедикацію і хворий втрачає орієнтацію в просторі та часі. Найчастіше транспортування на каталці проводять удвох: медсестра та санітарка. Головний кінець піднімають за допомогою підставки або подушки. Транспортують головою вперед, медсестра знаходиться біля ніг хворого та спостерігає за його станом.

**3.1.2. Розміщення пацієнта на операційному столі під час операції.** При операції на ОЧП операційний стіл розміщують горизонтально. Пацієнта вкладають на спині, нижні кінцівки фіксують на панелі тримачами гомілок, стегон або за допомогою ременя. Верхні кінцівки закріплюють м'якими рукотримачами в положенні вздовж тулубу. При необхідності одна або дві руки відводять на спеціальних панелях, що дозволяє провести інфузійну терапію. На рівні грудної клітини фіксують Г-подібну дугу-ширму. Положення головної секції панелі регулюють вище або нижче площини столу залежно від рівня анестезії. Перед операцією або під час неї кут операційного доступу змінюють шляхом підняття ниркового валику на той чи інший рівень.

При операції на ОГК для задньобокowego доступу застосовують положення на животі. При цьому всі секції столу встановлюють на одному рівні. Головна секція може бути знята, на її місце встановлюють підголовник з підплечником і підлобником, що створює зручність для роботи анестезіолога. Верхні кінцівки можуть бути опущені вниз до підлоги і вклені на спеціальний «гамак», який готують із звичайного простирадла, або їх закріплюють рукотримачами в положенні вздовж тулубу.

При боковому доступі пацієнта вкладають в положення на здоровому боці. Стіл встановлюють горизонтально. На головному кінці встановлюють підголовник, який кріплять на панелі стола після зняття головної секції. Для попередження запрокидування пацієнта на спину або живіт на панелі встановлюють спеціальні бокові опори. Ноги фіксують на панелі ременем. Праву або ліву руку, залежно від положення витягують вперед. Другу руку поміщають на опорі для руки вверху.

При передньому доступі пацієнта вкладають так як і при операціях на черевній порожнині.

При операціях на шії для збільшення операційного поля і зручності операційного втручання необхідне запрокидування голови і підняття верхнього плечового поясу. При цьому всі секції столу встановлюють на одному рівні, знімають головну секцію панелі і закріплюють підголовник з підплечником. Положення пацієнта на спині. Голова дещо запрокинута назад і знаходиться на підголовнику, який дещо опущений нижче горизонтальної панелі столу. Верхній плечовий пояс знизу знаходиться на двох підплечниках, що закріплені на рівні, необхідному для максимального досягнення потрібного положення. Для зручності пацієнта дещо піднімають нирковий валик. Ноги закріплюють за допомогою ременя або тримачів стегон. Руки фіксують м'якими рукотримачами вздовж тулуба.

При операціях на верхніх кінцівках пацієнта вкладають в положення на живіт або спину. Стіл встановлюють горизонтально. Верхню кінцівку в

положенні відведення розміщують на панелі для руки. Нижні кінцівки фіксують до столу ременем або тримачами стегон. Головну секцію панелі столу встановлюють під кутом, необхідним для роботи анестезіолога. На рівні голови закріплюють Г-подібну дугу-ширму.

При операціях на нижніх кінцівках пацієнта вкладають в положення на живіт або спину. Підколінна область повинна знаходитися на осі, що з'єднує ножну або тазову секцію. Це дозволить змінити положення секції панелі стовбура під час операції. Верхні кінцівки розміщують вздовж тулубу і фіксують м'якими рукотримачами.

При операціях на ЦНС пацієнта вкладають в положення на спині, животі або на боку. При операціях на черепі знімають головну секцію столу і встановлюють підголовник, на який закріплюють підлобник необхідного розміру, а на операціях у положенні на животі заміняють на круглий підголовник.

При операціях на прямій кишці або статевих органах положення пацієнта на спині з припіднятим або опущеним головним кінцем. Якщо операцію проводять на промежині, то ножну секцію столу опускають, таз пацієнта при цьому повинен знаходитися у краю кульшової секції. З обох сторін столу в гніздах кульшової секції закріплюють на потрібній висоті правий або лівий підколінники, а гомілки в них закріплюють ременями. Верхні кінцівки розміщують вздовж тулубу і фіксують м'якими рукотримачами. Якщо операція проводиться на органах малого тазу з боку черева, то пацієнта вкладають в положення Тренделенбурга. При цьому головний кінець опускають, з встановленням з обох сторін плечових опор на початку спинної секції столу, а ножну секцію столу забирають. Для закріплення ніг використовують тримачі стегон.

При операціях на сідницях і куприковій області положення пацієнта на животі так, щоб лінія кульшових суглобів співпадала з віссю, що з'єднує спинну і кульшову панелі. Руки вкладають вздовж тіла, закріплюючи їх на рукотримачах. Ноги фіксують ременем. За допомогою пульта управління ноги і плечі опускають вниз.

При урологічних операціях положення пацієнта на боку або на спині з висуненням поперекового валика.

В інтраопераційному періоді медсестра обов'язково проводить профілактику хімічних і термічних опіків у пацієнтів, обережно застосовує йодвмісні препарати, підкладає під боки стерильні пелюшки, попереджуючи затікання антисептика під спину. Перед роботою з електрохірургічними інструментами та апаратами медсестра перевіряє роботу самих апаратів і надійно фіксує пасивні електроди.

Медсестра активно проводить профілактику внутрішньолікарняної хірургічної інфекції, суворо дотримується принципів антисептики та асептики. Веде суворий облік серветок, голок, лез, інструментів до операції, перед зашиванням операційної рани, після операції.

**3.1.3. Способи подачі інструментів хірургу.** При деяких операціях, в основному при гнійних, медсестра розкладає набір інструментів на



інструментальний столик, і хірург сам бере те, що йому потрібно по ходу операції. При цьому методі операційна медсестра лише надягає лігатуру в голку. Такий метод дозволяє уникнути забруднення рук операційної сестри і великого інструментального столику.

При невеликих операціях медсестра може подавати інструменти за допомогою стерильного корнцанга, але так щоб руки хірурга не торкалися корнцанга.

Найчастіше застосовують метод подачі інструментів безпосередньо в руки хірурга. При цьому хірург не торкається руками інструментального столика, прискорюється хід операції і полегшується робота хірурга.

Перев'язувальний матеріал подають лише інструментом. Марлеві шарики подають лише по одному. Для висушування операційного поля подають тупфери – згорнуті валиком малі серветки, зажаті в затискачах або корнцангах. Для висушування в глибині рани застосовують тампони, на кінці яких обов'язково накладають затискачі.

При подачі шприца розчин у нього набирають повільно, щоб не попало повітря, і подають поршнем до хірурга.

Скальпель подають рукояткою. Медсестра тримає його за шийку і лезо за допомогою малої серветки, при цьому тупий край скальпеля повернутий до її долоні.

Ножиці подають в закритому вигляді кільцями від себе. Затискачі під час подачі повинні бути закриті і подаються кільцями до хірурга. При подачі гачків робоча частина їх повинна бути повернута до медсестри.

Голку для накладання шва зажимають впоперек у голкотримачі біля вушка голки. При цьому гостра частина голки повинна бути повернута вліво, а вушко – вправо, обидва кінці направлені вгору. Нитку, притримуючи правою рукою на голкотримачі, лівою рукою проводять вздовж ручки на носик голкотримача і в натягнутому стані вдавлюють у вушко голки так, щоб залишався вільний кінець довжиною 4 – 5 см. Голкотримач кільцями подають хірургу і голкою вгору, притримуючи довгий кінець нитки пінцетом. Нитку без голкотримача подають пінцетом. Для неперервного шва беруть нитку довжиною 40 – 45 см, для вузлових швів – 18 – 20 см, для швів, які накладають в глибині рани, – 25 – 30 см. Кетгут слід брати довше ніж шовк, так як він ковзає при зав'язуванні.

Для кожної рани підбирають певні голки. Шви на органах черевної порожнини накладають за допомогою круглої вигнутої або прямої голки. Для зшивання м'язів, апоневрозу і шкіри подають вигнуту ріжучу голку. Товщина голок повинна відповідати товщині ниток: для товстих ниток беруть товсті голки з широким вушком. Нитка повинна заходити у вушко голки без зусиль, але щільно. Вибір голки по кривизні залежить від глибини і ширини рани.

Домінуюча рука хірурга знаходиться в безпосередній близькості від медсестри. **Існує 10 основних прийомів подачі інструментів хірургу:**

1. Відкрита рука хірурга вимагає затискаючого інструменту. Операційна медсестра подає затискач ручками, спрямованими до руки хірурга.

2. Виконуючи повторні рухи вказівним і безіменним пальцями, здвигаючи і розводячи їх хірург вимагає ножиці. Операційна медсестра подає ножиці із закритими браншами, ручками до хірурга.
3. При русі кисті вперед і назад, із зведеними разом вказівним, безіменним і великим пальцями, хірург вимагає скальпеля. Медсестра подає скальпель ручкою вперед в напрямку до руки хірурга. Для виключення травми скальпель загортається в серветку.
4. Хірург просить подати пінцет, пронуючи кисть і проводячи стискаючі рухи великим і вказівним пальцями. Операційна сестра подає пінцет, направляючи його бранші до руки хірурга.
5. Про необхідність накладання шва хірург сигналізує стиснутою в кулак рукою, повертаючи його по часовій стрілці і проти неї. Медсестра подає інструмент ручками вперед, гостра частина голки повернута вперед, голкотримач готовий до накладання шва.
6. Пронуючими рухами відкритої долоні хірург вимагає вільну лігатуру. При подачі вільної нитки у медсестри повинні бути задіяні обидві руки. Перед початком операції хірург повинен пояснити медсестрі, який матеріал будуть використовувати.
7. Хірург вимагає тупфер, пересуваючи кисть вгору і вниз з розсунутими або зігнутими пальцями, спрямованими вниз. Медсестра подає вільний або зажатий в інструменті матеріал.
8. Рухами великого і вказівного пальців по типу кліщів хірург вимагає в медсестри правокутного затискача. Медсестра подає затискач ручками до руки хірурга, кінець затискача повернутий вгору.
9. Пронуючи руку і виконуючи відсуваючі рухи, хірург повідомляє про необхідність пластинчатого гачка. Подаючи гачок, медсестра розміщує його тильною стороною до хірурга і гачками назовні.
10. Пронуючи відкриту кисть і розсуваючи пальці хірург просить у медсестри ранорозширювач.

**При будь-якому методі подачі інструментів медсестра повинна суворо дотримуватися певних правил:**

1. добре знати хірургічний інструментарій, його назву та застосування;
2. подавати інструмент так, щоб хірург одразу зміг ним скористатися не перекладаючи;
3. не торкатися до тієї частини інструмента, яка буде торкатися оперованого органа;
4. подавати інструмент чітко і швидко;
5. знати характер і хід операції, подавати потрібний інструмент, випереджуючи хірурга;
6. подавати інструмент так, щоб не поранити себе та хірурга;
7. знати кількість необхідного інструментарію, перев'язувального матеріалу і операційної білизни під час операції, порахувавши її до операції;
8. перев'язувальний матеріал подавати лише інструментом;
9. слідкувати за дотриманням тишини і асептики в операційній;

10. при тривалій операції через 45 – 60 хв. провести заміну стерильних рукавичок;
11. при розриві рукавички провести її заміну негайно;
12. при одноразовому застосуванні інструменту одразу після використання викинути в таз для інструментів;
13. інструменти для багаторазового використання, перед тим як покласти на інструментальний столик, медсестра повинна протерти серветкою з стерильним водним розчином антисептика;
14. медсестра повинна слідкувати за справністю інструментів, що їй повертають;
15. в процесі операції медсестра повинна брудні і промоклі серветки замінювати чистими, а намоклу білизну прикривати зверху чистим і сухим рушником або простиралом.

### 3.1.4. Прибирання операційної. Існує декілька видів прибирання ОЗ:

- **попереднє** – проводиться на початку робочого дня дезінфікуючими розчинами шляхом протирання всіх горизонтальних поверхонь.
- **поточне** – проводять на протязі дня після кожної операції. Після закінчення операції хірурги та медсестра, що приймали участь в операції, миють руки в гумових рукавичках в тазі з дезінфікуючим розчином. Після чого знімають рукавички і кладуть їх в іншу ємність з дезінфікуючим розчином. Використані халати, маски, шапочки і операційна білизна складається в ємність для брудної білизни. Використаний інструментарій перераховується і піддається обробці. Використаний перев'язувальний матеріал перераховується і дезінфікується, після чого збирається в герметичні пакети і викидається в контейнери. В ОЗ протирають столи та підлогу дезінфікуючими розчинами, проводять підготовку до інструментів і пересувного інструментального столика до наступної операції.
- **заклучне** – проводиться після всіх операцій вкінці операційного дня: миють підлогу і горизонтальні поверхні, включають бактерицидні лампи.
- **генеральне** – проводять 1 раз на тиждень дезінфікуючими та миючими розчинами: спочатку шляхом зрошення всіх поверхонь з обов'язковим дотриманням черговості миття. Спочатку стелю, стіни, вікна і підвіконня, потім меблі, обладнання і підлогу. Дезінфекцію закінчують миттям і прибиранням допоміжних приміщень операційного блоку.
- **непланове генеральне** – після операцій, що супроводжуються сильним забрудненням операційної гноем, кишковим вмістом та у випадках анаеробної інфекції.

### **3.2. Кваліфікаційні вимоги до операційної медсестри**

**Завдання та обов'язки.** Керується чинними ЗУ про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність ЗОЗ.

Комплектує набори медичного інструментарію відповідно до виду операції. Готує та стерилізує шовний матеріал. Асистує під час складних інструментальних обстежень та лікувальних процедур. Проводить місцеву анестезію, внутрішньовенний наркоз, інфузійну терапію. Володіє різними медичними маніпуляціями (введення шлункового зонду, накладання штучного пневмотораксу тощо). Забезпечує догляд за дренажною системою, трахеостомою. Застосовує сучасну наркозо-дихальну апаратуру. Здійснює догляд за хворими після операції у палаті реанімації та інтенсивної терапії. Володіє методикою забору матеріалу для лабораторних досліджень. Несе відповідальність за витрати ліків в операційній. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

**Повинна знати:** чинні ЗУ про ОЗд та нормативні документи, що регламентують діяльність ЗОЗ; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної операційної; обсяг хірургічного втручання під час операції; послідовність дій хірурга при проведенні операції; техніку проведення різних видів наркозу; перелік і призначення медичного інструментарію, методику його передстерилізаційної очистки і стерилізацію; підготовку до стерилізації перев'язувальних засобів; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; фармакологічну дію найбільш поширених медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методику введення; основи асептики та антисептики; особливості догляду за хворими в післяопераційному періоді; клінічну та ЕКГ-діагностику загрозливих станів під час наркозу та в післяопераційному періоді; діагностику раптових ускладнень і першу допомогу при них; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

#### ***Кваліфікаційні вимоги.***

**Сестра медична операційна вищої кваліфікаційної категорії:** неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Хірургія». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

**Сестра медична операційна I кваліфікаційної категорії:** неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Хірургія». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення

про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

**Сестра медична операційна II кваліфікаційної категорії:** неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Хірургія». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 5 років.

**Сестра медична операційна:** неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Хірургія». Без вимог до стажу роботи.

### **3.3. Основні функціональні обов'язки операційної медичної сестри**

#### **1. Загальна частина**

- 1.1. Завдання операційної медичної сестри – забезпечити нормальний ритм роботи операційного блоку.
- 1.2. Операційна медсестра призначається головним лікарем лікарні по поданню зав. відділенням.
- 1.3. Призначається операційна медсестра з особи, що має спеціальну середню медичну освіту та пройшла курси операційних медсестер.
- 1.4. Операційна медсестра підпорядкована завідувачому відділенням, старшій операційній медсестрі (якщо така призначена) та старшому лікарю операційної бригади.
- 1.5. Операційній медсестрі підпорядковані операційні молодші медичні сестри.
- 1.6. В своїй роботі операційна медсестра керується положенням про операційний блок, даною інструкцією та наказом МОЗ № 720 та іншими режимними наказами, наказами та розпорядженнями вищестоящих посадових осіб.

#### **2. Функціональні обов'язки**

- 2.1. Операційна медсестра слідкує за дотриманням та підтриманням санітарно-гігієнічного режиму в операційному блоці.
- 2.2. Готує для кожної операції медикаменти, інструментарій, перев'язочний матеріал, білизну тощо.
- 2.3. Слідкує за дотриманням правил асептики та антисептики, безпосередньо проводить стерилізацію інструментів, шовного матеріалу та готує білизну і перев'язочний матеріал для централізованої стерилізації.
- 2.4. Проводить регулярний контроль за стерильністю (бактеріологічний контроль поля, рук, матеріалу, шовного матеріалу).
- 2.5. Організує і контролює роботу операційних молодших медсестер.
- 2.6. Проводить навчання операційних молодших медичних сестер.
- 2.7. Організує відправку на гістологічне дослідження видалених органів та тканин.

- 2.8. Забезпечує маркіровку матеріалів та направлення на гістологічне дослідження.
- 2.9. Забезпечує правильне використання та збереження інвентарю операційного блоку, медикаментів та матеріалів.
- 2.10. Поповнює запаси матеріалів на операції.
- 2.11. Веде встановлену медичну документацію.
- 2.12. Під контролем лікаря, проводить підготовку до проведення переливання крові, її компонентів та кровозамінників.
- 2.13. Проводить щоденний відбір інструментарію з хірургом для конкретного оперативного втручання.
- 2.14. Забезпечує заказ крові та її компонентів для оперативного втручання.
- 2.15. Відвідує сестринські конференції.

### **3. Права**

- 3.1. Має право вносити свої пропозиції щодо покращення роботи операційного блоку та охорони праці.
- 3.2. Приймає участь у зборах та нарадах, де обговорюється питання роботи відділення і операційного блоку.
- 3.3. Отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх обов'язків.

### **4. Взаємовідношення**

- 4.1. Із завідуючим відділенням, ординаторами, старшою медсестрою, старшою операційною медсестрою, сестрою господаркою відділення.
- 4.2. Із бактеріологічною лабораторією, пунктом переливання і заготівлі крові, аптечною службою, інженерною групою.

### **5. Оцінка роботи і відповідальність**

- 5.1. Оцінка роботи проводиться завідуючим відділенням по критеріям, затвердженими у лікарні.
- 5.2. Операційна медсестра несе відповідальність за недоліки роботи операційного блоку та невиконання функціональних обов'язків, режимних наказів та розпоряджень вищестоящих посадових осіб.

## **3.4. Основні функціональні обов'язки палатної медичної сестри хірургічного відділення**

### **1. Загальна частина**

- 1.1. Основним завданням палатної медичної сестри є виконання лікарських призначень та догляд закріплених хворих.
- 1.2. Палатна медсестра призначається та звільняється головним лікарем по поданню завідуючого відділенням.
- 1.3. Палатною медсестрою призначається особа, яка має закінчену середню спеціальну освіту та володіє виконанням основних сестринських маніпуляцій.
- 1.4. Палатна медсестра підпорядкована завідуючому відділенням, старшій медичній сестрі, лікарю-ординатору, а також черговому лікарю.
- 1.5. Палатній медсестрі підпорядкована молодша сестра по догляду за хворими, молодша медсестра відповідальна за роздачу їжі.

1.6. В своїй роботі палатна медсестра керується правилами внутрішнього розпорядку, режимними наказами, наказами та вказівками головного лікаря, його заступників, розпорядженнями головної медсестри, завідуючого відділенням, ординаторів і старшої медсестри відділення, даною посадовою інструкцією.

## **2. Функціональні обов'язки**

- 2.1. Палатна медсестра слідкує за виконанням розпорядку роботи відділення, збереженню охоронного та санітарно-протиепідемічного режиму.
- 2.2. Забезпечує правильне збереження та використання медикаментів.
- 2.3. Виконує призначення лікаря, проводить термометрію, слідкує та організує туалет хворих, проводить ранкову гімнастику хворим.
- 2.4. Допмагає в прийомі їжі тяжкохворими, організовує і керує видачею їжі.
- 2.5. Проводить підготовку хворих до рентгенологічного, УЗД, лабораторних і спеціальних методів досліджень.
- 2.6. Проводить підготовку хворих до оперативних втручань.
- 2.7. Безпосередньо проводить забір біологічних матеріалів для лабораторного дослідження.
- 2.8. Приймає і розміщає хворих в палати, знайомить хворого з внутрішнім розпорядком, а також знайомить хворого з відділенням, розташуванням туалетних кімнат, правилами користування електроенергією та водою, його правами та обов'язками.
- 2.9. Записує поступлення хворих в обліковий зошит.
- 2.10. Транспортує хворих з операційної до палати.
- 2.11. Оформляє карту хворого (підклеювання та зшивання карти, аналізів та інших документів), відмічає температурний лист, відмічає проведення санітарної обробки та зміну білизни.
- 2.12. Слідкує за відвідуванням хворих їх родичами, приймає передачі і контролює якість харчових продуктів, правильність їх збереження та строками використання.
- 2.13. Проводить бесіди з хворими на медичну тематику та по формуванню здорового способу життя.
- 2.14. Відповідає за правильне використання медичного інструментарію та апаратури у відділенні.
- 2.15. Слідкує за дотриманням техніки безпеки та протипожежних заходів у відділенні.
- 2.16. Контролює роботу молодшого медичного персоналу.
- 2.17. Складає відомості наявності, поступлення та виписки хворих, переведення в інші відділення.
- 2.18. Передає зміну в присутності старшої медичної сестри і зав. відділенням.
- 2.19. Інформує старшу медсестру про наявність чи нестачу медикаментів, інформує про їх використання.
- 2.20. Доповідає про суттєві зміни в стані хворих та проведеним заходам.
- 2.21. Інформує про порушення трудового режиму, порушеннях режиму роботи відділення.

- 2.22. Сповідляє чергового лікаря про тяжкохворих і своєчасно викликає чергового лікаря при погіршенні стану хворого.
- 2.23. Інформує чергового лікаря про поступлення хворих у відділення та забезпечує огляд хворих черговим лікарем.
- 2.24. Приймає участь в проведенні сестринських конференцій.
- 2.25. Відповідає за збереження медичної документації, медикаментів, наркотиків.
- 2.26. Разом з молодшим медичним персоналом доставляє трупи в морг.

### **3. Права**

- 3.1. Палатна медсестра має право вносити пропозиції зав. відділенням щодо покращання роботи на своєму посту та у відділенні в цілому.
- 3.2. Приймати участь в зборах та нарадах, де обговорюється робота палатних медичних сестер.
- 3.3. Одержувати необхідну інформацію від зав. відділенням, старшої медсестри та чергового лікаря для виконання своєї роботи.

### **4. Взаємовідносини**

- 4.1. Із завідуючим відділенням, ординаторами, старшою медичною сестрою, черговим лікарем від яких отримує керівну інформацію для роботи.
- 4.2. Із палатними медичними сестрами інших постів відділення, перев'язочною, операційною, процедурною медсестрою з якими виконує спільну роботу.
- 4.3. З медсестрами приймального відділення при прийомі хворого у відділення.

### **5. Оцінка роботи**

- 5.1. Оцінка роботи палатної медсестри проводиться зав. відділенням у відповідності критеріїв затверджених у лікарні.
- 5.2. Палатна медсестра несе відповідальність за виконання функціональних обов'язків, відповідає за недотримання інструкцій та невиконанням дорученої роботи. Види персональної відповідальності визначаються у відповідності із діючим законодавством.

## **3.5. Основні функціональні обов'язки перев'язочної медичної сестри**

### **1. Загальна частина**

- 1.1. Завдання перев'язочної медичної сестри – забезпечити нормальний ритм роботи перев'язочного блоку.
- 1.2. Перев'язочна медсестра призначається та звільняється головним лікарем лікарні по поданню зав. відділенням.
- 1.3. Призначається перев'язочна медсестра з особи, що має спеціальну середню медичну освіту.
- 1.4. Перев'язочна медсестра підпорядкована завідуючому відділенням, старшій операційній медсестрі (якщо така призначена), старшій медсестрі відділення.
- 1.5. Перев'язочній медсестрі підпорядковані перев'язочні молодші сестри.
- 1.6. В своїй роботі перев'язочна медсестра керується положенням про перев'язочний блок, даною інструкцією та наказом МОЗ № 720, іншими режимними наказами, наказами та розпорядженнями вищестоящих посадових осіб.



## **2. Функціональні обов'язки**

- 2.1. Перев'язочна медсестра забезпечує санітарно-гігієнічний режим в перев'язочному блоці.
- 2.2. Готує для перев'язок медикаменти, інструментарій, перев'язочний матеріал, білизну тощо.
- 2.3. Слідкує за збереженням правил асептики та антисептики, безпосередньо проводить стерилізацію інструментів, шовного матеріалу та готує білизну і перев'язочний матеріал для централізованої стерилізації.
- 2.4. Проводить щотижневий контроль за стерильністю (бактеріальний контроль поля, рук, матеріалу, шовного матеріалу).
- 2.5. Організує і контролює роботу перев'язочних молодших сестер.
- 2.6. Проводить навчання перев'язочних молодших сестер.
- 2.7. Проводить перев'язки та допомагає лікарю в проведенні їх.
- 2.8. Забезпечує правильне використання та збереження інвентарю перев'язочного блоку, медикаментів та матеріалів.
- 2.9. Поповнює запаси матеріалів для проведення перев'язок, веде облік розходу спирту та медикаментів, перев'язочного матеріалу.
- 2.10. Дотримується правил техніки безпеки, протипожежних заходів та керує їх виконанням з боку молодшого персоналу перев'язочної.
- 2.11. Веде встановлену медичну документацію.
- 2.12. Відвідує сестринські конференції, постійно підвищує свій професійний рівень.

## **3. Права**

- 3.1. Має право вносити свої пропозиції щодо покращення роботи перев'язочного блоку та охорони праці.
- 3.2. Приймає участь в зборах та нарадах, де обговорюється питання роботи перев'язочного блоку.
- 3.3. Має право отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх обов'язків.
- 3.4. Самостійно вирішує питання, що входять до її компетенції.

## **4. Взаємовідносини**

- 4.1. Із завідуючим відділенням, ординаторами, старшою медичною сестрою, від яких отримує керівну інформацію для роботи.
- 4.2. Із палатними медичними сестрами відділення, операційною, процедурною медсестрою, з якими виконує спільну роботу.
- 4.3. З сестрою господаркою.
- 4.4. З працівниками централізованої стерилізаційної, аптечною службою, бактеріологічної лабораторії.

## **5. Оцінка роботи**

- 5.1. Оцінка роботи проводиться завідуючим відділенням у відповідності до критеріїв затверджених в лікарні.
- 5.2. Перев'язочна медсестра несе відповідальність за недоліки роботи перев'язочного блоку та невиконання функціональних обов'язків, режимних наказів та розпоряджень вищестоящих посадових осіб.

### **3.6. Основні функціональні обов'язки медичної сестри процедурного кабінету хірургічного відділення**

#### **1. Загальна частина**

- 1.1. Основним завданням процедурної медичної сестри є виконання лікарських призначень та проведення внутрішньовенних ін'єкцій, вливань, підшкірних та внутрішньом'язевих вприскувань, забір крові для біохімічного дослідження, реуз належності.
- 1.2. Процедурна медсестра призначається та звільняється головним лікарем по поданню завідуючого відділенням.
- 1.3. Процедурною медсестрою призначається особа, яка має закінчену середню спеціальну освіту та володіє виконанням основних сестринських маніпуляцій.
- 1.4. Процедурна медсестра підпорядкована завідуючому відділенням і старшій медичній сестрі.

#### **2. Функціональні обов'язки**

- 2.1. Процедурна медсестра слідкує за виконанням санітарно-протиепідемічного режиму на робочому місці, користується вказівками режимних наказів та розпорядженнями адміністрації лікарні і зав. відділенням.
- 2.2. Забезпечує правильне збереження та використання медикаментів.
- 2.3. Забезпечує передстерилізаційну обробку шприців та інших інструментів, контролює їх чистоту.
- 2.4. Виконує призначення лікаря, проводить вприскування, внутрішньовенні ін'єкції та вливання.
- 2.5. Проводить забір крові на лабораторне дослідження і під контролем лікаря дослідження групи крові і забір крові на реуз-належність.
- 2.6. Веде облік одержання та використання медикаментів.
- 2.7. Веде облік маніпуляцій.
- 2.8. Складає заявку на медикаменти для старшої медсестри.
- 2.9. Проводить бесіди з хворими на медичну тематику.
- 2.10. Відповідає за правильне використання медичного інструментарію та апаратури в процедурному кабінеті.
- 2.11. Слідкує за дотриманням техніки безпеки та протипожежних заходів у кабінеті.
- 2.12. Відповідає за збереження медичної документації, медикаментів, наркотиків.
- 2.13. Проводить бактеріологічний контроль за стерильністю, бензидинові проби тощо.
- 2.14. Інформує старшу сестру про використання медикаментів з термінальної аптечки, та слідкує за її поповненням.
- 2.15. Приймає участь в проведенні сестринських конференцій, постійно підвищує свій професійний рівень.

#### **3. Права**

- 3.1. Процедурна медсестра має право вносити пропозиції зав. відділенням, старшій медсестрі щодо покращення роботи на своєму посту.

- 3.2. Приймати участь в зборах та нарадах, де обговорюється робота процедурних медичних сестер та відділення.
- 3.3. Одержувати необхідну інформацію від зав. відділенням, ординаторів, старшої медсестри та чергового лікаря для виконання своєї роботи.

#### **4. Взаємовідносини**

- 4.1. З завідуючим відділенням, ординаторами, старшою медичною сестрою, від яких отримує керівну інформацію для роботи.
- 4.2. З палатними медичними сестрами, перев'язочною, операційною медсестрою з якими виконує спільну роботу.

#### **5. Відповідальність та оцінка роботи**

- 5.1. Оцінка роботи процедурної медсестри проводиться зав. відділенням по критеріям затвердженими в лікарні.
- 5.2. Процедурна медсестра несе відповідальність за виконання функціональних обов'язків, відповідає за недодержання інструкцій та невиконання дорученої роботи.

#### **Питання до самоконтролю:**

1. Організація роботи в операційній.
2. Підготовка медсестри до операцій.
3. Накривання великого та малого інструментальних столиків.
4. Розміщення пацієна на операційному столі під час операції.
5. Транспортування хворого в операційну.
6. Способи подачі інструментів хірургу.
7. Основні прийоми подачі інструментів хірургу.
8. Правила подачі інструментів хірургу.
9. Види прибирання операційної.
10. Кваліфікаційні вимоги до операційної медсестри.
11. Основні функціональні обов'язки операційної медичної сестри.
12. Основні функціональні обов'язки палатної медичної сестри хірургічного відділення.
13. Основні функціональні обов'язки перев'язочної медичної сестри.
14. Основні функціональні обов'язки медичної сестри процедурного кабінету хірургічного відділення.

## Лекція № 4

### Діяльність медичної сестри в післяопераційному періоді

**Післяопераційний період** – це проміжок часу лікування хворого від моменту закінчення операції до повного одужання або переведення на інвалідність.

#### **Мета післяопераційного періоду:**

- повернути пацієнтові оптимальний рівень функціонування всіх його органів та систем;
- надати всі умови для загоєння ран;
- запобігти виникненню післяопераційних ускладнень.

Тривалість післяопераційного періоду визначається важкістю захворювання, складністю операційного втручання, віком хворого та його загальним станом тощо.

#### **У післяопераційному періоді виділяють:**

1. стаціонарну фазу:
  - а) ранній післяопераційний період (триває 5 – 6 діб);
  - б) пізній – до виписування хворого з стаціонару (1 – 3 тижні);
2. амбулаторна фаза або віддалений післяопераційний період (до повного одужання або переведення на інвалідність).

#### **4.1. Фази (стадії) клінічного перебігу післяопераційного періоду:**

1. **катаболічна фаза:** триває 3 – 4 дні. Вираженість її залежить від тяжкості хвороби, об'єму операції, виду наркозу, їх тривалості, інтенсивності післяопераційного лікування (неповноцінне, незбалансоване лікування, наявність ускладнень). Катаболічна фаза в першу чергу є захисною реакцією організму, мета якої – підвищити опірність організму за рахунок енергетичних та пластичних матеріалів. З одного боку, це відбувається за рахунок підвищеного розпаду білків, жирів та вуглеводів; з іншого – утворюється значна кількість токсичних речовин, що призводить до розвитку ацидозу (зміна кислотно-лужного стану), порушення окисно-відновних процесів у тканинах і органах (печінка, нирки, серце та ін.), що негативно впливає на загальний стан оперованого хворого. Ендокринні та метаболічні зміни у цій фазі пов'язані з головним чином з впливом адренергічних та адренкортикоїдних гормонів і характеризується вираженим катаболізмом. Для неї характерно посилення функціональної активності симпатичної нервової системи і мозкового шару наднирників. Клінічно це проявляється тахікардією, периферичним спазмом судин, гіперглікемією, ослабленням перистальтики кишечника і т.д. Різко збільшується кількість 17-оксикортикостероїдів у периферичній крові одразу ж після операції, одночасно збільшується виділення з сечею 17-оксикортикостероїдів та 17-кетостероїдів. Так при фізіологічному спокої виділення 17-оксикортикостероїдів із сечею близько 5 мг/добу. В день операції кількість виділення 17-

оксикортикостероїдів із сечею зростає від 15 – 25 мг до 35 – 40 мг на добу залежно від важкості операції. Виділення 17-оксикортикостероїдів зберігається на такому рівні на протязі 3 – 4 діб після операції. Підвищений вміст глюкокортикоїдів у крові після операції різко змінює обмінні процеси в організмі: ослаблює утилізацію вуглеводів, посилює розпад білків та жирів, а також перехід їх у вуглеводи.

2. **фаза зворотнього розвитку:** триває 4 – 6 днів. Зникають гормональні порушення. Розпочинається активний синтез білків, жирів, глікогену, збільшується кількість енергетичних та пластичних матеріалів. Клінічними ознаками цієї фази є покращення загального стану хворого, зменшення болю, нормалізація температури тіла, поява апетиту. Покращується діяльність серцево-судинної та дихальної систем, ШКТ, з'являються перистальтичні рухи кишечника, починають відходити гази.
3. **анаболічна фаза:** тривалість її 2 – 5 тижнів. Характеризується посиленням синтезом протеїнів. Відновлюється маса тіла хворого за рахунок синтезу білка, про що свідчить позитивний азотний баланс. Відновлення і накопичення білка відбувається в першу чергу в м'язах. Вміст 17-оксикортикостероїдів та 17-кетостероїдів у сечі нижче норми. Кількість води зростає паралельно до м'язової маси, яка в нормі на 73% складається з води. Жир у цій фазі ще не відкладається. Клінічно характеризується як період одужання. Покращується самопочуття хворого, апетит, нормалізуються функції внутрішніх органів: серця, печінки, нирок та ін.. Перебіг її залежить від тяжкості захворювання, об'єму операції, тривалості катаболічної фази. Вона завершується відновленням маси тіла, повним загоєнням рани, дозріванням сполучної тканини і утворенням надійного післяопераційного рубця.
4. **відновлення жирових ресурсів організму:** триває від 30 до 60 доби післяопераційного періоду. Характеризується відновленням в організмі запасів жиру. Остаточо відновлюється маса тіла, нормалізуються функції та працездатність організму.

#### **4.2.Порушення біологічної рівноваги в післяопераційному періоді**

У післяопераційний період у зв'язку з операційною травмою відбуваються порушення біологічної рівноваги в організмі хворого та реактивні процеси в операційній рані. Ступінь важкості порушень обмінних процесів в організмі залежить від обсягу і тривалості операції, крововтрати і стану хворого до операції. Тією чи іншою мірою відмічаються порушення білкового (диспротеїнемія, гіпопротеїнемія), вуглеводного (гіперглікемія) обміну, кислотно-лужної рівноваги (метаболічний алкалоз), водно-електролітного обміну (зневоднення організму, порушення сольового складу плазми крові), зміни з боку крові (анемія, лейкоцитоз, підвищення активності прокоагулянтної і пригнічення антикоагулянтної систем крові).

**4.2.1. порушення білкового обміну.** В організмі здорової людини вагою 70 кг міститься близько 10 кг білка (14% ваги тіла). Головним порушенням білкового обміну є перевага розпаду білка над його синтезом. Зниження білків в крові (гіпопротеїнемія) відбувається за рахунок зменшення кількості альбумінів. Основним джерелом надходження і розпаду білка у тяжкохворих є м'язи організму. В таких пацієнтів спостерігають м'язеву слабкість, атрофію. Пік гіпопротеїнемії припадає на 5 – 6 добу післяопераційного періоду. В цей час слід призначати висококалорійну білкову їжу, переливання плазми, альбуміну, протеїну. Нормалізація вмісту білків у крові відбувається повільно і триває 10 – 15 діб.

**4.2.2. порушення жирового обміну.** Для його корекції призначають жирові емульсії (веноліпід, інтраліпід, емульсин та ін.), які є джерелом енергії, ненасичених жирних кислот (лінолева, ліноленова, арахідонова та ін.), які забезпечують нормальну функцію клітин організму, гальмують катаболічні процеси. Калорійність жирів у 2,5 рази вище від білків і вуглеводів, тому їх призначають з розрахунку 1,5 – 2 г жирів на кг ваги пацієнта.

**4.2.3. порушення вуглеводного обміну.** У 90% пацієнтів у перші 2 – 3 дні після операції рівень цукру знижується і виникає гіпоглікемія. З 3 – 4 доби спостерігають підвищення вмісту глюкози в крові (гіперглікемія), іноді глюкозурію, що пов'язано з збільшенням її утворення і зменшенням засвоєння. При порушенні вуглеводного обміну в організмі накопичуються недоокислені продукти, що зменшують резервну лужність і впливають на рН крові. Зміна величини рН крові всього на 0,3 – 0,4 одиниць (норма рН 7,35 – 7,45 од.) в будь-який бік призводить до вираженого порушення ферментативної активності, окисно-відновних процесів в організмі, що може закінчитися смертю хворого. Корекцію проводять вливанням 5 – 10% розчину глюкози з інсуліном з розрахунку 1 од. дії інсуліну на 4 – 5 г сухої глюкози.

**4.2.4. порушення водно-електролітного обміну.** *Існує три форми порушення водного обміну:*

1. справжній дефіцит виникає внаслідок недостатнього поступання води в організм;
2. надлишок води, зумовлений невідповідністю між надходженням та виведенням її з організму;
3. перерозподіл води в окремих ділянках тіла, пов'язаний зі зміною співвідношення електролітів.

Нормальна потреба людини у воді коливається від 2000 до 2500 мл і залежить від маси тіла, віку, статі і ряду інших обставин. Порушення обміну води може проявлятися дегідратацією (зневоднення) або гіпергідратацією. Людина

виділяє за добу через нирки до 1,5 л води, через легені – 400 – 500 мл, через шкіру – 500 мл і через кишечник – 200 – 300 мл. Для визначення необхідної кількості води при зневодненні організму використовують формулу Rednall:

$$V_d = (1 - 40/Ht_{\text{хв.}}) \times 20\% m$$

де,  $V_d$  – дефіцит води, л;  
 $Ht_{\text{хв.}}$  – гематокрит хворого;  
 $m$  – маса тіла хворого.

У хірургічній практиці найчастіше доводиться мати справу з синдромом дегідратації. Виділяють **4 ступені дегідратації**:

- помірний – втрата води становить до 2 – 5% ваги тіла;
- значний – втрата води становить до 5 – 7% ваги тіла;
- максимальний – втрата води становить до 7 – 10% ваги тіла;
- термінальний – втрата води становить більше 10% ваги тіла.

Порушення водного балансу тісно пов'язане з порушенням електролітного обміну. Для корекції гіпокалемії використовують 7,5% розчин калію хлориду (1 мл розчину містить 1 ммоль калію).

**4.2.5. Зміни складу крові** можуть проявлятися зниженням кількості еритроцитів, вмісту гемоглобіну, лейкоцитозом, зсувом лейкоцитарної формули (збільшення нейтрофілів та зменшення лімфоцитів та еозинофілів). Поряд з цим відбуваються зміни загортальних властивостей крові, які проявляються підвищенням активності коагулянтної (фібриноген, протромбін, тромбопластин, проакцелерин та ін.) і пригніченням антикоагулянтної систем крові, що створює умови для виникнення небезпечних післяопераційних ускладнень – емболій та тромбозів.

Для боротьби з вище перерахованими порушеннями хворому призначають достатню кількість препаратів з крові, сольових кровозамінників із достатнім вмістом води й адекватним сольовим складом. Крайній ступінь розладів у післяопераційному періоді полягає у виникненні післяопераційного шоку.

Для більш швидкого видужання пацієнта і профілактики післяопераційних ускладнень використовують не лише медикаментозне лікування, але й активне ведення післяопераційного періоду, що полягає у ранньому вставанні пацієнта, повноцінному харчуванні, проведенні лікувальної гімнастики, застосуванні масажу, фізіотерапевтичних процедур та інших маніпуляцій. Важливе значення надають профілактиці нагноєння і своєчасному загоєнню рани. У тяжкохворих із зниженими регенеративними процесами (пілоростеноз, рак, перитоніт та ін.) для профілактики розходження операційної рани й евентрації необхідно відразу ж після операції одягнути спеціальний пояс, бандаж або обв'язати хворого.

### **4.3. Догляд за прооперованими пацієнтами**

#### **4.3.1. Всіх хворих після операції можна поділити на три групи:**

1. хворі з стабільним станом функцій життєво важливих органів (нормальна гемодинаміка, дихання та ін.), яких, як правило, поміщають у післяопераційні палати;

2. хворі з лабільним станом функцій життєво важливих органів, що характеризується нестабільними показниками гемодинаміки і дихання й потребують інтенсивного лікування;
3. хворі в критичному стані з вираженими порушеннями діяльності серцево-судинної системи, дихання, нервової системи та ін.. Без проведення реанімаційних заходів у цих хворих може наступити смерть, досить часто вони знаходяться без свідомості. Вони потребують не тільки інтенсивного лікування, але й ретельного догляду.

Хворих з другої та третьої груп поміщають в реанімаційні відділення. Після проведеного лікування і покращення стану хворих їх переводять у післяопераційні палати.

З моменту поступлення пацієнта з ОЗ у відділення реанімації або в палату інтенсивної терапії починається післяопераційний період, який продовжується до моменту виписки з лікарні. Медична сестра в післяопераційному періоді повинна бути особливо уважна. В післяопераційному періоді всі зусилля слід спрямувати на відновлення фізіологічних функцій, швидке загоєння операційної рани, на попередження можливих ускладнень. Після операції біля пацієнта розміщують індивідуальний пост. Палата, куди поступає пацієнт після операції, повинна бути провітрювана, без яскравого світла. Ліжко розміщують так, щоб доступ до пацієнта був з усіх сторін. Для надання максимального спокою і фізіологічного положення хворих кладуть на функціональні ліжка, вкриті чистою білизною, під яку підкладають клейонку. Постіль перестилають, білизна повинна бути тепла. Для попередження пролежнів хворого кладуть на гумовий круг або спеціальний пневматичний матрац. Залежно від загального стану пацієнту, способу знеболення, особливості операційного втручання, медична сестра забезпечує потрібне положення пацієнта в ліжку.

Положення напівсидячи створюють для пацієнтів після операцій на ОГК, щитоподібній залозі, ОЧП з виведеними дренажами. Положення з припіднятою головою створюють після мастектомій, операцій на шлунку та жовчних шляхах.

Для заміни ліжкової білизни хворого спочатку повертають на бік і на звільненій частині ліжка скочують простирadlo у валик з краю ліжка. Після цього пацієнта повертають на чисте простирadlo, забирають брудне і розгортають валик чистого простирadla, вкриваючи все ліжко.

Для догляду за післяопераційними хворими слід виділяти окремий пост. Медсестра слідкує і реєструє основні функціональні показники: пульс, дихання, артеріальний тиск, температуру, кількість випитої та виділеної (з сечею, калом, потом, видихуванім повітрям, виділеннями з рани) рідини. При цьому звертають увагу на загальний стан хворого (спокійний, збуджений, загальмований та ін.), колір шкіри (синюшний, блідий, рожевий та ін.), температуру.

У тяжкохворих у перші дні необхідний старанний догляд за порожниною роту. При сухості язика, роту рекомендують проводити систематичне полоскання теплою водою і змазування слизової оболонки вазеліновим маслом.



Для профілактики запальних процесів у роті (флюс, паротит, карієс) слід чистити зуби, полоскати ротову порожнину теплою водою з лимонним соком, слабким розчином калію перманганату, проводити чищення зубів, масаж підщелепних та привушних слинних залоз. Всі хворі повинні щодня мити руки та обличчя. Важкохворих вмивають молодший медичні сестри. Чоловіки повинні голитися. Забруднені ділянки тіла слід негайно обмивати і протирати. У повних хворих з метою запобігання виникнення попрілостей слід систематично протирати та змащувати підпахвинні та пахові ділянки, пупок, у жінок складки під молочними залозами 0,1% розчином перманганату калію, тетрацикліновою, левоміцетиновою маззю, припудрювати тальком. Особливо уважно необхідно слідкувати за чистотою промежини. Після кожного акту дефекації ділянку промежини слід помити теплою водою з милом, або 0,1% розчином перманганату калію, або водним розчином хлоргексидину, кутасептом і висушити серветками. Жінкам на ніч необхідно провести підмивання з використанням слабких водних розчинів антисептиків. Піднімання хворих з ліжка залежить від їх загального стану, тяжкості та характеру перенесеної операції. Воно розпочинається з опускання ніг і сидіння хворого в ліжку, при нормальному самопочутті можна підняти його на ноги.

**4.3.2. Пролежні** утворюються в місцях тривалого стиснення м'яких тканин. Вони локалізуються переважно в ділянці лопаток, крижів, великого вертлюга або п'яток. Їх утворенню сприяють порушення трофіки, обміну речовин, авітамінози, виснаження, змочення шкіри сечею, потом, раневим вмістом, наявність складок на постільній білизні, крихт їжі після годування, нечасте перестилання постільної білизни, поганий догляд за шкірою. Першою ознакою пролежнів є блідість шкіри, з наступним її почервонінням. В подальшому з'являються набряк, змертвіння і відшарування епідермісу, пухирі, некроз шкіри. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам похилого та старечого віку, які схильні до виникнення пролежнів, внаслідок втрати еластичності шкіри та зменшення підшкірного прошарку.

***Профілактика пролежнів:***

- змінювати положення хворого декілька разів на день;
- розправляти, струшувати простирадло, щоб на ньому не було складок і крихт;
- важкохворим під крижі підкладають гумове коло, мішечки з просом, на які надягають наволочку;
- 5 – 6 разів на добу необхідно протирати шкіру тих ділянок, які торкаються ліжка: камфорним спиртом, одеколоном, слабким розчином оцту (1 ст. л. на 200 – 300 мл води);
- при почервонінні шкіри її слід періодично розтирати сухим рушником;
- щодня кварцувати шкіру спини і сідничних ділянок;
- регулярно підмивати хворого водою з милом, протирати з тальком;
- під крижі підкласти мішечки з просом, насінням льону, під п'ятки – ватно-марлеві кільця;
- постійно проводити масаж спини, крижів.

Після виходу з наркозу пацієнт починає відчувати біль, яку необхідно зменшити. Знеболюючі препарати медсестра вводить тільки після призначення лікаря. При болях низької інтенсивності переважно призначають ненаркотичні анальгетики (діклофенак, кеторолак, ібупрофен, індометацин) в поєднанні з ад'ювантними препаратами (метамізол, парацетамол). При помірних болях призначають синтетичний ненаркотичний опіоїд (трамадол), який поєднують з ненаркотичними анальгетиками і ад'ювантним синтетичним додатком. При сильному болі призначають анальгетик центральної дії (морфін, тримеперидин, бупренорфін) в поєднанні з ненаркотичними анальгетиками і ад'ювантними засобами.

**4.3.3. Для профілактики ускладнень з боку дихальної системи** необхідно проводити раннє вставання, напівсидячи положення в ліжку, часте повертання на бік, боротися з метеоризмом кишечника, що заважає нормальній екскурсії легень, слід навчати пацієнта комплексу дихальної гімнастики спочатку лежачи в ліжку, потім стоячи. Проводять гімнастику декілька разів на день. Пацієнтам з посттравматичним ларингітом після інгаляційного наркозу, курцям, особам з хронічними захворюваннями органів дихання необхідно призначати відхаркуючі препарати та содові інгаляції. Для попередження застою в легенях пацієнту по дозволу лікаря створюють підвищене положення тулубу на ліжку під кутом 30 – 35°, проводять масаж м'язів спини, перкусійний та вібраційний масаж грудної клітини, застосовують банки, гірчичники. Призначають дихання з підвищеним опором на видиху: роздування гумових камер, надування дитячих іграшок, дихання через маску наркозного апарату, з'єднану з трубкою, яку занурюють у воду на глибину 7 – 10 см.

У післяопераційному періоді важкохворим проводять оксигенотерапію. Її можна здійснити шляхом централізованої подачі кисню, за допомогою кисневої подушки або кисневого балона. При централізованій подачі кисню кисневі балони містяться в спеціальній кімнаті і через систему металевих трубок кисень надходить на дозиметри, де він зволожується і через носовий катетер або носову канюлю подається хворому.

**4.3.4. Для профілактики післяопераційної тромбоемболії** пацієнта необхідно з перших днів примушувати рухатися в ліжку, проводити прості вправи кінцівками. В основному після операцій середньої важкості при доброму самопочутті пацієнт може вставати з ліжка на наступну добу. Медична сестра повинна слідкувати за першим вставанням пацієнта з ліжка, не дозволяє йому самостійно виходити з палати. Після важких або ускладнених операцій пацієнт поступово активізується в ліжку, об'єм рухів поступово щодня зростає. З 3 доби пацієнт може сісти в ліжку за допомогою сестри, яка в цей час повинна слідкувати за ним, перепитуючи про самопочуття, спостерігаючи за зовнішнім виглядом, пульсом та диханням. Якщо пацієнт швидко стомлюється йому необхідно допомогти змінити положення або вкласти лежачи. В перші дні, коли пацієнт ще досить слабкий, зручно користуватися так званими віжками, що перекинуті через спинку ліжка, за допомогою яких пацієнт може підтягнутися.

При доброму самопочутті на 5 добу після складної операції пацієнт може пересуватися по палаті під спостереженням медсестри.

Для профілактики тромбоемболії з 2 доби після операції, якщо дозволяє лікар, пацієнту дозволяють пити багато рідини або проводять інфузійну терапію. По показам призначають антикоагулянту терапію, зокрема гепарин, низькомолекулярні гепарини.

**4.3.5. Профілактика ускладнень з боку ШКТ.** Будь-яке операційне втручання відображається на органах ШКТ, навіть якщо операцію проводили не на ШКТ. У виникненні цього патологічного стану мають значення вісцеро-вісцеральні рефлексі, гальмівна дія ЦНС, обмежена активність хворого. Важливу інформацію можна отримати вже при огляді язика. Густий, бурий наліт на сухому язичі і тріщини на ньому можуть спостерігатися при перитоніті, затяжному парезі кишечника. При сухому язичі з тріщинами рекомендують полоскання і протирання порожнини роту розчином соди (1 ч.л. на склянку води), розчином перманганату калію 1:400, змазування гліцерином, сумішшю гліцерину з лимонним соком або розчином лимонної кислоти, антибактеріальними мазями. Після важких операцій, пов'язаних з обмеженням прийому їжі і рідини, зменшується виділення слини, виникає сухість слизових оболонок. Таким пацієнтам медсестра декілька разів на добу протирає порожнину роту вологим ватним шариком, захопленим пінцетом або затискачем.

У тяжкохворих може розвиватися стоматит, паротит (запалення привушної слинної залози). Для підвищення салівації (слиновиділення) у воду додають лимонний сік, сік журавлини. Можна призначити 3 краплі 1% розчину пілокарпіну під язик. Важливими ознаками ураження органів травлення можуть бути нудота та блювання. Перш за все слід з'ясувати їх причину. Для їх ліквідації необхідно провести зондування, промивання шлунку содовим розчином, призначити атропін, димедрол, церукал, метоклопрамід, реглан.

Після операцій на ОЧП в результаті судомних скорочень діафрагми при подразненні діафрагмального нерву розтягнутим шлунком, кишечником або при грізному ускладненні – перитоніті, може з'явитися гикавка. При гикавці, якщо вона не пов'язана з перитонітом, звичайно спорожняють шлунок і стимулюють кишечник. Спорожнення шлунку проводять за допомогою тонкого зонду, який ставляють в шлунок через ніс (назогастральний зонд). Вміст шлунку може витікати самостійно або його висмоктують за допомогою шприца Жане. При повному видаленні вмісту шлунку його промивають содовим розчином. Протягом доби декілька разів проводять промивання содовими розчинами та очищення шлунку. Зонд фіксують до шкіри обличчя в області верхньої губи смужками лейкопластира. Зонд в шлунку доцільно тримати до ліквідації парезу кишечника або припинення блювоти.

Інколи під час операцій на шлунку або тонкій кишці вводять назогастральний зонд, який може бути одно- та двоканальний. Такі зонди призначені для введення в кишечник харчових сумішей, боротьби з інтоксикацією і парезом кишечника. При цьому вже з перших годин після операції пацієнту можна давати пити рідину по 60 мл на прийом кожні 10 – 20

хв. до припинення спраги. Рідина попадаючи в шлунок, змішується з його вмістом і через зонд витікає назовні. Наявність другого каналу, який розміщений в тонкій кишці, дозволяє з першої доби після операції проводити ентеральне харчування.

Харчування пацієнта завжди проводять з врахуванням операційного втручання. Якщо пацієнт оперований не на ОЧП або після апендектомії і герніотомії, то через 2 – 3 години після операції при дозволі лікаря можна давати пити воду невеликими ковтками через кожні 15 – 20 хв. до повного вгамування спраги. На 2 день призначається їжа, легко засвоюється. З 3 доби призначають стіл № 1 а.

Пацієнтам після операцій на стравоході із вскриттям його просвіту прийом їжі через рот дозволяють не раніше ніж через 5 – 6 днів. До цього забезпечують парентеральне або зондове ентеральне харчування. На 7 – 8 добу можна давати теплий чай або настій шипшини маленькими ковтками до 100 мл. На 8 – 9 добу призначають два кормління рідкою їжею. На 10 – 11 добу можна вводити звичайну їжу.

Після операції на шлунку на протязі перших двох днів показано парентеральне харчування (ПХ). На 3 добу дозволяють чай або настій шипшини. При нормальній перистальтиці кишечника, відсутності метеоризму і відходження газів на 4 – 5 добу пацієнту призначають дієту № 0 а, що включає знежирений м'ясний бульйон, рисовий відвар з вершковим маслом, компот, кисіль. На 6 – 8 добу вводять дієту № 0 б, на 9 – 11 добу – № 0 в, на 12 добу – дієту № 1.

Після резекції тонкої кишки порушується травлення і всмоктування харчових речовин, в результаті яких виникають трофічні порушення, похудіння, гіповітаміноз, зниження функції ендокринних залоз, порушення мінерального обміну, анемія. В перші 2 доби проводять парентеральне харчування. На 3 добу призначають дієту № 0 а, з 3 – 4 доби – № 0 б, з 5 – 6 доби – № 0 в, з 7 доби – дієта № 4.

Після видалення гемороїдальних вузлів через 1,5 – 2 години дозволяють теплий чай, шипшину, соки. На 2 добу призначають дієту № 0 б, з 3 дня – № 0 в, з 5 доби – дієта № 1.

При зовнішніх кишкових норицях обмежують прийом продуктів багатих на клітковину. Рідину дозволяють випити до 500 мл/добу. Рекомендують 5 – 6 разове харчування. Після обтюрації нориці кількість спожитої їжі і рідини збільшується, пацієнта перерводять на дієту № 4 б.

З ціллю виведення газів з кишечника застосовують газовідвідну трубку. Вона повинна бути щільною і товстою з одним заокругленим кінцем. Заокруглений кінець трубки рясно змащують вазеліном і не поспішаючи, плавними рухами вводять в пряму кишку на глибину 20 – 25 см. Зовнішній кінець трубки обов'язково слід опустити в лоток або судно з водою. Для уникнення пролежнів на слизовій оболонці прямої кишки трубку не слід залишати більш як на 30 хв. Після видалення трубки область заднього проходу обмивають теплою водою і просушують серветкою. Через 2 – 3 години трубку можна ввести повторно.

На 2 – 3 добу після операції на ОЧП у пацієнтів повинен бути стілець. В деяких пацієнтів буває затримка стулу, яку необхідно ліквідувати за допомогою клізм. Якщо звичайна клізма не допомагає, то для посилення подразнюючої дії робиться гіпертонічна клізма (100 мл 10% розчину натрію хлориду), або з додаванням у воду перекису водню (30 мл 3% розчин), або масляна клізма (100 мл вазелінової або соняшникової олії).

Всі операційні втручання на ОЧП супроводжуються порушенням моторно-евакуаторної функції кишечника, що проявляються парезом, здуттям і ознаками функціональної кишкової непрохідності. У хворого спостерігають здуття живота, нудоту, блювання (часто кишковим вмістом з неприємним запахом), крім того у такого хворого виникає заримка газів, стільця. У цієї групи хворих швидко розвивається інтоксикація, зневоднення, погіршується загальний стан хворого. Важливе значення в оцінці моторно-евакуаторної функції кишечника має аускультация черевної порожнини. Поява перистальтики свідчить про відновлення моторики кишечника, відсутність її – про параліч кишечника і розвиток функціональної кишкової непрохідності. Для попередження непрохідності під час операції слід проводити інтубацію кишечника трубкою діаметром до 1 – 2 см, за допомогою якої проводять декомпресію кишечника – видаляють застійний токсичний кишковий вміст, проводять промивання просвіту кишки (300 – 400 мл теплого фіз. розчину), стимулюють кишкову роботу (вводять 250 – 300 см<sup>3</sup> кисню за допомогою шприца Жане). При дотриманні основних правил декомпресії післяопераційний період протікає гладко без ознак парезу кишечника: здуття живота, відрижки, гикавки, блювання, утрудненого дихання та ін..

Моторна функція кишечника відновлюється на 3 – 4 добу, рідше на 5 добу після операції. Зонд видаляють на 6 – 7 добу. Видаляти зонд необхідно потягуванням його за кінець протягом 5 – 10 хв, оскільки він може згорнутися, зав'язатися. При видаленні зонду у хворих може виникнути нудота, позиви до блювання. Декомпресія тонкої кишки є досить ефективним методом профілактики і лікування післяопераційної функціональної непрохідності кишечника. вона є незамінним засобом при операційному лікуванні перитоніту, странгуляційної кишкової непрохідності, для розвантаження швів при резекції кишечника.

Нерідко після операції порушується сечовиділення, може бути затримка сечі, зменшення її добової кількості – олігурія або повна відсутність – анурія. Медсестра в перші 3 доби, а при призначенні лікаря інколи і частіше, проводить забір сечі і вимірювання діурезу, проводять забір інших біологічних рідин, які втрачає організм пацієнта та їх вимірювання, зокрема блювотні маси, виділення по дренажу.

При затримці сечі на протязі 8 годин після операції необхідно застосовувати термінові заходи до спорожнення сечового міхура. Однак спочатку слід визначити причину затримки сечі. Деякі пацієнти не можуть спорожнити сечовий міхур в положенні лежачи. Таким пацієнтам, при відповідному дозволі лікаря, створюють сидяче або напівсидяче положення, положення на боці. Деякі пацієнти не можуть спорожнити сечовий міхур при

сторонніх особах. В такому випадку їх відгороджують ширмою або, по можливості, просять залишити пацієнта одного в палаті. Затримка сечі може бути викликана спазмом сфінктера сечового міхура. В цьому випадку можна прикласти теплу грілку до області сечового міхура або промежини, відкрити водопровідний кран. При неефективності даних заходів виконують катетеризацію сечового міхура.

Будь-яка операція є стресовим фактором, тому може призвести до зриву компенсаторних можливостей ЦНС. У пацієнтів можуть бути порушення в психічному стані або порушення мозкового кровообігу. При неадекватній поведінці пацієнта (неспокій, погана орієнтація в місці перебування, агресивність, галюцинації) медсестрі необхідно терміново доповісти лікарю.

В таких випадках медсестрі не слід залишати пацієнта на самоті, навіть на короткий час, слід обмежити доступ пацієнта до гострих і тупих предметів, вкласти пацієнта в ліжку і проводити до приходу лікаря відволікаючу і заспокійливу бесіду. У випадку агресивності та неадекватності пацієнта його слід фіксувати до ліжка.

**4.3.6. При порушенні мозкового кровообігу** (різкий головний біль, головокружіння, паралічі, втрата свідомості) медсестра викликає лікаря і чітко виконує його вказівки.

При догляді за післяопераційним пацієнтом важливе значення необхідно надавати догляду за післяопераційною раною та пов'язкою. Пов'язка повинна бути суха, не зсувалася оголюючи післяопераційну рану. Контроль за станом пов'язки проводять декілька разів на добу. Якщо пов'язка сильно промочена геморагічним вмістом, то слід терміново повідомити лікаря. При забрудненні пов'язки її слід замінити.

З ціллю виведення назовні раневого вмісту, спорожнення гнійників, вмісту порожнин після операції залишають дренажі. Медсестра слідкує за тим, щоб дренаж не випав з післяопераційної рани, щоб дренажна трубка була прохідна для виділення вмісту, щоб її вільний у кінець був занурений у стерильну ємність з стерильною рідиною. Якщо пацієнту введений мікроіригатор, то згідно призначення лікаря через нього поступає лікарський засіб. Дренування триває від 3 – 4 до 5 – 7 діб, в окремих випадках і довше. Дренажі необхідно видаляти своєчасно, оскільки вони можуть викликати пролежні кишки, кровотечу, а також створюють умови для спайкового процесу черевної порожнини. Видаляти дренажні трубки слід обережно і повільно.

**4.3.7. Догляд за норицями.** Особливого догляду потребують пацієнти з післяопераційними норицями (трахеостома, колостома, ентоеростома, гастростома, цистостома). Після трахеостомії можливий розвиток небезпечних ускладнень, що призводять до асфіксії. Можлива обтурація слизом внутрішня канюля трубки або вона може випасти при ненадійній фіксації, може виникнути набряк слизової трахеї в результаті її травматизації трахеостомічною трубкою, нагноєння рани, кровотеча. Тому в перші дні після операції пацієнта не можна залишати без нагляду, так як він не може покликати на допомогу. Необхідно

проводити туалет трахеобронхіального дерева: в перші три доби кожні 2 – 3 години проводять заміну внутрішньої канюлі на іншу стерильну і проводиться санація повітря в палаті за допомогою ультрафіолетового опромінення.

Зволожувати повітря в палаті можна за допомогою розпилювача типу «Комфорт». При його відсутності розвішуванням мокрого простирадла або розпилювати перед трахеостомаю теплий 0,9% розчин натрію хлориду за допомогою аерозольного інгалятора.

При обробці трахеостомічної трубки катетер, який вводять в неї, під'єднують до системі електровідсмоктувача. При цьому голову повертають в сторону протилежну напрямку дзьоба катетера, і вводять катетер максимально до упору, в один з бронхів. При появі кашлю рух катетера призупиняють, а потім продовжують його під час вдиху. Проводити аспірацію слід 3 – 4 хв. Потім повертають голову пацієнта в протилежну сторону, вводять катетер в інший бронх і продовжують аспірацію. При наявності густого слизу в трахеостомічну трубку вливають 4 – 5 крапель 4% розчину натрію гідрокарбонату. При в'язкій мокроті – 1 мл свіжого розчину хімотрипсину або трипсина. Процедуру повторюють 4 – 5 разів з перервами по 3 – 5 сек.

Трахеостомічний отвір канюлі закривають вологою серветкою у вигляді «фартуха», змоченою 0,9% розчином натрію хлориду для попередження висихання слизової оболонки (змочують по мірі висихання).

Для попередження висихання слизової оболонки трахеї в неї вводять 2 – 3 краплі стерильного вазелінової олії або гліцерину. Пацієнту пояснюють, що він зможе говорити, якщо прикриє отвір трахеостомічної трубки пальцем обгорнутим стерильною серветкою.

Особливої уваги заслуговують пацієнти з колостомаю та ентеростомаю, з яких постійно виділяється кал. Очищати кишечник при наявності колостоми необхідно 2 рази на добу за допомогою гумового зонда приєданого до кухля Есмарха. Заокруглений кінець зонда обережно вводиться в норицю і вливають 500 – 600 мл води або 150 – 200 мл рослинної олії. Після спорожнення кишечника необхідно навколо колостоми або ентеростоми обробити шкіру антисептиками, висушити серветками, змастити шкіру цинковою маззю або присипкою. В колостому вводять марлевий шарик, пропитаний олією, поверх неї накладають суху велику серветку, ватники і укріплюють пов'язкою або бандажем.

Якщо пацієнту накладено гастростому, то через неї проводять кормління пацієнта. При кормлінні через гастростому необхідно зняти з гумової трубки, що виходить з гастростоми, серветку та затискач. На кінець трубки надягають лійку. Пацієнту вводять висококалорійну та легкозасвоювану їжу напіврідкої консистенції. Частота кормління 4 – 6 разів на добу. Щоб не залишати пацієнта смакових якостей, а також для змочування їжі слиною та подразнення секретії травних залоз, пацієнту пропонують пережовувати їжу і після цього викладувати її з роту (випльовувати) у лійку, звідки разом із рідкою сумішшю по трубці їжа вводиться в шлунок. Після кожного кормління необхідно проводити туалет в області гастростоми: обробити шкіру навколо стоми 0,1 – 0,5% розчином перманганату калію, нанести шар цинкової мазі і накласти

стерильні серветки навколо трубки. Трубку слід фіксувати до шкіри лейкопластирем і бинтом зав'язати навколо талії.

При наявності цистостоми пов'язку навколо неї слід часто змінювати. Щоб не було мацерації шкіри навколо цистостоми, шкіру навколо обробляють цинковою пастою або присипками. Над раною влаштовують невеликий каркас, щоб не намокало простирadlo. Сечовий міхур промивають 2 – 3 рази на добу через цистостому: по дренажу в сечовий міхур вводять 150 – 200 мл антисептичного розчину і виводиться пасивно в посудину. Дренажна трубка, виведена з сечового міхура, опускається у відкриту посудину, яку прикріплюють біля ліжка. Після відміни ліжкового режиму посудина для прийому сечі можна підвісити під одяг хворого.

Для тимчасового закриття нориці застосовують obturatori. Найпростіший obturator можна зробити з двох пробок і флакону для розчинів. З пробок вирізають пластинки товщиною 3 – 4 мм, діаметр однієї не обмежений, а іншої (внутрішньої) повинен бути в 2 рази більшим за діаметр нориці. Обидві пластинки прошивають товстою ниткою і не зв'язують (у готовому вигляді obturator нагадує запонку). Внутрішню частину згинають затискачем і вводять у норицю, де вона розправляється і закриває хід, а зовнішню на прошитих нитках підтягують до шкіри, ззовні нитки зав'язують. Поверх obturатора накладають серветку з пастою Лассара.

#### **4.4. Спостереження за пацієнтом після загального наркозу**

Вихід з наркозу та відновлення рефлексів протікають у порядку протилежному засипанню. Час відновлення свідомості залежить від багатьох факторів: види наркотичної речовини, тривалості анестезії, толерантності організму до наркотичних речовин, віку і індивідуальних особливостей організму пацієнта. Початок пробудження пов'язаний також з характером операції, її травматичністю і тривалістю. Медсестрі-анестезисту слід вміти організувати спостереження за пацієнтом, враховуючи його вік і дані анамнезу. При застосуванні міорелаксантів в ранньому після наркозному періоді може настати рекураризація із зупинкою дихання або серця, в таких випадках слід провести повторну інтубацію трахеї та штучну вентиляцію легень (ШВЛ), а при зупинці серця – закритий масаж серця.

Правильна організація спостереження за пацієнтом, що переніс загальну анестезію, переслідує декілька цілей і спрямована на виключення ситуацій, що призводять до клінічної смерті. Необхідно:

- попередити ускладнення пов'язані з наслідками дії на організм препаратів, які використовують для наркозу;
- виявити і провести профілактику прогресування ускладнень, що виникають під час наркозу;
- провести своєчасну диференційну діагностику післяопераційних кровотеч і гемодинамічних зрушень, пов'язаних з ускладненнями загальної анестезії.

При виникненні будь-якої критичної ситуації медсестра, що спостерігає за пацієнтом в післяопераційному періоді, повинна вміти провести серцево-



легеневу реанімацію. Пацієнта в стані медикаментозного сну після загального наркозу, в палаті перекладають з каталки на функціональне ліжко в положенні на боку.

**4.4.1. Прискорення виведення лікарського засобу з організму пацієнта.** Анестезія може паралізувати природну фізіологічну реакцію дихання. Барбітурати, наркотики, міорелаксанти та анестетики пригнічують дихання. Тому після операції слід застосовувати ліки, які запобігають цьому та сприяють виведенню препаратів для наркозу з організму (табл. 1).

**4.4.2. Оцінка неврологічного стану пацієнта.** Під час оцінки неврологічного стану пацієнта визначають:

- рівень свідомості пацієнта;
- визначають реакцію на мову або інші подразнювальні агенти;
- оцінюють реакцію зіниць на світло, їх рівність, рівність і стійкість стеження за рухами; фіксацію зіниць протягом 5 с (добрий показник функції).

Швидкість зміни несвідомого стану свідомістю залежить від анестезувального засобу, який використовували під час операції. Більшість пацієнтів повертаються до свідомості менш як за годину з тенденцією заснути, коли залишаються наодинці. Ці пацієнти пробуджуються, коли до них голосно говорити або торкатися.

Перший параметр, який оцінюють при поступленні пацієнта в палату, – це рівень його свідомості. По степені відновлення свідомості можна припустити про ступінь відновлення інших функцій організму. Свідомість може бути ясною або порушеною. Залежно від ступені порушення свідомості розрізняють:

- ступорозний стан або стан оглушення. Пацієнт погано орієнтується в просторі, на питання відповідає із запізненням;
- сопорозний стан або сплячка, з якої пацієнт виходить на короткий час при вербальному або тактильному подразненні.

Іритативні розлади свідомості виражені в збудженні центральної нервової системи: руховий неспокій, марення, галюцинації.

Для визначення порушення свідомості медсестра може акуратно похлопати хворого по щоці, надавити на мочку вуха або позвати пацієнта по імені.

Відсутність свідомості на протязі 30 – 40 хв після останнього введення анестетика повинно насторожити медсестру. В такому випадку слід покликати лікуючого лікаря та анестезіолога.

**Лікарські засоби для виведення деяких препаратів,  
які застосовують під час наркозу**

| Група препаратів  | Лікарський засіб для виведення                                    | Доза, шляхи введення   |
|---|---|--|
| Наркотичні анальгетики (морфін, омнопон, промедол, кодеїн тощо) | Налорфіну гідрохлорид   | Дорослим в/в по 1 – 2 мл 0,5% розчину, за необхідності – повторно через 10 – 15 хв (до 8 мл)   |
| Міорелаксанти   | Атропіну сульфат  | п/ш по 2 – 3 мл 0,1% розчину повторно  |
| Атропін   | Антихолінестеразні засоби (фізостигміну саліцилат, прозерин тощо) | п/ш по 1 мл 0,1% розчину фізостигміну саліцилати або по 1 мл 0,05% розчину прозерину   |
| Снодійні засоби   | Цитохром С  | в/в крапельно по 20 – 40 мл 0,25% розчину в 250 – 500 мл фізрозчину або 5% розчину глюкози (після біологічної проби – 0,1 мл 0,25% розчину в/ш)                      |
| Барбітурати   | Бемегрид  | в/в повільно 2 – 3 мл 0,5% розчину 1 – 3 рази на добу або крапельно протягом 12 – 15 хв до 50 – 70 мл 0,5% розчину. У разі появи судом кінцівок введення припиняють. |

Як правило, у першу добу після операції більшість хворих неспокійні. Виникнення збудження під час просипання небезпечно тим, що пацієнт може травмуватися – впасти з ліжка, вдаритися. Для профілактики подібних травм слід підняти фіксуючі решітки, підкласти під край матрацу додатковий валик.

З другої доби хворі починають відчувати гострий біль в післяопераційній рані, занепокоєння, нестабільність психіки. Ознаками занепокоєння можуть бути гнів, агресія, крик, надмірні жарти, невідповідний сміх, депресія, недовіра до медичного персоналу.

**4.4.3. Знеболення.** Біль буває майже після всіх операційних втручань. Найбільш виражений біль спостерігають після абдомінальних, торакальних та ортопедичних втручань. Чинники, які спричиняють післяопераційний біль:

- набряк тканин;
- інфікування тканин;
- тривале розтягнення тканин під час операції;
- судоми м'язів;
- тугі пов'язки.

Післяопераційний біль, як правило, триває 24 – 48 годин або й довше, залежно від тривалості операції, порогу больової чутливості тканин і реакції пацієнта на біль. Наявність болю може затримувати видужання хворого, тому скарги пацієнта на біль не повинні ігноруватися, однак важливо встановити причину болю.

Анальгезуючі засоби мають більший ефект, якщо їх застосовувати раніше, ніж виникне сильний біль. Анальгезуючі засоби вводять різними способами. Однак слід пам'ятати, що під час зменшення кровообігу, наприклад, у шоківому стані, введені в/м медикаменти можуть залишатися в тканині і подіяти зненацька передозуванням, коли кровообіг відновиться. Внутрішньовенний шлях введення більш надійний і швидкий. Тому йому часто надають перевагу. При введенні анальгетиків у епі- або субарахноїдальний простір через катетер анальгезуючий ефект триває 15 – 16 годин без значного пригнічення дихання. Доза анальгетика залежить від віку, типу нервової системи та об'єму операційного втручання.

**4.4.4. Огляд шкіри та слизових оболонок** дозволяє виявити багато ознак, що відображають адекватність проведеної анестезії, важкість стану пацієнта в результаті проведеного операційного втручання. В «наркозній карті» медсестрі слід прочитати оцінку огляду шкіри та слизових оболонок до операції. У першу добу після операції хворі, як правило, бліді, на наступний день шкіра набуває звичайного кольору.

В ранньому післяопераційному періоді блідість шкіри може говорити про переохолодження хворого під час операції, анемію, спазм периферичних судин. Для профілактики переохолодження в операційній слід підтримувати температуру 21 – 22 °С. в палаті пацієнта слід укрити теплою ковдрою. Важливий контроль за температурою тіла пацієнта. При різкому зниженні або критичному підвищенні температури необхідно терміново викликати лікаря.

Ціаноз шкіри може бути центральним та периферичним. Центральний ціаноз проявляється насиченим ціанотичним забарвленням нігтьових лож, губ, мочок вух. Це, як правило, ознака серцевої недостатності. Периферичний ціаноз з'являється при судинній та дихальній недостатності. Причиною його є порушення артеріалізації крові в малому колі кровообігу.

Гіперемія шкіри може бути пов'язана з триваючою дією холінолітиків (атропін), перегріванням пацієнта, з алергічними реакціями на введення лікарських засобів.

**4.4.5. Оцінка терморегуляції пацієнта.** У перші дні після операції може спостерігатися субфебрильна температура тіла хворого з невеликим підвищенням вночі. Це нормальне явище після операції, воно вказує на реакцію організму на операційну травму та посилену легеневу вентиляцію. Починаючи з другої доби температура тіла повинна знижуватися. На 4 – 5 добу температура тіла повинна нормалізуватися.

**4.4.6. Оцінка функції зовнішнього дихання** проводиться медсестрою незалежно від кольору шкіри. Одним із самих важких ускладнень з боку дихальної системи є обструкція дихальних шляхів, зумовлена аспірацією шлункового вмісту при блюванні. Шлунковий вміст, що має виражену кислу реакцію, попадаючи на голосові зв'язки, може викликати ларингоспазм або бронхоспазм. Для попередження аспірації в післянаркозний період хворого вкладають на бік. Якщо таке положення створити не можливо із-за результатів операційного лікування, то повертають голову набік. При виникненні блювання необхідно почистити порожнину роти марлевим тампоном або серветкою, потім відсмоктати вміст носоглотки та ротоглотки за допомогою електровідсмоктувача.

**4.4.7. Оцінка функції кровообігу** визначається об'єктивним і суб'єктивним моніторингом. В ранній післяопераційний період медсестра вимірює пульс та АТ щогодини. При оцінці пульса медсестра повинна звернути увагу на його частоту та ритмічність. Слід пам'ятати, що підвищення температури тіла на 1°C супроводжується підвищенням частоти пульсу на 8 – 10 уд./хв., якщо у оперованого пацієнта частота пульсу випереджує температуру або температура знижується, а пульс частішає, це вказує на несприятливий перебіг післяопераційного періоду. Під дією препаратів для наркозу в пацієнта можуть проявитися раніше не діагностовані порушення провідної системи серця у вигляді аритмії, пароксизмальної тахікардії, вираженої брадикардії. При виявленні подібної патології необхідно терміново викликати лікаря. Вимірювання АТ в ранній післянаркозний період має свої особливості. Так як пацієнт довгий час знаходиться в положенні лежачи, однократне вимірювання АТ може бути неінформативне, тому у сумнівних випадках АТ вимірюють декілька разів через 5 – 10 хв для виявлення негативної динаміки. Так, тахікардія з гіпотонією можуть бути наслідком гострої кровотечі. Тому до приходу лікаря медсестра повинна оглянути післяопераційну рану, оцінити характер виділень по дренажам.

**4.4.8. Оцінка стану травного каналу.** У перші три доби після операції на ШКТ хворого спостерігають певні відхилення.

Паралітична кишкова непрохідність – відсутність кишкової перистальтики, відходження газів та випорожнень внаслідок операційної травми.

Післяопераційне вздуття живота – наслідок накопичення газу в кишках, який не всмоктався і є реакцією на подразнення кишки під час операції, ковтання повітря під час виходу з анестезії і не проходження газів по атонічній кишці. Здуття триває до тих пір, поки не відновиться перистальтика кишок. Перистальтика не може відновитися в перші 24 години після операції. Як правило, перистальтика відновлюється на 3 – 4 добу.

Пересування – один з найефективніших засобів для стимуляції перистальтики і звільнення від газів. Спонування до ходьби в післяопераційний період проводиться та заохочується медичною сестрою за згодою лікаря. Для

зменшення здуття живота використовують газовідвідні трубки, теплі гіпертонічні клізми, роблять масаж живота.

**4.4.9. Оцінка стану водно-електролітного балансу.** Нормальна реакція організму пацієнта на операційну травму – ниркова затримка води та натрію. Рідина втрачається під час операції через втрату крові і збільшену невідчутну фільтрацію (гіпервентиляцію). Але 24 – 48 год після операції рідини зберігаються тілом завдяки стимуляції альдостерону. Підвищене виділення якого призводить до збільшеної затримки натрію з наступною водною затримкою. Пацієнт після операції звичайно не приймає їжі протягом 6 – 8 годин. Функції організму стабілізують кількість рідини і повертають баланс електролітів на нормальний рівень у межах 48 год.

**4.4.10. Оцінка стану сечовидільної системи** передбачає необхідність спорожнення сечового міхура в перші 3 – 4 години після операції. Основна частина пацієнтів спорожняє сечовий міхур самостійно. Однак при відсутності самостійного спорожнення сечового міхура слід виконати катетеризацію сечового міхура та не допустити переповнення сечового міхура. При спостереженні оцінюють колір, запах і об'єм сечі при кожному сечовиділенні, частоту сечовиділень за добу та добовий діурез.

#### **4.5. Встановлення СД в післяопераційному періоді**

В післяопераційному періоді медична сестра повинна виявляти стан окремих систем пацієнта, зокрема:

1. післяопераційної рани: інтенсивність болю, промокання пов'язки кров'ю, наявність дренажу в ділянці рани;
2. неврологічного статусу: рівень свідомості, реакції на мову або інші подразнювальні агенти, реакцію зіниць на світло, їх рівність, стійкість і рівність стеження за рухами, реакція зіниць протягом 5 с;
3. дихальної системи: утруднене дихання, задишка, частота дихання, біль за грудиною;
4. серцево-судинної системи: біль в ділянці серця, частота, наповнення та ритмічність пульсу, показники артеріального тиску, ціаноз;
5. ШКТ: наявність болю в ділянці черева, здуття живота, зміни у випорожненні кишок, дієта;
6. сечовидільної системи: позиви до сечовипускання, наявність переповненого сечового міхура, біль при сечовипусканні, кількість виділеної сечі.

**4.5.1. Очікувані результати СВ.** Медична сестра в післяопераційному періоді досягне певних результатів:

1. підтримає прохідність дихальних шляхів з легким частим диханням при аускультатії;
2. підтримає нормальні показники газів артеріальної крові та рівень насичення киснем крові (96% і вище);
3. успішно усуне з дихальних шляхів кров, слиз або блювотні маси;

4. підтримає показники пульсу та АТ на доопераційному рівні;
5. хворий не зазнаватиме пошкоджень пов'язаних з падінням тиску або неправильним позиціюванням;
6. кваліфіковано усуне хвилювання;
7. кваліфіковане усуне дію анестезувальних речовин та міорелаксантів;
8. хворий орієнтуватиметься в часі, місцезнаходженні та просторі;
9. у хворого налагодиться сон;
10. проведе запобігання венозному стазу та уникне тромбозу глибоких вен і легеневої емболії;
11. підтримає нормальний баланс рідини і уникне ознак та симптомів дегідратації;
12. підтримає температуру тіла пацієнта в нормальних межах;
13. хворий не проявлятиме ознак болю;
14. у хворого стабілізується потовиділення;
15. хворий самостійно успішно спорожнить сечовий міхур у межах 6 – 8 год після операції;
16. підтримає діурез хворого на рівні більше ніж 30 мл/год та проведе профілактику набряків;
17. хворий не матиме жодної ділянки шкіри із запальним процесом;
18. хворий зовсім не матиме нудоти, блювання, вживатиме рідку їжу;
19. у хворого не буде ознак запалення або набряку в місці післяопераційної рани протягом всього періоду госпіталізації;
20. попередить інфікування післяопераційної рани;
21. у хворого не буде ділянок ателектазів;
22. хворий не проявлятиме ознак колапсу;
23. пацієнт та його родина адекватно розуміють план проведення післяопераційних заходів та братимуть активну участь у процесі видужання пацієнта.

#### **4.5.2. Алгоритм сестринського догляду в першу післяопераційну добу:**

1. поки триває операція санітарка перестилає постіль;
2. медичні сестри забирають пацієнта з операційної на каталці, завозять в післяопераційну палату, перекладають на ліжку;
3. поки пацієнт не відновить свідомість, йому не кладать під голову подушку і не залишають одного;
4. на ділянку операційної рани накладають масу в 1 кг (мішечок з льодом) на 2 год.;
5. через кожні 2 год вимірюють пульс, АТ, частоту дихання, температуру тіла, контролюють стан пов'язки на рані, активно допомагають повертатися хворому на бік;
6. змочують губи та слизову оболонку рота пацієнта вологою серветкою;
7. повідомляють про заборону їжі та пиття в першу добу після операції на травному каналі;

8. стежать за сечовиділенням, хворий повинен виділити сечу після операції протягом 4 – 6 годин, при неспроможності пацієнта самостійно це зробити – катетеризують сечовий міхур;
9. стежать за фіксацією та прохідністю трубчастих дренажів, реєструють кількість та характер виділеної рідини по них;
10. проводять профілактику післяопераційних ускладнень;
11. на ніч за призначенням лікаря вводять наркотичний анальгетик або без призначення лікаря – ненаркотичний анальгетик (анальгін 50%-2,0 + димедрол 1%-1,0);
12. дають заявку в лабораторію на взяття загального аналізу крові та сечі у пацієнта наступного дня.

### **4.5.3. Критичні показники стану хворого:**

#### **I. Стан ЦНС:**

- втрата свідомості;
- загальмованість свідомості;
- марення, галюцинації;
- рухове, мовне збудження;

#### **II. Стан дихальної системи:**

- частота дихальних рухів більше 28 за хв;
- виражене вкорочення перкуторного звуку, тупий звук над легеньми при перкусії грудної клітини;
- відсутність дихальних шумів у ділянці притуплення;

#### **III. Стан серцево-судинної системи:**

- частота пульсу понад 120 за 1 хв;
- зниження систолічного АТ до 80 мм рт. ст. і підвищення його до 200 мм рт. ст.;
- порушення серцевого ритму;
- зниження центрального венозного тиску нижче ніж 50 мм вод. ст. і підвищення його понад 110 мм вод. ст.;
- виражена блідність;
- акроціаноз;
- холодний липкий піт.

#### **IV. Стан терморегуляції:**

- температура тіла нижча ніж 36°C;
- температура тіла вища ніж 38,5°C.

#### **V. Стан сечовидільної системи:**

- анурія;
- кількість сечі, що виділяється, менше ніж 10 мл за 1 год.

#### VI. Стан ШКТ:

- різке напруження м'язів передньої черевної стінки;
- чорний кал;
- наявність крові в калових масах;
- різко позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- різке здуття живота, невідходження газів, відсутність перистальтики кишок більше ніж три доби.

#### VII. Стан водно-електролітного балансу:

- ознаки внутрішньочерепної гіпертензії;
- судоми;
- каліурія менше 30 м/моль за добу;
- калій у плазмі понад 5,6 ммоль/л (зупинка серця – при концентрації 10 ммоль/л).

#### VIII. Стан шкіри та видимих слизових оболонок:

- наявність запальних вогнищ у проблемних ділянках вогнищ;
- наявність пролежнів.

#### IX. Стан операційної рани

- рясне просякання пов'язки кров'ю;
- розходження країв рани, виходження органів черевної порожнини в рану (евентерація);
- рясне просякання пов'язки гноєм, кишковим вмістом.

### 4.6. Ускладнення в післяопераційному періоді

Післяопераційні ускладнення за терміном виникнення поділяють на ранні та пізні. **Ранні** – це ускладнення, які виникають у перші 48 годин після операції. До них відносять гостру дихальну недостатність, кровотечу з післяопераційної рани, гостру серцево-судинну недостатність та ін.. **Пізні** – це ускладнення, які виникають через 48 годин після операції. До них відносять нагноєння, абсцеси, перитоніт, пролежні, тромбоемболії та ін..

#### 4.6.1. Ускладнення з боку нервової системи:

##### *А. пов'язані з анестезією:*

##### *• загальною:*

1. **подовжена сонливість.**
2. **м'язева слабкість** внаслідок дії міорелаксантів (ниркова недостатність та нестійкість електролітів можуть затримувати відновлення після дії міорелаксантів).
3. **нездатність до швидкого або повного пробудження** (наслідок залишкового ефекту анестетика, виражена гіпоксія, гіпотермія, метаболічна нестійкість, гіпонатріємія, гіперкаліємія, гіперкапнія);



- 4. порушення психіки** – спостерігають в особливо емоційних хворих після травматичних операцій, а також в алкоголіків та наркоманів. Хворі стають збуджені, їх поведінка немотивована, мова безладна, можуть виникати галюцинації. Ці порушення можуть виникати одразу після операції або через деякий час. Післяопераційні психози порушують нормальний перебіг післяопераційного періоду та створюють загрозу життю пацієнта. Призначають психоседативні засоби, клізми з хлоралгідратом 5% – 20,0-40,0, при потребі пацієнта фіксують до ліжка та постійно спостерігають за ним.
- 5. коматозний стан** характеризується глибокою втратою свідомості, відсутністю рефлексів на зовнішні подразники і розладами регуляції життєво важливих функцій організму. У післяопераційного хворого можуть бути: уремична кома, викликана нирковою недостатністю, гіпоглікемічна і гіперглікемічна кома при діабеті, ниркова кома при передозуванні наркотичних речовин і розвитку печінкової недостатності. При уремичній комі знижується добовий діурез, з'являється головний біль, тошнота, блювота, набряки, запах сечі з роту пацієнта, задишка, підвищення АТ, судоми. При такому стані за пацієнтом необхідне постійне спостереження, при судомах ввести в порожнину роту повітровод для профілактики западіння язика. Терміново готують пацієнта до гемодіалізу.

Гіпоглікемічній комі передують симптоми сильного голоду, слабості, тремтіння у всьому тілі, блідість шкіри, частий, слабого наповнення пульс. За цими симптомами виникає збудження, судоми та втрата свідомості. Якщо пацієнт у свідомості, йому дають випити солодкий чай або розчин глюкози. При втраті свідомості вводять в/в 20 мл 40% розчину глюкози. Якщо пацієнт не прийшов до свідомості, через 3 хв слід повторно ввести глюкозу, потім почати вводити 5% розчин глюкози 500 мл в/в крапельно.

Гіперглікемічна кома частіше пов'язана з порушенням дієти і неправильним введенням інсуліну при діабеті. Комі передують в'ялість, нездужання, головний біль, тошнота, виражений запах ацетону з роту. Якщо своєчасно не помітити симптоми, то настає зниження АТ, частий, слабого наповнення пульс, втрата свідомості. Медсестрі слід ввести в/в 20 мл 40% розчину глюкози, приготувати інсулін.

При печінковій комі у пацієнта з'являються жовтяниця, сонливість, судоми і втрата свідомості. Необхідно викликати лікаря і спостерігати з пацієнтом, надаючи допомогу при судомах, приготувати преднізолон.

**• регіональною:**

- 1. зниження тиску, нудота, знижена кислотність тканин** – наслідок неврологічних порушень, спричинених місцевою токсичною дією анестетика або травма від проколювання голкою.

**2. гостра затримка сечі** – спинномозкова анестезія пов'язана з іннервацією сечового міхура, необхідно про пальпувати живіт, щоб виявити розтягнутий сечовий міхур.

**Б. не пов'язані з анестезією:**

- 1. порушення сну** – виникає внаслідок надмірної збудливості нервово-психічної сфери хворого, вираженої больової реакції, розвитку післяопераційних ускладнень, інтоксикації, тяжкі переживання. Призначають снодійні (фенobarбітал 0,1; етамінал натрію 0,3; барбаміл 0,3), психоседативні засоби (аміназин 2,5% – 1,0; пропазин 2,5% – 2,0; галоперидол 0,5% – 1,0; дроперидол 0,25% – 5,0-10,0).
- 2. розвиток пізнього шоку** – недостатня передопераційна підготовка, незадовільне знеболювання під час операції і в післяопераційний період.

**4.6.2. Ускладнення з боку психічного стану:**

- 1. психічний шок.**
- 2. післяопераційні психози.**

**4.6.3. Ускладнення з боку дихальної системи:**

- 1. утруднене дихання** – трапляється у випадку перепони в дихальних шляхах, гіповентиляції, ларингоспазму. Перепони в дихальних шляхах виникають при западанні кореню язика, який розслабляється внаслідок анестезії; виділеннях, що збираються в глотці, трахеї або бронхах; аспірації блювотних мас, крові. Ознаками аспірації є різкий кашель із сльозотечею, ціаноз. Аспірація може закінчитися смертю хворого внаслідок асфіксії. Гіповентиляція може призвести до ателектазу в пізній післяопераційний період. Ларингоспазм – судома м'язів гортані, що проявляється повним або частковим закриттям голосових зв'язок і призводить до перепони в дихальних шляхах. Ларингоспазм спричиняє гіпоксію мозку і смерть.
- 2. застійні пневмонії, бронхіти, плеврити, ателектази, гостра дихальна недостатність** – проявляються кашлем, задишкою, підвищенням температури, головним болем, пітливістю; при аускультатії – ослаблене дихання, вологі хрипи; при перкусії – притуплення легеневого звуку. Призначають антибіотики, сульфаніламід, відхаркувальні, серцеві засоби, інгаляції кисню, при дихальній недостатності – ШВЛ.

**4.6.4. Ускладнення з боку серцево-судинної системи:**

- 1. гіпотензія** – спостерігають при крововтраті, необережному транспортуванні хворого, залишковій дії анестетиків, вадах серця, аритміях, неадекватній вентиляції, болі, залишковій симпатектомії.
- 2. кардіальні аритмії** – необхідно встановити чи була аритмія в пацієнта до операції. Якщо вона була до операції, то не потребує корекції. Часто аритмії виникають гіповентиляцією, тому використовують кисневу терапію, біль, гіповолемію, розтягнення шлунку, ацидоз,

гострий інфаркт міокарду. В/в вводять антиаритмічні засоби, при синусовій брадіаритмії призначають атропіну сульфат.

- 3. гострі поверхневі тромбофлебіти, глибокі флеботромбози** – виникають при варикозній хворобі нижніх кінцівок, порушенні загортальних властивостей крові, сповільненні кровоплину, гіподинамії та ін..

***Фактори ризику післяопераційних ТГВ:***

- похилий вік;
- ожиріння;
- недоїдання;
- застосування протизаплідних засобів;
- злякисні пухлини;
- застійна серцева недостатність;
- попередній тромбоз;
- поліцитемія;
- операції на порожнинах тазу, черева, грудної клітини;
- перелом кісток нижніх кінцівок, особливо стегнових;
- гіподинамія;
- тиск на підколінну ділянку;
- тугі пов'язки на нижніх кінцівках.

При поверхневому тромбофлебіті характерним є поява болючого гіперемованого запального тяжу по ходу поверхневих (варикозно розширених) вен, при ТГВ – набряк кінцівки, біль в кінцівці, ціаноз шкіри кінцівки. Для профілактики призначають туге еластичне бинтування до, під час та після операції; переивчастий зовнішній тиск, який нагнітається до ніг. Переривчастий зовнішній тиск забезпечують за допомогою нагнітаючої манжети, що простягається від пальців ніг до коліна або верхньої частини стегнаю манжета роздувається швидко до 40 – 50 мм рт. ст., тиск затримується від 10 до 12 с і після цього знижується дуже повільно протягом 45 с. При гострому поверхневому тромбофлебіті нижніх кінцівок термінове операційне втручання – флектомію.

- 4. тромбоемболія** – обтурація артерії тромбом. В післяопераційному періоді може бути тромбоемболія судин нижніх кінцівок, мезентеріальних судин брижі і легеневої артерії. Причинами є пошкодження великих артерій під час операційного втручання, після операційна гіподинамія, ТГВ, гострий тромбофлебіт на фоні варикозної хвороби нижніх кінцівок, атеросклероз судин, колапс, шок, похилий вік, об'єм, спосіб та тривалість операційного втручання, захворювання серця (миготлива аритмія, вади серця).

При тромбоемболії судин нижніх кінцівок з'являються різкі болі в кінцівках, мармуровість та ціаноз шкіри кінцівок, зникнення пульсу на периферичних артеріях.

При тромбоемболії мезентеріальних судин з'являються гострий біль в череві, тошнота, рвота, черево болюче при пальпації.

При тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) раптово з'являються різкий за грудинний біль, задишка, ціаноз обличчя, шиї та верхнього плечового поясу, набухання яремних вен на шиї, тахікардія, колапс, втрата свідомості; на ЕКГ виявляють ознаки перевантаження правих відділів серця, дифузну гіпоксію міокарду. При появі таких симптомів медсестрі необхідно терміново повідомити лікаря, приготувати гепарин, фібринолізин, наркотичні анальгетики і систему для перерливання інфузійних засобів. При масивній ТЕЛА виникає миттєва смерть. При емболії окремих гілок легеневої артерії виникає інфаркт легені, що проявляється сильним болем в грудній клітині, кашлем з кров'янистим харкотинням, задишкою, загальною слабкістю, з подальшим розвитком інфаркт-пневмонії. Призначають внутрішньовенні вливання фібринолізину 20 – 40 тис.од. в комбінації з гепарином 10 – 20 тис. од. дії; стрептокінази 750 тис. од.; стрептодекази 1,5 млн. од.. Для попередження тромбоутворення хворим призначають гепарин, фраксипарин, еноксапарин, фенілін, пелентан та інші антикоагулянти. При інфаркт-пневмонії додають антибіотики, сульфаніламід, серцеві засоби.

- 5. непритомність** – тимчасова анемія головного мозку, пов'язана з короткочасним рефлекторним спазмом судин головного мозку. Такий стан може бути викликаний страхом перед маніпуляціями, виглядом крові або інструментів, неприємній звістці, швидкій зміні положення – з горизонтального в вертикальне (ортостатичний колапс) після тривалого перебування в ліжку. На початку непритомності пацієнт може скаржитися на головокружіння, мерехтіння мушок перед очима, дзвін у вухах, тошноту. В цей момент спостерігають різке поблідіння, похолодання шкіри, похолодання кінцівок, ослаблення та почастишання пульсу, втрату свідомості. З ціллю профілактики слід уникати моментів, що провокують непритомність. При перев'язках слід закривати від пацієнта інструменти, забруднений перев'язувальний матеріал, післяопераційну рану, будь-яку маніпуляцію виконувати у вертикальному положенні. Попереджувати родичів про необхідність спокійної та обнадійливої розмови у ліжка хворого. Піднімати пацієнта слід поволі і обережно. При непритомності пацієнта вкладають на спину, опускають головний кінець та піднімають нижні кінцівки, розстібають комір, забезпечують доступ свіжого повітря, до носу підносять ватку змочену нашатирним спиртом, а при затягнутій непритомності вводять п/ш 1 мл 10% розчину кофеїну.
- 6. колапс** – стан гострої судинної недостатності. Для колапсу характерні такі клінічні симптоми як слабкість, в'ялість, блідість шкіри, холодний піт, тахікардія, зниження АТ, поверхнєве дихання. Медсестрі необхідно встановити причину колапсу, яка може полягати в кровотечі, спазмі судин, перфорації внутрішніх органів, інтоксикації. Перш за все вкладають пацієнта з опущеним головним кінцем ліжка,

що покращує кровопостачання головного мозку, ввести кофеїн, адреналін або кордіамін і викликати лікаря.

7. **шок** – викликаний тими ж причинами, що й колапс, але є більш глибоким патологічним процесом, при якому пригнічуються функції всіх систем організму. Клінічно шок проявляється тахікардією, падінням АТ, блідістю або ціанозом шкіри, частим поверхневим диханням, зниженням діурезу, збудженням з наступною загальмованістю. Медсестрі слід ввести наркотичні анальгетики, адреналін, кордіамін або мезатон для підйому АТ і підключити систему для переливання протишокових кровозамінників.
8. **гостра серцево-судинна недостатність** проявляється різким погіршенням загального стану, прискоренням пульсу, зниженням артеріального тиску, зупинкою серцевої діяльності. Розрізняють два види зупинки серця: асистолія (відсутність скорочення серця) та фібриляція (некоординоване скорочення міокарду). При зупинці серця час для надання допомоги обмежений 4 – 5 хв. Призначають штучне дихання та закритий масаж серця, серцеві глікозиди (діоксин, корглікон, строфантин, целанід), катехоламіни (адреналін, норадреналін), ефедрин, мезатон.
9. **набряк легень** – виникає часто при гострій серцево-судинній недостатності, призначають серцеві глікозиди, еуфілін, сечогінні засоби.
10. **клінічна смерть** – це короткий проміжок часу, коли після зупинки серця і припинення дихання в тканинах організму продовжуються окислювальні процеси на дуже низькому рівні, але достатньому для підтримання мінімальної життєздатності клітин ЦНС. При клінічній смерті у пацієнта відсутні свідомість, пульс на центральних артеріях, дихання, зіниці розширені і не реагують на світло, шкірні покриви блідо-ціанотичні.

Медсестра при появі ознак клінічної смерті повинна одразу ж розпочати до штучного дихання, закритого масажу серця та викликати лікаря.

Пацієнта вкладають на жорстке ліжко, очистити серветкою носоглотку, витягнути зубні протези, за прокинути голову назад (можна підкласти невеликий валик під лопатки) і ввести в рот повітровоід. Якщо немає повітровоіда, то необхідно утримувати голову пацієнта, поклавши одну руку на чоло, а іншу – на підборіддя прикривши марлевою серветкою рот і ніс пацієнта. Зробивши глибокий вдих, сестра охоплює повітровоід або рот з носом пацієнта (можна тільки рот пацієнта, при цьому закривши ніс пацієнта пальцями) та енергійно видихає в нього з своїх легень повітря. Частота вдювань приблизно 12 разів/хв.. Під час ШВЛ слід постійно контролювати прохідність дихальних шляхів. Головний показник ефективності – розширення грудної клітини при вдюванні повітря і її спадінні при пасивному видосі. Вздуття епігастральної ділянки

гворить про попадання повітря в шлунок. В цьому випадку слід перевірити прохідність дихальних шляхів або змінити положення голови. Після проведення перших двох вдукань необхідно перевірити пульсацію на сонній артерії. Якщо пульс є, то необхідно продовжувати ШВЛ до появи самостійного дихання. Якщо пульсу немає, то слід проводити закритий масаж серця. При цьому сестра основу долоні однієї руки кладе на нижню третину грудини пацієнта, а долоню іншої руки розміщує на тильній поверхні нижньої долоні перпендикулярно до неї. Пальці не повинні торкатися грудини. У грудної дитини масаж потрібно проводити за допомогою пальця. Тиск на грудну клітину забезпечують випрямленими в ліктях руками, використовуючи важкість власного тіла. При цьому грудина повинна прогинатися до хребта на 4 – 5 см. Якщо серцево-легенева реанімація проводиться однією людиною, то після кожних двох вдукань повітря в легені проводять 15 натискань на грудину. При чергуванні вентиляції та масажу серця пауза повинна бути мінімальна. Якщо реанімацію проводять двоє осіб, то роздування легень проводять після кожного п'ятого натискання на грудну клітину. При ефективній реанімації проходить звуження зіниць, з'являється періодична пульсація на сонній артерії, зменшується блідість і ціаноз шкіри. При ефективності ШВЛ і закритого масажу серця реанімаційні заходи продовжують до досягнення позитивного ефекту або стійкого зникнення вказаних ознак ефективності дихання і кровообігу, після чого реанімація може бути припинена через 30 хв.

#### **4.6.5. Ускладнення з боку терморегуляції:**

- 1. злаякісна гіпертермія** – підвищення температури тіла в післяопераційному періоді вище 38,5 °С. в даній ситуації медсестра повина повідомити хірурга та анестезіолога. Лікування включає: управління киснем; заходи щодо охолодження (в/в введення охолоджених розчинів, холодний назогастральний лаваж, льодові тампони тощо); негайне в/в введення натрію дантроліну (за призначенням); безперервний контроль за пацієнтом протягом 48 год після операції.
- 2. гіпотермія** – спостерігають при загальній анестезії, прохолодній операційній, післяопераційній палаті. Виконують постійний контроль за температурою тіла, в/в введення теплих розчинів, застосування теплих ковдр, гідротермічних матраців, теплових фізіотерапевтичних процедур.
- 3. післяанестезійне тремтіння** – будь-яке тремтіння підвищує споживання кисню, тому пацієнти повинні отримувати кисневу терапію до припинення тремтіння, а також зігрітися. Післяопераційне тремтіння збільшує навантаження на серцево-судинну систему.

#### 4.6.6. Ускладнення з боку сечовидільної системи:

1. **ішурія (гостра затримка сечі)** – виникає внаслідок вісцеро-вісцерального рефлексу після операцій на черевній порожнині, уретрі, запальних процесах сечового міхура та нирок. Нерідко хворий не може мочитися лежачи. Слід дозволити, при відсутності протипоказів, хворому помочитися сидячи або стоячи. Призначають грілку на область сечового міхура, промежину, очисну клізму, включають воду поблизу пацієнта. При відсутності самостійного спороження сечового міхура слід виконати катетеризацію сечового міхура та не допустити переповнення сечового міхура.
2. **неспроможність до самостійного сечовипускання.**
3. **оліго- та анурія** – виникає при великій крововтраті, профузному блюванні та/або проносі, шоці, серцевій недостатності, гострій нирковій недостатності, інтоксикації.

#### 4.6.7. Ускладнення з боку травного тракту:

1. **нудота, блювання** – часто виникають рефлексивно внаслідок наркозу та маніпуляцій на ОЧП під час операції. Призначають протиблювотні засоби, повертають голову на бік для профілактики аспірації блювотних мас, проводять зондування та відсмоктування вмісту шлунку.
2. **гикавка** – має рефлексорний характер, внаслідок подразнення діафрагмального або блукаючого нерву, і виникає переважно після операцій на ОЧП. Часто причиною гикавки є переповнення шлунку, подразнення діафрагми, розвиток піддіафрагмального абсцесу, абсцеси черевної порожнини, перитоніт, уремія. Призначають атропіну сульфат, аміназин, димедрол, метоклопрамід, промивання шлунку, при виявленні абсцесів черевної порожнини або перитоніту повторну операцію.
3. **метеоризм** – спостерігають при парезі кишечника, перитоніті, абсцесах черевної порожнини. Хворого слід періодично піднімати, застосовують газовідвідну трубку, призначають очисну або гіпертонічну клізми, прозерин 0,08% – 1,0-2,0 п/ш.
4. **пронос** – спостерігають при ахілії (зниженні кислотності шлункового соку), дисбактеріозі, перитоніті. Усувають причину проносу.
5. **шлунково-кишкова кровотеча** – може виникнути при операціях на шлунку, кишечнику, печінці і нирках. При появі кривавого блювання медсестра до приходу лікаря повинна припустити джерело кровотечі шляхом дифдіагностики. Якщо блювання виникає без блювотних рухів і кров має свіжий вигляд, то можна припустити кровотечу з варикозно розширених вузлів стравоходу. При легеневій кровотечі кров витікає яскраво червона, піниста з нападами кашлю.

При шлунково-кишкової кровотечі пацієнта слід вкласти без подушки на бік, підставити лоток під рот, на живіт покласти холод, приготувати гемостатичні препарати.

#### **4.6.8. Ускладнення з боку водно-електролітного балансу:**

- 1. водне сп'яніння** – спостерігають при неконтрольованому в/в введенні рідини. У пацієнтів виявляють зміна в поведінці пацієнта, тепла волога шкіра, поліурія, набряки, внутрішньочерепна гіпертензія, головний біль, загальна слабкість, тремор, судоми, кома.
- 2. набряк легень.**
- 3. гіпонатріємія та гіпокаліємія** – часто спостерігають у пацієнтів з цукровим діабетом, нирковою недостатністю, тривалому блюванні, проносах, назогастральному зондуванні. При гіпонатріємії спостерігають зниження тургору шкіри, гіпотонію, недостатність кровообігу, непритомність, відсутність спраги. При гіпокаліємії спостерігають нудоту, блювання, апатію, тремор, м'язеву слабкість, пронос.

#### **4.6.9. Ускладнення з боку шкіри та рани:**

- 1. інфікування та нагноєння рани** – гарячка, гіперемія, набряк, нійвність гною.
- 2. кровотеча з рани.**
- 3. евентрація** – післяопераційний вихід ОЧП в ділянці післяопераційної рани на черевній стінці. Спостерігають вологість в ділянці рани, постійний обмежений біль у ділянці розтину, який може супроводжуватися ознаками шоку.

**4.6.10. Ускладнення місцевої анестезії:** під час анестезії та після неї може виникнути отруєння або синдром інтоксикації при попаданні анестетика безпосередньо в кровеносну судину, застосуванні висококонцентрованих розчинів або їх великої кількості, введенні анестетиків із після закінчення терміну застосування. При непереносимості певного анестетика може виникнути алергічна реакція або анафілактичний шок. При спинномозковій анестезії (перидуральній або епідуральній) може бути різке падіння АТ, зупинка дихання та серця. Для попередження цих ускладнень необхідно перед місцевою анестезією в бесіді з пацієнтом добре ознайомитися з анамнезом, провести премедикацію, застосувати низькоконцентровані розчини анестетиків суворо визначеного дозування, перевіряти на ампулі термін придатності і назву препарату, перед анестезією пацієнта слід вкласти в горизонтальне положення і не проводити анестезію на шкірі з гнійничковими захворюваннями.

Після місцевої анестезії необхідно проводити спостереження на протязі 2 годин: вимірювати АТ, температуру тіла, пульс, оглядати післяопераційну пов'язку. При падінні АТ пацієнта вкладають горизонтально і вводять в/м 1 – 2 мл кордіаміну, підготувати до приходу лікаря 1% розчин мезатону, 0,2% розчин норадреналіну, 5% розчин глюкози, 0,05% розчин строфантину або 0,06% розчин корглюкону, преднізолон або гідрокортизон.



При алергічній реакції або анафілактичному шоці вкласти пацієнта горизонтально, ввести в/м 1 мл 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду, в/в 10 мл 10% розчину хлориду кальцію або антигістамінні препарати (2 – 3 мл 1% розчину димедролу, або 1 – 2 мл 2% розчину супрастину, або 2,5% розчин піпольфена), підготувати 2,4% розчин еуфіліна, 40% розчин глюкози, 1% розчин мезатону, стероїдні гормони.

При зупинці дихання та серця проводять закритий масаж серця та ШВЛ до появи пульсу і дихання, підготувати 1% розчин мезатону і 5% розчин ефедрини гідрохлориду.

При інтоксикації ввести в/м 2 мл 50% розчину анальгіну, 1 мл 1% розчину димедролу, при судомному нападі – 2 мл 0,5% розчину седуксену.

#### **4.7. Особливості геронтологічних пацієнтів в хірургії**

У пацієнтів похилого і старечого віку часто спостерігають характерні вікові особливості протякання фізіологічних процесів та певні супутні захворювання. В них, як правило, знижені функціональні резерви всіх життєво важливих органів і систем, особливо серцево-судинної, дихальної та видільної, знижені компенсаторно-приспосувальні можливості організму. Зміни з боку серцево-судинної системи обумовлені в першу чергу атеросклерозом. Порушення гемодинаміки у хворих похилого та старечого віку поглиблюється операційною травмою і патологічним процесом. Часто у цих пацієнтів спостерігають захворювання дихальної системи. Також виявляють окостеніння реберних хрящів, реберно-хребцевих суглобів внаслідок чого підвищується ригідність грудної клітини. Часто відмічають деформуючий спондиліоз грудного відділу хребта, дистрофічні зміни дихальних м'язів. Внаслідок чого знижується дихальна екскурсія грудної клітини та життєва ємність легень. Дихальна функція майже завжди порушена із-за емфіземи легень, хронічного обструктивного бронхіту, кіфозу, обмеженої рухливості грудної клітини. Все це призводить до погіршення газообміну та гіпоксемії. Вказані порушення газообміну погіршують перебіг післяопераційного періоду.

У хворих похилого та старечого віку знижується кількість загальної води в організмі за рахунок зниження її вмісту в внутріклітинному просторі та жировій тканині. При цьому підвищується кількість еритроцитів внаслідок гемоконцентрації. Особливо погано дані пацієнти переносять дегідратацію, внаслідок більш вираженої дисфункції клітин.

У даного контингенту хворих більшу увагу слід надавати профілактиці післяопераційної гострої серцевої недостатності, особливо після перенесеного інфаркту міокарду. Планові операції у пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарду, дозволяють проводити не раніше ніж через 6 – 12 місяців, оскільки летальність при операціях проведених в перші 3 місяці після інфаркту міокарду складає  $\approx 40\%$ .

Серцево-судинна система даних пацієнтів не стійка до додаткового навантаження, тому їм слід дуже обережно призначати масивні інфузії, які

можуть призвести до набряку легень. В той же час реакція на крововтрату в них сповільнена, поступлення рідини з тканин в кровоносне русло утруднене, знижена еластичність судин, що утруднює пристосування судинного русла до змін об'єму циркулюючої крові (ОЦК). Тому відновлення крововтрати слід проводити повільно. Однак дані пацієнти погано переносять анемію.

Практично у всіх пацієнтів виявляють гіпоксемію. тому після операції їм слід призначати оксигенотерапію. Для профілактики легневих ускладнень призначають: дихальну гімнастику, вібраційний масаж грудної клітини, повторні роздування гумової камери, постійні інгаляції зволоженого кисню через носові ходи, ультразвукові і парові інгаляції, заходи по профілактиці ТЕЛА.

У зв'язку із зниженням концентраційної функції нирок у хворих похилого і старечого віку необхідно призначати сечогінні. Внаслідок наявності прихованої або клінічно вираженої наднирничкової недостатності доцільно, при відсутності виражених симптомів серцевої недостатності, призначати глюкокортикоїди. У зв'язку з гемоконцентрацією всім хворим після операції доцільно призначати антикоагулянти.

#### **4.8. Медсестринська турбота про рану**

Під час лікування (перев'язок) медсестра повинна ретельно дотримуватися асептики. Під час зміни пов'язок необхідно надягати стерильні рукавички та маску.

СВ, які запобігають інфікуванню ран:

- дотримання універсальних запобіжних заходів;
- виконання принципів ізоляції рани (запобігання взаємному інфікуванню серед хворих);
- повсякденний догляд рани;
- дотримання асептики під час перев'язок.

Першу перев'язку роблять в палаті в присутності лікаря на другий день після перації.

Рани можуть загоюватися одним з трьох способів:

- первинним натягом;
- вторинним натягом;
- під струпом.

Більшість ран заживають первинним натягом. Це чиста пряма лінія швів з добре зіставленими краями рани. така рана заживає швидко з ледь помітним рубцем. Умови для загоєння ран первинним натягом є:

- добре співставлення країв рани;
- повний гемостаз;
- відсутність інфікування;
- відсутність «мертвого простору» (простір усередині рани, який утворюється у разі часткової відсутності стискання сторін).

Рана, що заживає вторинним натягом, має вигляд виразки з погано співставленими краями. Загоєння відбувається за допомогою розростання грануляційної тканини. Ці рани майже завжди інфіковані або з нагноєнням.

Під струпом заживають садна, подряпини, поверхневі рани. Загоєння відбувається під струпом шляхом епітелізації рани.

Рани в дитячому віці заживають швидше, ніж у дорослих, унаслідок збільшеного метаболізму і доброго кровопостачання.

Рани в літніх людей часто гояться повільніше внаслідок зменшеної фібропластичної чинності й кровопостачання.

У людей, які страждають ожирінням, мають надмірну підшкірну клітковину, яка погано забезпечена кровоносними судинами, рани заживають повільніше.

Люди з захворюваннями периферичних судин мають ослаблений кровоплин у кінцівках, тому рани на них заживають повільніше.

**4.8.1. Дренування** – це спосіб виведення назовні виділень і продуктів розпаду з рани, міжтканинних просторів, порожнин тіла, а також спосіб введення лікарських засобів в рану або порожнину.

**Механізм дії дренажів наступний:**

1. відтік виділень з рани або порожнини по резиновому дренажу пасивно. Це можливе при суворому дотриманні положення пацієнта та дренажів;
2. відтік виділень по марлевим дренажам, які володіють всмоктувальними властивостями;
3. активне дренування, яке може поєднуватися з промиванням порожнини рани антисептичними розчинами.

Дренування забезпечують за допомогою дренажів. **Дренажі поділяють на:**

- **Марлеві дренажі** – це тампони і турунди, які виготовляють з гігроскопічної марлі. За допомогою них проводять тампонаду рани. Тампонада рани буває туга і пухка.

Туга тампонада застосовується при зупинці кровотечі з мілких судин сухими або змоченими в розчинах (3% перекису водню, 5% амінокапронової кислоти, тромбіну) марлевими турундами. Таку турунду залишають в рані від 5 хв до 2 годин. При недостатньому рості грануляційної тканини в рані проводять тугу тампонаду за Вишневським з мазевими основами. В цьому випадку турунду залишають в рані на 5 – 8 днів. Тугу тампонаду проводять пінцетами, тампонуючи рану пошарово і залишають на поверхні рани 1 см турунди.

Пухка тампонада застосовується для очищення забрудненої або гнійної рани з краями, що не спадаються. Марлеві дренажі вводять в рану пухко, щоб не перешкоджати відтіканню виділень. При цьому краще вводити тампони, змочені антисептичними розчинами. Марля зберігає дренажну функцію лише 6 – 8 годин, потім вона просочується виділеннями з рани і перешкоджає їх виведенню. Тому при пухкій тампонаді марлеві дренажі слід змінювати 1 – 2 рази на добу. Для лікування глибоких ран інколи використовують тампонаду за Мікулічем, коли в рану вводять

велику серветку, прошиту в центрі довгою ниткою, яку виводять з рани. Серветка просочена мазевими основами щільно прилягає до країв рани, а в середину серветки вводять тампони оброблені мазями. Тампони змінюють щодня, а серветку виділяють з рани на 5 – 8 добу. Це попереджує щоденну травматизацію рани та посилює заживлення рани. При тампонаді рани марлевими дренажами зовнішні кінці тампона або турунди повинні виступати з рани на 3 – 4 см.

- **Плоскі гумові дренажі** виготовляють різної довжини та ширини з рукавичок. Вони сприяють пасивному виділенню з неглибокої рани. Дренажі вводяться за допомогою пінцета і зонда, при цьому 1 см дренажа обов'язково повинен виходити на поверхню рани.

Для покращення виділень зверху дренажа накладають серветку змочену антисептиком. Зміну цих дренажів проводять щодня.

- **Трубчасті дренажі** готують з гумових, латексних та силіконових трубок діаметром від 0,5 – 2,0 см. Трубчастий дренаж по спіралі бокових поверхонь має отвори не більше діаметра самої трубки.

Розрізняють дренажі одинарні, подвійні, двопросвітні, багато просвітні. По них йде відтік вмісту з глибоких ран і порожнин тіла, а також проводять промивання ран або порожнин тіла антисептичними розчинами. Після промивання шкіру навколо дренажа обробляють антисептиками і накладають стерильну серветку навколо дренажа, закріплюючи її лейкопластирем.

Видаляють такі дренажі на 5 – 8 добу.

Трубчасті дренажі поділяють на закриті та відкриті.

**Закритий дренаж** – це трубчастий дренаж, вільний кінець якого перев'язаний шовковою ниткою або пережати затискачем. Його використовують для введення лікарських засобів або виведення вмісту рани і порожнини за допомогою шприца. До закритих дренажів відносять мікроіригатори, дренажі з плевральної порожнини.

**Відкритий дренаж** – це трубчастий дренаж, вільний кінець якого накривають марлевою серветкою або занурюють в стерильний посуд з антисептичним розчином.

- **Мікроіригатор** – це трубчастий дренаж, діаметр якого від 0,5 – 2 мм без додаткових отворів на боковій поверхні трубки. Його застосовують для введення лікарських засобів в порожнину тіла. Мікроіригатор є закритим дренажем, тому після введення лікарського засобу дренаж зав'язують шовковою ниткою або перекривають затискачем. Зверху дренажа накладають стерильну серветку.
- **Змішані дренажі** – це гумово-марлеві дренажі. Такі дренажі володіють відсмоктуючими властивостями за рахунок марлевої серветки і відтоком рідини по гумовому плоскому дренажу. Їх називають «сигарні дренажі» – відрізаний від гумової рукавички палець з декількома отворами і пухко введений в середину нього

плоскої марлі або шарами перекладені марлеві серветки і гумові плоскі дренажі. Змішані дренажі застосовують лише при неглибоких ранах.

#### **Види дренування:**

- **пасивне** – полягає у пасивному відтоці виділень з рани і порожнин. Це можуть бути плоскі гумові, «сигарні», трубчасті дренажі. Відтік проводиться в пов'язку або стерильний посуд.
- **активне** – полягає у виведенні вмісту рани і порожнини по трубчастому дренажі, вільний кінець якого приєднаного до електровідсмоктувача, водоструминного відсмоктувача, одноразової «гармошки», шприца.
- **проточно-аспіраційне** – проводять для промивання глибоких ран і порожнин тіла антисептичними розчинами. Застосовують подвійні, двопросвітні, багато просвітні трубчасті дренажі. По одному дренажу антисептичний розчин вводять в рану або порожнину, а по іншому виводиться активно або пасивно. Промивання проводять 1 – 2 рази на добу, витрачаючи по 1 – 2 літри антисептичного розчину, який вводять крапельно по 40 – 60 кр./хв. Необхідно ретельно слідкувати за співвідношенням кількості введеної та виведеної рідини. Після закінчення маніпуляції вільні кінці дренажних трубок опускають у стерильний посуд.

**Догляд за дренажами.** Всі дренажі повинні бути стерильні і використовуватися лише один раз. Їх зберігають на стерильному столику або у стерильному розчині антисептика. Перед використанням їх промивають стерильним 0,9% розчином натрію хлориду. Трубчасті дренажі вводять в рану або порожнину лікар.

Дренажі можна виводити через рану, але частіше їх виводять через окремі розрізи (контрапертури) поруч з операційною ранною і фіксуються до шкіри швами. Шкіру навколо дренажа щодня обробляють розчином йоду і проводять зміну серветок. Медична сестра спостерігає за характером і кількістю виділень по дренажу.

При наявності геморагічного вмісту медична сестра обов'язково повідомляє лікаря, вимірює АТ і підраховує пульс. Дренажну трубку від пацієнта можна подовжити за допомогою скляних і гумових трубок, посудина, в яку він опускається, повинна бути стерильною і наповненою на  $\frac{1}{2}$  розчином антисептика. Для профілактики попадання інфекції по дренажній трубці проводиться заміна посудини щодня. Пацієнта вкладають на функціональне ліжко так, щоб дренаж було видно і догляд за ним не був утруднений, надають положення тіла, що сприяє вільному відтоку виділень. При використанні активного дренування за допомогою електровідсмоктувача слід спостерігати за його роботою, підтримувати тиск у системі в межах 20 – 40 мм рт. ст., заповненням посудини. При сумнівах у прохідності дренажа терміново викликають лікаря. Промивання

рани або порожнини по дренажу проводять згідно призначень лікаря за допомогою шприца, який повинен герметично з'єднуватися з дренажною трубкою. При призначенні лікаря виділення з дренажів слід направляти в спеціальній пробірці в бактеріологічну лабораторію.

Видалення дренажних трубок проводить лікар. Якщо дренаж при маніпуляціях випадає з рани або порожнини, то медична сестра повинна терміново повідомити лікаря. Використаний дренаж в рану не вводять.

#### **4.9. Дренування порожнин тіла**

**4.9.1. Дренування плевральної порожнини** проводять при піопневмотораксі, гемотораксі, після торакотомії. При дренуванні використовують дренаж закритого типу, коли дренажну трубку опускають у герметично закритий апарат Боброва. При заміні наповненого посуду дренажну трубку, введenu в плевральну порожнину, перекривають затискачем, щоб при диханні повітря не потрапило в порожнину. Проводиться тільки відтік вмісту з плевральної порожнини. При цьому використовують лише одинарні трубчасті дренажі. Дренування може бути пасивним по Бюлау, коли дренаж від пацієнта з'єднують з довгою скляною трубкою апарату Боброва, на кінець якої надягають палець гумовою рукавички розсічений по середині. Апарат стоїть на підставці нижче рівня тіла пацієнта. Активне дренування проводять за допомогою електровідсмоктувача, гумової медичної груші через апарат Боброва, одноразової «гармошки», шприца. Пацієнту надають напівсидячи положення для покращення відтоку по дренажу.

**4.9.2. Дренування черевної порожнини** проводять при перитоніті, панкреатиті, після операцій на ОЧП. Використовують дренажі закритого (мікроіригатор) та відкритого типу.

Проводять відтік вмісту черевної порожнини, введення лікарських засобів по мікроіригатору і промивання порожнини протічно-аспіраційним методом. Застосовують одинарні, подвійні, багатопросвітні трубчасті дренажі. При пасивному ренуванні дренаж від пацієнта опускається у відкритий стерильний посуд з розчином антисептика, який розміщують на 60 см нижче рівня тіла пацієнта. При активному дренуванні дренаж від пацієнта приєднують до електровідсмоктувача або шприца. При дренуванні пацієнту надають напівсидяче положення. Для промивання черевної порожнини (перитонеальний діаліз) використовують проточно-аспіраційне дренування з введенням 4 – 6 дренажів в пазухи і канали черевної порожнини.

**4.9.3. Дренування сечового міхура** проводять після цистостомії при гострій затримці сечовиділення, коли катетеризація і пункція не дають ефекту. Застосовують дренажі відкритого типу. Проводять відтік сечі з сечового міхура, промивання його за допомогою шприца або проточно-аспіраційним методом. Використовують різноманітні трубчасті дренажі або катетер Пеццера. Пасивне дренування приводять у відкриту посудину, активне дренування – за допомогою шприца. Положення пацієнта в ліжку звичайне. Посудину фіксують до

функціонального ліжка або на поясі пацієнта. Щоденно через дренаж проводять промивання сечового міхура розчином фурациліну 1:5000 в кількості 200 – 300 мл.

**4.9.4. Дренування трубчастих кісток і суглобів** проводять при остеомієліті, артриті. Застосовують дренажі відкритого типу. Проводять відтік рідини, введення лікарських засобів і промивання порожнини протічно-аспіраційним методом. Застосовують різноманітні трубчасті дренажі. При пасивному дренуванні відтік по дренажу відбувається у стерильну пов'язку, яку змінюють декілька разів на добу. Кінцівка при дренуванні знаходить в гіпсовій лонгеті.

#### **4.10. Медсестринське піклування в амбулаторному періоді** **Критерії переведення хворого на домашній стаціонар:**

- зняття швів з рани;
- відновлення фізіологічних функцій організму;
- відсутність серйозних післяопераційних ускладнень;
- гарантія, що пацієнт та його родина адекватно зрозуміють план проведення післяопераційних заходів.

В амбулаторну фазу післяопераційного періоду за хворим наглядає і допомагає йому в реабілітації сімейна медична сестра, вона зобов'язана:

1. проводити диспансерне спостереження за пацієнтом до відновлення стану організму;
2. періодично оцінювати стан хворого (на другий день після виписування, потім – 1 раз на тиждень до видужання або переведення на інвалідність);
3. допомогти пацієнтові адаптуватися до нових умов існування. Це стосується пацієнтів, у яких під час операції було видалено внутрішній орган або кінцівку;
4. проводити реабілітацію пацієнта в домашніх умовах.

#### **4.11. Роль сім'ї у реабілітації післяопераційного хворого.**

Про закінчення операції і безпечне прибуття хворого в післяопераційну палату, про післяопераційний стан хворого необхідно сповістити родичів. Ця інформація допомагає зменшити їх хвилювання. Особливо це стосується батьків, дитина яких була оперована. Схвилюваність може бути зменшена завдяки дозволу перебувати з пацієнтом у ранній післяопераційний період. Членам родини надають інформацію про те, на що вони мають очікувати після повернення пацієнта в домашні умови. Більшість хірургів обговорює результати операції з сім'єю пацієнта відразу ж після операції і також відвідує пацієнта, стисло овідомляючи як проходила і чим закінчилася операція, про подальшу тактику лікування. Члени родини можуть значно зменшити хвилювання пацієнта.

Однак потрібно пам'ятати, що іноді члени родини дуже занепокоєні станом пацієнта і не можуть зрозуміти всього, що повідомив їм хірург. Тому ця інформація може бути повторена у разі потреби через деякий час.

### Питання для самоконтролю:

1. Визначення поняття післяопераційного періоду, мета та фази післяопераційного періоду.
2. Стадії (фази) клінічного перебігу післяопераційного періоду.
3. Порушення біологічної рівноваги в післяопераційному періоді.
4. Порушення білкового обміну
5. Порушення жирового обміну
6. Порушення вуглеводного обміну
7. Порушення водно-електролітного обміну
8. Форми порушення водного обміну:
9. Визначення необхідної кількості води при зневодненні організму за допомогою формули Rednall.
10. Ступені дегідратації.
11. Зміни складу крові в післяопераційному періоді.
12. Догляд за прооперованими пацієнтами.
13. Поділ пацієнтів на групи залежно від стану функції життєво важливих органів.
14. Профілактика та догляд за пролежнями.
15. Профілактика ускладнень з боку дихальної системи.
16. Профілактика післяопераційної тромбоемболії.
17. Профілактика ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту.
18. Дії медичної сестри при порушенні мозкового кровообігу.
19. Догляд за норицями.
20. Спостереження за пацієнтом після загального наркозу.
21. Прискорення виведення лікарського засобу з організму пацієнта.
22. Оцінка неврологічного стану пацієнта в післяопераційному періоді.
23. Знеболення в післяопераційному періоді.
24. Догляд за шкірою та слизовими оболонками.
25. Оцінка терморегуляції пацієнта в післяопераційному періоді.
26. Оцінка функції зовнішнього дихання в післяопераційному періоді.
27. Оцінка функції кровообігу в післяопераційному періоді.
28. Оцінка стану травного каналу.
29. Оцінка стану водно-електролітного балансу.
30. Оцінка стану сечовидільної системи.
31. Очікувані результати сестринських втручань в післяопераційному періоді.
32. Встановлення сестринського діагнозу в післяопераційному періоді.
33. Алгоритм сестринського догляду в першу післяопераційну добу:
34. Критичні показники стану хворого:
35. Ранні та пізні ускладнення в післяопераційному періоді.
36. Ускладнення з боку нервової системи пов'язані з загальною анестезією.
37. Ускладнення з боку нервової системи пов'язані з регіональною анестезією.



38. Ускладнення з боку нервової системи не пов'язані з анестезією.
39. Ускладнення з боку психічного стану.
40. Ускладнення з боку дихальної системи (утруднене дихання, застійні пневмонії, бронхіти, плеврити, ателектази, гостра дихальна недостатність).
41. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (гіпотензія, кардіальні аритмії, гострі поверхневі тромбофлебіти, глибокі флеботромбози).
42. Фактори ризику післяопераційних венозних тромбозів.
43. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (тромбоемболія).
44. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (непритомність).
45. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (колапс).
46. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (шок).
47. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (гостра серцево-судинна недостатність).
48. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (набряк легень).
49. Ускладнення з боку серцево-судинної системи (клінічна смерть).
50. Ускладнення з боку терморегуляції (злаякісна гіпертермія, гіпотермія, післяанестезійне тремтіння).
51. Ускладнення з боку сечовидільної системи (ішурія, неспроможність до самостійного сечовипускання, оліго- та анурія).
52. Ускладнення з боку травного тракту (нудота, блювання, гикавка, метеоризм, пронос, шлунково-кишкова кровотеча).
53. Ускладнення з боку водно-електролітного балансу (водне сп'яніння, набряк легень, гіпонатріємія та гіпокаліємія).
54. Ускладнення з боку шкіри та рани (інфікування та нагноєння рани, кровотеча з рани, евентрація).
55. Ускладнення місцевої анестезії.
56. Особливості геронтологічних пацієнтів в хірургії.
57. Медсестринська турбота про рану.
58. Дренування післяопераційних ран та механізм дії дренажів.
59. Способи загоєння післяопераційних ран.
60. Медсестринські втручання, які запобігають інфікуванню ран.
61. Умови для загоєння ран первинним натягом.
62. Марлеві дренажі.
63. Плоскі гумові дренажі.
64. Трубчасті закриті та відкриті дренажі.
65. Види дренування (пасивне, активне та проточно-аспіраційне).
66. Догляд за дренажами.
67. Дренування порожнин тіла (дренування плевральної порожнини).
68. Дренування порожнин тіла (дренування черевної порожнини).
69. Дренування сечового міхура.
70. Дренування трубчастих кісток і суглобів.
71. Медсестринське піклування в амбулаторному періоді. Критерії переведення хворого на домашній стаціонар.
72. Роль сім'ї у реабілітації післяопераційного хворого.

## Лекція № 5

### Основи парентерального харчування хірургічних хворих

#### 5.1. Особливості пластичних та енергетичних процесів у організмі

Сталість внутрішнього середовища (гомеостаз) забезпечує нормальний перебіг обмінних процесів в клітинах і незалежне існування організму людини в умовах зовнішнього середовища.

При порушенні збалансованого поступлення речовин у організмі розвиваються чисельні регуляторні реакції, спрямовані на більш тривале підтримання життєво важливих функцій в умовах стресових ситуацій. Підтримання динамічної рівноваги обмінних процесів забезпечується за рахунок зміни швидкості хімічних реакцій, які контролюються нервово-гуморальними шляхами. Велике значення має функціональна діяльність органів, зокрема печінки та нирок.

Порушення гомеостазу, які розвиваються при різноманітних захворюваннях є переважно вторинні. При цілому ряді захворювань можливість нормальних фізіологічних реакцій виснажується. Наростаючі порушення гомеостазу в цих випадках можуть стати причиною смерті.

Більшість хірургічних захворювань супроводжується погіршенням харчування. Стан білкової рівноваги перед операцією залежить від характеру і фази основного патологічного процесу (пухлина, запалення) і особливостей харчування.

При гострих хірургічних захворюваннях, зокрема при кишковій непрохідності, хворий за декілька годин, а інколи і хвилин, може втратити велику кількість білків, солей та води. У випадках гострих травм особливо небезпечними є втрата великої кількості рідини. При хронічних захворюваннях на перше місце виступає втрата білка.

В організмі здорової людини вміст амінокислот у крові знаходиться в динамічній рівновазі з білками клітин. Вміст у плазмі крові білків і амінокислот відображає ступінь насичення всього організму білками. Низька концентрація їх в крові розцінюється як достовірний показник виснаження білкових резервів печінки та інших тканин.

#### 5.1.1. Голодування. В процесі голодування у людини розрізняють 3 періоди:

1. *період збільшення основного обміну* і тимчасового підвищення енергетичних витрат з найбільшими добовими втратами маси тіла;
2. *період* неухильного поступового *зниження основного обміну* і зменшення добових енергетичних витрат організму, коли відбувається мобілізація жиру з жирових депо і транспортування його в печінку, де він окислюється;
3. *період наростаючого розпаду резервного білка*, коли виникає не економна витрата пластичного білка, в тому числі білків життєво важливих органів.

Постачання енергії при цьому страждає найменше, так як у жирових депо організму зберігаються значні кількості додаткової енергії, які при голодуванні мобілізуються внаслідок посиленого ліполізу.

Запас вуглеводів, в основному у вигляді 300 – 400 г глікогену, досить обмежений і не достатній для задоволення добового основного обміну. Оскільки жири не можуть використовуватися для утворення глікогену, він синтезується з протеїнів, які можуть повністю забезпечити щоденну потребу головного мозку в 100 – 140 г глюкози. Для цього потрібно приблизно 250 г білка на добу.

В організмі немає достатніх запасів білків. В рідинах організму міститься приблизно 400 г білка. З них у крові – близько 250 г (70 – 90 г/л). В міжклітинній рідині міститься близько 150 г білка. Статевих відмінностей у вмісті білка немає, хоча деякі автори вказують, що у жінок білків крові дещо більше, ніж у чоловіків.

Склад плазми крові в значній мірі залежить від функціонального стану клітин печінки. Гепатоцити синтезують практично весь альбумін плазми і близько 80% глобулінів (в основному  $\alpha$ - та  $\beta$ -фракцій глобулінів).  $\gamma$ -глобуліни в основному синтезуються у клітинах ретикулоендотеліальної системи.

**5.1.2. Диспротеїнемії** – зустрічаються при порушенні обміну білків, виділяють *три варіанти диспротеїнемій*:

1. **гіпопротеїнемія** – зменшення вмісту білка в крові нижче 70 г/л. При концентрації білка нижче 60 г/л спостерігають помірно виражені, а нижче 50 г/л – гемодинамічні порушення, які часто є незворотні.
2. **гіперпротеїнемія** – зустрічається набагато рідше. Її виявляють при пухлинах (при більшості злоякісних пухлин кількість білка знижена), захворюваннях печінки, хворобах крові. Концентрація білка вище 90 г/л вказує на патологію.
3. **диспротеїнемії зі зміною в динаміці вмісту білка** – збільшення його концентрації змінюється зменшенням, порушується співвідношення між різними білками.

У загальному вмісті білків плазми низькомолекулярні альбуміни складають 45 – 65 г/л. Ці білки швидко включаються в обмін речовин. Серед сироваткових білків альбуміни мають найменшу молекулярну масу, яка дорівнює в середньому 65000. При хірургічній патології швидко розвивається **гіпоальбумінемія**. Це відбувається по наступним причинам:

1. при екстремальних впливах, дії наркозу, інтоксикації, порушенні водно-електролітного обміну і надходженні недостатньої кількості поживних речовин знижується синтез альбумінів в печінці.
2. при порушенні судинної проникності, що виникає практично у всіх хірургічних хворих, разом з рідиною з судинного русла виходять альбуміни, що підвищують онкотичний тиск у тканинах. При цьому онкотичний тиск у судинній системі знижується.

3. альбуміни також втрачаються організмом проникаючи через мембрану ниркових клубочків.

У хірургічній практиці досить часто зустрічаються **порушення всмоктування білків**. Перетравлення білків починається в шлунку під дією пепсину, який виділяється головними клітинами епітелію шлунку у вигляді неактивного проферменту – пепсиногену. Під впливом соляної кислоти шлункового соку пепсиноген перетворюється в пепсин. Подальше розщеплення пептидів та білків проходить у тонкому кишечнику під впливом ферментів – трипсину та хімотрипсину, які виробляються клітинами підшлункової залози. Обидва ферменти виділяються у вигляді неактивних проферментів – трипсиногену та хімотрипсиногену. Перетворення трипсиногену в трипсин проходить під впливом ентеропептидази – ферменту кишкового соку, що відщеплює від трипсиногену інгібітор-гексапептид. Активний трипсин здатний каталізувати утворення нових порцій трипсину з трипсиногену. Таким чином, в подальшому реакція носить аутокаталітичний характер. Під впливом трипсину хімотрипсиноген переходить в активний фермент – хімотрипсин. Дія трипсину та хімотрипсину приводять переважно до утворення поліпептидів, частково більш низькомолекулярних пептидів і окремих амінокислот. Подальший розпад поліпептидів у кишечнику відбувається під дією пептидгідролаз, які відомі під назвою пептидаз. Послідовна дія всіх протеолітичних ферментів призводить до гідролізу білків з утворенням амінокислот, які всмоктуються в кров у травному тракті. Відщеплення окремих амінокислот у травному тракті відбувається нерівномірно. Спочатку відщеплюються ароматичні амінокислоти (тирозин, пролін, фенілаланін, гістидин) і триптофан. Відповідно, в нормі є певний розрив між часом відщеплення амінокислот і їх всмоктуванням у кишечнику. Цей розрив при фізіологічних умовах не перевищує 2 години, що не відображається на амінокислотному складі тканинних білків, так як у крові створюється депо амінокислот, які необхідні для синтезу білка.

При патологічних процесах нерідко проходить **розрив у часі між всмоктуванням незамінних амінокислот**, що досягає 5 – 6 годин. Амінокислоти, що всмоктуються першими, вже виходять із кровоносного русла, в той час як ті, що всмокталися останніми, тільки поступають у кров. Повний набір амінокислот, що необхідний для синтезу білка, не створюється. У хворих із повною або частковою резекцією шлунку, наприклад, після прийому м'ясної їжі, спостерігають підвищення кількості амінокислот у кишковому соці, ніж у здорових, при одночасній різкій зміні співвідношення між окремими амінокислотами. При цьому помітно порушується використання амінокислот в синтезі білка. Сповільнення процесу перетравлення білка і всмоктування амінокислот може відбуватися не лише внаслідок первинних захворювань шлунково-кишкового тракту, але і у зв'язку з порушеннями його функцій.

Протеїни, що легко мобілізуються, з коротким часом напіврозпаду представляють собою структурні протеїни, що відіграють важливу роль у обміні речовин. Так званий нестійкий фонд протеїнів складається з найбільш важливих ензимних протеїнів, в першу чергу печінки, підшлункової залози і слизової оболонки кишечника. Вже коротка перерва у поступленні протеїнів

призводить до різкої зміни ферментного спектру і до різкого падіння рибонуклеїнової кислоти в печінці, що означає пошкодження каталітичного апарату. При цьому перш за все різко знижується активність ферментних систем, відбувається дезамінування, переамінування і синтез амінокислот в печінці і інших органах, в першу чергу амінокислотної оксидази.

Порушення білоксинтезуючих ферментних систем при білковій недостатності супроводжується значними змінами амінокислотного стану сироватки крові, печінки і інших органів.

Дефіцит амінокислот при білковій недостатності поглиблює розлади біосинтезу білка. При білковій недостатності виникає також диспропорція протеолітичних і помітне зниження активності окислювальних ферментних систем.

Концепцію про катаболічну природу білкової недостатності розробив *Cuthbertson (1930)*, який виявив значне підвищення вмісту азоту в сечі у хворих з важкими травмами. Гіперпродукція гормонів кори наднирників різко посилює розпад білка до амінокислот, а зменшення утилізації вуглеводів внаслідок розвитку «малого хірургічного діабету» підвищує споживання амінокислот як енергетичного матеріалу.

Добове виділення азоту в організмі здорової людини при безбілковому харчуванні в середньому складає 54 мг/кг маси тіла для чоловіків та 49 мг/кг маси тіла у жінок. У хірургічних хворих виділення азоту різко зростає. В перші 3 – 5 годин шокового стану пацієнт може втратити до 100 г тканинного білка.

Розпаду піддаються не лише білки крові, але й білки деяких тканин (скелетні м'язи), в той час як вміст білків у життєво важливих органах майже не змінюється. В меншій мірі знижуються запаси клітинного білка в печінці та нирках. Через 3 – 5 діб голодування у м'язах починають частково окислюватися кетоніві тіла, що сприяє збереженню специфічних білків. Рівень катаболізму при голодуванні, не зважаючи на суттєве гальмування всіх обмінних реакцій, залишається достатньо високим і не може забезпечуватися енергією, що утворюється при розпаді білків скелетних м'язів. Ці процеси розглядають як адаптація до голодування, але виснаження адаптаційних та компенсаторних процесі настає достатньо швидко.

Гіпопротеїнемія та гіпоальбумінемія вказують на декомпенсовану білкову недостатність, так як загальна концентрація білків плазми, перш за все альбумінів, може тривало втримуватися в межах норми за рахунок мобілізації тканинних запасів лабільних білків, вміст яких переважає кількість альбумінів плазми. Тобто білкова недостатність – це посилений катаболізм та значно ослаблений синтез білка. При аліментарній недостатності основним механізмом порушення білкового складу плазми крові є вибіркоче ослаблення синтезу альбуміну в паренхімі печінки, що виникає не лише у зв'язку з дефіцитом пластичного матеріалу, але і внаслідок розладів альбуміногенної функції печінкових клітин.

Для оцінки ступеня білкової недостатності використовують показники азота сечовини і азоту амінокислот сечі.

Клініко-біохімічну характеристику білкової недостатності звичайно проводять до операції, в перші дні після операції, на 4 – 5 добу після операції. Запропоновано виділяти **три ступені білкової недостатності** (табл. 2).

Білкову недостатність спостерігають у хворих з виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки, раком шлунку, холецистопанкреатитами, перитонітами і іншими захворюваннями в стадії, що потребує операційного лікування. В передопераційному періоді у таких хворих відмічають виражені метаболічні розлади.

Для післяопераційного періоду характерним є гіпо- та диспротеїнемія, негативний азотний баланс, зниження концентрації і порушення оптимальних співвідношень між вільними амінокислотами плазми крові. На наступний день після операції спостерігають зниження рівня загального білка та альбумінів плазми крові. Глобулінова фракція крові підвищується, відповідно зменшується альбуміно-глобуліновий коефіцієнт.

**Таблиця 2**

**Клініко-лабораторна характеристика білкової недостатності**

| Показники білкового обміну                    | Ступінь білкової недостатності |           |      |
|---|--------------------------------|-----------|------|
|   | I                              | II        | III  |
| Дефіцит маси тіла (%)                         | <5                             | 5 – 15    | >15  |
| Альбумін крові (г/л)                          | >45                            | 45 – 35   | <35  |
| Альбуміно-глобуліновий коефіцієнт             | >1,5                           | 1,0 – 1,5 | <1,0 |
| Добове виділення загального азоту з сечею (г) | >13                            | 10 – 13   | <10  |
| Аміно-сечовинний коефіцієнт                   | 1,8 – 2,1                      | 2,1 – 2,5 | >2,5 |

**5.1.3. Порушення водно-електролітної рівноваги.** Процеси водно-електролітного обміну пов'язані з поняттям про «простори» між якими проходить постійний обмін. До позаклітинного простору відносять міжклітинну (інтерстиціальну) і внутрішньосудинну рідини. Міжклітинна рідина займає простір між капілярною та клітинною мембранами. До неї відносять: лімфу, рідину, яка виділяється серозними оболонками, плеврою, перикардом, очеревиною, синовіальну та спинномозкову рідину. Міжклітинна рідина має постійний склад електролітів, і є посередником між тканинами і судинами, відіграє роль основного осморегулятора і амортизатора гідроосмотичних внутрішньо- і позаклітинних розладів. Кількість внутрішньосудинної рідини практично співпадає з об'ємом плазми.

**5.1.3.1. Обмін води.** Загальна кількість рідини в організмі складає в середньому 60% маси тіла. Цей відсоток залежить від ступені вгодованості та маси тіла людини. Внутрішньоклітинна рідина складає 45 – 50% маси тіла (маса тіла поділена на 2), міжклітинна – 15% (маса тіла поділена на 6 – 7) і внутрішньосудинна – 5% (маса тіла поділена на 20). У людини з масою тіла 80 кг внутрішньоклітинна рідина складає 40 л, міжклітинна – 11,9 л, внутрішньосудинна – 4 л.

Добове споживання води складає 2,5 л. У вигляді пиття в організм вводиться 1 – 1,2 л; близько 1 л – з харчовими продуктами; близько 0,3 л утворюється в клітинах організму при окисненні харчових речовин (ендогенна вода). Вода, що поступила в організм, попадає в кров, проникає в міжклітинний простір і потім у клітини, звідки повертається в кров і виділяється через легені та шкіру (1000 мл), з сечею (1400 мл, з яких 500 мл є облігатними, а 300 мл факультативними) і калом (100 – 200 мл). У фізіологічних умовах зберігається постійний баланс води. Кількість спожитої та виділеної води коливається в однакових межах. Якщо кількість спожитої води перевищує кількість виділеної, то водний баланс позитивний. При великих втратах рідини (блювання, пронос, витікання жовчі, кишкового вмісту через норицю, проливний піт та ін.), які не компенсують адекватним введенням, водний баланс – негативний. При цьому виявляють клінічні ознаки дегідратації. У хворих у важкому стані може виникати гіповолемічний шок.

Циркуляція води складна. Вода, що всмоктується в травному каналі, виводиться з організму через 9 – 10 діб у зв'язку з складними фізичними та хімічними процесами водного обміну.

Швидко циркулюють 3 – 4 л внутрішньосудинної рідини. Через серце проходить близько 7 тис. л за добу, з яких 4 – 5 тис. л виходять з капілярів в міжклітинний простір і повертаються знову в кровоплин. Така ж кількість рідини переходить з міжклітинного простору в клітини і повертається назад. Окрім цього вода з травного каналу поступає в кров і знову попадає в травний канал у вигляді слини (1500 мл), шлункового соку (2200 мл), секрету тонкого кишечника (3000 мл), секрету товстої кишки (3000 мл), жовчі (700 мл) і панкреатичного соку (700 мл). За 24 години через кишечну стінку знову адсорбується до 10 л води, а залишкові 100 мл виділяються з калом.

Через ниркові клубочки за добу проходить до 900 л внутрішньоклітинної рідини. З неї утворюється 180 л первинної сечі (клубочкового ультрафільтрату); 178 л знову повертаються у кровоплин за рахунок реабсорбції в каналцях нефронів і лише 1% води, що проходить через нирки, тобто 1,5 – 2 л, виділяється з сечею.

Всі речовини в організмі переносяться у розчиненому вигляді, а вода іонами натрію (140 ммоль натрію можуть зв'язувати до 1000 мл води). Об'єм води у капілярах складає в середньому 250 мл, з яких 187,5 мл (75%) приходить на плазму. Швидкість циркуляції води у всьому організмі досить висока. Щохвилини 70% води плазми, що міститься в капілярах (130 мл), обмінюється з клітинною рідиною, підтримуючи динамічну рівновагу об'єму. Одночасно з водою з клітин в плазму капілярів переміщується однакова кількість натрію (за 1 хв 18,2 ммоль). Відповідно, щохвилини 18,2 ммоль натрію переносять у клітини 130 мл води, в якій розчинено близько 300 мл кисню у вигляді вільних радикалів, а також певна кількість калієвих солей, глюкози, амінокислот і жирних кислот. З клітин за цей же час, з тією ж кількістю води виводиться 22,4 ммоль/л/хв кислих продуктів обміну, з яких 21,6 ммоль/л/хв представлені вуглекислою.

Основними факторами, що обумовлюють гідродинаміку на цьому рівні, є гідростатичний капілярний тиск (особливо градієнт між тиском на рівні артеріального і венозного кінця капіляру) і осмотичний (онкотичний) тиск. Тому нормалізація гідродинаміки можлива лише при відновленні кровообігу і онкотичного тиску. На проникність клітинної мембрани впливають і клінічні процеси, пов'язані з клітинним метаболізмом. Ендогенна вода (0,3 л) продукується навіть при голодуванні за рахунок окислення власних тканин організму. При розщепленні жирних депо виділяється значна кількість ендогенної води, вільної від електролітів. В період анурії у хворих з гострою нирковою недостатністю утворюється 8,5 л ендогенної води в результаті розпаду власних білків та жирів організму. Великі кількості ендогенної рідини утворюються при розпаді введеної з лікувальною властивістю глюкози (0,5 мл води на 1 г глюкози). Підвищення та зниження кількості води здатне призвести до важких розладів або навіть смерті хворого.

**5.1.3.2. Обмін електролітів.** Порушення метаболізму води тісно пов'язане зі зміною електролітного балансу. Розподіл води між просторами залежить від кількості різних речовин, в першу чергу електролітів та білків. Розчинені в рідині організму електроліти знаходяться в стані дисоціації. З ростом концентрації електролітів осмотичний тиск зростає. Вільні молекули сечовини та глюкози також впливають на осмотичний тиск, але внаслідок однакового розподілу цих двох речовин вони не призводять до виникнення градієнту осмотичного тиску між просторами. Осмотичний тиск – не причина, а наслідок руху води.

В плазмі та міжклітинній рідині з катіонів переважає натрій, у клітинах – калій; з аніонів у плазмі та міжклітинній рідині – хлор, а в клітинах – фосфат.

Нирки відіграють велику роль у забезпеченні нормального вмісту електролітів, концентрація основних електролітів плазми значно змінюється залежно від діурезу та ступені гідратації організму. Нирки регулюють об'єм і концентрацію виділеної рідини. Вони затримують води лише при вираженому її дефіциті (ексикоз, різко знижений прийом рідини), при цьому токсичні речовини виводяться у малій кількості. Найвища концентрація, яку можуть створити нирки людини, – 1400 мл/л сечі. Цій концентрації відповідає відносна щільність від 1,032 до 1,035. Для виведення такої кількості метаболітів необхідно як мінімум 500 мл води. Зниження добового діурезу нижче 500 мл при максимальній концентрації сечі свідчить про те, що частина метаболітів акумулюється в крові. Якщо порушується концентраційна здатність нирок, для виведення з сечею мінімуму речовин необхідна більша кількість води. При змішаному харчуванні за 24 годин нирки виділяють близько 1200 ммоль різноманітних речовин, для чого при нормальній концентрації (відносна щільність 1017 – 1022) необхідно близько 1500 мл сечі.

При нормальному харчуванні з сечею виділяється 120 ммоль/л натрію, 50 ммоль/л калію, 110 ммоль/л хлору. Таким чином, вміст електролітів у здорової людини переважно залежить від характеру спожитої їжі. Якщо електролітний баланс порушується першочергово, то з сечею виділяється мала кількість



електролітів. При точному балансі спостерігають пропорціональну екскрецію кожного окремого іону. Виведенню 70 – 90 ммоль натрію повинно відповідати 75 – 100 ммоль калію та хлору. Ці величини не є абсолютними, але пропорція зберігається у кожному окремому випадку з невеликими коливаннями. Велика кількість секретів, що містять різні кількості натрію, продукується в травному каналі. Загальна добова кількість натрію, що виділяється травним каналом, складає 1000 – 1200 ммоль. Цей натрій повністю реабсорбується. Всмоктування його в кишечнику протікає по типу активного транспорту, так як натрій повертається в клітину проти осмотичного градієнту. В шлунку натрій майже не всмоктується.

Порушення реабсорбції кишкових секретів викликають грубий зсув балансу рідини та електролітів. Так як загальний об'єм всіх соків травного тракту у два рази перевищує об'єм плазми, то блювання, пронос, недостатнє поступлення в організм електролітів, води швидко призводять до дегідратації та гіпонатріємії. Втрати води та натрію плазми поповнюються з інтерстиціального простору. Якщо дефіцит наростає, то поповнення позаклітинної рідини відбувається вже за рахунок внутрішньоклітинної рідини. Якщо дефіцит її у позаклітинному просторі (у внутрішньосудинному просторі) не поповнюється за рахунок інших резервів, то виникає недостатність кровообігу.

Найбільш виражені порушення водно-електролітної рівноваги спостерігають у першій фазі післяопераційного періоду – катаболічній, яка характеризується посиленням функціональної активності симпатичної нервової системи та мозкового шару наднирників. У хворих відмічають знижений апетит, слабу перистальтику кишечника, підвищення температури та частоти пульсу, олігурію. Ускладнення післяопераційного періоду (перитоніт, панкреатит та ін.) супроводжуються помітним зменшенням сечовиділення.

Стрессова ситуація, що виникає під дією операційної травми, має суттєвий вплив на електролітну рівновагу. Після операційних втручань виникає гіпонатріємія. Зменшення концентрації натрію особливо виражене в перші дні після операції і залежить від ступені травматичності операції. Найбільш виражена гіпонатріємія виявлена після черевно-промежинної резекції прямої кишки. Різко виражена гіпонатріємію спостерігають у перші дні після операції у хворих яким часто промивали шлунок, у яких було блювання, пов'язане з набряком анастомозів. Виділення натрію з сечею в перші дні після операції різко зменшене, що пов'язано з затримкою його в організмі під впливом операційної травми і зниження діурезу в ці терміни. Виникнення післяопераційної гіпонатріємії пов'язане з розведенням, утворенням міжклітинного набряку і переходом натрію в клітини. При цьому відбувається обмін внутрішньоклітинного калію на позаклітинний натрій. Останнє пояснюється тим, що переміщенням натрію та калію через клітинну мембрану завжди протилежні. В післяопераційному періоді втрати калію можуть перевищувати його поступлення в організм. Гіперкаліємія, що виникає при цьому, обумовлена в основному катаболізмом поперечносмугастих м'язів і тканин як у зоні операції, так і в інших частинах тіла і супроводжується

гіперкаліурією. Надлишок калію в позаклітинному та судинному просторах починає негайно виводитися нирками.

**5.1.4. Обмін ліпідів.** В перші дні після операції в сироватці крові знижується рівень фосфоліпідів,  $\beta$ -ліпопротеїдів, загальних ліпідів, загального холестерину, що пов'язано з порушенням їх синтезу в печінці внаслідок операційної травми.

Введення жирових емульсій в комплекс парентерального харчування прискорює засвоєння введеного азоту і покращує ліпогенез.

## **5.2. Покази та протипокази до парентерального харчування хірургічних хворих**

Якщо ентеральне харчування не дозволяє забезпечити організм пацієнта необхідною кількістю і набором поживних речовин, то використовують ПХ. ПХ призначають при виражених білкового обміну, обумовлених недостатнім пероральним харчуванням і підвищеним білковим катаболізмом. Порушення білкового обміну є одним із найбільш яскравих проявів метаболічної реакції на травму, крововтрату, операцію, гостре захворювання та ін.. Слід також враховувати, що посилений розпад і втрата білка, як правило, проходять на фоні одночасного різкого зниження поступлення харчових речовин пероральним шляхом.

**Парентеральне харчування – внутрішньовенне введення лікарських речовин з метою координації енергетичних ресурсів організму.**

Дефіцит білка в раціоні особливо небезпечний для хворих, так як при наявності в організмі певного запасу жирів та вуглеводів депо білка практично відсутнє. Крім того, джерелом білкового синтезу можуть слугувати лише продукти перетворення самого білка – амінокислоти екзогенного або ендогенного походження. Для забезпечення різко зростаючих пластичних та енергетичних потреб у цих умовах розпочинає свою дію важливий пристосувальний механізм – мобілізація запасів вуглеводів, жирів і інтенсивне розщеплення білка до амінокислот з наступним перетворенням їх у вуглеводи (глюконеогенез). Такий метаболічний розлад негативно впливає на заживлення післяопераційної рани. Тому вигідніше забезпечити потребу організму в білках за рахунок екзогенного поступлення харчових речовин, а не розпаду власних тканин.

ПХ може бути повним або частковим, а також змішаним, коли недостатнє ентеральне харчування доповнюють парентеральним (наприклад у опікових хворих).

ПХ, як правило, призначають у передопераційний період пацієнтам, яким має бути виконана велика операція на черевній порожнині. Після операції пацієнти також потребують ПХ.

Крім того, ПХ широко застосовують при лікуванні пацієнтів з сепсисом, великими опіками, тяжкою крововтратою, явищами непрохідності кишечника, після операцій на стравоході, шлунку, кишечнику, виснаженим та ослабленим пацієнтам при підготовці їх до операції та в інших випадках.

У випадку виражених порушень процесів травлення й всмоктування в травному тракті (при холері, важкому перерізі дизентерії тощо), повної відсутності апетиту (анорексії), при невпинному блюванні, відмові від прийому їжі також застосовують ПХ.

Не рекомендують призначати ПХ всього на 1 – 2 дні, якщо у хворого відсутні ознаки виснаження.

### **5.2.1. Покази для проведення ПХ:**

1. при захворюваннях ШКТ, коли хворий не може приймати їжу оральним шляхом або коли необхідно спокій для ШКТ: хронічні гастрити, ентероколіти, виразкові коліти, агастральна астения, панкреатити, спазми стравоходу, невгамовне блювання, проноси, порушення шлунково-кишкової секреції і всмоктування;
2. при важких травмах з пошкодженням кістково-суглобового апарату, внутрішніх органів, при опіках;
3. при хірургічних втручаннях на органах ШКТ, коли хворий не може приймати їжу ентеральним шляхом (пухлини, опіки, структури шлунку та стравоходу, непрохідність кишечника, проникаючі поранення черевної порожнини з пошкодження травного тракту та ін.), а також при післяопераційних ускладненнях (перитоніти, абсцеси за очеревинного простору і черевної порожнини), шлункових і кишкових норіцях та інших хірургічних захворюваннях;
4. в реаніматологічній практиці;
5. при операціях на ОГК;
6. в нейрохірургічній практиці (менінгіти, енцефаліти, крововиливи у мозок, що супроводжуються втратою свідомості);
7. в педіатрії – при абдомінальній хірургії (атрезія стравоходу у новонароджених, інвагінації кишечника, післяопераційна спайкова непрохідність та ін.), токсичних диспепсіях, інфекційних захворюваннях;
8. при інфекційних захворюваннях: дизентерія, паратиф, черевний тиф, бруцельоз, правець, туберкульоз;
9. у щелепно-лицевій хірургії і при операційних втручаннях на верхніх дихальних шляхах;
10. при захворюваннях, що супроводжуються підвищеним розпадом білка (гнійно-септичні процеси у легенях, плевральній порожнині, лихоманкових станах, ревматизмі, неспецифічному хронічному поліартриті, гіпертиреозі);
11. при захворюваннях з порушенням процесів синтезу білка (захворювання печінки).

**5.2.2. Протипокази до парентерального харчування:** при захворюваннях, що обмежують введення великих кількостей рідини:

- серцево-судинні захворювання;
- тромбофлебіти;

- ниркова недостатність;
- дегідратація;
- гіпоксемія;
- шоківий стан.

### 5.3.Вимоги до засобів парентерального харчування

ПХ повинно бути сбалансоване як по кількості, так і по якості, містити всі основні компоненти їжі: воду, мінеральні солі, вітаміни, азотовмісні та енергетичні речовини. Кожен з компонентів харчування має суворе певне значення.

Для біосинтезу білків в організмі необхідно наявність 20 амінокислот. Загальна потреба у білках залежить від віку. Зокрема, для дітей до року 1,7 г/кг/добу, дітей від 10 до 12 років – 0,7 г/кг/добу, для дорослих – 0,425 г/кг/добу. Метаболізм амінокислот залежить від шляхів і швидкості введення. На відміну від орального, внутрішньовенний шлях введення веде до більш швидкого розподілу амінокислот у всіх тканинах. Але при швидкому введенні або всмоктуванні великої кількості амінокислот вони можуть перетворюватися у сечовину і ставати недоступними для синтезу білків у периферичних тканинах.

До факторів, що впливають на засвоєння засобів азотистого ПХ, відносять, перш за все, збалансованість амінокислот, адекватне енергетичне забезпечення за рахунок вуглеводів і жирів, достатньо повільне введення харчової суміші, постачання організму вітамінами і мінеральними засобами, а також комплексне використання регуляторів анаболізму.

### 5.4.Засоби для парентерального харчування

Використовують засоби, які містять продукти гідролізу білків – амінокислоти (гідролізін, білковий гідролізат казеїну, фібриносол, амінопептид), штучні суміші амінокислот (альвезин новий, левамін, поліамін); жирові емульсії (ліпофундин-S, інтраліпід); 10% розчин глюкози. Крім того, вводять до 1 л розчинів електролітів, вітамінів групи В, аскорбінову кислоту, кровозамінники.

**5.4.1. Препарати, що містять гідролізовані молекули білка:** аміносол, частковий кислотний гідролізат казеїну, амінон, альвезин, травамін (кислотний гідролізат плазми великої рогатої худоби), паренамін (повний гідролізат казеїну), казедрол (ферментативний гідролізат казеїну), гідролізат казеїну, гідролізін, амінопептид, амінокровін, фібриносол, моріамін.

**Поліамін** – сбалансована суміш на основі 13 кристалічних L-амінокислот. При повільному введенні швидко засвоюється організмом. При умовах забезпечення енергетичних потреб амінокислоти суміші включаються в біосинтез білків організму і сприяють позитивному азотистому балансу, усуненню або ослабленню білкової недостатності. Вводять внутрішньовенно крапельно. Початкова швидкість інфузії (на протязі перших 30 хв.) – 10-20 крапель/хв., потім – до 25-35 крапель/хв. Для введення кожних 100 мл

поліаміну необхідно не менше 1 години. При частковому ПХ поліамін вводять до 400-800 мл/добу щодня на протязі 5 діб і більше. При повному ПХ препарат вводять щодня в дозі 400-1200 мл до відновлення ентєрального харчування.

**Амікін** – суміш містить вільні амінокислоти, пептиди відсутні, легко засвоюється організмом.

**Гідролізає казеїну** – розчин амінокислот та пептидів, які отримуть шляхом гідролізу повноцінного білка (казеїну), із збереженням у ньому всіх незамінних амінокислот. Суміш немає антигенних властивостей і токсичності, стерильний, апірогенний.

**Гідролізін** – отримують шляхом кислотного гідролізу білків крові, немає токсичних та антигенних властивостей.

**Амінокровін** – неповний гідролізає із гомогенного білка утилізованої крові, в препараті збережені всі незамінні амінокислоти.

**5.4.2. Кров, плазма, альбумін, протеїн для ПХ не застосовують!** Білки плазми використовуються організмом для пластичних цілей лише на 10 – 25 добу після їх введення, а білок гемоглобіну – на 30 – 120 добу, так як вони повинні розщепитися до стадії амінокислот. Внутрішньовенне введення цих препаратів виправдане в якості ПХ лише при лікуванні анемії, гіпоальбумінемії, які часто спостерігають в післяопераційному періоді.

**5.4.3. Сироватковий альбумін** – призначають лише при гострій гіпоальбумінемії, коли введенням 3-5 доз препарату можна вивести хворого з важкого стану. Використовувати спорадичні введення альбуміну в недостатній дозі при хронічній гіпоальбумінемії (цироз печінки, нефротичний синдром, опікова хвороба в стадії септикопемії та ін.) недоцільно. У подібних випадках слід застосовувати протеїн. У практиці використовують 10% розчин альбуміну. Препарат має позитивний вплив при лікуванні набряку мозку. Встановлено, що 1 г чистого альбуміну, введеного внутрішньовенно забирає в судинне русло 18 мл інтерстиціальної рідини, знижуючи гідрофільність тканин. При набряці головного мозку слід ввести внутрішньовенно 10% розчин сироваткового альбуміну в дозі 3 – 4 мл/кг. Через 30 хв після переливання альбуміну необхідно ввести внутрішньовенно діуретики гемодинамічної та салуретичної дії для виведення надлишку рідини з сечею.

**5.4.4. Джерела енергії.** Процес синтезу білка з амінокислот супроводжується енергетичними витратами. Інфузія глюкози, вільних жирних кислот, тригліцеридів ведуть до підвищення виділення інсуліну. Це покращує периферичну утилізацію амінокислот шляхом посилення їх транспорту в клітину і прямого стимулювання синтезу білка в ній.

При відсутності енергетичного постачання організм використовує введені амінокислоти в якості джерела енергії, а не для пластичних цілей. Природно, що калорійне забезпечення ПХ набуває особливо важливого значення.

Найбільш надійний і поширений вид енергетичного матеріалу – глюкоза. Рекомендовано вводити 20 – 30% розчин глюкози, що дозволяє забезпечити організм хворого необхідною кількістю калорій. Більш високі концентрації

глюкози вводити не слід із-за їх високих осмолярних властивостей, що впливають на вміст води та електролітів у різних рідинних просторах організму, подразнюючої дії на судинну стінку. При цьому слід також враховувати, що частина глюкози буде виділятися з сечею. Одночасно з глюкозою вводять інсулін з розрахунку 1 од. дії на кожні 5 г глюкози.

Жир не розчинний у воді, що робить його осмотично неактивним. Ця здатність, як і висока енергетична цінність (9,3 ккал на 1г) та можливість забезпечення організму есенціальними жирними кислотами, є суттєвим доказом для використання жирових емульсій у ПХ.

Препарати жирових емульсій: інтраліпід, ліпофундин, сорбітол.

**Сорбітол** – має високу енергетичну цінність (1г сорбітолу дає 4 ккал, як і глюкоза), володіє осмодіуретичним ефектом, стимулює скоротливу діяльність тонкого кишечника; вводять внутрішньовенно крапельно 6% розчин сорбітолу кількості 500-1000 мл на одне введення.

**5.4.5. Забезпечення водно-електролітної рівноваги.** Використовують наступні препарати: ізотонічний (0,9%) розчин натрію хлориду, розчин Рінгера, розчин Рінгера-Локка, розчин Гартмана, лактасол, тріоль та ін.

**5.4.6. Анаболічні речовини та вітаміни.** Застосування анаболічних гормонів (неробола, ретаболілу та ін.) посилює ефективність ПХ, так як зменшує інтенсивність катаболічної фази. Механізм дії анаболічних стероїдів реалізується трьома основними напрямками: залучення амінокислот у процеси синтезу білка із зменшенням їх перетворення в сечовину, посилення синтезу білка, зменшення його катаболізму. Найчастіше застосовують 5% розчин ретаболілу в дозі 1 мл внутрішньом'язево кожні три дні.

Для підвищення ефективності ПХ в харчову суміш слід включати вітаміни групи В, які є біологічними каталізаторами метаболічних процесів. ПХ ефективне лише при умові одночасного поступлення енергетичних та пластичних матеріалів.

**5.4.7. Ефективність ПХ** визначають по клінічному стані пацієнтів, масі тіла, азотистому балансі, виведенні амінного і пептидного азоту з сечею, вмісті в крові загального білка, білкових фракцій, загального і циркулюючого альбуміну, амінокислотному складі плазми крові та сечі. Суб'єктивні критерії більш показові: покращення загального стану, висока швидкість заживлення ран і закриття норіць.

## **5.5. Методика проведення парентерального харчування**

Засоби для ПХ вводять крапельно внутрішньовенно. Для цього можна використати спеціальні системи, які дозволяють здійснювати одночасне введення білкових, жирових і вуглеводних засобів із трьох флаконів. Перед введенням їх підігрівають на водяній бані до температури тіла (37 – 38 °С).

Необхідно суворо дотримуватися швидкості введення препаратів: гідролізін, білковий гідролізат казеїну, фібриносол, поліамін у перші 30 хв

вводять зі швидкістю 10 – 20 крапель за хвилину, а потім при добрій переносимості швидкість введення збільшують до 40 – 60 крапель за хвилину.

**ПХ забезпечують** введенням через судини системи нижньої або верхньої порожнистих вен, зокрема:

1. **шляхом венесекції** однієї з **периферичних вен** верхньої або нижньої кінцівок і проведення в неї поліетиленового або хлорвінілового катетера на глибину 20 – 30 см;
2. **шляхом черезшкірної пункції** однієї з **периферичних вен** або підключичної вени за методикою Сельдінгера;
3. у виняткових випадках, при неможливості внутрішньовенного введення, застосовують **внутрішньокісткові вливання** або **катетеризацію пупкової вени**.

Введення катетеру в просвіт великої вени дозволяє вливати висококонцентровані розчини, так як швидкий кровоплин та повільне поступлення харчової суміші забезпечує добре змішування препарату з кров'ю і тим самим знижує концентрацію введеної речовини.

Необхідно суворо дотримуватися суворої асептики, оскільки препарати для ПХ є добрим поживним середовищем для мікроорганізмів. Порушення правил асептики призводить до септицемії. Не рекомендують використовувати катетер, введений для ПХ, для забору крові. Після введення харчової суміші катетер промивають ізотонічним розчином натрію хлориду, потім катетер заповнюють гепариновою «пробкою». Це дозволяє звести до мінімуму тромбоутворення. Харчові суміші необхідно вводити підігрітими до 37°C. Це попереджує подразнення інтими вени. При виникненні інфекційних ускладнень катетер необхідно негайно видалити навіть при відсутності місцевих проявів тромбофлебіту. Такої ж тактики слід дотримуватися і при «лихоманці третьої доби».

Звичайно ПХ проводять через паралельно зібрані одноразові системи, з'єднані перед веною трійником, що дозволяє одночасно вводити джерела енергії і азоту. Змішування відбувається безпосередньо перед попаданням розчинів у судинне русло, що попереджує виникнення реакції між глюкозою та амінокислотами, яка звичайно має місце при тривалому перебуванні вказаних інгредієнтів у загальному розчині.

При наявності жирової емульсії її вводять у проміжках між вливаннями розчинів глюкози з вітамінами та електролітами. Вітамін В<sub>12</sub> вводять внутрішньом'язево, розділивши добову дозу на два прийоми.

Надзвичайно важливою є швидкість введення харчових речовин у кровоносне русло. Вливання розчинів повинне бути повільне, надзвичайно швидке введення призводить до високої концентрації глюкози та амінокислот у крові, а це значно знижує їх засвоєння. При швидкому введенні амінокислот 90% їх виводиться з сечею у першу годину після введення. Окрім того, швидке введення амінокислот, а також аміаку, пептидів, гумінових речовин, що містяться в білкових гідролізатах, та їх накопичення в крові, призводить до розвитку синдрому перевантаження. Останній проявляється у вигляді нудоти, блювання, гіперемії шкіри, відчуття жару в тілі, збудження. Швидке

поступлення в кров глюкози небезпечно розвитком гіперосмолярної коми. Тому ефективність ПХ залежить від правильності вибору швидкості, розподілу вливань всієї харчової суміші на протязі 24 годин.

Сумісне введення джерел азоту та енергії, їх змішування безпосередньо перед поступленням у кровоносне русло забезпечує поступлення джерел азоту з швидкістю 30-35 крапель/хв., при допустимій швидкості до 40 крапель/хв., а кількість введеної глюкози не перевищує 0,3 г/кг/год. Вказаний темп вливань сприяє більш повному засвоєнню введених харчових речовин і забезпечує введення на протязі 24 годин до 5 л рідини. В середньому на добу необхідно до 3,5 – 4 л рідини. Це дозволяє при показах додатково вводити кров, плазму, розчин альбуміну та ін..

При введенні концентрованих розчинів глюкози необхідно щодня слідкувати за балансом рідини, питомою вагою, цукром та ацетоном в сечі. Цукор у сечі контролюють 2 – 3 рази на добу. При виявленні глюкозурії вище 3% доза інсуліну, який вводять з глюкозою, повинна бути збільшена.

#### **5.6. Ускладнення при ПХ** поділяють на три групи:

1. **ускладнення обумовлені катеризацією.** Залежать від використання шляху введення та досвіду хірурга. При катетеризації вен верхніх та нижніх кінцівок можуть виникати тромбози. Механічних ускладнень, пов'язаних з переміщенням катетеру в просвіті вени, можна уникнути завдяки ретельній фіксації.
2. **інфекційні ускладнення.** Найбільш небезпечні. Ризик септицемії зростає із збільшенням тривалості ПХ. Інфікування може бути пов'язане з самими інфузійними розчинами, виникнути в місці підшкірного введення катетеру або в просвіті останнього. Підвищена небезпека інфікування, можливо, пов'язана з тим, що харчові суміші є добрим поживним середовищем для мікроорганізмів.
3. **метаболичні ускладнення.** Виникають при недостатності або передозуванні тих чи інших компонентів харчування.

Побічна дія препаратів азотистого ПХ. Реакції, що виникають у пацієнтів після переливання білкових гідролізатів і амінокислотних сумішей, поділяють на алергічні та токсичні. В основі алергічних реакцій лежить здатність пептидів і навіть вільних амінокислот утворювати комплекси з білками. Токсичні реакції пов'язані з особливостями метаболізму амінокислот. Доведено експериментально, що для азотистих препаратів доза, що забезпечує потребу організму в амінокислотах при повному ПХ, і токсична доза надзвичайно близькі. Тому навіть незначне передозування може призвести до токсичних реакцій. Особливо при застосуванні альвезину, що містить L- та D-форми амінокислот.

Основні метаболичні розлади, пов'язані з введенням амінокислотних сумішей або білкових гідролізатів, – це гіперхлоремічний ацидоз, дисбаланс амінокислот плазми, гіперамоніємія, позапечінкова азотемія.

Метаболичний ацидоз пов'язаний з надлишковим вмістом хлоридів або монохлоргідратів у розчинах сумішей кристалічних амінокислот. У сумішах



для ПХ деякі амінокислоти, особливо діаміномонокарбонів, присутні у вигляді монохлоргідратів у зв'язку з їх кращою розчинністю. Для попередження гіперхлоремічного ацидозу пропонують додавати в суміші амінокислоти у вигляді ацетатних або лактатних солей.

Значні кількості аміаку, що містяться в білкових гідролізатах, можуть порушувати цикл утворення сечовини – орнітиновий цикл. Гіперамоніємія найбільш характерна для хворих з дисфункцією печінки і для дітей із ще не встановленою функцією печінки. У останніх введення білкових гідролізатів може викликати ацидоз або дистрес-синдром.

Особливе значення при ПХ має збалансованість амінокислот у сумішах. Зсуви фізіологічних співвідношень амінокислот у плазмі після інфузії амінокислотних розчинів можуть призвести до конкуренції та антагонізму в процесі споживання амінокислот клітиною.

При введенні в сумішах для ПХ D-ізомерів амінокислот, останні можуть виводитися з сечею в незміненому вигляді та стимулювати осмотичний діурез.

Ускладнення, пов'язані з введенням глюкози та інших вуглеводів. Інфузійні вуглеводи швидко використовуються, їх проміжні продукти нетоксичні. Вони антикетогенні та, на відміну від білків та ліпідів, грають захисну роль для печінки. Основні ускладнення пов'язані з метаболізмом глюкози: гіперглікемія, глюкозурія, осмотичний діурез, гіперосмолярна некетогенна кома, кетоацидоз при цукровому діабеті, постінфузійна гіпоглікемія.

Глюкозурія з'являється при поступленні глюкози в організм у кількості, що перевищує рівень можливої утилізації. При тривалості глюкозурії більше 2 годин виникає головний біль, судоми, а через 8 – 24 години – ступор та кома. Остання проявляється сухістю шкіри, поліурією, глюкозурією. Надмірна глюкозурія виснажує організм, а тривала дегідратація може призвести до гіперосмолярної некетогенної коми. Глюкозурія може супроводжуватися метаболічним ацидозом. Глюкозурію усувають введення інсуліну під контролем рівня глюкози в сечі та крові.

Гіперглікемія при ПХ часто виникає при зниженні толерантності до глюкози (операція, колапс, панкреатит, ниркова недостатність). Гіперглікемія, не викликаючи осмотичної поліурії, може призвести до дегідратації з підвищенням осмотичного тиску плазми. Гіперглікемія та глюкозурія сприяє виникненню раневої інфекції та септичних ускладнень.

При введенні високих доз інсуліну можливе виникнення гіпоглікемії.

Велика кількість глюкози, що вводиться під час ПХ, може призводити до посилення виділення ендогенного інсуліну, який при різкому скороченні кількості глюкози і припиненні інфузій може стати причиною гіпоглікемічного шоку. Тому після закінчення ПХ на протязі декількох діб слід внутрішньовенно вводити 5% розчин глюкози.

Патологічні реакції на інфузії жирових емульсій зустрічаються досить рідко, у 3% випадків. Недоліком жирових емульсій при тривалому застосуванні може бути їх здатність викликати інфільтрацію печінки, анемію, порушення процесу згортання крові, метаболічний ацидоз.

### Питання до самоконтролю:

1. Особливості пластичних та енергетичних процесів у організмі.
2. Голодування, три періоди голодування.
3. Диспротеїнемії, варіанти диспротеїнемій.
4. Причини гіпоальбумінемій.
5. Порушення білкового обміну внаслідок розриву у часі між всмоктуванням незамінних кислот.
6. Ступені білкової недостатності.
7. Порушення водно-електролітної рівноваги.
8. Обмін води в організмі.
9. Обмін електролітів.
10. Обмін ліпідів.
11. Поняття про парентеральне харчування.
12. Покази для проведення парентерального харчування.
13. Протипокази до парентерального харчування.
14. Вимоги до засобів парентерального харчування.
15. Засоби для парентерального харчування.
16. Препарати, що містять гідролізовані молекули білка.
17. Покази до використання сироваткового альбуміну.
18. Роль джерел енергії в парентеральному харчуванні.
19. Забезпечення водно-електролітної рівноваги.
20. Анаболічні речовини та вітаміни.
21. Ефективність парентерального харчування
22. Методика проведення парентерального харчування.
23. Способи введення речовин для парентерального харчування.
24. Ускладнення при парентеральному харчуванні обумовлені катеризацією.
25. Інфекційні ускладнення при парентеральному харчуванні.
26. Метаболічні ускладнення при парентеральному харчуванні.
27. Ускладнення, пов'язані з введенням глюкози та інших вуглеводів.
28. Патологічні реакції на інфузії жирових емульсій.

## Лекція № 6

### Медсестринські маніпуляції в хірургічній клініці

#### 6.1. Підготовка столу перев'язувальної медсестри

Особливістю перев'язувальних хірургічного профілю є те, що в них постійно циркулює велика кількість людей: медперсонал, хворі, студенти. Тому повітря в перев'язувальних забруднений більше, ніж в операційній, особливо це стосується перев'язувальних гнійно-септичних відділень, повітря в яких, як правило, містить антибіотикостійку мікрофлору даного лікувального закладу. При будь-якій перев'язці рана поверхня на деякий час залишається відкритою, тому залишається небезпека її інфікування і розвитку гнійно-запальних ускладнень в умовах зниженої в післяопераційному періоді опірності організму. Особливо ретельно слід дотримуватися асептики при перев'язці гнійних ран внаслідок небезпеки нашарування вторинних інфекції на вже існуючу з наступним розвитком нового захворювання.

Перев'язувальні розміщують у кінці коридору хірургічного відділення, відгороджують скляною перегородкою. В тамбурі перев'язувальної хворий знімає верхній одяг, тут же зберігають певні предмети оснащення, каталки.

Стіни та підлогу перев'язувальної викладають керамічною плиткою, стелю фарбують олійною фарбою. Перев'язувальна при вході повинна мати дві раковини, розміщені якнайдалі від стерильного столика. Раковини маркують надписами на стіні – «для миття рук», «для інструментів».

Виділяють «чисті» та «гнійні» перев'язувальні. Обов'язковою умовою дотримання правил асептики є підтримання чистоти та суворе дотримання режиму роботи. Робота в перев'язувальній, як і в операційній, починається з попереднього прибирання. Особливістю роботи перев'язувальної є те, що в ній черговим медперсоналом нерідко надають допомогу хворим відділення – зміна промоклої пов'язки, промивання нориці і т.д., для чого перев'язувальна медсестра залишає стерильні лотки з індивідуальним набором інструментів.

Чергова медсестра відділення після закінчення перев'язок повинна скласти використані інструменти в спеціальні бачки з миючим дезінфікуючим розчином, а забруднений перев'язувальний матеріал – в ємність з кришкою, призначену для збору брудного матеріалу. Після чого проводять вологе прибирання, змінюють простирadlo на перев'язувальному столику, включають ультрафіолетові лампи для стерилізації повітря.

Під час перев'язок використаний перев'язувальний матеріал викидають в миску. При випадковому попаданні його на підлогу він збирається в ємність з кришкою, виноситься для спалювання, підлогу протирають дезінфікуючими засобами.

Після закінчення перев'язок проводять заключне, як в операційній, прибирання.

Один раз на квартал, а в гнійних перев'язувальних – раз на місяць проводять дезінфекцію стелі і стін по типу генерального прибирання операційної. Після закінчення роботи перев'язувальна медсестра включає бактерицидні лампи.

У забезпеченні та дотриманні чистоти в перев'язувальній велику роль відіграє чистота одягу і поведінка працюючих та тих, що заходять в неї (медпрацівники, хворі, студенти). В перев'язувальній працюють у звичайному лікарняному одязі, тобто халаті, шапочці і змінному взутті без бахіл. Халати і шапочки повинні бути чистими, одяг прибраний під халат, волоси – під шапочку. Рукави рекомендується заковувати до ліктів, працювати – в рукавичках та масках. Перед входом в перев'язувальну повинен знаходитися просочений дезінфікуючим засобом (хлорамін) килимок для очищення підшв.

Медсестра та санітарка перев'язувальної щодня змінюють халати, а в гнійній перев'язувальній надягають пластикові фартухи, які щоденно дезінфікують. Такі фартухи під час гнійних перев'язок повинні надягати і лікарі.

Від вторинної інфекції повинні бути захищені і медпрацівники, для чого необхідно працювати в рукавичках і аподактильно, тобто не торкатися пальцями інфікованої поверхні.

Як в операційній, в перев'язувальній забезпечують постійний регулярний бактеріологічний контроль повітря, каталок, стін, халатів, рук, робочого столу, вмивальників і т.д.

Приміщення провітрюють 4 рази на добу. В перев'язувальній розміщують бактерицидні лампи на висоті не менше 2 метрів під підлоги. Один випромінювач ОБН-150 встановлюють на 30 м<sup>3</sup> приміщення, ОБН-300 – на 60 м<sup>3</sup>. повітря і перев'язувальній кварцують по графіку і тільки при відсутності людей. При недостатній природній вентиляції через кожні 1,5 – 2 години горіння випромінювача приміщення провітрюють на протязі 30 – 40 хв.. при включенні ламп допускається короткочасне перебування медперсоналу в захисних окулярах-консервах.

Працівники бактеріологічної лабораторії або санепідемстанції не рідше 1 разу на місяць контролюють режим роботи перев'язувальної. Досліджуючи мікробне забруднення, беруть змиви і мазки з каталок для хворих, рушників для рук медперсоналу, халатів медпрацівників, рук працюючих в перев'язувальній, з перев'язувального та інструментального столиків. Періодично виконують посіви з вмивальників, раковин, стоків води, де може перебувати мікрофлора.

Першими в перев'язувальній проводять пункцію суглобів, м'яких тканин і кісток, потім – плевральні пункції. Наступними йдуть перев'язки свіжих прооперованих неінфікованих хворих, зняття швів. Потім перев'язують хворих з чистими гранулюючими ранами. Перев'язки нагноєних ран, а також перев'язки хворих з кишковими норицями проводять в останню чергу у випадку коли у відділенні є одна перев'язувальна (при наявності у відділенні двох перев'язувальних цих хворих перев'язують у гнійній перев'язувальній).

При підозрі на анаеробну гангрену негайно приймають заходи, які спрямовані на попередження поширення цього виду інфекції: надягають другі халати, фартух з клейонки, міцні гумові рукавички. Санітарка протирає підшви капців і фартух дезінфікуючим розчином (6% розчин перекису водню, дезоксон-1, 2% розчин хлораміну), надягає бахали. Килимок змочують 3 – 5% розчином лізолу. Перев'язки проводять аподактильно, після перев'язки хворого

ізолюють у окрему палату (основний шлях передачі інфекції – контактний). Наступні перев'язки проводять в палаті.

Знята з рани пов'язка, використаний для перев'язки матеріал збирають в ємність з кришкою, стерилізують при температурі 132°C на протязі 30 хв, після чого спалюють. Інструменти після передстерилізаційного очищення збирають в ємності з кришкою, кип'ятять в 2% розчині гідрокарбонату натрію на протязі 90 хв, а потім стерилізують в автоклаві.

Операційну білизну замочують на 2 години в 5% розчині лізолу або 6% розчині перекису водню з 0,5% розчином синтетичного миючого розчину, після чого стерилізують паром під тиском; потім білизну з перев'язувального столика, а також халати і шапочки вкладають в непромокальний мішок з поміткою про анаеробну інфекцію і здають в пральню.

Фартухи хірургів і медсестер, клейонки з перев'язувального столика тримають на протязі 1 години в суміші 6% розчину перекису водню і 0,5% розчину миючого засобу. Прибирання палати проводять 2 рази на день з використанням 6% розчину перекису водню з 1% розчином миючих засобів. Повітря знезаражують ультрафіолетовими лампами.

**6.1.1. Перев'язка в палаті.** Перед перев'язкою необхідно провітрити палату, провести вологе прибирання; видалити з палати інших пацієнтів, заборонити іншого (який не приймає участь в перев'язці) медперсоналу.

Перев'язувальна сестра доставляє в палату все необхідне для перев'язки на пересувному столику або загортає всі стерильні предмети в стерильне простирadlo, розгортаючи його в палаті на столі. Перед перев'язкою підкладають під хворого продезінфіковану клейонку, поверх неї – невелике простирadlo. По закінченні перев'язки палату знову прибирають, вентилують.

Інструменти і матеріали, які вступають в контакт з раною, а також матеріали, що служать для забезпечення асептичності пов'язок, повинні бути стерильними. Потреба в стерильних матеріалах і інструментах розраховуються попередньо.

#### **6.1.2. Стерильний матеріал і інструментарій для перев'язок:**

- анатомічні і хірургічні пінцети для зняття пов'язок и обробки рани;
- ножниці і скальпелі для обробки рани;
- гудзикові зонди, затискачі, катетери;
- шприци і розчини для промивання рани (Рінгера, антисептики);
- тампони, турунди, серветки, марлеві шарики;
- раневі пов'язки;
- дренажі;
- рукавички;
- маски.

#### **6.1.3. Нестерильний матеріал і інструментарій для перев'язок:**

- фіксуючі матеріали — бінти, пластир;
- ножниці;

- контейнер для відходів;
- дезінфікуючий засіб для рук;
- захисний одяг (фартухи, шапочки).

При перев'язці пацієнта в палаті необхідний матеріал і інструментарій вкладається на перев'язувальний візок, який служить для перевезення та підготовки зміни пов'язок. Перев'язувальний візок завозять в палату або залишається поза нею. В останньому випадку необхідний для зміни пов'язки матеріал вкладають на тацю, яку не можна ставити на ліжко хворого. Тацю розміщують поруч з виконуючим перев'язку.

Матеріали і інструменти по ступені стерильності розкладають в наступному порядку: нестерильні матеріали – ближче до пацієнта, а стерильні – далі. При такому розміщенні попереджається необхідність переносити перші над останніми.

Стерильні матеріали повинні знаходитися на стерильній підкладці. Матеріали не слід готувати досить рано, щоб вони не піддавалися забрудненню при довгому перебуванні у відкритому вигляді. Якщо підготовка матеріалів проводиться попередньо, то їх необхідно захистити стерильним покриттям.

Всі прилади, які використовують багаторазово (перев'язочні візки, таці, інструменти і т.д.) повинні бути виготовлені з матеріалів, які піддаються чищенню, дезінфекції або стерилізації. Для негайної дезінфекції використаних інструментів і перев'язувальних матеріалів необхідно підготувати контейнер для відходів. Якщо в палаті необхідно викоати декілька перев'язок, то спочатку слід виконати асептичні, а потім септичні перев'язки.

**6.1.4. Захисні заходи при перев'язках.** Відповідно до інструкцій гігієнічна дезінфекція рук повинна проводитися ще до підготовки матеріалів. З цією метою 3 – 5 мл відповідного дезінфікуючого засобу ретельно втирають в шкіру рук на протязі не менше 30 с. На чистий захисний одяг надягають свіжий (краще одноразовий) фартух і, крім цього, надягають захисну маску для рота та носу. Якщо обробити слід великі рани при високій небезпеці їх інфікування або вже інфікованих, рекомендують також ретельно закривати волосся. При зміні пов'язок у пацієнтів з СНІДом, гепатитом, або інфікованих резистентними до лікування штамми мікроорганізмів, необхідно приймати заходи по власному захисту від інфекції (рукавички з латекса, маска для обличчя).

**6.1.5. Підготовка пацієнта до перев'язки.** Пацієнту слід попередньо повідомити про перев'язку. При необхідності призначити знеболення. Під час перев'язки пацієнт повинен зручно розміщений, а область рани повинна бути легко доступна. Необхідно забезпечити добре освітлення. В деяких випадках при перев'язці в палаті потрібна ширма. Під час перев'язки в палату не повинні заходити сторонні особи, щоб не виникало повітряних потоків, які переносять мікроорганізми. По цій же причині слід уникати протягів. Навколо пацієнта в момент перев'язки не повинно бути квітів або інших резервуарів

мікроорганізмів. Якщо необхідно промити рану, ліжко при цьому повинне бути захищене від забруднень за допомогою плівчастого покриття і пеленок.

**6.1.6. Зняття пов'язки.** Надягають нестерильні рукавички, знімають фіксацію і покриття пов'язки. За допомогою стерильного пінцета обережно знімають раневу пов'язку; її ні в якому разі не можна зривати. Якщо вона не піддається зняттю, її змочують розчином Рінгера і після цього видаляють. Видалену раневу пов'язку оглядають, на предмет наявності в ній раневих виділень, після чого викидають в спеціальний лоток (контейнер). Використані пінцети поміщають в ємність з дезінфікуючим розчином. Після зняття пов'язки слід змінити рукавички – необхідно надіти стерильні рукавички.

## **6.2. Медсестринська турбота про рану**

**Огляд рани.** Для вибору подальшого місцевого лікування необхідно правильно оцінити стан рани. Але зробити це не завжди легко, оскільки потрібно оцінити:

- розміри рани, її глибину, динаміку в порівнянні з попередньою перев'язкою;
- характер і ступінь вираженості нальотів і некрозів на поверхні рани (гнійні, чорні, струп і т.д.);
- характер і кількість раневого ексудату (ерозний, геморагічний, гнійний, краплі жиру і т.д.);
- наявність (відсутність) запаху (немає; якщо є, то який?);
- наявність (відсутність) і характер грануляцій (бліді, соковиті, щільні і ін.);
- інтенсивність епітелізації;
- ступінь кровоточивості;
- ступінь болючості;
- характер країв рани (набряклість, гіперемія, болючість);
- стан регіональних лімфовузлів.

**6.2.1. Санація рани та оточуючих тканин.** При асептичних ранах, що заживають первинним натягом, достатньо простого висушення їх стерильною серветкою в напрямку від середини до країв. Лінія швів обробляється одним з йодвмісних розчинів (йодопірон, йодонат і т.п.). Дезінфікуюча обробка оточуючих тканин, як правило, не потрібна. Рани, що заживають вторинним натягом, звичайно потребують обробки. При інфікованих, септичних, ранах їх область обробляється в напрямку ззовні досередини. При необхідності використовують дезінфікуючі засоби. Накладання на поверхні ран і некротичну тканину можна видалити за допомогою скальпеля, ножниць і кюретки. Але перевагу слід надавати скальпелю, так як при використанні ножниць і кюретки тканини рани роздавлюються і сильно травмуються.

Механічне видалення нальотів з поверхні рани можливо полегшити використанням гідро активних пов'язок. При хірургічній обробці рани необхідно забезпечити адекватне знеболення. Глибока обробка повинна проводитися в операційній. Додаткову обробку раневої поверхні доцільно

проводити при наявності об'єктивних показників і по можливості швидко. При цьому краще використовувати препарати, що не мають пошкоджуючої дії на процес раневого заживлення і не викликаючи болей. Так як багато антисептиків і препарати місцевої дії мають цитотоксичну дію (в тому числі нітрофурані і розчин перекису водню), для промивання ран доцільно використовувати розчин Рінгера.

Для цього рідину в стерильних умовах набирають в шприц (10 – 20 мл) і з його допомогою під легким тиском промивають рану. Якщо вона глибока, то промивати її краще за допомогою катетера. Промивну рідину збирають за допомогою серветок в лоток, після промивання оточуючі тканини ретельно висушують за допомогою стерильних серветок. При проведенні хірургічної обробки і санації рани у випадку необхідності змінюють рукавички.

Оточуючі рану тканини можуть піддаватися екзематозним змінам, особливо при хронічних ранах. В таких випадках проводиться відповідне лікування. При цьому антисептичні та інші засоби, які використовують, не повинні попадати в рану! При підгострих або хронічних екзематозних ураженнях необхідний диференційований підхід до їх лікування. Якщо використовують клейкі раневі пов'язки, то їх слід вибирати такого розміру, щоб їх можна було закріпити на необробленій шкірі.

**6.2.2. Догляд за грануляційною тканиною і краями рани.** Наявність грануляційної рани і її стан є важливими показниками якості репаративних процесів при заживленні рани вторинним натягом. Грануляційна тканина дуже вразлива до дії різних пошкоджуючих чинників зовнішнього та внутрішнього характеру. При наявності соковитих грануляцій червоного кольору раневу поверхню не слід обробляти, промивати і наносити на неї мазі. Доцільно створити спокій рані за допомогою атравматичних (не липких) пов'язок, а також постійно підтримувати вологість грануляційної поверхні, щоб попередити її висихання. Для цієї мети можна використовувати «вологі» пов'язки — Hydrosorb, Hydrocoll і ін. вони підтримують оптимальну вологість рани і безболісно видаляються при перев'язках.

При наявності тьмяних, сірого кольору грануляцій необхідно проаналізувати проведені раніше лікувальні заходи. Можливо причинами даних порушень є недостатній кровообіг в області рани, посилення тиску на неї, неадекватне місцеве лікування. Надмірне утворення грануляційної тканини пригнічується припіканням ляпіса. В процесі лікування хронічних ран їх краї можуть мати схильність до епітелізації і загортатися всередину. Оскільки в даному випадку подальша епітелізація неможлива, то краї рани слід хірургічно обробити. Чутливі області шкіри в безпосередній близькості від рани у випадку можна обробити кремом або емульсією. Але препарати, що використовують, не повинні містити консервуючі і ароматичних речовин. Для захисту і догляду за краями рани і оточуючими тканинами рекомендують мазеві пов'язки типу Autrauman (Germany).



**6.2.3. Обробка епітелізуючої раневої поверхні.** При добрій епітелізації рани не потрібно іншого догляду, крім підтримання в ній вологого середовища і захисту її від травматизації при зміні пов'язок. Невеликі раневі поверхні добре епітелізуються при використанні покриття Comprigel. Для великих раневих поверхонь і перш за все для хронічних ран підходить Hydrosorb. Якщо спонтанна епітелізація не розвивається, що нерідко має місце при хронічних ранах, то слід використати методи пластичної хірургії для закриття ран.

**6.2.4. Накладання нової раневої пов'язки.** Після проведення необхідних заходів по обробці рани стерильним пінцетом накладають нову пов'язку, причому її функція повинна відповідати поточному стану рани. Необхідно забезпечити оптимальне співвідношення поверхонь пов'язки та рани, так як її виділення можуть всмоктуватися лише при доброму контакті з пов'язкою. У зв'язку з чим при наявності глибоких ран пов'язки слід максимально «підігнати» під відповідну рану. Важливо не тампонувати рану туго, бо в цьому випадку із-за здавлення тканин може порушитися мікроциркуляція в області рани. В результаті чого можуть з'явитися нальоти на рані і навіть некрози.

**6.2.5. Фіксація пов'язки.** При ранах, що заживають первинним натягом, і при невеликих ранах, що заживають вторинним натягом, звичайно достатньо фіксації раневої пов'язки за допомогою пластиру. При великих ранах пов'язки доцільно фіксувати по всій її поверхні за допомогою фіксуючих пов'язок. Погано фіксовані пов'язки при рухах пацієнта можуть травмувати рани і порушити (сповільнити) процес раневого заживлення. Фіксуюча пов'язка повинна накладатися рівномірно для запобігання набряку країв рани. Рівномірний тиск створюється шляхом створення більш тугого накладання турів еластичних фіксуючих бинтів. Спеціально для розвантаження ран після операцій на грудній та черевній порожнині без порушення акту дихання випускаються еластичні підтримуючі бинти.

Крім того фіксуюча пов'язка служить для захисту рани від забруднень і попередження травми. Не можна забувати і про психологічний ефект пов'язки. Вона є видимим завершенням процесу перев'язки рани, вона розцінюється пацієнтом як професійна медична операція і створює у нього відчуття якості лікування і догляду.

**6.2.6. Заключний етап перев'язки.** Після заміни пов'язки пацієнта переводять в зручне для нього або необхідне для лікування положення. Використані матеріали і інструменти, відповідно санітарно-гігієнічному режиму, усувають або готують до повторного використання. Наприкінці проводять гігієнічну дезінфекцію рук.

**6.2.7. Частота заміни пов'язок.** Для створення оптимальних умов для процесу раневого заживлення важливі не тільки атравматичність і стерильність перев'язки, але і правильний вибір частоти останніх. Частота перев'язок залежить від стану рани і специфічних властивостей раневої пов'язки, яка

використовується. Слід прагнути уникати невиправдано часті заміни пов'язок, так як кожна з них травмує фізіологічні процеси за живлення рани. У більшості випадків перев'язку слід проводити при наявності наступних факторів:

- скарги пацієнта на болі в рані;
- розвиток лихоманки;
- прописування пов'язки (промокла раневими виділеннями) або забруднення її;
- порушення фіксації пов'язки.

В асептичній рані, що заживає первинним натягом, пов'язку можна залишити до зняття швів. Якщо ж вона в перші години після операції пропитується кров'ю, то її слід замінити.

Важче визначити частоту заміни пов'язок при ранах, що заживають вторинним натягом. У фазі запалення, коли проходить процес очищення рани, залежно від кількості виділеного ексудату можуть бути необхідні одна-дві перев'язки на добу. У фазу регенерації, коли в рані є грануляційна тканина червоного кольору, частоту перев'язок можна зменшити.

При використанні гідроактивних пов'язок, таких як Hydrosorb або Hydrocoll, вони можуть залишатися на рані на протязі декількох діб. Визначити, чи вичерпана їх поглинаюча здатність і чи необхідно замінити пов'язку, можна по вздуттю пов'язки у вигляді (пов'язка Hydrocoll) або по молочно-тьмяному гелю її (пов'язка Hydrosorb). Крім того, завдяки прозорості пов'язки Hydrosorb можна спостерігати за раною і вирішувати питання про необхідність перев'язки.

У процесі епітелізації інтенсивність фізіологічної секреції рани ще більше знижується, у зв'язку з чим інтервали між замінами пов'язки можна збільшувати. Якщо процес заживлення не порушується, то гідроактивні пов'язки залишати на рані на термін до 7 діб.

**6.2.8. Документація при перев'язках.** Для правильної оцінки процесу раневого заживлення необхідно чітко вести відповідну документацію, щоб при його порушенні можна було своєчасно і обґрунтовано змінити тактику лікування. Документація ведеться відповідно до існуючих правил медичного законодавства. Усна передача відомостей про стан рани, наприклад при передачі зміни або переводі пацієнта в інше відділення, неприпустима.

### **6.3. Перев'язки різних видів ран**

При оцінці раневого процесу велике значення має об'єктивна класифікація як процесу раневого за живлення, так і характеру самої рани. Правильна діагностика стадії раневого процесу, обґрунтована на об'єктивних критеріях, визначає правильне лікування.

#### **6.3.1. Класифікація ран:**

##### **1. залежно від умов виникнення:**

- 1.1. випадкові;
- 1.2. операційні:

- 1.2.1. чисті – нетравматичні, неінфіковані операційні рани, в яких немає ознак запалення, немає сполучення з респіраторним, травним трактом, сечостатевою системою і ротоглоткою, первинно ушиті, не дреновані;
- 1.2.2. чисті контаміновані – це рани, що мали в процесі операції сполучення з респіраторним, травним трактом, сечостатевою системою і ротоглоткою при контрольованих умовах і без незвичайної контамінації. Рани, коли в процесі операції мало місце незначне порушення техніки, а також дреновані в післяопераційному періоді;
- 1.2.3. контаміновані – операційні рани з значними порушеннями стерильності, значним витіканням вмісту з травного тракту при операції. Різани рани, що мають ознаки гострого, негнійного запалення;
- 1.2.4. інфіковані – «старі» травматичні рани з збереженими девіталізованими тканинами. Рани з ознаками інфекції, що мають сполучення з перфорованими внутрішніми органами.

Первинне мікробне забруднення настає в момент поранення, вторинне – в процесі лікування, частіше внаслідок внутрішньогоспітального інфікування. На відміну від контамінованої, рану рахують інфікованою, коли в ній з'являються клінічні ознаки інфекції. В більшості випадків інфікування рани заживають вторинним натягом. І.В. Давидовський (1969) розглядав за живлення вторинним натягом як єдиний гнійно-грануляційний процес, що включає два моменти – нагноєння і грануляцію. Він рахував, що при заживленні по типу вторинного натягоу у всіх випадках слід вживати термін «гнійна рана».

В.І. Стручков (1975) запропонував *поділяти гнійні рани залежно від походження на (2):*

- 2.1. первинні гнійні – рани, що утворилися після операційних втручань з приводу гнійних процесів – абсцесів, флегмон і ін.;
- 2.2. вторинні гнійні – виникають у більш пізні терміни в результаті повторного інфікування, нерідко внутрішньогоспітального, або виникнення в рані вторинних вогнищ некроза різноманітного генезу.

### **3. залежно від виду травматичного механізму поранення:**

- 3.1. різані;
- 3.2. колоті;
- 3.3. скальповані;
- 3.4. рублені;
- 3.5. забійні (рвані, розтриті);
- 3.6. укушені;
- 3.7. вогнепальні;
- 3.8. рани, що утворилися в результаті поєднання травматичних факторів (колото-різані, рвано-скальповані та ін.).

#### **4. залежно від числа ран:**

- 4.1. одиничні;
- 4.2. множинні.

Характер травмуючого предмету визначає вид рани, об'єм і важкість пошкоджень тканин і в кінцевому висновку – хірургічну тактику.

**6.3.2. Класифікації процесу раневого заживлення.** Патогенез раневого відображає фазність його протікання, невід'ємність окремих фаз і перехід однієї фази в іншу. Строки протікання кожної фази – запальної ексудації і інфільтрації, очищення рани і її репарації попередньо визначити майже неможливо. Виділення окремих фаз і стадій запального процесу носить умовний характер, так як неможливо провести сувору межу між закінченням однієї стадії і початком іншої (І.В. Давидовський, 1969).

Е. Howes et al. (1929) запропонували класифікацію, що ґрунтується на даних про зміну міцності рани, де виділено три фази:

- латентну (міцність рани знижується або змінюється);
- фіброплазії (міцність наростає до 10 – 14 доби після поранення);
- фаза дозрівання і зміцнення рубця.

В клінічній практиці досить тривалий час користувалися класифікацією І.Г. Руфанова (1954), в якій раневий процес поділяється на дві фази:

- 1) гідратації, набряку і очищення рани від некротичних тканин;
- 2) дегідратації, грануляції і репарації.

Більш обґрунтованими з клінічної позиції є класифікації запропоновані С.С. Гірголавом (1956) і R. Ross (1968). Дані автори **поділяли раневий процес на три фази:**

- запалення;
- регенерації (проліферації);
- оформлення (реорганізації) рубця.

Також на три фази поділяє раневий процес класифікація В.І. Стручкова з співавт. (1975):

- запалення;
- регенерації;
- епітелізації.

В класифікації Б.М. Даценко з співавт. (1985) розрізняють три послідовних фази раневого процесу в гнійній рані:

- гнійно-некротична;
- гранульована;
- епітелізації.

Найбільш повною є класифікація М.І. Кузіна (1975), в якій виділяють наступні основні фази протікання раневого процесу:

- 1) запалення, поділених на два періоди:
  - судинних змін;
  - очищення рани від некротичних тканин;
- 2) регенерації, утворення і дозрівання грануляційної тканини;
- 3) утворення, реорганізації рубця і епітелізації.

**6.3.3. Види раневого заживлення.** Морфологічно процес за живлення рани може протякати різноманітно залежно від анатомічного субстрату ураження, ступені інфікування, загального стану організму і характеру лікувальних заходів. у зв'язку з цим виділяють три типи раневого заживлення: первинним натягом, вторинним натягом і за живлення під струпом.

**Заживлення первинним натягом.** Якщо краї рани дотикаються, то під захисною пов'язкою за живлення відбувається в терміни від 6 до 8 діб «самостійно». Це можливо при відсутності в рані інфекційного процесу, гематоми, вогнищ некрозу і при невеликій зоні пошкодження. Поверхня рани покривається тонким струпом. Після спонтанного відторгнення його можна бачити покритий епітелієм свіжий рубець. Кожна операційна асептично нанесена рана заживає саме таким чином. Ознаки запалення при такому типі заживлення незначні і визначаються лише мікроскопічно.

**Заживлення вторинним натягом.** Причина вторинного заживлення полягає в зяанні її країв, обумовлені дефектом тканин. Клінічно заживлення протікає тривало у зв'язку з необхідністю заповнення дефекту тканин. Клінічно заживлення протікає тривало в зв'язку з необхідністю заповнення дефекту тканин грануляціями. З біологічної точки зору принципової відмінності від заживлення первинним натягом немає. Спочатку поверхню рани покривається шаром клітин крові, змішаним з шаром фібрину, що захищає рану від механічних пошкоджень. Через 3 – 6 діб утворення фібробластів і капілярів стає настільки вираженою, що останні представляють собою густу сітку, яка пронизує шар фібрину. Грануляції створюють на поверхні рани біологічний захист проти збудників інфекції і токсинів. Лише після повного очищення рани від некротичних тканин і заповнення її грануляційної рани від некротичних тканин і заповнення її грануляційною тканиною починається власне заживлення. Дозрілі глибокі шари грануляцій піднімаються до рівня шкіри до тих пір, поки не буде заповнений весь дефект. В період заповнення рани грануляціями епітелізація по краям її незначна, але до моменту заповнення дефекта утворення епітелію прискорюється. Щоб скоротити процес заживлення вторинним натягом, можна ушити рану або провести вільне пересадження шкіри.

**Заживлення ран під струпом.** При поверхневих ранах, які не проникають через всі шари шкіри (садна), заживлення проходить під струпом, що складається з фібрину та клітин крові. При відсутності інфекційного процесу в рані за живлення відбувається на протязі декількох діб. При цьому епітелій швидко поширюється на всю поверхню рани.

#### **6.4. Клініка раневої інфекції**

Ранева інфекція – динамічний процес, що включає інвазію патогенних мікроорганізмів в організм і реакція тканин на мікроорганізми та їх токсини. Забруднення чистої рани патогенними, здатними до розмноження мікроорганізмами і токсичними речовинами при відсутності запальної реакції організму називають «контамінацією».

**6.4.1. Токсична ранева інфекція** – виникає при попаданні токсичних речовин в рани, звичайно при укусах змій, комах, поранень і уколів хімічним олівцем або предметами з металів.

**6.4.2. Укуси змій** – у 98% локалізуються на кінцівках, 35% від всіх укушених пацієнтів складають діти до 10 років, дві однакові рани на відстані 1 см одна від одної. Отрута містить комплекс ензимів, що діють на всі м'які тканини і викликають нейротоксичну, геморагічну, тромбогенну, гемолітичну і цитотоксичну дію. Отрута змій, що зустрічаються в Європі, головним чином включає в себе геморагічний і гемолітичний токсини. Біль після укусу отруйної змії виражений. Після укусу отруйної змії залишається одна чи дві точкові рани, а після укусу неотруйної – цілий ряд точкових ран. Місцеві симптоми включають набряк і болючість. Біль і екхімози можуть з'являтися на місці укусу через декілька хвилин. Якщо набряку немає на протязі 30 хв, то, імовірно, отрута не була введена в тканини. Набряк може наростати на протязі 24 годин. Геморагічні пухирці і петехії також можуть з'являтися на протязі перших 24 годин, разом з тромбозом поверхневих тканин і можливим некрозом тканин. Також спостерігають гіпотензію, слабкість, пітливість, озноб, головокружіння, непритомність, блювання, проноси, тахікардію, нитковидний пульс, колапс, розлади дихання; смерть спостерігають у 3 – 9% спостережень. Кров негайно відправляють на аналіз, так як може виникнути гемоліз, ниркова та печінкова недостатність.

Лікування: накладання турнікета, розріз в місці укусу, відсмоктування отрути ефективні на протязі 30 хв після укусу; розріз повинен бути не менше 1 см довжиною і 0,8 см глибиною, поздовжнім, а не хрестоподібним. Імобілізація кінцівки, протизміїна сироватка,

**6.4.3. Укуси комах.** Найбільшу небезпеку представляють комахи, які при укусі викликають важкі, можливо фатальні, анафілактичні реакції, – це членистоногі із ряду перепончатокрилих: бджола медоносна, джміль, оса, жовтий і чорний шершні і руда мураха. Отрута цих жалячих комах по дії потенційно подібна з отрутою змій. Комахи з ряду перепончатокрилих, за виключенням бджоли, зберігають жало і можуть жалити повторно, кожний раз вводячи порцію отрути. Отрута бджоли містить гістамін, серотонін, ацетилхолін, мурашину кислоту, фосфоліпазу А, гіалуронідазу і інші протеїни. Симптоми після укусу: локальний біль, набряклість, виражена еритема, відчуття жару, головний біль, зниження зору, гіперемія кон'юнктиви, набряклість і болючість суглобів, свербіж, відчуття страху, кропивниця, петехіальний висип на шкірі і слизових оболонках, головний біль, слабкість, пітливість, нудота, кишкова коліка, диспное, біль в грудях, явища бронхоспазму, ангіоневротичний набряк, судинний колапс. Можливий летальний наслідок від анафілаксії. При цьому спостерігають набряк гортані, легень, головного мозку, застійні явища в внутрішніх органах, менінгеальна гіперемія і крововиливи в шлуночки головного мозку. Смерть настає від явищ шоку, респіраторної недостатності і порушень функції центральної нервової

системи. В більшості випадків смерть настає на протязі 15 – 30 хвилин після укусу.

Лікування: раннє накладання джуга, видалити жало з отрутою, ізопротеренол по 10 мг під язик, при потребі адреналін.

**6.4.4. Пошкодження від уколу хімічного олівця.** При розчиненні анілінового барвника (метиловий фіолетовий) розвивається місцевий некротичний некроз. Поруч з цим виникають і загальні розлади: підвищення температури тіла, нездужання. Лікування полягає у швидкому висіченні місця пошкодження, механічно видаляють вістря олівця шляхом промивання і витирання з накладанням провізорних швів на рану. Рани забруднені «чорнильним» олівцем дуже повільно заживають.

**6.4.5. Пошкодження легкими металами.** При попаданні порошка або стружки легких металів (сплави алюмінію і магнія) в тканини клітинна структура «розривається» внаслідок утворення газоподібного водню. Відбувається важке пошкодження тканин і утворення гранулоподібного болючого інфільтрату.

**6.4.6. Бактеріальна ранева інфекція.** Бактеріальна ранева інфекція викликає чисельні різноманітні розлади за живлення ран і всього організму. Небезпека полягає в тому, що збудник не лише розмножується в рані, але і виділяє одночасно екзотоксини (отруйні продукти свого обміну). При руйнуванні бактерій можливе вивільнення цих екзотоксинів, вони викликають розвиток тканинних некрозів в області рани, порушують процес її заживлення і перешкоджають первинному заживленню. Через лімфатичні і кровоносні судини токсини попадають в загальний кровоплин і призводять до інтоксикації організму.

**6.4.7. Гнійна і гнилісна ранева інфекція.** Поява помітних ознак реакції організму на занурення мікроорганізмів означає перехід контамінації в бактеріальну інфекцію. Цей процес залежить від ряду факторів пов'язаних з станом захисних сил організму, кількістю і вірулентністю збудників інфекції рани.

Ранева інфекція – розвиток раневого інфекційного процесу за рахунок патогенних мікроорганізмів, що попали в чисту рану (мікробне забруднення). По мірі розвитку інфекційного процесу в рані мікроби проникають всередину лімфатичних і кровоносних судин і починають швидко розмножуватися, викликаючи нагноєння. У таких випадках рана заживає вторинним натягом.

Повноцінне розкриття інфекційного вогнища, видалення некротичних тканин, забезпечення безперешкодного відтоку ексудату і гною з рани (дренування), правильна антибіотикотерапія сприяють заживленню рани.

Наявність піогенної раневої інфекції характеризується переважанням нагноєння, утворення ексудату, що має переважно гнійний характер. До типових збудників даного виду інфекції відносять: золотистий стафілокок,

біогенний стрептокок, диплокок, гонокок, синегнійна і кишкова палички, протей, тифозна сальмонела.

Поруч з нагноєнням зустрічаються всі типові ознаки запалення: набряклість, гіперемія, підвищення температури, болючість і порушення функції в ділянці вогнища. Біогенна інфекція може бути місцевою і обмеженою. Нерідко як прояв резорбції збудника по ходу лімфатичних судин з'являються червоні смуги (лімфангіт), які беруть початок в області рани і направлені до лімфатичних вузлів.

Якщо організм самостійно або внаслідок лікарського втручання впорається з гнійною інфекцією, то рана після відторгнення всіх некротизованих тканин вистилається масивними яскраво-червоними грануляціями і заживає вторинним натягом. Якщо захисні механізми організму своєчасно не впоралися з гнійною інфекцією рани, то вона прогресує і розвивається загрозна для життя пацієнта генералізована септична інфекція.

Під терміном *абсцес* розуміють гнійне розплавлення тканин обмежене від оточуючих тканин захисним грануляційним валом. При тривалому збереженні вогнища інфекції грануляційний вал може перетворюватися в сполучнотканинну оболонку – капсулу абсцесу.

*Емпієма* представляє собою скопичення гною в анатомічних порожнинах, наприклад плеврі, жовчному міхурі, суглобах.

Прогресуюче нагноєння веде до поширення гною по фасціальним просторам. Таке прогресуюче, що немає тенденції до обмеження, запалення м'яких тканин називається *флегмоною*. Флегмони бувають підшкірні, підфасціальні і міжм'язеві. Але флегмони можуть виникати і в середостінні, ретроперотонеальному просторі, в грудній і серевній стінках, якщо там були пухкі сполучні шари.

Якщо не вжити відповідних заходів (великі розрізи для звільнення сполучнотканинних проторів від гною, ділянок некрозу і забезпечення адекватного відтоку), то через 1 – 2 доби некроз уражених ділянок шкіри, підшкірної клітковини, фасцій, сухожиль і м'язів буде прогресувати.

Гнилісна інфекція, як правило, розвивається в рані, де є мертві тканини, які в результаті життєдіяльності гнилісних бактерій піддаються розпаду. Найчастіше вона спостерігається при вогнепальних пораненнях, великих важких ранах м'яких тканин, відкритих переломах, пролежнях. Гнилісна інфекція рідко виникає самостійно, найчастіше вона приєднується до клостридіальної анаеробної і аеробної інфекції.

При лікуванні раневої інфекції враховують фазу раневого процесу. *Головні задачі лікування гнійної рани* полягають у:

- очищенні рани від нежиттєздатних тканин, зменшенні ступені її мікробного осіменіння, створення найбільш сприятливих умов для відтоку раневого вмісту;
- пригнічення життєдіяльності раневої мікрофлори;
- усунення факторів, що сповільнюють заживлення рани (діабет, авітаміноз, диспротеїнемія і ін.);



- корекція порушень імунного захисту макроорганізму.

У фазі запалення раннього процесу вирішальним моментом у лікуванні гнійної рани є очищення від нежиттєздатних тканин, що містять величезну кількість мікробів, пригнічення розвитку мікрофлори антибактеріальними засобами. Широке розкриття і дренивання гнійних ран, промивання їх антисептиками, перев'язки з некролітичними препаратами, сорбційно-активними засобами.

У фазі регенерації у рані, що очистилася від гною та некротичних тканин, слід стимулювати регенераторні процеси (стимуляція росту грануляційної тканини, оберігання її від травматизації).

У фазі дозрівання рубця і епітелізації головне завдання – закриття дефекту (шкірна пластика).

**6.4.8. Анаеробна ранева інфекція** поділяється на клостридіальну (спороутворюючу) і неклостридіальну (аспорогенну).

**Анаеробна клостридіальна інфекція (газова гангрена)** характеризується прогресуючим набряком, газоутворенням в уражених тканинах і швидкого їх змертвіння, що супроводжується важкою інтоксикацією організму бактеріальними токсинами і продуктами тканинного розпаду. Найчастіше виникає при вогнепальних ранах, великих травмах в результаті катастроф, як ускладнення захворювань і травм товстої і прямої кишки.

Лікування: широке розсічення та максимальне висічення ураженої клітковини, широке розкриття фаціальних просторів; ампутація; гіпербарична оксигенація; протигангренозні сироватки.

**Анаеробна неклостридіальна інфекція** може проявлятися у вигляді целюліта, фасціїта и міозиту, як правило, вони поєднуються, при ураженні м'яких тканин протікає у вигляді флегмони.

Лікування: термінова хірургічна обробка, промивання рани пульсуючим струменем антисептика, кероване абактеріальне середовище, осмотичноактивні мазі на поліетиленгліколевій основі, антибіотики, гіпербарична оксигенація, гідрофільні мазі (левоміколь, діоксизоль, метрокаїн, нітацид, стрептонітол).

**6.4.9. Укушені рани.** Нерідко укушені рани ускладнюються місцевою інфекцією, яка може приймати генералізований характер. Укушені рани, які нанесені людиною, в більшості випадків пов'язані з агресивною поведінкою, а також самопошкодженням (рани губ, язика). По частоті вони займають третє місце після укусів собак і кішок. Найчастіше укуси локалізуються на обличчі, верхніх кінцівках. В більшості випадків при укушених ранах інфекція носить змішаний аеробно-анаеробний характер.

Лікування: рани не ушивають, залишають відкритими, внаслідок високого ризику інфікування, рани промивають струменем теплої води з милом, навколо рани обробляють 70% спиртом або водним розчином йоду, антирабічний імуноглобулін місцево, антибіотикотерапія (лінкоміцин, рифампіцин).

**6.4.10. Хронічні рани і виразки.** *Хронічні рани* – тривало незаживаючі раневі поверхні (більше 8 тижнів), які резистентні до лікувальних заходів. Виразки є найважчою ступінню прояву хронічних ран.

*Хронічному протіканню процесу заживлення і утворенню виразок сприяють:*

- трофічні розлади внаслідок порушення кровопостачання і трофіки тканин;
- порушення іннервації;
- тиск ззовні і зсередини (виразки як результат пролежня);
- хронічне запальне подразнення у вигляді невидаленого кісткового секвестра і інородних тіл;
- специфічна інфекція (туберкульоз, сифіліс, актиномікоз і ін.);
- розпад злоякісних пухлин (карциноми, саркоми і т.д.).

Підтримуючими і провокуючими факторами в утворенні виразок можуть бути: анемія, гіпопротеїнемія, хронічні порушення обміну речовин (цукровий діабет і ін.).

З лікувальної точки зору слід виявити причину хронічного перебігу процесу раневого заживлення і усунути її.

Найчастіше хронічні рани та виразки виникають при веноній та артеріальній недостатності, цукровому діабеті, васкулітах (склеродермія, системний червоний вовчак, вузликовий періаретріт), гематологічних захворюваннях (поліцитемія, кріоглобулінемія).

Призначають гіпербаричну оксигенацію, місцево ензими.

**6.4.11. Діабетичні виразки.** З усіх госпіталізованих пацієнтів з виразками стопи 46% складають пацієнти з цукровим діабетом. Виникають при незначній травмі.

**6.4.12. Пролежні** – область пошкодженої шкіри і прилягаючих тканин, які викликані тривалим тиском. Пролежні досить поширені, вони зустрічаються у 5 – 9% всіх госпіталізованих хворих і у 23% хворих, що потребують спостереження та догляду вдома. У 70% пацієнтів пролежні спостерігаються у віці старше 70 років. У молодому віці вони найчастіше спостерігаються у хворих з неврологічною симптоматикою.

*Клінічні прояви і класифікація пролежнів:*

**Стадія I.** Наявність еритеми.

**Стадія II.** Часткове порушення цілісності шкіри (епідерміса, дерми або обох шарів). Виразка має поверхневий характер і клінічно виглядає як садно, міхур або неглибокий кратер.

**Стадія III.** Глибокий дефект шкіри, що проходить через всі шари, із запальними змінами або некрозом підшкірних тканин. Процес поширюється до фасції. Виразка нагадує кратер.

**Стадія IV.** Глибокий дефект шкіри, що проходить через всі шари, з некрозом або вираженими змінами прилягаючих м'язів, кістки або інших структур.

**6.4.13. Раневий остеомієліт.** Інфекція кісткової системи представляє велику небезпеку для діагностики і лікування, що обумовлено рядом факторів:

- морфофункціональними характеристиками кісткового матрикса;
- частим використанням різних абіогенних матеріалів (металоконструкцій, ендопротезів, кісткових трансплантатів, цементів);
- полімікробним характером колонізуючої мікрофлори;
- латентним клінічним протіканням, яке призводить до запізнілої діагностики.

Під терміном «раневий остеомієліт» об'єднує різні форми гнійно-запальних процесів, що виникають екзогенним шляхом у зоні пошкодження кістки. Інфекція, що уражає всі елементи кістки (кістковий мозок, власне кістку, окістя) або окремі елементи кістки, може виникнути як ускладнення після відкритих і вогнепальних переломів або після кісткових і кістково-пластичних операцій. При всіх видах раневого остеомієліту (посттравматичного, вогнепального, постопераційного), як правило, є перелом або інший вид пошкодження кістки.

Єдиної класифікації раневого остеомієліту немає. Раневий остеомієліт розвивається вторинно, гнійний процес у багатьох випадках обмежується зоною перелома, а при вогнепальному пораненні – зоною раневого каналу. Раневий остеомієліт часто рецидивує і важко піддається лікуванню.

***Розрізняють два типи ускладнень інфікованої кісткової рани:***

- ***ранні*** – настають безпосередньо після поранення, пов'язані в більшості випадків з ураженням кісткового мозку і його запаленням, яке розвивається в кістково-мозковому каналі. Часто характеризуються бурхливим і важким перебігом, що нагадує гострий гематогенний остеомієліт;
- ***пізні*** – виявляються через 1 – 2 місяці після поранення, протікають значно менш виражено, по типу локального процесу. В більшості випадків вони обумовлені запальними змінами, які розвиваються в елементах кісткової тканини поза кістковим мозком і без його участі. Останній обмежений від гнійного вогнища бар'єром, що утворюється навколо змертвілих ділянок кістки.

***На основі морфологічних даних виділяють три етапи в розвитку раневого остеомієліту:***

- ***I етап:*** триває 2 – 3 тижні, характеризується виникненням гострого гнійно-запального процесу в рані, при якому проходить повне або часткове відторгнення мертвих і уражених гнійним процесом м'яких тканин у зоні пошкодження кістки;
- ***II етап:*** формування вогнища запалення і початковий період розвитку кісткового гнійного раневого процесу, що характеризується переважанням відновних реактивних явищ;
- ***III етап:*** виникнення і тривале існування хронічного остеомієліту або кісткового гнійного раневого процесу.

Тривало існуючі, на протязі багатьох років, незаживаючі норці при хронічному остеомієліті можуть призвести до злоякісного переродження

тканини норицевих ходів у плоскоклітинний рак, а інколи і до виникнення саркоми.

**6.4.14. Бактеріально-токсична ранева інфекція.** До токсичних раневих інфекцій, що обумовлені бактеріями, відносять правець і дифтерія.

**Правець.** Збудник *C1. tetani*. Його спори зустрічаються як сапрофіти на поверхні шкіри і в кишечнику людини та домашніх тварин (корови, коні і ін.). В якості вхідних воріт інфекції може служити навіть мале садно. Звичайно неспецифічних захисних механізмів організму буває достатньо, щоб подолати інфекцію. Для того щоб інфекція проявила себе збудники повинні мати високу вірулентність і проникати в організм у великій кількості, або мати ідеальні умови для розмноження. Оскільки збудники правцю можуть розмножуватися тільки при відсутності кисню і при температурі тіла, то обробляючи рани слід висікати їх розтрощені карі, розкривати кишені, видаляти некротичні тканини, особливо при вогнепальних ранах або ранах отриманих під час ДТП.

**Ранева дифтерія.** Дифтерійна бактерія — *Corynebacterium diphtheria*. В даний час зустрічається досить рідко. На початку рана не відрізняється від інших ран, але згодом грануляції стають в'ялими, набувають сіро-жовтого кольору, з'являється схильність до утворення кірочок, оточуючі рану тканини мають синьо-червоний колір, з'являється інфільтрація. У виражених випадках виникають товсті сіро-зелені нальоти на скловидних грануляціях.

Місцево при лікуванні раневої дифтерії слід застосовувати сироватку (місцево та внутрішньом'язово), ультрафіолетове опромінення і антисептики. Одночасно призначають антибіотики пеніцилінового ряду.

**6.4.15. Специфічна ранева інфекція.** Ця інфекція викликається збудниками туберкульозу, сифілісу, сибірки, актиномікозу і ін..

**Туберкульоз ран.** В останній час зустрічають досить рідко. Розрізняють екзо- та ендогенний шляхи попадання мікобактерії туберкульозу в рану. Раневий процес приймає затяжний в'ялопротікаючий характер з частими рецидивами, виділення незначні гнійно-серозного характеру. В більшості випадків процес завершується утворенням рубця, хоча через деякий час можуть відкритися нориця або виникають шкірні форми туберкульозу – вовчакові скрофулодерма, туберкульозна шкірна виразка, бородавчастий туберкульоз, фунгозний туберкульоз з переходом однієї клінічної форми в іншу.

***Туберкульоз рани підтверджують трьома основними методами:***

- бактеріоскопічно – пряма мікроскопія мазків із патологічного матеріалу, забарвлених по Циль-Нільсену; мікроскопія з використанням способів збагачення; люмінесцентна мікроскопія;
- бактеріологічним (посіви);
- біопроби (зараження тварин);
- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).

Комплексне використання методів дозволяє діагностувати туберкульоз.

Але при деяких захворюваннях (актиномікоз, лімфогранулематоз) при вивченні патологічного матеріалу відмічають подібні з туберкульозом дані цитологічного обстеження.

Місцеве лікування рани повинне бути щадне, з ретельним дотриманням правил асептики для попередження розвитку вторинної інфекції.

**Сифіліс ран.** Зустрічається в даний час досить рідко. З хірургічної точки зору найбільший інтерес представляє гумозний період, коли формуються виразки і нориці, які можуть бути пов'язані з банальною інфекцією. Для вторинного сифілісу характерно розвиток специфічних періоститів у вигляді болючих припухлостей м'якої консистенції, що локалізуються на черепі, передній поверхні гомілки, грудині, стегнах.

**Сибірка.** Збудник – *V. anthracis*. ураження шкіри при сибірці спостерігають у 93 – 99% випадків. Захворювання поділяється на клінічні форми: карбункульозну, набрякову, еризипелоїдну, перехідну і ускладнену сепсисом. Найбільший інтерес представляє карбункул. Характерна наявність некротичної виразки з значними серозними виділеннями і вдаленим темним центром, що оточений запальним обідком і вінцем з везикул, які розміщуються на ущільненій основі, з наявністю масивного або помірного набряку оточуючих тканин. Особливістю є відсутність больового синдрому та гнійного вмісту, окрім випадків приєднання вторинної інфекції, вакцинації, антибіотики, місцево антисептики.

**Сказ.** В групу ризику входять особи, що контактують з тваринами (ветеринари, робітники лісництв, кушніри, продавці м'яса).

**Актиномікоз** — хронічне специфічне захворювання, що уражає всі тканини і органи з утворенням щільних множинних інфільтратів. Збудник – *Actinomyces bovis*. Чутлива до температури анаеробна форма *actinimycetes* є постійним жителем верхніх дихальних шляхів і шлунково-кишкового тракту та може служити збудником актиномікозу у людини (ендогенне інфікування). Актиноміцети проявляють свої патогенні властивості лише при попаданні в ішемізовані тканини. В тканинах організму виникає прогресуюче продуктивне хронічне запалення, яке призводить до утворення дископодібних на дотик інфільтратів, які при розплавленні прориваються ерез шкіру і утворюють нориці з виділенням гною і друзів. Приєднання піогенних збудників може призвести до виникнення флегмони.

Радикальне хірургічне лікування можливе на ранніх етапах захворювання, коли є одиничний інфільтрат, тоді можливо висікти весь інфільтрат. У інших випадках розсічення вогнищ абсцедування з некректомією. Антибіотикотерапія, місцево препарати йоду.

## **6.5. Накладання бинтових пов'язок, види бинтових пов'язок**

**Десмургія** – наука про накладання пов'язок з метою правильного лікування пошкоджень і цілої низки захворювань.

### **6.5.1. Класифікація пов'язок:**

1. від характеру та призначення:  
м'які, захисні або лікувальні;

тиснучі (гемостатичні);  
імобілізуючи, транспортні та лікувальні;  
екстенсивні (пов'язки з витяганням);

2. від матеріалу, що використовується для фіксації:  
м'які (бинтові, контурні, косинкові, пращоподібні та ін.);  
тверді (гіпсові, цинк-желатинові, крохмальні, пов'язки з полімерних металів).

**М'які пов'язки** діляться на:

1. бинтові:

- 1.1. марлеві;
- 1.2. еластичні тканинні;
- 1.3. трикотажні тканинні;

2. клейові:

- 2.1. синтетичний клей (креол, колодій);
- 2.2. лейкопластир;

3. косинкові;

4. пращоподібні;

5. контурні:

- 5.1. стандартні контурні (суспензорій, бинт РЕТЕЛАСТ, бандаж);
- 5.2. індивідуальні контурні (виготовлюють при необхідності).

Бинти готують різної ширини від 5 до 20 см. Широкі бинти використовують при накладанні пов'язок на живіт, таз, грудну клітину, вузькі – при накладанні пов'язок на пальці та кисті.

#### **6.5.2. Правила накладання м'яких пов'язок:**

1. хворому надають зручного положення;
2. частина тіла, яку необхідно перев'язати повинна бути абсолютно нерухомою. Кінцівка повинна перебувати в середньо фізіологічному положенні;
3. оператор стає обличчям до хворого, щоб негайно реагувати на біль спричинений перев'язкою;
4. пов'язка накладається у напрямку від периферії кінцівки до тулуба і розпочинається з фіксуючого туру, яким кінець бинта закріплюють на перев'язуваній поверхні;
5. у разі типового накладання пов'язки бинт тримають у правій руці, його вільний кінець (початок) – у лівій;
6. розмотують бинт зліва направо, не відривачи рук від перев'язуваної поверхні і не розтягуючи бинт по повітрю;
7. накладати пов'язку слід так, щоб кожний наступний тур прикривав попередній на 2/3 ширини. Фіксація м'якої бинтової пов'язки досягається розщепленим кінцем бинта, який зав'язується у вузькому, найменш рухомому місці. Вузол потрібно зав'язувати з протилежного боку від ділянки ушкодження.

#### **6.5.3. Вимоги до бинтових пов'язок:**

- повинні міцно фіксувати ушкоджену ділянку до наступної перев'язки;

- повинні бути щільно накладені, але не туго, і не спричиняти хворому незручності;
- повинна лежати рівно, без зморшок;
- повинна рівномірно тиснути на відповідну частину тіла і не крутитися, зісковзувати або заважати рухам.

#### **6.5.4. Основні типи бинтових пов'язок:**

1. колова (циркулярна) – для бинтування лобу, нижньої третини стегна, гомілково-стопного суглобу;
2. спіральна – накладають на кінцівку, тулуб, грудику;
3. повзуча – для фіксації великого за площею перев'язувального матеріалу на кінцівках;
4. хрестоподібна – накладається у вигляді 8-ки, на суглоби кінцівок, голову;
5. колосоподібна – накладають на плечовий суглоб, надпліччя, пахову ділянку, кульшовий суглоб та інші важкодоступні ділянки;
6. черепащача – виконується в двох варіантах збіжна і розбіжна, накладається на великі суглоби (колінний, ліктьовий, гомілково-стопний);
7. поворотна – накладається на куку кисті або стопи після ампутації;
8. Т-подібна – накладають на промежину, пахову ділянку.

Різновиди пов'язок за локалізацією:

1. пов'язки на голову та шию (шапочка Гіпократата, чепець, неаполітанська пов'язка, вуздечка);
2. пов'язки на грудику, плечовий пояс та верхню кінцівку (пов'язки Вельпо, Дезо);
3. пов'язки на черевну стінку та таз;
4. пов'язки на нижні кінцівки.

## **6.6. Визначення групи крові та резус-належності**

### **6.6.1. Визначення групи крові:**

**1. по стандартним ізогемаглютинуючим сироваткам:** необхідно два комплекти стандартних гемаглютинуючих сироваток I (0), II (A), III (B) груп двох різних серій і одна ампула сироватки IV (AB) (в кожну ампулу сироватки опускають суху чисту піпетку), флакон з ізотонічним розчином натрію хлориду з піпеткою, чисто вимита суха тарілка, предметні скельця, стерильні скарифікатори, стерильні марлеві шарики, спирт.

Кожна ампула стандартної сироватки повинна мати паспорт-етикетку з вказаною групою крові, номером серії, титру, терміну придатності, місця виготовлення. Ампулу без етикетки використовувати забороняється. Стандартні сироватки випускають з певним кольоровим маркуванням: I (0) – безколірна, II (A) – голуба, III (B) – червона, IV (AB) – жовта. Маркування на етикетці ампул проводять у вигляді смужок: на II (A) – дві голубі смужки, на III (B) – три червоні, IV (AB) – чотири жовті. Сироватки зберігають при температурі 4 – 10°C. Сироватки повинні бути світлі і прозорі. Співвідношення досліджуваної крові до стандартної сироватки 1:5 або 1:10. Визначення проводять при температурі 15 –

25°C з додаванням краплі ізотонічного розчину натрію хлориду, оцінюють результати не раніше ніж через 5 хв. після початку дослідження (для попередження висихання краплі сироватки, утворення «монетних» стовпчиків еритроцитів, холодової аглютинації).

Тарілку поділяють кольоровим олівцем на чотири сектори і в напрямку часової стрілки позначають квадрати: I (0), II (A), III (B) і IV (AB). У відповідний квадрат тарілки відповідною піпеткою наносять велику краплю сироватки двох серій I (0), II (A), III (B). Після обробки антисептиком скарифікатором виконують прокол подушечки пальця, краплю крові знімають ватним шариком, наступні краплі знімають різними кутами предметного скла і послідовно наносять ву краплі сироватки. Покачують тарілку перемішуючи сироватку та кров. Попередні результати оцінюють через 3 хв., після чого додають краплю ізотонічного розчину натрію хлориду, знову помішують і через 5 хв. проводять заключну оцінку реакції аглютинації. **Можливі комбінації реакцій аглютинації з стандартними сироватками I (0), II (A), III (B):**

- всі три сироватки у двох серіях не дають аглютинації – кров I (0) групи;
- реакція ізогемаглютинації негативна з сироваткою II (A) групи обох серій і позитивна з сироватками I (0) і III (B) – кров групи II (A);
- реакція ізогемаглютинації негативна з сироваткою III (B) групи обох серій і позитивна з сироватками I (0) і II (A) – кров групи III (B);
- сироватки обох серій I (0), II (A), III (B) дають позитивну реакцію – кров IV (AB) групи. Необхідно провести реакцію ізогемаглютинації з стандартною сироваткою IV (AB) групи по тій же методиці. Негативна реакція ізогемаглютинації дозволяє остаточно віднести досліджувану кров до IV (AB) групи.

**2. за допомогою моноклональних антитіл анти-А і анти-В (целіклони анти-А і анти-В):** моноклональні антитіла анти –А і анти-В продукуються різними гібрид омами, отриманими в результаті злиття антитілутворюючих В-лімфоцитів з клітинами мишачої мієломи. Визначення проводять при температурі 15 – 25°C. на фарфорову пластинку або марковану тарілку наносять по одній великій краплі целіклонів анти-А і анти-В поруч наносять краплю досліджуваної крові в десять разів меншого розміру і змішують окремими паличками. За реакцією спостерігають 2,5 хв. **Можливі реакції аглютинації:**

- аглютинація відсутня з целіклонами анти-А і анти-В, кров не містить аглютиногенів А і В – кров групи I (0);
- аглютинація з целіклонами анти-А; еритроцити досліджуваної крові містять аглютиноген А – кров групи II (A);
- аглютинація з целіклонами анти-В; еритроцити досліджуваної крові містять аглютиноген В – кров групи III (B);
- аглютинація з целіклонами анти-А і анти-В, кров містить аглютиногени А і В – кров групи IV (AB).

При наявності аглютинації з целіклонами анти-А і анти-В додатково проводять повторне дослідження з додаванням великої краплі ізотонічного розчину натрію хлориду.

**3. за допомогою стандартних відмитих еритроцитів з відомою груповою належністю:** з вени беруть 3 – 4 мл крові в пробірку і центрифугують.



На тарілку, поділену на сектори, відповідно до підписів наносять по краплі сироватки, до якої додають краплю стандартних еритроцитів, у 5 разів менше краплі сироватки, покачують на протязі 3 хв., потім додають по краплі ізотонічного розчину натрію хлориду, продовжують помішувати і через 5 хв. проводять оцінку результатів.

***Можливі варіанти аглютинації:***

- аглютинація відсутня з еритроцитами I(0) групи і визначається з еритроцитами II (A) та III (B) груп – кров I (0) групи;
- аглютинація відсутня з еритроцитами I(0) і II (A) груп і визначається з еритроцитами III (B) групи – кров II (A) групи;
- аглютинація відсутня з еритроцитами I(0) і III (B) груп і визначається з еритроцитами II (A) – кров III (B) групи;
- аглютинація відсутня з еритроцитами I(0), II (A) та III (B) груп – кров IV (AB) групи.

**6.6.2. Визначення резус-фактора:** виконують по методу методу конглютинації за допомогою спеціальних сироваток анти-Rh. Попередньо визначають групову належність. Необхідно дві різні серії стандартних сироваток анти-Rh, що відповідають груповій належності досліджуваної крові, або сумісні в груповому відношенні стандартні відмиті одноступінні резус-позитивні і резус-негативні еритроцити, чашка Петрі, водяна баня, піпетка для сироватки, предметні скельця або скляні палички. На чашку Петрі наносять підряд три великі краплі крові анти-Rh однієї серії і паралельно – три краплі сироватки другої серії, отримуючи два горизонтальних ряди сироваток. Потім у перший вертикальний ряд сироваток обох серій вносять по невеликій краплі досліджуваної крові (співвідношення сироватки та крові 10:1 або 5:1), в середній ряд – по такій же краплі стандартних резус-позитивних еритроцитів (контроль активності), у третій ряд – резус-негативні стандартні еритроцити (контроль специфічності). Окремо для кожної краплі скляною паличкою перемішують сироватку і еритроцити, чашки закривають кришкою і поміщають на водяну баню при температурі 46 – 48°C. Через 10 хв. враховують результати. Якщо в краплях обох сироваток з досліджуваними еритроцитами визначається аглютинація – кров резус-позитивна, якщо вона відсутня – кров резус-негативна. Слід пам'ятати, що додавати краплю ізотонічного розчину натрію хлориду категорично заборонено.

***Для експрес-методу визначення Rh-фактора*** використовують спеціальний реагент – сироватку анти-Rh IV (AB) групи, розведену 20 – 30% розчином поліглюкіна. Краплю стандартної сироватки анти-Rh IV (AB) групи наносять на предмете скельце або чашку Петрі і паралельно наносять краплю резус-негативної сироватки IV (AB) групи, що не містить антитіл. До них додають у 2 – 3 рази меншого об'єму краплю досліджуваної крові, перемішують на протязі 3 – 4 хв., після чого додають по одній краплі ізотонічного розчину натрію хлориду і через 5 хв. аналізують результати реакції. При наявності аглютинації еритроцитів з сироваткою анти-Rh і відсутності її з контрольною сироваткою – кров резус-позитивна, при відсутності аглютинації в обох сироватках – резус-негативна. При появі аглютинації в обох сироватках реакцію слід розглядати як сумнівну. Для екстреного переливання слід використовувати лише резус-негативну кров.

### **6.6.3. Проведення проб перед переливанням крові.**

**Підготовка хворого до переливання крові.** У хворого проводять обсеження серцево-судинної, дихальної, сечовидільної систем з метою виявлення протипоказів до переливання крові. За 1 – 2 доби до трансфузії роблять загальний аналіз крові, перед переливанням крові хворий повинен спорожнити сечовий міхур та кишечник. Переливання найкраще виконувати натще або після легкого сніданку.

**Оцінка придатності консервованої крові та її компонентів для переливання.** Перед трансфузією визначають придатність крові для переливання: перевіряють цілісність контейнеру або флакону з препаратом крові, термін придатності, режим зберігання (можливе замерзання, перегрівання). Найбільш доцільно переливати кров із терміном придатності 5 – 7 діб, так як з продовженням терміну придатності крові відбуваються біохімічні та морфологічні зміни, які знижують її позитивні зміни. При макроскопічній оцінці кров повинна мати три шари. На дні розміщений червоний шар еритроцитів, потім – тонкий шар лейкоцитів, а зверху – прозора, злегка жовтувата плазма. Ознаками непридатності крові є червоне або рожеве забарвлення плазми (гемоліз), поява в ній пластівців, помутніння, наявність плівки на поверхні плазми (ознаки інфікування крові), згортків (згортання крові). При терміновому переливанні не відстоюної плазми крові частину її переливають в пробірку і центрифугують. При переливанні заморожених компонентів крові упковки з кров'ю швидко підігрівають до 38°C, потім еритроцити відмивають від використаного кріопротектора – гліцерину для еритроцитів і диметилсульфоксида для лейкоцитів і тромбоцитів.

**Контрольне визначення групи крові реципієнта та донора.** Незважаючи на співпадіння даних в історії хвороби і вказаних на етикетці упаковки, необхідно безпосередньо перед використанням визначити групу крові хворого і взятої з флакона для переливання йому. Визначення проводить лікар, що переливає кров. Оцінюють результати не тільки лікар, що переливає кров, а й інші лікарі. Якщо переливання виконують по екстреним показам, то визначають не тільки групу крові по системі АВ0, але і Rh-фактор хворого (експрес-методом).

**Проведення проб на сумісність.** Для визначення *індивідуальної сумісності* з вени беруть 3 – 5 мл крові в пробірку і після центрифугування або відстоювання одну велику краплю сироватки наносять на тарілку або пластину. Поруч наносять краплю крові донора у співвідношенні 5:1 – 10:1, перемішують кутом предметного скельця або скляною паличкою, спостерігають на протязі 5 хв., після чого додають краплю ізотонічного розчину натрію хлориду і оцінюють результат по наявності або відсутності аглютинації. Відсутність аглютинації свідчить про групову сумісність крові донора в реципієнта.

Визначення сумісності крові по Rh-фактору проводять у випадку несприятливого трансфузіологічного анамнезу (посттрансфузійні реакції при гемотрансфузіях, резус-конфліктна вагітність, викидень), у критичних випадках, коли неможливо визначити резус-фактор крові реципієнта, і у випадках вимушеної трансфузії резус-позитивної крові хворому з невідомою резус-належністю.

**Біологічна проба** на сумісність проводиться з кожним флаконом крові. Після пункції вени триразово, з інтервалами в 3 хв., струминно переливають по 15

мл крові. Для попередження згортання крові під час інтервалів кров переливають повільно з швидкістю 20 крапель/хвилину. Якщо за цей час реакція на переливання крові не виникає (неспокій, відчуття жару у всьому тілі, болі в череві, попереку, голові, ціанотично-червоний колір обличчя, що змінюється блідістю, зниження артеріального тиску, прискорення дихання та пульсу), то переливання крові дозволяють.

## **6.7. Методика проведення катетеризації**

**Катетеризація центральних вен** – черезшкірне введення катетеру в центральну вену.

### **Покази:**

- судинний доступ при наданні невідкладної медичної допомоги;
- неможливість катетеризації периферичної вени;
- вимірювання центрального венозного тиску;
- ендокардіальна електрокардіостимуляція.

### **Противокази:**

- порушення згортання крові;
- нездатність хворого у свідомості виконувати вказівки лікаря;
- гнійна інфекція шкіри і підшкірної клітковини в місці пункції;
- травма проксимальніше місця пункції.

### **Ускладнення:**

- кровотеча;
- інфекція;
- пневмоторакс;
- гемоторакс;
- тампонада серця;
- тромбоз вени;
- втрата провідника;
- емболія фрагментами катетера;
- пошкодження нервів.

### **Препарати та інструменти:**

- 1% розчин лідокаїну, шприц і голка для місцевої анестезії;
- товста голка для введення катетеру і шприц;
- провідник з тримачем;
- скальпель (лезо №11);
- розширювач;
- центральний венозний катетер;
- пластикові хомути для фіксації до шкіри;
- шовк;
- крапельниця.

### **6.7.1. Катетеризація підключичної вени. Використовують два доступи:**

- **Підключичний доступ** – голку вводять на межі між середньою та латеральною третинами ключиці одразу ж під нею. Голку слід направляти медіально і злегка краніально до яремної вирізки грудини.

- **Надключичний доступ** – голку вводять на 1 см вище ключиці та на 1 см латеральніше ключичної головки грудинно-ключично-сосковидного м'язу. Голку слід направляти до яремної вирізки грудини або соска з протилежної сторони.

### **6.7.2. Катетеризація внутрішньої яремної вени. Використовують два доступи:**

- **Центральний доступ** – пальпують трикутник, який утворений ключичною і грудинною головками грудинно-ключично-сосковидного м'язу і ключицею; вводять голку у верхівку цього трикутника під кутом 30 – 45° до шкіри; направляючи голку до соска на стороні пункції.
- **Задній доступ** – пальпують задній край грудинно-ключично-сосковидного м'язу; визначають відстань між ключицею та сосковидним відростком; вводять голку по задньому краю грудинно-ключично-сосковидного м'язу на межі відстані між нижньою та середньою третинами цієї відстані; направляють голку під м'яз до яремної вирізки грудини.

### **6.7.3. Катетеризація по методу Сельдінгера (катетеризація підключичної вени підключичним доступом):**

- визначають анатомічні орієнтири;
- виконують інфільтраційну анестезію шкіри та підшкірної клітковини 1% розчином лідокаїну;
- повільно потягуючи за поршень шприца вводять товсту голку до отримання крові;
- після того як в шприц почне вільно поступати венозна кров від'єднують шприц від голки;
- вводять через голку гнучкий провідник;
- втримуючи провідник видаляють голку;
- скальпелем виконують невеликий розріз шкіри в місці пункції
- для створення підшкірного тунелю по провіднику вводять розширювач;
- втримуючи провідник видаляють розширювач;
- по провіднику вводять центральний венозний катетер;
- видаляють провідник;
- видаляють кров із всіх каналів катетера;
- промивають всі канали катетеру стерильним фізіологічним розчином і закривають корком;
- приєднують до катетеру крапельницю;
- за допомогою білого та блакитного пластикових хомутів підшивають катетер до шкіри.

## Питання до самоконтролю:

1. Особливість перев'язувальних хірургічного профілю.
2. Прибирання в перев'язувальних.
3. Перев'язка в палаті.
4. Матеріал та інструментарій для перев'язок.
5. Стерильний матеріал і інструментарій для перев'язок.
6. Нестерильний матеріал і інструментарій для перев'язок.
7. Захисні заходи при перев'язках.
8. Підготовка пацієнта до перев'язки.
9. Зняття пов'язки.
10. Огляд рани.
11. Санація рани та оточуючих тканин.
12. Догляд за грануляційною тканиною і краями рани.
13. Обробка епітелізуючої раневої поверхні.
14. Накладання нової раневої пов'язки.
15. Фіксація пов'язки.
16. Заключний етап перев'язки.
17. Частота заміни пов'язок.
18. Документація при перев'язках.
19. Перев'язки різних видів ран.
20. Класифікація ран.
21. Класифікації процесу раневого заживлення.
22. Заживлення рани первинним натягом.
23. Заживлення рани вторинним натягом.
24. Заживлення ран під струпом.
25. Токсична ранева інфекція.
26. Укуси змії.
27. Укуси комах.
28. Пошкодження від уколу хімічного олівця.
29. Пошкодження легкими металами.
30. Бактеріальна ранева інфекція.
31. Гнійна і гнилісна ранева інфекція.
32. Анаеробна ранева інфекція.
33. Укушені рани.
34. Хронічні рани і виразки.
35. Діабетичні виразки.
36. Пролежні.
37. Раневий остеомієліт.
38. Бактеріально-токсична ранева інфекція.
39. Ранева дифтерія.
40. Специфічна ранева інфекція.
41. Класифікація пов'язок.
42. Визначення групи крові та резус-належності.
43. Проведення проб перед переливанням крові.
44. Методика проведення катетеризації.

**Тестовий контроль рівня знань з курсу  
«Клінічне медсестринство в хірургії»:**

**1.** Хворий М., 34 роки, отримав різану рану в ділянці підколінної ямки розміром 7х0,3см. Краї рани зяють, кровоточать. Кров витікає пульсуючим струменем, яскраво-червоного кольору. Визначте обсяг першої допомоги.

- A. \*Накладення джгута;
- B. Накладання оклюзійної пов'язки;
- C. Накладення стискаючої пов'язки;
- D. Застосування протромбінової губки;
- E. Іммобілізація шиною Дітерікса.

**2.** Хворий М., 26 років був прооперований з приводу гострого апендициту. На п'яту добу після накладання швів, медична сестра хірургічного відділення оглядає рану: пряма лінія швів, добре зіставлені краї, швидко загоюється, ознак інфікування немає. Яким способом відбувається загоєння рани?

- A. \*Первинним натягом;
- B. Під струпом;
- C. Вторинним раннім натягом;
- D. Вторинним пізнім натягом.

**3.** У пацієнта 49 років, на 4-й день після резекції шлунка виник постійний інтенсивний біль в животі. Положення в ліжку на спині з підтягнутими до живота ногами. Загальний стан важкий. Температура тіла 37,8°C, АТ – 100/60 мм рт ст., пульс – 104 уд/хв. за 1 хв. Язик сухий. Живіт здутий, ліва половина відстає під час дихання. Симптоми Воскресенського, Щоткіна-Блумберга позитивні. Назвіть ймовірне післяопераційне ускладнення.

- A. \*Перитоніт;
- B. Кишкова непрохідність;
- C. Кровотеча;
- D. Панкреатит;
- E. Абсцес.

**4.** Ви медична сестра хірургічного відділення. Лікар призначив премедикацію. Вкажіть максимальний час, який відводиться для премедикації перед операцією:

- A. \*90 хв;
- B. 30 хв;
- C. 60 хв;
- D. 120 хв;
- E. 150 хв.

**5.** У хірургічному відділенні пацієнтці 56-ти років з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок проведена холецистектомія. Що необхідно зробити в післяопераційному періоді для профілактики тромбоутворення?

- A. \*Накладати еластичних бинти на нижні кінцівки;
- B. Проводити переливання крові;
- C. Вводити вікасол;
- D. Іммобілізувати нижні кінцівки;
- E. Вводити фібриноген.

6. Пацієнтка 48 років прооперована з приводу перфоративної виразки шлунка. З метою профілактики кровотечі на ділянку післяопераційної рани медична сестра поклала міхур з льодом. Вкажіть максимальний час, протягом якого можна тримати накладений міхур із льодом не знімаючи.

- A. \*2-3 години;
- B. 1-2 години;
- C. 3-4 години;
- D. 4-5 годин;
- E. 5-6 годин.

7. В травмпункт доставлений пацієнт 23 років, який 40 хв. тому впав на вулиці зі скутера. Об'єктивно: в середній третині лівого стегна набряк, крововилив, патологічна рухливість. Вкажіть абсолютну ознаку перелома.

- A. \*Крепітація;
- B. Біль;
- C. Гіперемія;
- D. Пружисті рухи;
- E. Вимушене положення кінцівки.

8. Медичному персоналу необхідно обробити руки за методом Бруна. Який антисептик необхідно приготувати та протягом якого часу виконувати обробку?

- A. \*96% етиловий спирт, протягом 10 хв.;
- B. 96% етиловий спирт, протягом 3 хв.;
- C. 70% етиловий спирт, протягом 5 хв.;
- D. 70% етиловий спирт, протягом 15 хв.;
- E. 96% етиловий спирт, протягом 15 хв..

9. Хворий скаржиться на біль в правому підребер'ї з іррадіацією в спину та праве плече, блювання. Позитивні симптоми Ортнера, Щьоткіна-Блумберга. Яке подальше лікування повинно бути?

- A. \*Оперативне лікування;
- B. Поперекова новокаїнова блокада;
- C. Введення промедолу;
- D. Введення спазмалгону;
- E. Блокада круглої зв'язки печінки.

10. Медична сестра надає допомогу на полі бою пораненому. Які першочергові дії при відкритому переломі стегна з пошкодженням стегнової артерії?

- A. \*Накладання артеріального джгута;
- B. Проведення іммобілізації кінцівки;

- C. Проведення туалету рани стегна;
- D. Надання горизонтального положення;
- E. Інфузія кровозамінників.

11. В проктологічному відділенні знаходиться пацієнт К, 45 р. Яке обстеження використовується з метою уточнення діагнозу "поліп прямої кишки"?

- A. \*Ректороманоскопія;
- B. Рентгенологічне;
- C. Колоноскопія;
- D. Пальцьове;
- E. Ультразвукове.

12. До Вас звернулася сусідка – 1,5 хвилини тому отримала різану рану плеча. При огляді виявлено кровотечу пульсуючим струменем у середній третині плеча. Вкажіть найефективніший метод тимчасової зупинки кровотечі?

- A. \*Накладання джгута-закрутки;
- B. Підвищене положення кінцівки;
- C. Максимальне згинання кінцівки в суглобі;
- D. Туга тампонада рани;
- E. Холод на рану.

13. В хірургічному відділенні знаходиться хворий з діагнозом: анаеробна газова гангрена стегна. Який антисептик необхідно використати для передстерилізаційної обробки інструментів після перев'язки

- A. \*6% розчин перекису водню;
- B. 5% розчин йоду;
- C. 0,1% розчин марганцевокислого;
- D. 0,02% розчин декаметоксичну;
- E. 0,0002% розчин фурациліну.

14. Спостерігаючи за пацієнтом К., 20 р. після операції із застосуванням міорелаксантів, Ви помітили, що дихання стало поверхнєве, з'явилися брадіпное та легкий акроціаноз. Який лікарський засіб покращить стан пацієнта?

- A. \*Атропіна сульфат 0,1%;
- B. Прозерин 0,05%;
- C. Налорфіну гідро хлорид 0,5%;
- D. Цитохром С 0,25%;
- E. Розчин бемеґриду 0,5%.

15. Жінка отримала опік полум'ям передньої поверхні грудної клітки. Її турбує сильний і пекучий біль. При огляді: гіперемія передньої поверхні грудної клітки, у деяких місцях утворилися пухирці, заповнені світложовтою рідиною. Визначіть площу і ступінь опіку.

- A. \*9%, II ступінь;
- B. 18%, II ступінь;



- С. 9%, III А ступінь;
- Д. 18%, III Б ступінь;
- Е. 4%, IV ступінь.

**16.** До хірурга в поліклініку звернулася жінка С., 55 р. зі скаргами на збільшення родимої плями в ділянці правої скроні. При огляді: пігментна пляма чорно-коричневого кольору, виступає над поверхнею шкіри. Що Ви запідозрите?

- А. \*Меланома;
- В. Саркома;
- С. Епітеліома;
- Д. Ангіома;
- Е. Фіброма.

**17.** Ви працюєте в урологічному відділенні. Вам запропонували підготувати розчин індигокарміну. До якого дослідження готується пацієнт?

- А. \*Хромоцистоскопії;
- В. Внутрішньовенної урографії;
- С. Ретроградної піелоуретерографії;
- Д. Антеградна урографія;
- Е. Ниркова флебографія.

**18.** Що повинна зробити сімейна медична сестра, якщо у пацієнта в ділянці післяопераційного рубця з'явилося обмежене невелике болісне почервоніння?

- А. \*Направити на консультацію до лікаря;
- В. Провести курс антибіотикотерапії;
- С. Зробити розтин почервоніння;
- Д. Прикласти серветку з гіпертонічним розчином;
- Е. Порекорендувати носити бандаж в ділянці рубця.

**19.** Хворий К., 2 доба після великої операції. Проводиться знеболення наркотичними анальгетиками згідно призначення лікаря. Яка ускладнення вони можуть викликати у хворого?

- А. \*Пригнічують дихання;
- В. Спричинюють спазм периферійних судин;
- С. Спричинюють брадикардію;
- Д. Підвищують артеріальний тиск;
- Е. Порушують мозковий кровообіг.

**20.** В операційному залі хворому Д., 18 років, проводиться оперативне лікування – апендиктомія, під загальним знеболенням. Медична сестра анестезистка під час наркозу проводить заповнення медичної документації:

- А. \*Анестезіологічну карту;
- В. Листок спостереження;

- C. Температурний листок;
- D. Історію хвороби;
- E. Медичний кроссворд.

**21.** Ви проводите обстеження пацієнта Р., 42 р., який протягом останніх 7 років хворіє на виразкову хворобу шлунку. Під час роботи на присадибній ділянці у нього з'явився “кинджальний” біль в животі. При огляді – блідість шкіри та слизових, холодний піт, пульс 115 в 1 хв., АТ 105/65 мм.рт.ст., живіт дошкоподібний, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, перкуторно - зникнення печінкової тупості. Поставте попередній діагноз.

- A. \*Перфоративна виразка
- B. Кровоточива виразка
- C. Гострий холецистит
- D. Гострий апендицит
- E. Гострий панкреатит

**22.** За допомогою звернувся пацієнт Л., 25 років, у якого після катання на лижах наявне зниження чутливості в ділянках носа, щік та чола. При огляді шкіра бліда та холодна на дотик. Виберіть, що з переліченого характеризує стан потерпілого?

- A. \*Дореактивний період відмороження;
- B. Початкова стадія загального відмороження;
- C. Загальне переохолодження;
- D. Реактивний період відмороження;
- E. Відмороження II ступеню.

**23.** Пацієнт Н. з необачності взявся за оголений дріт під напругою 380 вольт. Пацієнт знаходиться без свідомості. Визначте першочергові дії при наданні першої допомоги:

- A. \*Звільнити від дії електричного струму;
- B. Провести реанімаційні заходи;
- C. Накласти асептичну пов'язку;
- D. Провести туалет порожнини рота;
- E. Провести хірургічну обробку рани.

**24.** Енергія першого розряду при використанні біполярного дефібрилятора має становити:

- A. \*150-200 Дж;
- B. 200-250 Дж;
- C. 250-300 Дж;
- D. 300-350 Дж;
- E. 350-400 Дж.

**25.** Хворий В., 37 років, звернувся зі скаргами на похолодання стоп, швидку втомлюваність та біль в литкових м'язах обох ніг під час ходи, який змушує

зупиняється. Під час огляду: шкіра гомілок і стоп суха, блідо-синюшного кольору, стопи холодні, ослаблення пульсу на тильній артерії стопи. З чим пов'язані проблеми пацієнта?

- A. \*Облітеруючий ендартерит;
- B. Хвороба Рейно;
- C. Варикозне розширення вен;
- D. Облітеруючий артеріосклероз;
- E. Нейродистрофічний синдром.

26. Перед входом в яку зону операційного блоку члени хірургічної бригади ЗОЗ надягають захисні медичні маски, шапочку, бахіли:

- A. \*Зону обмеженого режиму;
- B. Зону суворого режиму;
- C. Стерильну зону;
- D. Зону загального режиму;
- E. Зону напівсуворого режиму.

27. На стаціонарне лікування до хірургічного відділення доставлено дитину 15 років з гострим апендицитом. Для виконання оперативного втручання у дитини необхідно:

- A. \*Отримати дозвіл батьків або опікуна;
- B. Отримати дозвіл головного лікаря;
- C. Отримати дозвіл старшої операційної сестри;
- D. Отримати згоду дитини на оперативне втручання;
- E. Отримати згоду оперуючого хірурга.

28. Хворому Т, 63 р. переливається еритроцитарна маса. Для запобігання цитратної інтоксикації необхідно:

- A. \*Вводити не більш 500 мл;
- B. Ввести хлорид калію;
- C. Ввести антигістамінні засоби;
- D. Ввести хлорид натрію;
- E. Ввести гідрокарбонат натрію.

29. Підліток 14 років скаржиться на різкий біль у ділянці лівого стегна, почервоніння шкіри, підвищення температури тіла. Об'єктивно: на передній поверхні лівого стегна розлитий болючий інфільтрат, визначається флюктуація, регіонарні лімфатичні вузли збільшені та болючі. В крові – лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. Вкажіть найбільш імовірний діагноз.

- A. \*Флегмона;
- B. Фурункул;
- C. Бешиха;
- D. Гангрена;
- E. Карбункул.

**30.** В приймальне відділення транспортували потерпілого Н., 46 років, з травмою грудної клітки. При огляді пораненого виявили рану, що “дихає”, чути свист повітря, що входить та виходить з рани. Який діагноз?

- A.** \*Відкритий пневмоторакс;
- B.** Поранення серця;
- C.** Поранення легенів;
- D.** Клапаний пневмоторакс;
- E.** Гемоторакс.

**31.** У пацієнта 36 років, після оперативного втручання на шлунку під загальною анестезією через 2 години з'явилося порушення дихання – поверхнєве, аритмічне, до 24-26 за хвилину. Ціаноз, тахікардія, АТ 140/90 мм рт. ст., свідомість збережена. З чого почати первинну допомогу?

- A.** \*Переконатися в прохідності дихальних шляхів;
- B.** Зробити хворому ін'єкцію розчину кофеїну;
- C.** Зробити хворому штучну вентиляцію легень;
- D.** Продовжити активне спостереження за хворим;
- E.** Підключити хворого до апарату штучної вентиляції легень.

**32.** Пацієнт К., 49 р. знаходиться у хірургічному відділенні в післяопераційному періоді. Виберіть умову виникнення тромбозу глибоких вен.

- A.** \*Обмеження рухливості після операції;
- B.** Операція під неінгаляційним наркозом;
- C.** Використання місцевого знеболення;
- D.** Застосування антикоагулянтів;
- E.** Накладання еластичних бинтів.

**33.** При огляді пацієнта у приймальному відділенні встановлено: передня черевна стінка не приймає участі в акті дихання, пальпаторно визначається напруження м'язів, болючість, позитивні симптоми подразнення очеревини. Печінкова тупість відсутня, перистальтика не прослуховується. Вкажіть найбільш вірогідний попередній діагноз?

- A.** \*Перфоративна виразка шлунка;
- B.** Гострий аппендицит;
- C.** Гострий панкреатит;
- D.** Гостра кишкова непрохідність;
- E.** Гострий холецистит.

**34.** У пацієнта постійні скарги на нудоту, відчуття дискомфорту після прийому густої їжі, періодичне блювання, що приносить полегшення. Яке імовірне ускладнення виразкової хвороби шлунка розвинулось у пацієнта?

- A.** \*Стеноз;
- B.** Малігнізація;
- C.** Перфорація;
- D.** Кровотеча;
- E.** Пенетрація.

**35.** В післяопераційну палату доставили пацієнта якому проводили оперативне втручання під епідуральною анестезією. Які тимчасові зміни можуть спостерігатись у пацієнта?

- A.** \*Втрата чутливості;
- B.** Порушення дихання;
- C.** Затримка сечовиділення;
- D.** Патологічні рефлекси;
- E.** Виникає біль.

**36.** Пацієнтка І., 65 р. лікується у травматологічному відділенні з приводу перелому шийки правого стегна. Проведено операцію, накладено скелетний витяг. Що може бути причиною розвитку остеомієліту?

- A.** \*Нестерильний інструментарій;
- B.** Незростання перелому;
- C.** Суворий ліжковий режим;
- D.** Розвиток пролежнів;
- E.** Остеопороз кісток.

**37.** Ви медсестра оглядового кабінету поліклініки, разом з лікарем - онкологом приймаєте участь в огляді пацієнтки К., 49 р.. При пальпації лівої молочної залози у верхньозовнішньому квадранті виявили щільне, бугристе утворення, спаяне зі шкірою. Про яке захворювання можна подумати?

- A.** \*Рак молочної залози;
- B.** Фібroadеному;
- C.** Ліпому;
- D.** Аденому;
- E.** Кісту молочної залози.

**38.** В хірургічне відділення поступив хворий для ургентної операції з приводу апендектомії 2 години тому, під час обіду, виник біль у правій здухвинній ділянці. Що слід зробити при підготовці пацієнта до операції?

- A.** \*Відсмоктати шлунковий вміст;
- B.** Повну санітарну обробку;
- C.** Пробу на антибіотик;
- D.** Часткову санітарну обробку;
- E.** Промити шлунок.

**39.** Хворий знаходиться в хірургічному відділенні після апендектомії. Укажіть фактор високого ризику, який затримує відновлення дихальної системи у даного пацієнта:

- A.** \*Застосування морфіну;
- B.** Спинномозкова анестезія;
- C.** Тривалі блювання;
- D.** Діабет;
- E.** Зупинка дихання під час операції.

**40.** Пацієнт М., 39 р. знаходиться другу добу в післяопераційній палаті відділення інтенсивної терапії. При якій умові хворого НЕ МОЖНА спонукати до кашлю?

- A.** \*Після нейрохірургічних операцій;
- B.** У разі хронічної дихальної недостатності;
- C.** У разі великого післяопераційного розтину;
- D.** У перші 3 доби після операції;
- E.** За наявності трахеостомічної трубки.

**41.** Пацієнт 55 р., в хірургічному відділенні, готується флектомії лівої нижньої кінцівки. При підготовці операційного поля медична сестра помітила фурункул в нижній третині стегна. Лікар відмінив оперативне втручання. Виникнення якої потенційної проблеми було попереджено?

- A.** \*Нагноєння післяопераційної рани;
- B.** Тромбофлебіт;
- C.** Підшкірну гематому;
- D.** Варикозне розширення вен;
- E.** Тромбоз.

**42.** Хворий, 30 р., поступив у хірургічне відділення зі скаргами на біль у ділянці рани і посмикуванням м'язів, набряк кінцівки, головний біль, підвищення температури тіла до 39°C, серцебиття. Шкіра холодна на дотик, забруднена землею. Поставте діагноз.

- A.** \*Правець;
- B.** Бешиха;
- C.** Флегмона;
- D.** Ангіна;
- E.** Газова гангрена.

**43.** Ви провели клінічне обстеження пацієнта Р., 46 років зі скаргами на оперізуючий біль у поперековій дільниці справа, часте сечовипускання, іррадіацію болю в промежину, одноразове блювання. При огляді: позитивний симптом Пастернацького справа. Про яке захворювання можна думати?

- A.** \*Сечокам'яна хвороба;
- B.** Гострий панкреатит;
- C.** Гострий холецистит;
- D.** Гострий апендицит;
- E.** Кишкова непрохідність.

**44.** Пацієнт 56 р. скаржиться на переймоподібний біль в животі, закрепи, рідкі випорожнення з кров'ю протягом року. Схуд на 15кг. Шкіра бліда. Живіт м'який, у лівому підребір'ї пальпується помірно болюче, щільне утворення. Аналіз крові: Ер- $3,0 \times 10^{12}/л$ , Нв-98г/л. Назвіть найбільш інформативний метод діагностики.

- A. \*Колоноскопія (з біопсією);
- B. УЗД;
- C. Комп'ютерна томографія;
- D. Ірігоскопія;
- E. Магніто-резонансна терапія.

45. Ви медична сестра сімейного лікаря. В одному із фермерських господарств травмувалася молода людина. Лікар запідозрив перелом стегна. Яку шину Ви повинні підготувати і застосувати?

- A. \*Шину Дітеріхса;
- B. Шину Беллера;
- C. Шину Фільберга;
- D. Шину Крамера;
- E. Шину Дельбе.

46. Хірургічна обробка рук проводиться шляхом застосування антисептичних розчинів на:

- A. \*Кисті рук, передпліччя, включаючи ліктьові суглоби;
- B. Кисті рук та до середньої третини передпліччя;
- C. Кисті рук та нижньої третини передпліччя;
- D. Кисті рук, включаючи зап'ястковий суглоб;
- E. Кисті рук, верхньої третини передпліччя.

47. На стаціонарне лікування до хірургічного відділення доставлено дитину сироту 15 років з гострим апендицитом. Для виконання оперативного втручання необхідна згода:

- A. \*Консиліуму лікарів;
- B. Головного лікаря;
- C. Чергового лікаря-хірурга;
- D. Лікаря приймального відділення;
- E. Старшої операційної медсестри.

48. У приймальне відділення доставлено хворого К., 56 років. Стан пацієнта важкий, шкіра блідого кольору, пульс – 132 уд/хв, АТ –80/60 мм рт ст. Язик сухий. Живіт м'який, болючий. Позитивні симптоми Валя, шум плеску; на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини – наявність чаш Клойбера. Вкажіть, на яке захворювання свідчать вище вказані ознаки?

- A. \*Кишкову непрохідність;
- B. Гострий апендицит;
- C. Асцит;
- D. Перитоніт;
- E. Гострий панкреатит.

49. Потерпілий Т, 32 років, звернувся в хірургічний кабінет поліклініки зі скаргами на пульсуючий біль в ІІІ пальці правої руки, який пошкодив

напередодні цвяхом. При огляді шкіра пальця гіперемована, напружена, болюча. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз?

- A. \*Панарицій;
- B. Пандактиліт;
- C. Епікондиліт;
- D. Тендовагініт;
- E. Флегмона.

50. Хворій С., 40 років, показана термінова лапаротомія. При обстеженні медсестра помітила на нижніх кінцівках розширені та звивисті вени, над якими шкіра пігментована. Як профілакувати тромбоутворення в післяопераційному періоді?

- A. \*Перед операцією накласти еластичні бинти;
- B. Надати хворій положення Фаулера;
- C. Накласти венозні джгути на ноги;
- D. Ввести антикоагулянти;
- E. Після операції накласти еластичні бинти.

51. В хірургічному відділенні лікується хворий з газовою гангrenoю стегна. Який антисептик необхідно використовувати для передстерилізаційної обробки інструментів після перев'язок?

- A. \*6% розчин перекису водню;
- B. 5% розчин йоду;
- C. Розчин фурациліну;
- D. 0,02% розчин декаметоксину;
- E. 0,1% розчин марганцевокислого калію.

52. Хворому в положенні стоячи наклали на верхню третину стегна гумовий джгут. Протягом 3 хвилин він енергійно ходив. Після цього вени нижньої кінцівки набухли, шкіра набула ціанотичного відтінку, з'явився біль у гоміліці. Про що свідчить результат цієї проби?

- A. \*Недостатність глибоких вен нижньої кінцівки;
- B. Добру прохідність поверхневих вен;
- C. Недостатність поверхневих вен;
- D. Добрий стан комунікантних вен;
- E. Недостатність комунікантних вен.

53. У пацієнта 38 років після бійки виявлено крововилив і крепітацію в ділянці нижньої щелепи. Вкажіть вид пов'язки, яку необхідно застосувати для іммобілізації нижньої щелепи під час транспортування.

- A. \*“Вузечка”;
- B. “Чепець”;
- C. Хрестоподібна;
- D. Колова;
- E. Поворотна.



**54.** Хворий С отримав закритий перелом обох кісток правої гомілки. Вкажіть абсолютну ознаку перелому:

- A.** \*Кісткова крепітація;
- B.** Гематома;
- C.** Зміщення суглобових поверхонь;
- D.** Порушення функції;
- E.** набряк кінцівки.

**55.** Операційна сестра готує первомур для обробки рук. Які головні антисептичні засоби необхідні для його приготування?

- A.** \*171мл. 30-33% перекису водню та 69 мл. 100% мурашиної кислоти;
- B.** 171мл. 30-33% перекису водню та 69 мл. 100% сірчаної кислоти;
- C.** 171мл. 30-33% етилового спирту та 69 мл. - 100% мурашиної кислоти;
- D.** 17мл. 30-33% перекису водню та 69 мл. - 50% мурашиної кислоти;
- E.** 100мл. 6% перекисом водню та 70 мл. 30-33% мурашиної кислоти.

**56.** У клініку доставлено пацієнта з гострим панкреатитом, зі скаргами на оперізуючий біль у верхній половині живота. Яке дослідження буде найбільш інформативним для постановки діагнозу?

- A.** \*Визначення амілази крові;
- B.** Зняття ЕКГ;
- C.** Загальний аналіз крові;
- D.** Оглядовий знімок грудної клітини;
- E.** Оглядовий знімок черевної порожнини.

**57.** Медична сестра готує пацієнта до апендектомії. Що слід зробити перед операцією цьому пацієнту?

- A.** \*Премедикацію;
- B.** Зондування шлунку;
- C.** Катетеризацію сечового міхура;
- D.** Очисну клізму;
- E.** Повну санітарну обробку.

**58.** Пацієнт з виразковою хворобою шлунку скаржиться на різке схуднення, погіршення стану і відразу до м'ясної їжі. Який стан розвинувся у пацієнта?

- A.** \*Рак шлунку;
- B.** Коліт;
- C.** Ожиріння;
- D.** Пневмонія;
- E.** Ентероколіт.

**59.** Ви працюєте в урологічному відділенні, куди щойно поступив хворий з аденомою передміхурової залози, який скаржиться на біль внизу живота,

неможливість сечовипускання. Вкажіть дію медичної сестри при наданні невідкладної допомоги.

- A. \*Катетеризація сечового міхура;
- B. Дати сечогінні препарати;
- C. Покласти міхур з льодом на живіт;
- D. Дати спазмолітичні препарати;
- E. Дати знеболюючі препарати.

**60.** Хворий отримав термічний обмежений опік лівої кінцівки. Вкажіть елементи медичної допомоги на місці події при опіках I-II го ступеня.

- A. \*Охолодження під проточною водою;
- B. Використання розчину декасану;
- C. Накладання сухої асептичної пов'язки;
- D. Обробка вазеліновою олією;
- E. Застосування гіпертонічного розчину.

**61.** В клініку госпіталізовано хворого з діагнозом: анаеробна газова гангрена стегна. Який антисептик обов'язково повинен бути використаний при обробці інструментів після перев'язки?

- A. \*6% розчин перекису водню;
- B. 0,0002% розчин фурациліну;
- C. 5% розчин йоду;
- D. 0,02% розчин декаметоксину;
- E. 0,1% розчин марганцевокислого калію.

**62.** У пацієнта М, 50 років, який переніс травму живота, зі скаргами на біль у ділянці живота, нудоту, блювання при об'єктивному обстеженні виявлено позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. На що це вказує:

- A. \*Гострий живіт;
- B. Гострий панкреатит;
- C. Гострий аппендицит;
- D. Проривна виразка;
- E. Гострий холецистит.

**63.** Пацієнтка скаржиться на біль в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку. Було блювання без полегшення. Температура тіла 37,6°C. Живіт помірно здутий, напружений та болючий в правому підребер'ї. Відмічається помірне напруження м'язів черевної стінки в правому підребер'ї. Симптом Ортнера позитивний. Вкажіть попередній діагноз?

- A. \*Гострий холецистит;
- B. Гострий аппендицит;
- C. Гострий панкреатит;
- D. Гостра кишкова непрохідність;
- E. Перфоративна виразка шлунку.

**64.** Ви – медична сестра здоров'я. До вас звернулася жінка із скаргами на високу температуру тіла, серцебиття. Ви виявили напруження м'язів передньої черевної стінки, симптом Мерфі, Георгієвського-Мюсі позитивні. Яке захворювання ви підозрюєте:

- A.** \*Гострий холецистит;
- B.** Гострий панкреатит;
- C.** Гострий аппендицит;
- D.** Гострий аднексит;
- E.** Гостра кишкова непрохідність.

**65.** В післяопераційній палаті знаходиться пацієнт з ендотрахеальною трубкою. Вам потрібно провести пацієнтові ендотрахеальне відсмоктування. Що потрібно попередньо зробити?

- A.** \*Провести гіпервентиляцію 100% киснем;
- B.** Надати пацієнту відповідну позицію;
- C.** Застосувати знеболюючі засоби;
- D.** Ввести спазмолітичні засоби;
- E.** Пацієнт повинен глибоко подихати.

**66.** В хірургічний кабінет поліклініки звернувся пацієнт Г., 28 р. зі скаргами на різкий біль, почервоніння з фістончатими межами, набряк шкіри в нижній третині правої гомілки, температуру тіла 39°C. Про яке захворювання можна подумати?

- A.** \*Бешиха;
- B.** Варикозна хвороба;
- C.** Тромбофлебіт;
- D.** Лімфаденіт;
- E.** Облітеруючий ендартеріт.

**67.** У поліклініку звернувся пацієнт М., 42 р., зі скаргами на кашель з домішками крові, тяжкість при диханні. Помітно землистий колір обличчя. Курить по пачці цигарок в день. Для уточнення діагнозу лікар призначив рентгенографію органів грудної клітки. Про яке захворювання можна подумати?

- A.** \*Рак легені;
- B.** Запалення легені;
- C.** Бронхіт;
- D.** Бронхоектатичну хворобу;
- E.** Абсцес легені.

**68.** До хірургічного відділення поступає пацієнт Р., 31 р., якому 20 хвилин тому електропилою відрізано II палець правої кисті. Пацієнт блідий, кисть замотана ганчіркою, яка сильно просякла кров'ю. В целофановому пакеті знаходиться відрізаний палець. Що слід зробити при наданні першої допомоги?

- A. \*Накласти джгут на культю;
- B. Накласти асептичну пов'язку;
- C. Ввести знеболюючі препарати;
- D. Ампутований палець помістити в пакет з холодною водою;
- E. Ввести мезатон.

**69.** Хворий знаходиться в післяопераційному періоді з приводу гемороїдектомії. Укажіть фактори високого ризику, які можуть затримувати відновлення сечовидільної системи

- A. \*Спинномозкова анестезія;
- B. Застосування м'язових релаксантів;
- C. Діабет;
- D. Атонія кишок;
- E. Введення великої кількості рідини в/в.

**70.** У приймальне відділення доставили хворого з підозрою на гострий панкреатит. Які із нижче приведених лабораторних досліджень найбільш інформативно підтверджують діагноз:

- A. \*Аналіз сечі на діастазу;
- B. Загальний аналіз крові;
- C. Аналіз крові на цукор;
- D. Аналіз сечі на цукор;
- E. Аналіз крові на білірубін.

**71.** Пацієнту 75 років, виконана операція з приводу пухлини прямої кишки і накладена колостома. Визначте, яка потенційна проблема може виникнути у даного пацієнта в пізньому післяопераційному періоді ?

- A. \*Мацерація шкіри;
- B. Біль у животі;
- C. Затримка стільця;
- D. Кишкова колька;
- E. Не може здійснити самогляд.

**72.** Ви проводите обстеження пацієнта, який звернувся зі скаргами на сіпаючий біль в III пальці правої кисті. Три дні тому під час роботи на присадибній ділянці поранив палець, але рану не обробив і за медичною допомогою не звертався. Останню ніч не спав внаслідок нестерпного болю. Призначено вскриття гнояка. Який вид знеболення тут застосують?

- A. \*За Оберстом – Лукашевичем;
- B. За Школьніковим;
- C. За Вишневським;
- D. За Селівановим;
- E. Загальне знеболення.

**73.** Пацієнт Ф., 53 р. поступив у торакальне відділення з проникаючим пораненням грудної клітки, ускладненим ушкодженням легенів. Здійснена операція – пульмонектомія, призначено дронування плевральної порожнини. Виберіть, необхідний пасивний дренаж:

- A.** \*Сифонний, за методом Бюлау;
- B.** За допомогою 3-х ампульної системи;
- C.** За допомогою електричного пристрою;
- D.** За допомогою водоструминного пристрою;
- E.** За допомогою гумового балончика.

**74.** У пацієнтки 28 років, яка хворіє на виразкову хворобу 12-палої кишки серед повного благополуччя раптово виник сильний "кинджалоподібний" біль в пілородуоденальній ділянці. Прийом 2-х таблеток но-шпи біль не зняв. Об'єктивно: пульс-90/хв., АТ-125/70 мм.рт.ст. Пальпація живота різко болюча в пілородуоденальній ділянці, симптоми подразнення очеревини позитивні. Ан. крові-Нв-124г/л, лейкоцити- 16,8x10<sup>9</sup>/л, ШОЕ-12мм/год. Ці скарги вказують на:

- A.** \*Перфорацію виразки;
- B.** Гострий холецистит;
- C.** Гостру кишкову непрохідність;
- D.** Гострий панкреатит;
- E.** Пенетрацію виразки 12-палої кишки.

**75.** Ви медична сестра сімейного лікаря до Вас звернулася пацієнтка 40 років зі скаргами на виділення з протока молочної залози. Який метод дослідження застосовується для обстеження протока молочної залози?

- A.** \*Мамографія;
- B.** Ангіографія;
- C.** Ірігографія;
- D.** Краніографія;
- E.** Кардіографія.

**76.** Медична сестра може безпосередньо торкатися відкритої або свіжої рани тільки за умови, якщо:

- A.** \*На руки одягнуті стерильні рукавички;
- B.** Є поруч стерильний перев'язувальний матеріал;
- C.** Виконана гігієнічна антисептика рук;
- D.** Виконана хірургічна антисептика рук;
- E.** Є поруч лікар.

**77.** У хворого В., 42 років, після апендектомії в ранньому післяопераційному періоді виникли нудота, блювання. Який препарат використовують для зняття цих симптомів?

- A.** \*Церукал;
- B.** Седуксен;

- C. Промедол;
- D. Фенобарбітал;
- E. Атропін.

**78.** До хірургічного кабінету поліклініки звернувся пацієнт, 39 років зі скаргами на загальну слабкість, порушення сну, підвищення температури тіла до 39,5°C. На задній поверхні шиї в ділянці потилиці – інфільтрат червоного кольору, в центрі якого кілька гнійних стрижнів. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. \*Карбункул;
- B. Фурункул;
- C. Флегмона;
- D. Абсцес;
- E. Лімфангіт.

**79.** У приймальне відділення ЦРЛ доставили потерпілого Н., 30 років, після автоаварії. Потерпілий у непритомному стані, АТ – 90/60 мм. рт. ст., PS – 97 уд/хв, із носа і вух витікає рідина червоного кольору. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз?

- A. \*Перелом основи черепа;
- B. Перелом склепіння черепа;
- C. Перелом лицевої частини черепа;
- D. Струс мозку;
- E. Субдуральна гематома.

**80.** У хворої Ф., 38 років, після ін'єкції анальгіну в ділянці правої сідниці виник щільний, болючий інфільтрат, шкіра над яким гіперемована, набрякла, пальпаторно визначається розм'ягшення в центрі інфільтрату. Поставте діагноз?

- A. \*Абсцес;
- B. Флегмона;
- C. Карбункул;
- D. Фурункул;
- E. Остеомієліт.

**81.** У хірургічному відділенні пацієнту 45 років з виразковою кровотечею, проведено гемотрансфузію. Яке лабораторне дослідження необхідно запланувати на наступний день?

- A. \*Клінічний аналіз крові і сечі;
- B. Аналіз крові на RW;
- C. Пробу за Зимницьким;
- D. Аналіз крові на цукор;
- E. Коагулограму.

**82.** У відділенні гнійної хірургії лікується хворий 72 років з флегмоною кисті, яку розкрили вчора. Пов'язку з яким препаратом необхідно накладати для прискорення очищення рани?

- A.** \*Гіпертонічний розчин;
- B.** Мазь Вишневського;
- C.** Тетрациклінову мазь;
- D.** Пов'язку з фурациліном;
- E.** Пов'язку з димексидом.

**83.** Сторож будівельного майданчика отримав виробничу травму внаслідок завалу: бетонний стовпець придавив праву нижню кінцівку. З анамнезу: стиснення кінцівки тривало понад 7 годин. Надаючи невідкладну допомогу, медична сестра провела знеболення. Вкажіть її першочергову дію, яку слід здійснити перед звільненням нижньої кінцівки пацієнта.

- A.** \*Накласти джгут;
- B.** Охолодити кінцівку;
- C.** Провести іммобілізацію;
- D.** Накласти асептичну пов'язку;
- E.** Накласти еластичний бинт.

**84.** Постраждалий В, 24 р, отримав електротравму на виробництві. З чого необхідно розпочати першу невідкладну допомогу?

- A.** \*Звільнити потерпілого від дії електричного струму;
- B.** ШВЛ;
- C.** Непрямого масажу серця;
- D.** Надання оксигенотерапії;
- E.** Накладання асептичної пов'язки.

**85.** Пацієнт Т, 67р після вживання смаженої їжі скаржиться на гострий біль у правому підребер'ї, який іррадіює у спину, праву лопатку. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A.** \*Гострий холецистит;
- B.** Гострий апендицит;
- C.** Гострий панкреатит;
- D.** Ниркова колька;
- E.** Гостра кишкова непрохідність.

**86.** У дитини при пальпації передньої черевної стінки визначається болісне пухлиноподібне утворення. Дитина неспокійна, постійно плаче. При пальцевому ректальному дослідженні на рукавичці – сліди крові з домішками слизу. Що має місце у дитини?

- A.** \*Інвагінація;
- B.** Гострий апендицит;
- C.** Пухлина сигмоподібної кишки;
- D.** Поліп прямої кишки;
- E.** Синдром портальної гіпертензії.

**87.** Для якої гострої хірургічної патології характерні: переймоподібний біль у животі, нудота, блювання, відсутність випорожнень та відходження газів?

- A.** \*Гостра кишкова непрохідність;
- B.** Перфоративна виразка шлунку;
- C.** Гострий аппендицит;
- D.** Гострий панкреатит;
- E.** Гострий холецистит.

**88.** У пацієнта С. 47 років, який страждає 18 років на виразкову хворобу шлунку, розвинулась шлункова кровотеча. Яку невідкладну допомогу повинна надати хворому медична сестра?

- A.** \*Покласти міхур із льодом;
- B.** Накласти зігрівальний компрес;
- C.** Провести загальний масаж;
- D.** Покласти теплу грілку;
- E.** Поставити гірчичники.

**89.** У хворого на виразкову хворобу виникло блювання у вигляді кавової гущі і чорні рідкі випорожнення. Яку невідкладну допомогу повинна надати медсестра до приходу лікаря?

- A.** \*Покласти міхур з льодом на живіт;
- B.** Промити шлунок холодною водою;
- C.** Промити шлунок розчином перманганату калію;
- D.** Дати ковтати хворому шматочки льоду;
- E.** Ввести розчин церукалу внутрішньом'язево.

**90.** У хворого С, 29 р., що перебуває в загальній палаті, вогнепальна рана ускладнилась розвитком анаеробної інфекції. Назвіть протиепідемічні заходи, які необхідно провести медичній сестрі.

- A.** \*Перевести пацієнта в окрему палату;
- B.** Перевести пацієнта в реанімаційне відділення;
- C.** Провести пацієнту сеанс баротерапії;
- D.** Ввести пацієнту протигангренозну сироватку;
- E.** Виписати контактних хворих.

**91.** Хворий С., 31 р. звернувся із скаргами на підвищення температури до 38°C, біль у поперековій ділянці, припухлість. Об'єктивно: у правій поперековій ділянці болючий інфільтрат розміром 5х6см, шкіра над ним багряного кольору, у центрі багато гнійно-некротичних норниць. Який найбільш імовірний діагноз?

- A.** \*Карбункул;
- B.** Абсцес;
- C.** Бешиха;
- D.** Паранефрит;
- E.** Фурункул.



**92.** Пацієнт Н, потрапив до травматологічного відділення з травмами обличчя та ротоглотки. Внаслідок цього можуть виникнути такі потенційні проблеми, як аспірація блювотними масами, аспіраційна пневмонія. Основним методом вирішення цих проблем є:

- A.** \*Відсмоктування вмісту з дихальних шляхів;
- B.** Дренажне положення в ліжку;
- C.** Застосування інгаляції зволоженого кисню;
- D.** Дихальна гімнастика;
- E.** Застосування дренажів.

**93.** У хлопчика 10 років різана рана передньої поверхні передпліччя. З рани витікає тонка цівка темної крові. Який метод тимчасової зупинки кровотечі слід застосувати в першу чергу?

- A.** \*Накласти тиснучу пов'язку;
- B.** Пальцеве притиснення артерії;
- C.** Накласти джгут вище рани;
- D.** Накласти джгут нижче рани;
- E.** Застосувати міхур з льодом.

**94.** Ви – медична сестра. До вас звернувся пацієнт із скаргами на біль в правій здухвинній ділянці. Оглянувши хворого, ви встановили діагноз - гострий апендицит. Які характерні зміни в загальному аналізі крові при даній патології?

- A.** \*Лейкоцитоз;
- B.** Тромбоцитоз;
- C.** Еритроцитоз;
- D.** Лімфоцитоз;
- E.** Моноцитоз.

**95.** Перед апендектомією Ви проводите пацієнту К., 45 р. премедикацію. З якою метою Ви вводите розчин атропіну сульфату?

- A.** \*Зменшує секрецію залоз;
- B.** Прискорює серцеві скорочення;
- C.** Запобігає блюванню;
- D.** Посилює дію анальгетиків;
- E.** Звужує зіниці.

**96.** До хірурга в поліклініку звернувся пацієнт Ж., 67 р. зі скаргами на біль в ногах, який виникає під час ходьби, що змушує його зупинятися. Через 1-2 хвилини біль зникає. Для якого захворювання характерні ознаки?

- A.** \*Облітеруючого атеросклерозу;
- B.** Варикозного розширення вен;
- C.** Тромбофлебиту;
- D.** Флеботромбозу;
- E.** Хвороби Бюргера.

**97.** У проктологічне відділення на лікування поступив пацієнт М., 69 р. зі скаргами на біль в ділянці заднього проходу, який посилюється під час дефекації. Стілець у вигляді „стрічки”, зі свіжою кров’ю. Що можна запідозрити?

- А. \*Рак прямої кишки;
- В. Поліп прямої кишки;
- С. Тріщини прямої кишки;
- Д. Парапроктит;
- Е. Випадіння прямої кишки.

**98.** У хворого Р., 42 р., після трансфузії 500 мл крові, стабілізованої цитратом натрію, з’явилися судом, неспокій, прискорення пульсу, зниження тиску, утруднення дихання. Яке ускладнення у хворого?

- А. \*Цитратний шок;
- В. Алергічна реакція;
- С. Анафілактичний шок;
- Д. Пірогенна реакція;
- Е. Гемотрансфузійний шок.

**99.** У хворого А, 29 р. в ранньому післяопераційному періоді виникла аспірація шлунковим вмістом. Чим небезпечне дане ускладнення?

- А. \*Розвитком пневмонії;
- В. Розвитком циститу;
- С. Розвитком гастриту;
- Д. Евентерацією;
- Е. Розвитком ангіни.

**100.** Який з методів обстеження прямої кишки дозволяє з’ясувати консистенцію та рухомість пухлини?

- А. \*Пальцеве обстеження;
- В. Іригоскопія;
- С. Ректороманоскопію;
- Д. УЗД;
- Е. Реографія.

**101.** Пацієнт у плановому порядку готується до оперативного лікування. Назвіть стандартну процедуру для очищення травного каналу перед плановою операцією.

- А. \*Ставлять очисну клізму;
- В. Промивають шлунок;
- С. Відсмоктують шлунковий вміст;
- Д. Призначають проносні засоби;
- Е. Призначають білкову дієту.

**102.** В приймальному відділенні Ви проводите клінічне обстеження потерпілого В., 39 років з черепно-мозковою травмою. Об'єктивно: потерпілий непритомний, із зовнішнього слухового проходу та носових ходів повільно витікає рідина рожевого кольору. Навколо обох очей – крововилив. Артеріальний тиск - 105/55 мм. рт.ст., пульс 65 уд./хв. Про який попередній діагноз можна подумати?

- A.** \*Перелом основи черепа;
- B.** Перелом склепіння черепа;
- C.** Перелом скулових кісток;
- D.** Стиснення мозку;
- E.** Внутрішньочерепна гематома.

**103.** Під час інгаляційного наркозу у хворого внаслідок западання язика виникла зупинка дихання. Ви використали потрійний прийом Сафара, однак це виявилось неефективним. Вкажіть подальшу допомогу у даному випадку.

- A.** \*Ввести повітровод;
- B.** Ввести 2,4% розчин еуфіліну;
- C.** Ввести 10% розчин кальцію хлориду;
- D.** Натискувати на грудну клітку;
- E.** Провести дефібриляцію.

**104.** До медичної сестри приймального відділення звернувся пацієнт, який протягом 5 років страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки, яка супроводжується гострим болем у животі, нудотою, різкою слабкістю. Такий стан виник 6 год тому. Пацієнт блідий, АТ-100/60 мм.рт.ст., пульс 96/хв. Язик сухий, живіт дошкоподібний. Симптоми подразнення очеревини на всьому протязі позитивні. Назвіть допоміжний метод обстеження органів черевної порожнини, який необхідно провести для діагностики захворювання:

- A.** \*Оглядова рентгенографія;
- B.** УЗД;
- C.** Ірігоскопія;
- D.** Лапароцентез;
- E.** Колоноскопія.

**105.** Ви медична сестра сімейного лікаря. В амбулаторію звернулася жінка зі скаргами на біль у животі, нудоту, блювання. При обстеженні позитивний симптом Воскресенського, Ровзінга, Щоткіна. Яку патологію Ви запідозрили?

- A.** \*Гострий аппендицит;
- B.** Гострий панкреатит;
- C.** Гострий холецистит;
- D.** Жовчокам'яна хвороба;
- E.** Хронічний панкреатит.

**106.** Генеральне прибирання (миття та дезінфекція) проводиться:

- A.** \*Один раз на сім днів;
- B.** Щодня;

- С. Один раз на три дні;
- Д. Один раз на 10 днів;
- Е. Один раз на місяць.

**107.** Для попередження тромбоутворення в післяопераційному періоді хворим призначають:

- А. \*Цібор;
- В. Фенобарбітал;
- С. Атропін;
- Д. Радедорм;
- Е. Папаверін.

**108.** У приймальному відділенні ЦРЛ під час обстеження хворого з підозрою на гострий перитоніт лікар відмічає посилення болю під час відведення руки після попереднього натискання на передню черевну стінку. Це є позитивний симптом:

- А. \*Щоткіна-Блюмберга;
- В. Грекова-Ортнера;
- С. Ровзінга;
- Д. Образцова;
- Е. Мюссі-Георгієвського.

**109.** У приймальне відділення звернулася хвора С., 38 років, зі скаргами на біль у верхній половині живота, багаторазове блювання. Біль з'явився після прийому смаженого бекону. Об'єктивно: ЧСС – 102 уд/хв, пальпаторно спостерігається напруження м'язів та біль в правому підребер'ї, який віддає в праву лопатку. Вкажіть найбільш імовірний діагноз?

- А. \*Гострий холецистит;
- В. Гострий панкреатит;
- С. Гострий перитоніт;
- Д. Мезентеріальний тромбоз;
- Е. Гострий апендицит.

**110.** Пацієнт Ф., 30 років, звернувся зі скаргами на біль у правому плечовому суглобі після падіння на витягнуту руку. Об'єктивно: правий плечовий суглоб деформований, різко болючий при пальпації, активні рухи в суглобі відсутні, пасивні різко обмежені і носять пружний характер. Поставте діагноз?

- А. \*Травматичний вивих правого плеча;
- В. Закритий перелом в/3 правої плечової кістки;
- С. Вивих акроміального кінця ключиці;
- Д. Забій правого плечового суглоба;
- Е. Відкритий перелом в/3 правої плечової кістки.

**111.** Хворому була проведена серединна лапаротомія, резекція частки тонкого кишечника у зв'язку з кишковою непрохідністю. Що повинна зробити медсестра для попередження ранньої кровотечі?

- A.** \*Покласти вагу на ділянку рани;
- B.** Ввести атропіну сульфат;
- C.** Ввести децинон;
- D.** Накласти тиснучу пов'язку;
- E.** Провести кварцування рани.

**112.** Хворому 72 років проведена холецистектомія. Які заходи необхідно проводити для профілактики тромбоемболічних ускладнень?

- A.** \*Раннє вставання з ліжка;
- B.** Обмеження інфузійної терапії;
- C.** Проведення дихальної гімнастики;
- D.** Введення фібриногену;
- E.** Дотримання суворого ліжкового режиму.

**113.** Пацієнт 28 років перебуває у хірургічному відділенні з приводу вогнепального поранення правої гомілки. Об'єктивно: на 3-ю добу після поранення виник розпираючий біль у ділянці рани, швидко наростає набряк; з рани виділяються пухирці газу, невелика кількість сукровичної рідини, що має неприємний запах. Вкажіть симптом, який є характерною ознакою для даного захворювання.

- A.** \*Симптом "лігатури";
- B.** Симптом "переміжної кульгавості";
- C.** Симптом "Троянова–Тренделенбурга";
- D.** Симптом "прилиплої п'яти";
- E.** Симптом "Ларєя".

**114.** У стаціонар доставлений потерпілий К, 57 років із переломом ребер. Яке положення слід надати потерпілому?

- A.** \*напівсидяче;
- B.** лежаче;
- C.** сидяче;
- D.** на боці;
- E.** на животі.

**115.** Постраждалий отримав закритий перелом лівого стегна. Яку кількість суглобів необхідно фіксувати при наданні невідкладної допомоги?

- A.** \*3;
- B.** 2;
- C.** 1;
- D.** 4;
- E.** 5.

**116.** У хворої К, оперованої з приводу апендициту рік тому виникли біль у животі, блювання, затримка газів. При рентгенографії органів черевної порожнини - множинні "чаші Клойбера". Встановіть попередній діагноз.

- A.** \*Спайкова хвороба;
- B.** Пухлина товстої кишки;
- C.** Пухлина тонкої кишки;
- D.** Защемлена грижа;
- E.** Дивертикуліт товстої кишки.

**117.** На стаціонарному лікуванні у відділенні судинної хірургії знаходиться пацієнтка Г, 57р. з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Яке ускладнення може виникнути у пацієнтки з даною патологією?

- A.** \*Гострий тромбофлебіт;
- B.** Гангрена нижніх кінцівок;
- C.** Остеомієлії гомілки;
- D.** Бешихове запалення;
- E.** Артеріальна кровотеча.

**118.** У пацієнта Ф., 54 років, страждає на сечокам'яну хворобу, ввечері, після фізичного навантаження, виник переймоподібний біль у поперековій ділянці, який віддає у зовнішні статеві органи. З чого почати надання невідкладної допомоги пацієнтові медсестрою-бакалавром?

- A.** \*Покласти гарячу грілку на поперекову ділянку;
- B.** Покласти міхур із льодом на поперекову ділянку;
- C.** Ввести внутрішньо-м'язево розчин папаверину;
- D.** Ввести підшкірно розчин промедолу;
- E.** Провести гарячу ніжну ванну.

**119.** На третю добу в післяопераційному періоді у пацієнта 72 р. раптово виник біль за грудиною, ціаноз верхньої половини тулуба, тахікардія. Шийні вени набрякли. Про який стан можна подумати?

- A.** \*Тромбоемболію легеневої артерії;
- B.** Інфаркт міокарда;
- C.** набряк легень;
- D.** Гіпертонічний кризу;
- E.** Кардіогенний шок.

**120.** Пацієнт В., 58 років знаходиться у хірургічному відділенні в післяопераційному періоді. Виберіть умову виникнення тромбозу глибоких вен.

- A.** \*Обмеження рухомості після операції;
- B.** Застосування антикоагулянтів;
- C.** Накладання еластичних бинтів;
- D.** Операція під неінгаляційним наркозом;
- E.** Використання місцевого знеболювання.

**121.** Хворий К., 36 років, готується до планового оперативного втручання з приводу пахової грижі. Яку клізму необхідно поставити для підготовки кишечника в день операції?

- A. \*Очисну;
- B. Гіпертонічну;
- C. Сифонну;
- D. Мильну;
- E. Лікувальну.

**122.** Вкажіть проблему доопераційного періоду, яка може стати причиною кровотечі з післяопераційної рани це:

- A. \*Порушення згортання крові;
- B. Зниження АТ;
- C. Серцева аритмія;
- D. Порушення обміну речовин;
- E. Раннє вставання з ліжка.

**123.** Під час огляду потерпілої, яка доставлена з місця пожежі, медична сестра діагностувала: шкіра обох рук від плечових суглобів до пальців гіперемована, набрякла, з великою кількістю пухирів різної величини з прозорим та геморагічним вмістом. PS 110 уд/в., АТ 100/70 мм.рт.ст. Пацієнтка голосно скаржиться на біль в руках. Який вид шоку можливий у пацієнтки?

- A. \*Опіковий;
- B. Травматичний;
- C. Хірургічний;
- D. Септичний;
- E. Анафілактичний.

**124.** В хірургічне відділення поступив хворий Ж., 51 р., із скаргами на біль в правій гомілці, набряк. Об'єктивно: почервоніння шкіри над венами, вени м'які, різко болючі. Вкажіть ймовірний діагноз.

- A. \*Флебіт;
- B. Флеботромбоз;
- C. Артеріїт;
- D. Тромбофлебіт;
- E. Ліфмангоїт.

**125.** Під час профілактичного огляду пацієнтки Л., 53 р. встановлено втягнутість соска правої молочної залози, при натискуванні на сосок виділяється крапля крові. До якого спеціаліста слід звернутися пацієнтці на консультацію?

- A. \*Онколога;
- B. Рентгенолога;
- C. Терапевта;
- D. Фтизіатра;
- E. Ендокринолога.

**126.** Пацієнта Н., 25 р. прооперовано в хірургічному відділенні з приводу неускладненої перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. З якого дня пацієнту починається ентєральне харчування?

- A. \*2-го дня;
- B. 1-го дня;
- C. 4-го дня;
- D. 5-го дня;
- E. 7-го дня.

**127.** У потерпілого констатовано клінічну смерть. Проводиться серцево-легенева реанімація. Що з перерахованого нижче свідчить про ефективність непрямого масажу серця?

- A. \*Ппульсація на сонній артерії;
- B. Мимовільні рухи грудної клітки;
- C. Підвищення температури тіла;
- D. Рухи епігастральної ділянки;
- E. Перелом ребер.

**128.** У хворого Б., 45 р. з паховою грижою після важкої фізичної праці з'явився різкий біль в ділянці грижі, вона стала болючою, твердою, перестала вправлятися. Живіт нерівномірно здутий, гази не відходять. Яке ускладнення сталося у хворого?

- A. \*Защемлення грижі;
- B. Невправимість грижі;
- C. Запалення грижі;
- D. Копростаз;
- E. Кишкова непрохідність.

**129.** Чотири дні тому хворий А, 56 р. прооперований з приводу варикозного розширення вен. Що в післяопераційному періоді сприяє тромбоутворенню у даного пацієнта?

- A. \*Уповільнений кровотік у ногах;
- B. Раннє вставання з ліжка;
- C. Пізнє вставання з ліжка;
- D. Захворювання серця;
- E. Гіпокоагуляція.

**130.** В приймальне відділення доставлено хворого з підозрою на перфорацію виразки шлунка. Який із методів діагностики може підтвердити діагноз?

- A. \*Оглядова рентгенографія;
- B. УЗД органів живота;
- C. Ірігоскопія;
- D. Контрасна рентгенографія;
- E. Реографія.



**131.** У пацієнта Ш., 49 р. після переливання крові виникла блідість обличчя, біль у поперековій ділянці. Прогресуюче знизився АТ. Яке ускладнення виникло у даного пацієнта?

- A.** \*Гемотрансфузійний шок;
- B.** Кардіогенний шок;
- C.** Геморагічний шок;
- D.** Гострий пієлонефрит;
- E.** Гостра пневмонія.

**132.** При клінічному обстеженні пацієнта Н., 32 р., Ви виявили скарги на біль під час дефекації, виділення слизу та крові з анусу протягом 2 тижнів. Виберіть метод дослідження, який буде інформативним для уточнення діагнозу?

- A.** \*Ректороманоскопія;
- B.** Рентгеноскопія;
- C.** Ультразвукове обстеження;
- D.** Гастроскопія;
- E.** Фіброгастроезофагоскопія.

**133.** До Вас у медпункт заводу звернулася жінка з скаргами на розпираючий біль у лівій нижній кінцівці, набряк її. В анамнезі варикозне розширення глибоких вен зліва. При огляді Ви виявили збільшення об'єму кінцівки, синюшність. Пульс на артеріях стопи визначається. Ви запідозрили гострий тромбоз глибоких вен лівої ноги. Вкажіть першочергову дію

- A.** \*Обкласти міхурами з льодом;
- B.** Ввести спазмолітики;
- C.** Ввести сечогінні;
- D.** Припідняти уражену кінцівку;
- E.** Зігріваючий компрес на кінцівку.

**134.** Під час медсестринського обстеження пацієнта, тривалий час страждаючого на захворювання цирозом печінки, виникло блювання свіжою кров'ю. Стан пацієнта тяжкий, шкірні покриви бліді, АТ-90/60 мм. рт. ст., пульс 100 за хв., слабкого наповнення. Вкажіть вірогідну причину кровотечі?

- A.** \*Варикозно-розширені вени стравоходу;
- B.** Виразкова хвороба шлунку;
- C.** Перфоративна виразка шлунку;
- D.** Пухлина шлунку;
- E.** Виразка 12-палої кишки.

**135.** До Вас звернувся сусід, у якого після напруження раптово виник різкий біль в лівій паховій ділянці. При огляді Ви встановили в паховій ділянці випинання розміром 2-3см, різко болоче, щільної консистенції. Вправити випинання не вдалося. Надайте першочергову допомогу

- A.** \*Холод на нижню частину живота, викликати "швидку допомогу";
- B.** Холод на нижню частину живота, знеболити, термінова госпіталізація;

- C. Ввести знеболюючі засоби, холод на нижню частину живота;
- D. Ввести спазмолітичні засоби, викликати "швидку допомогу";
- E. Ввести спазмолітичні засоби, грілка на нижню частину живота.

**136.** Які ознаки кровотечі вказують на її легеневе походження?

- A. \*Кров яскравочервона, піниста;
- B. Кров темна, має вигляд кавової гущі;
- C. Кров темна, виділяється з блювотинням;
- D. Кров має кислу реакцію;
- E. Кров темна зі згустками.

**137.** В хірургічне відділення на планову операцію готується пацієнт К, 50 років. Виберіть комплекс препаратів для ранкової премедикації

- A. \*Промедол, атропін, димедрол;
- B. Анальгін, піпольфен, но-шпа;
- C. Димедрол, супрастин, промедол;
- D. Омнопон, метацин, промедол;
- E. Атропін, метацин, дімедрол.

**138.** В хірургічному відділенні знаходиться хворий К., 36 років у важкому стані. Скарги на загальну слабкість, безсоння, надсадний кашель, Об'єктивно температура тіла - 39,7°C, тахіпное. На 9 добу у хворого на фоні частого кашлю виділилось близько 600мл гнійного харкотиння. Стан пацієнта дещо покращився. Про яке захворювання йде мова?

- A. \*Абсцес легень;
- B. Пневмонія;
- C. Плеврит;
- D. Емпієма плеври;
- E. Туберкульоз легень.

**139.** На прийом до онколога звернулась хвора М., 42 років, зі скаргами на появу ущільнення в лівій молочній залозі. При огляді - сосок втягнутий, симптом "лимонної кірки" Виберіть діагноз:

- A. \*Рак молочної залози;
- B. Гострий мастит;
- C. Медіастеніт;
- D. Рак легень;
- E. Гнійний плеврит.

**140.** Потерпілий Т., 72 років, упав на витягнуту руку, відчув різкий біль у лівому передпліччі. Через годину з'явилися набряк, деформація в ділянці ключиці, різкий біль під час руху рукою. Якою пов'язкою краще виконати іммобілізацію перед скеруванням до травм пункту?

- A. \*Хрестоподібною;
- B. Колосоподібною;

- C. Вельпо;
- D. Дезо;
- E. Спіральною.

**141.** У хірургічному відділенні лікується хворий, якому проведена резекція шлунка у зв'язку зі стенозом воротаря. В чому полягатиме профілактика застійної пневмонії у такого пацієнта?

- A. \*Проводити дихальну гімнастику;
- B. Часто провітрювати палату;
- C. Дотримуватись суворого ліжкового режиму;
- D. Вводити сечогінні засоби;
- E. Надати сидячого положення.

**142.** У хворого, прооперованого з приводу поранення гомілки розвинулася газова гангрена. Разом з ним в палаті знаходяться ще 3 прооперованих хворих. Які протиепідемічні заходи необхідно провести?

- A. Перевести хворого в окрему палату;
- B. Перевести хворого в інфекційне відділення;
- C. Ввести хворому протигангренозну сироватку;
- D. Обробити рану перекисом водню;
- E. Посилити санітарний режим в палаті.

**143.** Медична сестра стала свідком травми чоловіка, який пірнав у воду з висоти 2 м. Об'єктивно: при пальпації визначається болісність у ділянці 5-го шийного хребця, крепітація остистого відростка. Вкажіть вид іммобілізації, який необхідно застосувати при транспортуванні пацієнта в лікарню.

- A. \*Комірець Шанца;
- B. Шина Ентіна;
- C. Шина Єланського;
- D. Шина Башмакова;
- E. Ватно-марлеве кільце.

**144.** В стаціонарі хворий Н, 36 р, готується до операції з приводу гострого перитоніту. Який симптом характерний при цьому захворюванні?

- A. Щоткіна-Блюмберга;
- B. Роздольського;
- C. Щоткіна-Гіппократа;
- D. Ортнера-Грекова;
- E. Мейо-Робсона.

**145.** У пацієнта раптовий гострий біль у поперековій ділянці з правого боку, іррадіює в стегно. Позитивний симптом Пастернацького. Для якої патології характерні дані ознаки?

- A. \*ниркова колька;
- B. гострий холецистит;

- С. печінкова колька;
- Д. гострий панкреатит;
- Е. гострий апендицит.

**146.** В приймальне відділення доставлено хворого з защемленою пупковою грижею. Під час огляду грижове випинання вправилось. Яка подальша тактика ведення хворого повинна бути?

- А. \*Госпіталізувати для спостереження;
- В. Відпустити додому;
- С. Лікувати консервативно;
- Д. Госпіталізувати і екстрено оперувати;
- Е. Рекомендувати носити бандаж.

**147.** На стаціонароному лікуванні у відділенні гнійної хірургії перебуває пацієнт у важкому стані. Яка ускладнення можливе у пацієнта з постійним гумовим катетером у сечовому міхурі?

- А. \*Інфікування сечового міхура;
- В. Перфорація сечового міхура;
- С. Аденома передміхурової залози;
- Д. Сечокам'яна хвороба;
- Е. Напад ниркової кольки.

**148.** У хворої М., 68 р., яка протягом 16 років страждає варикозним розширенням поверхневих вен обох нижніх кінцівок, раптово виникла кровотеча з варикозного вузла в нижній третині правої гомілки. У чому полягає перша допомога хворій?

- А. \*Накладання тиснучої пов'язки;
- В. Накладання джгута-закрутки;
- С. Максимальне підняття кінцівки;
- Д. Максимальне згинання кінцівки;
- Е. Провести ПХО рани.

**149.** До проктолога в поліклініку звернувся пацієнт 68 р. зі скаргами на наявність крові під час акту дефекації. Який метод обстеження доцільно провести при підозрі на рак прямої кишки в першу чергу?

- А. \*Пальцеве;
- В. Огляд ректальним дзеркалом;
- С. Ректороманоскопію;
- Д. Рентгенографію;
- Е. Комп'ютерну томографію.

**150.** Медсестра проводить обстеження пацієнта з відмороженням правої кисті. Виберіть, який із симптомів є характерним для дореактивного періоду

- А. \*Втрата чутливості;
- В. Підвищена температура;

- С. Гіперемія шкіри;
- Д. Поява болю;
- Е. набряки тканин.

**151.** Постраждалий 42 років, під час бійки отримав поранення грудної клітки гострим предметом. При огляді: рана в проекції ІХ міжребір'я по лопатковій лінії зліва. Із рани при вдиху виділяється із шумом повітря та бризки крові. Яку допомогу необхідно надати хворому в першу чергу?

- А. \*Накласти оклюзійну пов'язку;
- В. Накласти асептичну пов'язку;
- С. Ввести знеболюючі засоби;
- Д. негайно направити до лікаря;
- Е. Ввести кровоспинні засоби.

**152.** Чоловік 59 р., ріст 186 см., вага 112 кг., скаржиться на поганий апетит, відразу до м'ясних і молочних страв. За останні 3 місяці схуд на 18 кг. Про що може свідчити вказаний симптомокомплекс?

- А. \*Рак шлунку;
- В. Рак товстої кишки;
- С. Синдром хронічної втоми;
- Д. Астенічний синдром;
- Е. Виразкова хвороба шлунка.

**153.** Медсестра проводить обстеження пацієнта з відмороженням правої ступні. Виберіть, який із симптомів є характерним тільки для дореактивного періоду?

- А. \*Втрата чутливості;
- В. Поява болю;
- С. Гіперемія шкіри;
- Д. набряк тканин;
- Е. Підвищення температури.

**154.** На ФАПі у потерпілого виявлені клінічні ознаки внутрішньої кровотечі. До препаратів першої медичної допомоги при артеріальній кровотечі належить:

- А. \*Діцинон;
- В. Гідрокортизон;
- С. Альмагель;
- Д. Вікасол;
- Е. Креозол.

**155.** На прийом до хірурга поліклініки звернувся пацієнт О., 35 р. з пораненням правої гомілки. З'ясовано, що протягом 3-х останніх років пацієнт не отримував щеплення проти правця. Який препарат слід приготувати для екстреної профілактики правця у даного пацієнта?

- А. \*Правцевий анатоксин;
- В. Протиправцеву сироватку;

- С. Протиправцевий конячий імуноглобулін;
- Д. Правцевий анатоксин та протиправцеву сироватку;
- Е. АКДС.

**156.** Пацієнтка 46р. перебуває на лікуванні в хірургічному відділенні після апендектомії. Виберіть, що є характерним для катаболічної фази післяопераційного періоду?

- А. \*Підвищений розпад власних білків;
- В. Початок активного синтезу білків;
- С. Загоєння рани;
- Д. Активне жирутворення;
- Е. Нормалізація температури тіла.

**157.** Для інтубації трахеї пацієнта використали міорелаксант короткої дії - дитилін. Чим усунути його залишкову дію?

- А. \*Прозерином;
- В. Налоксоном;
- С. Мезатоном;
- Д. Адреналіном;
- Е. Атропіном.

**158.** У хворого А. 28р. - ін'єкційного наркомана, після внутрішньовенного введення розчину саморобного наркотику з'явився біль, почервоніння шкіри та ущільнення по ходу вени лівої ступні. Яке ускладнення трапилося?

- А. \*Гострий тромбофлебіт;
- В. Гострий підшкірний абсцес;
- С. Гостра флегмона;
- Д. Постін'єкційний інфільтрат;
- Е. Гангрена ноги.

**159.** Хворий Б, 35 р. знаходиться в післяопераційному періоді. Коли можливе виникнення післяопераційної злоякісної гіпертермії

- А. \*У межах 2-3-х годин після операції;
- В. Протягом усього раннього післяопераційного періоду;
- С. Протягом першої доби після операції;
- Д. У межах перших 2-х діб після операції;
- Е. Протягом першої години після операції.

**160.** В травматологічне відділення поступив пацієнт 23 р. з гемартрозом правого колінного суглоба. З анамнезу з'ясовано, що у пацієнта гемофілія. Вкажіть препарат, який необхідно обов'язково застосувати перед пункцією суглоба.

- А. \*Кріопреципітат;
- В. Альбумін;

- C. Фібрінолізин;
- D. Імуноглобулін;
- E. Плазма.

**161.** Прибувши на пожежу на машині швидкої допомоги Ви побачили людину в якої тліє одяг. На обличчі і кистях рук опіки II ступеня. З чого починається надання першої медичної допомоги?

- A. \*Усунення дії термічного чинника;
- B. Закриття опікової рани;
- C. Іммобілізації рук;
- D. Евакуації постраждалого;
- E. Загальне знеболення.

**162.** Ви проводите клінічне дослідження пацієнта К., 70 років. Об'єктивно: стан важкий, шкіра бліда, пульс – 120 уд/хв, артеріальний тиск – 85/55 мм рт ст. Язик сухий, обкладений. Живіт незначно здутий, при пальпації виявлено позитивний симптом Валя, шум плеску. На оглядовій рентгенографії - наявність кількох горизонтальних рівнів рідини у кишківнику. Поставте попередній діагноз.

- A. \*Кишкова непрохідність;
- B. Гострий холецистит;
- C. Гострий панкреатит;
- D. Ниркова колька;
- E. Гострий апендицит.

**163.** До Вас у медпункт звернувся чоловік 28 років, який минулого дня протягом 4-х годин працював на холоді. Скаржиться на біль в кистях, наявність пухирів. При огляді Ви виявили на кистях рук пухирі, заповнені прозорою рідиною, зниження чутливості шкіри у ділянках ураження. Вкажіть вид і ступінь ураження.

- A. \*Відмороження II ст.;
- B. Відмороження III А ст.;
- C. Опік II ст.;
- D. Опік III ст.;
- E. Відмороження III В ст..

**164.** У пацієнта 70 років раптово з'явилась слабкість, запаморочення. Виникло багаторазове випорожнення прямої кишки калом з рідиною темно-вишневого кольору. За останні 5 місяців схуд на 17кг. Шкіра бліда. У лівій здухвинній ділянці пальпується нерухомий болісний інфільтрат. Які інструментальні обстеження на першому етапі будуть найбільш доцільними?

- A. \*Ректороманоскопія, ірігоскопія, колоноскопія;
- B. УЗД, оглядова рентгенографія грудної клітки;
- C. Рентгеноконтрастне дослідження шлунка, УЗД;
- D. Фіброгастроскопія, комп'ютерна томографія;
- E. Синцитіографія печінки, УЗД.

**165.** Хворий, 65 років, який страждає протягом 10 років хронічним ларингітом, скаржиться на зміну голосу, охриплість, біль. За останні два місяці схуд на 10кг. Це патологія характерна для такого стану пацієнта:

- A. \*Рак гортані;
- B. Рак стравоходу;
- C. Рак щитоподібної залози;
- D. Зоб ендемічний;
- E. Рак шлунка.

**166.** Який інструментальний метод обстеження є найінформативнішим для діагностики виразкової хвороби шлунка?

- A. \*Фіброезофагогастроуденоскопія;
- B. Фракційне зондування;
- C. Іригоскопія;
- D. Колоноскопія;
- E. УЗД.

**167.** Пацієнт Г, 34 років перебуває у реанімаційному відділенні у важкому стані. Виберіть критичні показники стану серцево-судинної системи.

- A. \*Частота пульсу понад 120 ударів;
- B. Частота пульсу понад 100 ударів;
- C. Частота пульсу понад 110 ударів;
- D. Частота пульсу понад 90 ударів;
- E. Частота пульсу понад 80 ударів.

**168.** Хворий 72 років скаржиться на утруднене сечовиділення, сеча виділяється тонким струменем, іноді краплями. Яке захворювання виникло у хворого?

- A. \*Аденома передміхурової залози;
- B. Туберкульоз сечового міхура;
- C. Сечокам'яна хвороба;
- D. Гострий простатит;
- E. Хронічний простатит.

**169.** Хвора Л., 24 р. скаржиться на біль у правій здухвинній ділянці, нудоту, одноразове блювання, температура тіла 37,6°C. Захворіла 9 годин тому. Об'єктивно: живіт симетричної форми, під час пальпації визначається біль у правій здухвинній ділянці, напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Пульс – 92 уд за хв, АТ 110/70 мм рт. ст. Поставте діагноз?

- A. \*Гострий апендицит;
- B. Гострий аднексит;
- C. Гострий холецистит;
- D. Гостра кишкова непрохідність;
- E. Гострий панкреатит.



**170.** Хворий Р., 35 років, звернувся до хірурга поліклініки зі скаргами на гострий біль у поперековій ділянці з іррадіацією в промежину, який з'явився після тривалої поїздки на велосипеді. Було блювання. Живіт не болючий, симптом Пастернацького праворуч позитивний. Який імовірний діагноз:

- A.** \*Ниркова колька;
- B.** Гострий цистит;
- C.** Гострий пієлонефрит;
- D.** Аденома передміхурової залози;
- E.** Пахово-мошонкова грижа.

**171.** Хворий, 43 років, звернувся зі скаргами на сильний біль, почервоніння та набряк шкіри на лівій гомілці. Хворіє 2 дні. Температура тіла 39,5°C. При огляді: в ділянці середньої третини лівій гомілки відмічається набряк, почервоніння шкіри з чіткими фестончатими краями, місцями пухирі різних розмірів, заповнені серозно-геморагічним ексудатом. З чим пов'язані проблеми пацієнта?

- A.** \*Бешиха;
- B.** Фурункульоз;
- C.** Гострий тромбофлебіт;
- D.** Флегмона;
- E.** Лімфангоїт.

**172.** У хірургічному відділенні проведене ПХО рани у потерпілого, який тиждень тому поранив ступню, працюючи на огороді. Наступного дня пацієнт поскаржився на тягнучий біль в рані, сіпання м'язів навколо рани, надмірну пітливість. До якого відділення необхідно перевести цього хворого?

- A.** \*Реанімаційного;
- B.** Терапевтичного;
- C.** Неврологічного;
- D.** Кардіологічного;
- E.** Пульмонологічного.

**173.** Пацієнтка 37 років поступила в хірургічне відділення. Проведена операція: лапаротомія, спленектомія. В черевній порожнині 1,5 л крові. Під час операції перелито 1 л. консервованої крові. Вкажіть препарат, який необхідно ввести для профілактики цитратного шоку.

- A.** \*10% розчин кальцію хлориду;
- B.** 5% розчин амінокапронової кислоти;
- C.** 1% розчин вікасолу;
- D.** 12,5% розчин дицинона;
- E.** 0,9% розчин натрію хлориду.

**174.** В урологічне відділення доставлений потерпілий з діагнозом: розрив сечового міхура. Яке спеціальне дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

- А. \*цистографія;
- В. хромоцистоскопія;
- С. катетеризація сечоводів;
- Д. висхідна пієлографія;
- Е. внутрішньовенна урографія.

**175.** Постраждалий отримав травму грудної клітки. Накладений дренаж за Бюлау. При якій патології він використовується?

- А. \*клапанний пневмоторакс;
- В. розрив печінки;
- С. защемлена грижа;
- Д. черепно-мозкова травма;
- Е. гострий апендицит.

**176.** При огляді на дому пацієнта з жовчнокам'яною хворобою медична сестра звернула увагу на те, що у хворого з'явилися різкий біль в правому підребер'ї, пожовтіння склер і шкіри, ахолічний кал. Вкажіть тактику медсестри?

- А. \*Термінова доставити пацієнта в лікарню;
- В. Призначення дієти № 5 за Певзнером;
- С. Проведення діагностичних заходів по уточненню діагнозу;
- Д. Консервативна терапія в амбулаторних умовах;
- Е. Спостереження за хворим в умовах поліклініки.

**177.** Пацієнт з черепно-мозковою травмою повторно втратив свідомість через 2 години після травми. Під час огляду визначається анізокорія. Який ймовірний діагноз в даному випадку?

- А. \*Здавлення головного мозку;
- В. Струс головного мозку;
- С. Забій головного мозку;
- Д. Непритомність;
- Е. Колапс.

**178.** Хворий К, 29 років, скаржиться на помірний біль у лівому підребер'ї, запаморочення. Біля 14 год. тому впав на лівий бік. Блідість, пульс 118 за хв., АТ – 90/50 мм рт. ст. Незначне напруження м'язів передньої черевної стінки, притуплення перкуторного звуку у відлогих місцях. Що у хворого?

- А. \*Гемоперитонеум;
- В. Перелом ребер зліва;
- С. Забій грудної клітини;
- Д. Гемоторакс;
- Е. Перитоніт.

**179.** У поліклініку звернувся пацієнт 42 р, зі скаргами на кашель з домішками крові, тяжкість при диханні. Курить по пачці цигарок в день. Для уточнення

діагнозу лікар призначив рентгенографію грудної клітки. Про яке захворювання можна подумати?

- А. \*Рак легені;
- В. Пневмонія;
- С. Бронхіт;
- Д. Бронхоектатичну хворобу;
- Е. Абсцес легені.

**180.** Ви – медична сестра-бакалавр. До Вас звернулася пацієнтка зі скаргами на розлитий біль у животі. Оглянувши пацієнтку, Ви виявили симптоми запалення очеревини. Назвіть характерні зміни в загальному аналізі крові при даній патології

- А. \*Лейкоцитоз;
- В. Моноцитоз;
- С. Еритроцитоз;
- Д. Тромбоцитоз;
- Е. Лімфоцитоз.

**181.** Хворий, 66 років, скаржиться на неприємні відчуття, свербіж в ділянці ануса, періодичну

кровотечу наприкінці акту дефекації. Хворіє біля 3-х років. За останні 6 місяців епізоди кровотеч почастишали. В ділянці ануса на 7 та 11 години умовного циферблату визначаються вузли до 1см з синюшним відтінком. Яка найвірогідніша причина такого стану пацієнта?

- А. \*Геморой;
- В. Тріщина;
- С. Рак;
- Д. Парапроктит;
- Е. Випадіння.

**182.** Пацієнт 40 років, хворіє виразковою хворобою шлунка. Турбують наростаюча слабкість, запаморочення. Вранці при підйомі з ліжка, пацієнт на декілька секунд втратив свідомість, зблід. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Яке ускладнення виразкової хвороби медична сестра запідозрила у пацієнта?

- А. \*Кровоточива виразка;
- В. Стеноз воротаря;
- С. Пенетрація виразки;
- Д. Перфорація виразки;
- Е. Малігнізація виразки.

**183.** Дві години тому жінка впала на вулиці, самотійно пересуватись не може. Скарги на біль у лівій гомілці. При огляді ліва гомілка в нижній третині набрякла, а в середній третині деформована. В місці деформації визначається біль і крепітація. Що може запідозрити медична сестра?

- А. \*Перелом гомілки;
- В. Забій гомілки;
- С. Розтягнення зв'язок;
- Д. Вивих у суглобі;
- Е. Розрив м'язів.

**184.** При визначенні груп крові позитивна реакція ізогемаглютинації зі стандартними сироватками А(II) та В(III) груп та негативна з 0(I) та АВ(IV) груп. Про що свідчить даний результат?

- А. \*Непридатність стандартних сироваток;
- В. Кров А (II) групи;
- С. Кров В (III) групи;
- Д. Кров 0 (I) групи;
- Е. Кров АВ (IV) групи.

**185.** Пацієнт А., 58 р. скаржиться на біль в животі, що з'явився після вживання жирної смаженої їжі. При обстеженні визначається напруження м'язів та болісність в правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера і Щоткіна-Блюмберга. Який вірогідний діагноз у даного пацієнта?

- А. \*Гострий холецистит;
- В. Гострий панкреатит;
- С. Гострий апендицит;
- Д. Проривна виразка шлунку;
- Е. Гостра кишкова непрохідність.

**186.** Пацієнту С. зі шлунковою кровотечею призначено введення кровоспинних препаратів. Який з препаратів належить до біологічного методу гемостазу?

- А. \*Фібриноген;
- В. Вікасол;
- С. Андроксон;
- Д. Натрія етамзилат;
- Е. Амінокапронова кислота.

**187.** Утопленого чоловіка доставили на берег через 6 хв. Розпочали непрямий масаж серця та ШВЛ. Яка з перерахованих нижче ознак свідчить про ефективність реанімаційних заходів?

- А. \*Звуження зіниць;
- В. Підвищення АТ;
- С. Прискорення пульсу;
- Д. Розширення зіниць;
- Е. Прискорення дихання.

**188.** Пацієнт К. 35 р. поступив у хірургічне відділення для хірургічного лікування грижі в плановому порядку. Скаржиться на алергію та безсоння. Вкажіть препарат вибору для вирішення проблем пацієнта?

- A. \*Дімедрол;
- B. Еуноктин;
- C. Фенкарол;
- D. Настоянка валеріани;
- E. Хлористий кальцій.

**189.** Ви медична сестра хірургічного відділення, спостерігаєте у хворого Г., 48 р. післяопераційне тремтіння. Чим зняти даний стан у пацієнта?

- A. \*Інгаляцією киснем;
- B. Зігріванням хворого;
- C. Заспокоїти пацієнта;
- D. Заспокійливими засобами;
- E. Протиаритмічними засобами.

**190.** Пацієнту 53 років була зроблена операція: апендиктомія дренування черевної порожнини. Він знаходиться у реаніміційному відділенні. Для запобігання скупчення ексудату в надпечінковому просторі медсестра повинна надати положення пацієнту.

- A. \*Напівсидяче;
- B. На спині;
- C. На правому боці;
- D. На лівому боці;
- E. З опущеним головним кінцем.

**191.** Реалізуючи план медсестринських втручань, медсестра хірургічного відділення повинна навчити пацієнта, після видалення вени (флебектомії)

- A. \*накладати еластичний бинт;
- B. виконувати лікувальний масаж;
- C. міняти положення тіла в ліжку;
- D. дотримуватися дієти;
- E. вимірювати температуру тіла.

**192.** Хворий Н., 72 років скаржиться на утруднене сечовиділення. Він відмічає, що сеча виділяється тонким струменем, іноді краплями, часте сечовипускання вночі? Поставте попередній діагноз.

- A. \*Аденома простати;
- B. Гострий простатит;
- C. Гострий уретрит;
- D. Туберкульоз сечового міхура;
- E. Сечокам'яна хвороба.

**193.** Ви операційна медична сестра готуетесь до виконання оперативного втручання – трахеостомії. Що з переліченого належить до спеціального інструментарію для цієї операції?

- A. \*Розширювач Труссо;
- B. Гачок Фарабефа;

- С. Пінцет хірургічний;
- Д. Тризубий гачок;
- Е. Скальпель черевцевий.

**194.** Ви обстежуєте пацієнта 42 років, якого доставлено до травматологічного відділення після ДТП. Пацієнт загальмований, стогне, шкіра бліда, язик сухий. Частота дихання 28/хв. Праве стегно деформоване, набрякле. У верхній третині стегна відчувається крепітація та патологічна рухливість. Пульс 112/хв, АТ 80/45мм. рт.ст. Стан пацієнта відповідає:

- А. \*Шок II ступеню;
- В. Шок I ступеню;
- С. Шок IV ступеню;
- Д. Шок III ступеню;
- Е. Предагонія.

**195.** Постраждалий, 30 років, після завалу в шахті скаржить на біль в грудній клітці, задишку. При обстеженні шкіра голови, шиї та грудної клітки вище сосків яскраво-червоного кольору з множинними фіолетовими і фіолетово-чорними дрібними крововиливами. Крововиливи спостерігаються також на слизовій оболонці рота, трахеї, в кон'юнктиві і сітківці очей. Вкажіть який патологічний стан виник у постраждалого:

- А. \*Стиснення грудної клітки;
- В. Забій грудної клітки;
- С. Перелом ребер;
- Д. Перелом ключиці;
- Е. Вивих ключиці.

**196.** Яке захворювання може розвинутися після видалення щитоподібної залози?

- А. \*Гіпотиреоз;
- В. Гіпертиреоз;
- С. Ендемічний зоб;
- Д. Цукровий діабет;
- Е. Анемія.

**197.** Пацієнт Д, 28 років готується до виписки після апендектомії. Як повинна загоїтись післяопераційна рана у разі неускладненого післяопераційного перебігу?

- А. \*Первинним натягом;
- В. Вторинним натягом;
- С. Під струпом;
- Д. Третинним натягом;
- Е. За допомогою грануляцій.

**198.** Після закінчення медичного коледжу Ви влаштувались на роботу в хірургічне відділення на посаду операційної медсестри. Вкажіть найбільш ймовірний антисептичний розчин для передопераційної обробки рук за методом Спасокукоцького-Кочергіна.

- A. \*0,5% розчин аміаку;
- B. 3% розчин перекису водню;
- C. 85% розчин мурашиної кислоти;
- D. 1% розчин хлоргексидину біглюконату;
- E. 5% розчин діоциду.

**199.** У хворого Р., 46 років, з виразковим анамнезом, з'явилась слабкість, головокружіння. При огляді визначається блідість шкірних покривів, живіт помірно здутий, симптом Щоткіна-Блюмберга негативний, печінкове притуплення перкуторного звуку збережене. Пульс 104 уд за хв., АТ – 90/60 мм рт.ст. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. \*Шлунково-кишкова кровотеча;
- B. Пенетрація;
- C. Стеноз воротаря;
- D. Малігнізація;
- E. Перфорація.

**200.** Потерпіла Л., 25 років, отримала рану лівого передпліччя. В травм пункті виконана первинна хірургічна обробка рани. Через 6 днів ознаки запалення відсутні. Загоєння первинним натягом. Яке втручання з перелічених є найбільш прийнятним в даному випадку:

- A. \*Зняття швів з рани;
- B. Промивання рани фурациліном;
- C. Опромінення лазером;
- D. Ультрафіолетове опромінення;
- E. Накладання маzewої пов'язки.

**201.** В хірургічне відділення госпіталізований хворий, який скаржиться на біль у правому підребер'ї, нудоту, блювання, відчуття гіркоти в роті. При пальпації живіт болісний в правому підребер'ї, позитивні симптоми Ортнера, Щоткіна-Блюмберга. З чим пов'язані проблеми пацієнта?

- A. \*Гострий холецистит;
- B. Кишкова непрохідність;
- C. Проривна виразка шлунку;
- D. Шлункова кровотеча;
- E. Гострий панкреатит.

**202.** У хірургічному відділенні лікується хворий з виразковою хворобою шлунка. Раптово у нього виникла загальна слабкість, блювання у вигляді кавової гущі. Медична сестра викликала лікаря. Що вона може виконати до його приходу?

- A. \*Покласти на епігастральну ділянку міхур з льодом;
- B. Підготувати до рентгенографії шлунку;
- C. Зондування шлунку;
- D. Ввести кетанов внутрішньом'язово;
- E. Транспортувати до реанімаційного відділення.

**203.** Пацієнт 49 р. доставлений в хірургічне відділення з різаною раною лівого стегна. Після зупинки кровотечі лікар призначив переливання крові. Вкажіть, що необхідно підготувати медсестрі для проведення проби на індивідуальну сумісність.

- A. \*Сироватку пацієнта та еритроцити донора;
- B. Еритроцити пацієнта і сироватку донора;
- C. Еритроцити пацієнта і розчин желатину;
- D. Сироватку пацієнта і сироватку донора;
- E. Сироватку пацієнта і розчин поліглюкіну.

**204.** У постраждалого діагностована травма шийного відділу хребта. Яку транспортну іммобілізацію доцільно використати в цьому випадку?

- A. \*Комірець Шанца;
- B. Шину Крамера;
- C. Шину Дітерікса;
- D. Шину Виноградова;
- E. Шину Белера.

**205.** У хворої раптово виник біль в правій здухвинній ділянці, часте сечовипускання. При огляді - симптом Пастернацького позитивний справа. Який попередній діагноз?

- A. \*Правобічна ниркова коліка;
- B. Гострий апендицит;
- C. Гострий холецистит;
- D. Гостра непрохідність кишечника;
- E. Гострий панкреатит.

**206.** У хворої з гострим панкреатитом у копрологічному дослідженні стеаторея за рахунок нейтрального жиру, креаторея. Призначення яких препаратів є найбільш раціональним?

- A. \*Поліферментних препаратів;
- B. Холінолітиків;
- C. Метронидазолу та лоперамиду;
- D. Антацидів та спазмолітинів;
- E. Холінолітиків та антибактеріальних препаратів.

**207.** Пацієнтка після черепно-мозкової травми скаржиться на головний біль, нудоту, блювання. Відмічає короткочасну (протягом 2-3 хвилин) втрату свідомості. З чим пов'язані проблеми пацієнтки?

- A. \*Струсом головного мозку;
- B. Забоєм головного мозку;



- С. Здавленням головного мозку;
- Д. Колапсом;
- Е. Непритомністю.

**208.** Хворий, 30 років, біля 1 год. тому впав з висоти 1,5 метра на правий бік. Скаржиться на сильний біль у правому підребер'ї, запаморочення. Положення вимушене на правому боці. Блідість, пульс 120 за 1 хв., АТ – 100/50 мм рт. ст. Живіт при пальпації болючий, незначне напруження м'язів передньої черевної стінки, більше зправа, притуплення перкуторного звуку по правому фланку. Що у хворого?

- А. \*Гемоперитонеум;
- В. Пневмоторакс;
- С. Гемоторакс;
- Д. Перфорація виразки;
- Е. Гнійний перитоніт.

**209.** В поліклініку до хірурга звернувся пацієнт з приводу виразкової хвороби та підозрою на рак шлунка. Який метод обстеження є найбільш достовірним для уточнення діагнозу?

- А. \*Фіброгастроскопія;
- В. Оглядова рентгенографія;
- С. Ультразвукове дослідження;
- Д. Рентгенографія з пасажем барію;
- Е. Лапароскопія.

**210.** Пацієнт 40 років перебуває на лікуванні в хірургічному відділенні після герніотомії. Виберіть, що є характерним для катаболічної фази післяопераційного періоду:

- А. \*Підвищений розпад власних білків;
- В. Загоєння рани;
- С. Початок активного синтезу білків;
- Д. Активне жирутворення;
- Е. Нормалізація температури тіла.

**211.** Вкажіть першочерговий елемент медичної допомоги на місці події при обмежених опіках кінцівки I-II-го ступеня?

- А. \*Охолодження під проточною водою;
- В. Обробка вазеліновою олією;
- С. Накладання сухої асептичної пов'язки;
- Д. Застосування гіпертонічного розчину;
- Е. Використання розчину декасану.

**212.** Потерпілого Ж., 44 років, оперують з приводу внутрішньочеревної кровотечі після автомобільної катастрофи. В яких випадках можна

використовувати кров пацієнта з черевної порожнини з метою аутогемотрансфузії?

- А. \*Розрив селезінки;
- В. Розрив печінки;
- С. Розрив тонкого кишківника;
- Д. Розрив сечового міхура;
- Е. Розрив шлунка.

**213.** Пацієнту з ВІЛ-інфекцією планується провести розкриття панарицію I пальця правої кисті. Який із названих антисептиків ви підготуєте для обробки рук хірурга:

- А. \*Бетадин;
- В. Спирт етиловий;
- С. Хлоргексидин;
- Д. Хлорантоїн;
- Е. Діамантовий зелений.

**214.** У хворого раптово виникла загальна слабкість, блювання у вигляді кавової гущі, чорні випорожнення. Яке обстеження потрібно виконати хворому для уточнення діагнозу в першу чергу?

- А. \*Езофагогастродуоденофіброскопію;
- В. Рентгенографію шлунку;
- С. УЗД органів черевної порожнини;
- Д. Фіброколоноскопію;
- Е. Ректороманоскопію.

**215.** Пацієнт Б., 33 р. впав і вдарився головою, свідомості не втрачав, скаржився на головний біль. Прийшовши додому, через 2 години втратив свідомість. Під час огляду: свідомість відсутня, визначається анізокорія. Який вірогідний діагноз в даному випадку?

- А. \*Здавлення головного мозку;
- В. Струс головного мозку;
- С. Травматичний шок;
- Д. Непритомність;
- Е. Колапс.

**216.** Пацієнт Ф., 29 р., з травматичним ушкодженням нирок знаходиться першу добу на лікуванні в урологічному відділенні. Які зміни будуть інформативним при цьому стані?

- А. \*Гематурія;
- В. Парадоксальна ішурія;
- С. Поліурія;
- Д. Полакіурія;
- Е. Странгурія.

**217.** Пацієнтові в післяопераційний період помилково замість 5000 ОД ввели 10000 ОД гепарину. Який медикамент використаєте для нейтралізації його надлишку?

- A.** \*Протаміна сульфат;
- B.** Адреналіна гідрохлорид;
- C.** Атропіна сульфат;
- D.** Натрія гідрокарбонат;
- E.** Кальція хлорид.

**218.** В післяопераційному періоді у хворого почалося різке падіння артеріального тиску та пригнічення дихальної діяльності. Який препарат необхідно ввести хворому?

- A.** \*Кордіамін;
- B.** Еуфілін;
- C.** Мезатон;
- D.** Фенобарбітал;
- E.** Адреналін.

**219.** Після операції у хворого виникла гикавка. Як від неї звільнити пацієнта?

- A.** \*Повторним вдиханням вуглекислого газу протягом 5 хв.;
- B.** Інгаляцією зволженим киснем протягом 5 – 7 хвилин;
- C.** Допомогти затримати дихання протягом 3 – 5 хв.;
- D.** Інтенсивно постукати по спині;
- E.** Налякати.

**220.** В хірургічне відділення поступив пацієнт А., 48 років з діагнозом гострий апендицит. Для премедикації медсестрі необхідно підготувати наступні розчини.

- A.** \*Промедолу, димедролу, атропіну;
- B.** Еуфіліну, анальгіну, мезатону;
- C.** Промедолу, анальгіну, адреналіну;
- D.** Промедолу, хлористого кальцію, атропіну сульфату;
- E.** Атропіну сульфату, еуфеліна, вікасолу.

**221.** На другу добу після лапаротомії, яка відбувалася під ендотрахеальним наркозом, лікар призначив пацієнту В. 31 р., повертатися збоку на бік, проводити дихальну гімнастику, лужні інгаляції. Для запобігання якого ускладнення це потрібно виконувати:

- A.** \*Бронхіту;
- B.** Парезу кишківника;
- C.** Тромбозу;
- D.** Емболії;
- E.** Покращення виділення з дренажу.

**222.** Ви проводите клінічне обстеження пацієнта Р., 46 років з опіком полум'ям до 20% поверхні тіла, із них глибокий опік - до 15%. На 3 день після опіку у нього підвищилась температура тіла до 39°C, з'явилися озноб, спрага, нудота, блювання, пацієнт став збудженим. Яка стадія опікової хвороби у хворого?

- A.** \*Стадія токсемії;
- B.** Торпідна стадія шоку;
- C.** Стадія септико-токсемії;
- D.** Стадія реконвалесценції;
- E.** Еректильна стадія шоку.

**223.** Після ДТП у потерпілого Н., 51 р. на місці пригоди визначено відкритий пневмоторакс. Які Ваші дії при наданні йому першої допомоги?

- A.** \*Накласти оклюзійну пов'язку на вдосі;
- B.** Накласти спіралевидну пов'язку на вдосі;
- C.** Надати положення напівсидячи;
- D.** Визначити шоківий індекс Альговера;
- E.** Налагодити подачу зволоженого кисню.

**224.** Медична сестра обстежує пацієнтку із забрудненою колото-різаною раною правої ступні, в зв'язку з чим була введена протиправцева сироватка. Раптово стан пацієнтки різко погіршився: з'явилася різка слабкість, часте серцебиття. Об'єктивно: блідість шкіри, холодний піт, частий пульс слабкого наповнення 100 уд/хв., АТ 90/40 мм. рт ст. В зв'язку з чим відбулося різке погіршення стану пацієнта?

- A.** \*Гострим анафілактичним шоком;
- B.** Гострим геморагічним шоком;
- C.** Гострим інфекційно-токсичним шоком;
- D.** Сироватковою хворобою;
- E.** Відстроченим больовим шоком.

**225.** У пацієнта, 45 років, побутова рана, на лівій гомілці отримана 2 дні тому. В ділянці рани виявляється набряк, почервоніння, підвищення температури тканини, посилення болю, порушення функції пошкодженої кінцівки. Рана знаходиться за класифікацією М.І. Кузіна і Б.Н. Костюченко в фазі:

- A.** \*Фаза запалення, період судинних змін;
- B.** Фаза запалення, період очищення рани;
- C.** Фаза регенерації і формування грануляцій;
- D.** Фаза дегідратації;
- E.** Фаза запалення, період нагноєння рани.

**226.** Визначіть групу крові у пацієнта, якщо аглютинація виникла у лунках з I і III групами:

- A.** \*Кров II групи;
- B.** Кров I групи;

- C. Кров III групи;
- D. Кров IV групи;
- E. Результат недостовірний.

**227.** Хлопчик 9 років добу тому впав та вдарив праву нижню кінцівку. При обстеженні: температура тіла 38°C. Відмічається загальмованість, млявість дитини. У верхній третині правої гомілки розлитий набряк, болісний при пальпації. Рухи у правому колінному суглобі різко обмежені із-за болю. З додаткового анамнезу стало відомо, що тиждень тому переніс фолікулярну ангіну. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. \*Гострий гематогенний остеомієліт;
- B. Флегмона правої гомілки;
- C. Вивих правого колінного суглоба;
- D. Перелом правого колінного суглоба;
- E. Гострий артрит колінного суглоба.

**228.** На прийом до травматолога звернувся потерпілий М., 42 роки, після отриманих побоїв у ділянці голови. Об'єктивно: рот широко відкритий, хворий не може закрити рота. Нижня щелепа висунута вперед, ковтання та мова утруднені. Жування неможливе. Відмічається слинотеча. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- A. \*Вивих нижньої щелепи;
- B. Отруєння хімічними сполуками;
- C. Забій нижньої щелепи;
- D. Рак стравоходу;
- E. Рання ознака сказу.

**229.** В приймальне відділення за допомогою звернувся хворий В., 39 років, зі скаргами на біль у правому підребер'ї з іррадіацією в праву руку, нудоту, блювання, жовтяницю. Такий біль хворий відмічає вперше. Про яке захворювання можна думати?

- A. \*Гострий холецистит;
- B. Хронічний холецистит;
- C. Хронічний панкреатит;
- D. Гострий гастрит;
- E. Рак шлунка.

**230.** У потерпілого П., 20 років, ножове поранення грудної клітки. Положення вимушене, праворуч у V міжребер'ї різана рана розміром 3x1 см, з якої витікає піниста кров, а під час вдиху чути всмоктування повітря. Яка травма імовірніше у хворого?

- A. \*Відкритий пневмоторакс;
- B. Розрив легень;
- C. Підшкірна емфізема;
- D. Різана рана;
- E. Клапанний пневмоторакс.

**231.** В хірургічне відділення госпіталізований хворий, який скаржиться на біль і випинання в правій паховій ділянці, нудоту, блювання. При обстеженні в правій паховій ділянці невправиме напружене болісне випинання. З чим пов'язані проблеми пацієнта?

- A. \*Защемлена пахова грижа;
- B. Абсцес правої пахової ділянки;
- C. Ліпома правої пахової ділянки;
- D. Туберкульоз лімфатичних вузлів;
- E. Гострий лімфаденіт.

**232.** У торакальному відділенні лікується хворий на абсцес легені. Вранці медсестра відмітила у нього відходження великої кількості харкотиння з неприємним запахом, полегшення стану. Про що це свідчить?

- A. \*Про відкриття абсцесу у бронх;
- B. Про рак легені;
- C. Про бронхоектатичну хворобу;
- D. Про гемопневмоторакс;
- E. Про емпієму плеври.

**233.** В хірургічне відділення поступила пацієнтка 63 років зі скаргами на біль і посмикування м'язів в ділянці колотої рани лівої стопи, яку отримала 5 днів тому, коли випадково наступила на цвях. Вкажіть клінічну ознаку при подальшому обстеженні та прогресуванні захворювання.

- A. \*“Сардонічна посмішка”;
- B. Обличчя “Гіппократа”;
- C. Симптом “окулярів”;
- D. Гнівний погляд;
- E. Симптом Грефе.

**234.** При визначенні групи крові за допомогою цоліклонів реакція аглютинації відбулася з цоліклонами анти-А та анти-В. Яка група крові буде в цьому випадку?

- A. \*Попередньо АВ(IV);
- B. В(III);
- C. А(II);
- D. 0(I);
- E. Остаточо АВ(IV).

**235.** Хвора госпіталізована в хірургічне відділення з діагнозом апендикулярний інфільтрат. Якою повинна бути подальша тактика?

- A. \*Консервативне лікування;
- B. Апендектомія в ургентному порядку;
- C. Вскриття гнійника;
- D. Дренування інфільтрату;
- E. Амбулаторне лікування.

**236.** У хворої з виразковим анамнезом з'явилося блювання кавововою гущею, біль відсутній, слабкість, шкіра бліда, тахікардія, ниткоподібний пульс. Який стан має місце у хворої?

- A. \*Шлункова кровотеча;
- B. Перфорація виразки шлунка;
- C. Гостра кишкова непрохідність;
- D. Печінкова коліка;
- E. Гострий апендицит.

**237.** У пацієнта з термічним опіком в ділянці тильної поверхні правої кисті відзначаються гіперемія шкіри та пухирі, заповнені прозорою рідиною. Який ступінь опіку?

- A. \*II;
- B. I;
- C. III-A;
- D. IV;
- E. III-B.

**238.** Хворий 25 р., хворіє з дитинства на гемофілію А. Об-но: гемартроз колінного суглоба. На тілі виявлені численні синці. Пульс – 80 уд./хв., ритмічний, задовільного наповнення. Артеріальний тиск 110/70 мм рт. ст. Який препарат крові показаний для зупинки кровотечі у даного пацієнта?

- A. \*Кріопреципітат;
- B. Тромбомаса;
- C. Лейкомаса;
- D. Еритромага;
- E. Альбумін.

**239.** У пацієнта В., після внутрішньом'язевого введення 1,0 г цефтріаксону, на другу добу в місці ін'єкції з'явилися біль, набряк, почервоніння. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

- A. \*Абсцес;
- B. Флегмона;
- C. Фурункул;
- D. Карбункул;
- E. Бешиха.

**240.** Ви працюєте в урологічному відділенні. Вам запропонували підготувати розчин індігокарміну. Назвіть дослідження, до якого готується пацієнт

- A. \*Хромоцистоскопії;
- B. Ниркової флебографії;
- C. Ретроградної урографії;
- D. Внутрішньовенної урографії;
- E. Антеградної урографії.

**241.** У хворого, що перебуває в загальній 4-х місній палаті розвинулась анаеробна інфекція. Які протиепідеміні заходи необхідно провести?

- A.** \*Перевести хворого в окрему палату;
- B.** Переписати контактних хворих;
- C.** Перевести хворого в інфекційне відділення;
- D.** Ввести хворому протигангренозну сироватку;
- E.** Провести хворому сеанс оксигенобаротерапії.

**242.** У приймальне відділення хірургічного стаціонару доставлено пацієнта з підозрою на розрив селезінки. Назвіть метод дослідження, що є найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

- A.** \*Лапароцентез;
- B.** Рентгенографія;
- C.** Колоноскопія;
- D.** УЗД;
- E.** Фіброгастроскопія.

**243.** До вас звернувся знайомий, який хворіє гемороєм. Просить пояснити найчастіші причини, що провокують загострення його захворювання. Яка з наведених провокацій є найімовірнішою:

- A.** \*Вживання алкоголю;
- B.** Гарячі ванни;
- C.** Їзда на велосипеді;
- D.** Відмова від жирної їжі;
- E.** Застосування проносних.

**244.** Пацієнт, 52 років, скаржиться на біль, який виник вночі, іррадіює у голівку статевого члена, яєчко. Хворий не знаходить собі місця від болю, збуджений. Тривалість нападу кілька годин, на висоті нападу виникла нудота, блювання. При обстеженні - позитивний симптом Пастернацького. Визначить обсяг первинної допомоги:

- A.** \*Грілка на поперек, введення спазмолітиків;
- B.** Призначення антибіотиків;
- C.** Холод на поперекову ділянку;
- D.** Літотрипсія;
- E.** Введення седативних препаратів.

**245.** До медпункту цегляного заводу доставлено потерпілого К. з венозною кровотечею з нижньої третини передпліччя. Виберіть метод тимчасової зупинки венозної кровотечі для транспортування.

- A.** \*Накладання давлячої пов'язки;
- B.** Прошивання судини в рані;
- C.** Накладання судинного шва;
- D.** Накладання артеріального джгута;
- E.** Пальцеве перетискання судин.



**246.** Що повинна зробити чергова медсестра тяжко хворому у післяопераційному періоді з метою профілактики розходження країв операційної рани та евентерації?

- A.** \*Застосувати бандаж;
- B.** Покласти мішечок з піском;
- C.** Лікувальні фізичні вправи;
- D.** Активне положення хворого в ліжку;
- E.** Покласти міхур з льодом.

**247.** До медичного пункту хімічного комбінату доставлено потерпілого В, 34 р. з опіком каустичною содою. Що слід використати після промивання проточною водою?

- A.** \*2% розчин борної кислоти;
- B.** 2% розчин натрію гідрокарбонату;
- C.** 3% розчин пероксиду водню;
- D.** 0,9% фізіологічний розчин;
- E.** 0,02% розчин фурациліну.

**248.** Під час профілактичного огляду пацієнтки встановлено діагноз злоякісного новоутворення правої молочної залози. Які ознаки найбільш характерні для даної патології?

- A.** \*Утягнутість соска справа;
- B.** Схуднення пацієнтки;
- C.** Збільшення правих пахових лімфовузлів;
- D.** Порухнення менструального циклу;
- E.** Відсутність апетиту.

**249.** У хворої з'явився біль в епігастрії, який до ранку перемістився в праву здухвинну ділянку. При огляді – позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Встановіть попередній діагноз.

- A.** \*Гострий апендицит;
- B.** Кишкова коліка;
- C.** Аднексит;
- D.** Сальпінгіт;
- E.** Ниркова коліка.

**250.** Хвора Н, 48 років, страждає хронічним бешиховим запаленням правої гомілки. До якого ускладнення призводять повторні бешихові запалення:

- A.** \*Слоновості;
- B.** Трофічних виразок;
- C.** Еризепилоїду;
- D.** Артрити;
- E.** Сказу.

**251.** У хворого раптово виникла загальна слабкість, блювання у вигляді кавової гущі, чорні випорожнення. Який препарат потрібно ввести хворому для лікування?

- A.** \*Вікасол;
- B.** Лазікс;
- C.** Папаверін;
- D.** Но-шпу;
- E.** Прозерін.

**252.** Операційна медсестра готується до планової операції – герніотомія. Після миття рук та висушування стерильним рушником, обробляє двічі по 2 хвилини розчином антисептика. Вкажіть, який антисептик застосувала медична сестра згідно даної методики.

- A.** \*Стериліум;
- B.** Первомур;
- C.** Йодопірон;
- D.** Нашатирний спирт;
- E.** Дегміцид.

**253.** Операційна медсестра травматологічного відділення готується до проведення оперативного втручання з приводу репозиції кісткових уламків та металоостеосинтезу. Вкажіть спеціальні інструменти, які вона повинна приготувати до операції.

- A.** \*Распатор Фарабефа, рашпіль;
- B.** Лопатка Ревердена, скальпель;
- C.** Ранорозширювач Фарабефа, ножиці;
- D.** Затискач Мікуліча, ножиці;
- E.** Голка Дешана, пінцет.

**254.** В приймальне відділення доставлений хворий, який після травми відмічає біль і неможливість рухів у правому плечовому суглобі. При огляді правий плечовий суглоб деформований, рухи в суглобі різко обмежені, пружні. З чим пов'язані проблеми пацієнта?

- A.** \*Вивих плеча;
- B.** Розрив м'язів плеча;
- C.** Перелом передпліччя;
- D.** Перелом ключиці;
- E.** Перелом плечової кістки.

**255.** До травматологічного відділення госпіталізовано потерпілого з діагнозом клапанний пневмоторакс. Медсестра взяла пункційну голку, надягла на неї гумову трубку, до якої прив'язала палець від гумової рукавички, розрізала його і занурила у флакон з 0,02% розчином фурациліну. Який дренаж наклала медична сестра:

- A.** \*Бюлау;
- B.** Суботінім-Пертесом;

- С. Кімбаровським;
- Д. Букатко;
- Е. Редоном.

**256.** Хворий В., 32 років, звернувся за допомогою на прийом до хірурга поліклініки з вогнепальним пораненням стегна. Скаржиться на наростаючий біль та набряк, пов'язка стала тісною та врізалась в тканини. З рани виділяється геморагічна рідина, при пальпації – крепітація. Який діагноз?

- А. \*Газова гангрена;
- В. Правець;
- С. Флегмона;
- Д. Абсцес;
- Е. Фурункул.

**257.** Пацієнтка С., 34 р, звернулась до лікаря зі скаргами на сильний біль у лівій поперековій ділянці, загальну слабкість, підвищення температури тіла. Об'єктивно: у лівій поперековій ділянці пальпується болючий інфільтрат розміром 3,5х 6,5 см. Шкіра над ним багряно-синього кольору, через виниклі отвори виділяється густий зеленувато-сірий гній та некротичні маси. Вкажіть діагноз:

- А. \*Карбункул;
- В. Гідраденіт;
- С. Бешиха;
- Д. Флегмона;
- Е. Паранефрит.

**258.** На шляху до роботи чоловіка збила автомашина. При обстеженні: свідомість відсутня, зіниці на світло не реагують, шкіра бліда, дихання рідке і поверхневе. Пульс слабкий, частий, артеріальний тиск 90/50мм.рт.ст. Із рота, носа і вух кров'яні виділення. Який імовірний діагноз?

- А. \*Перелом основи черепа;
- В. Струс мозку;
- С. Перелом склепіння черепа;
- Д. Крововилив у мозок;
- Е. Перелом кісток черепа обличчя.

**259.** Високий ризик розвитку ателектазів та пневмоній мають пацієнти:

- А. \*У яких операція виконувалась під інгаляційним наркозом;
- В. Яким призначена операція на серці;
- С. У яких операція виконувалась під неінгаляційним наркозом;
- Д. Які мають порушення периферійного кровообігу в анамнезі;
- Е. Яким призначена операція в ділянці тазу.

**260.** Пацієнтка, 25 років, звернулась до лікарні на 5 день після появи болю у правій половині живота. Гострий біль у животі зменшився, загальний стан

хворої покращився. При об'єктивному обстеженні у правій здухвинній ділянці пальпується щільний, малорухомий, болючий із нечіткими контурами утвір. Живіт навколо інфільтрату при пальпації м'який і слабо болісний. Який патологічний стан виник у пацієнта?

- A. \*Апендикулярний інфільтрат;
- B. Гострий холецистит;
- C. Гострий панкреатит;
- D. Гостра непрохідність;
- E. Хронічна непрохідність.

**261.** Ви – сімейна медсестра. Вам поступив виклик від матері 4 річного хлопчика, який при купанні протягом 4 хв знаходився під водою. Відсутній пульс на сонній артерії та дихання, виражений ціаноз шкірних покривів. З чого почнете свої дії?

- A. \*Видалити воду з верхніх дихальних шляхів;
- B. Викликати швидку допомогу;
- C. Провести масаж серця;
- D. Дати вдихнути нашатирний спирт;
- E. Заспокоїти матір.

**262.** Ви операційна сестра готуетесь до виконання операції трепанація черепу. Якій інструмент із спеціального набору необхідно підготувати?

- A. \*Пила Джиглі;
- B. Пінцет хірургічний;
- C. Скальпель ланцетоподібний;
- D. Гачки Фарабефа;
- E. Ампутаційний ретрактор.

**263.** Ви проводите клінічне обстеження пацієнта з синдромом тривалого стиснення. Виберіть, який з симптомів буде характерним для II періоду даного захворювання.

- A. \*Гостра ниркова недостатність;
- B. Нормалізація функції нирок;
- C. Локальні зміни в ушкоджених тканинах;
- D. Бактеріальні ускладнення;
- E. Ендогенна інтоксикація.

**264.** Швидка допомога доставила пацієнта в хірургічне відділення з травмою правої нижньої кінцівки. Стан постраждалого тяжкий; АТ 100/60мм рт.ст. Рs – 100 ударів за хвилину, пацієнт блідий, загальмований, об'єктивно: нижня кінцівка холодна на дотик, множині рани забруднені землею, виражений набряк, м'язи сірого кольору, вибухають. Яке захворювання можна запідозрити?

- A. \*Газова гангрена;
- B. Правець;

- С. Синьогнійна інфекція;
- Д. Флегмона кінцівки;
- Е. Бешихове запалення.

**265.** У пацієнта 45 р. скарги на сильний біль в лівій поперековій ділянці, який віддає в стегно; часте сечовипускання, одноразове блювання. Симптом Пастернацького позитивний зліва. Вкажіть препарат, який найдоцільніше використати для надання першої медичної допомоги.

- А. \*Баралгін;
- В. Лазикс;
- С. Нітроксолін;
- Д. Цистінал;
- Е. Авісан.

**266.** Ви медична сестра маніпуляційного кабінету хірургічного відділення, яка постійно займається визначенням груп крові. Що обов'язково повинно бути на вашому робочому місці ?

- А. \*Протиснідну аптечку;
- В. 2 пари гумових рукавичок;
- С. Фартух;
- Д. Маску;
- Е. 1 пару гумових рукавичок.

**267.** Після удару в живіт у хворого виникла паралітична кишкова непрохідність. Виберіть препарат для відновлення перистальтики кишок.

- А. \*Прозерин;
- В. Но-шпа;
- С. Адреналін;
- Д. Спазмалгон;
- Е. Дімедрол.

**268.** Операція з приводу апендектомії закінчилась на 10 хв раніше запланованого часу. Пацієнт перебуває під дією фентанілу. Що з перерахованого необхідно застосувати для його нейтралізації?

- А. \*Налоксон;
- В. Атропін;
- С. Мезатон;
- Д. Прозерин;
- Е. Адреналін.

**269.** Медична сестра проводить обстеження пацієнта Л., 35 р. з черепно-мозковою травмою. Що буде найдостовірнішим при забої головного мозку на 2 добу?

- А. \*Вогнищева симптоматика;
- В. Загальна слабкість;

- C. Головний біль;
- D. Порушення сну;
- E. Запаморочення.

**270.** Пацієнт В., 19 р. отримав хімічний опік правої гомілки концентрованим розчином сірчаної кислоти. Яку речовину Ви застосуєте для нейтралізації кислоти?

- A. \*2% розчин натрію гідрокарбонату;
- B. 2% розчин борної кислоти;
- C. 3% розчин пероксиду водню;
- D. 0,9% фізіологічний розчин;
- E. 0,02% розчин фурациліну.

**271.** Постраждалого, 45 років, звільнили з-під завалу в шахті, де йому придавило праву ногу. Встановлено синдром тривалого стиснення. Яким небезпечним ускладненням може закінчитись дана патологія?

- A. \*Гострою нирковою недостатністю;
- B. Тромбофлебітом поверхневих вен гомілки;
- C. Гострою дихальною недостатністю;
- D. Флегмоною стегна;
- E. Сухою гангrenoю.

**272.** Пацієнт 21 року, госпіталізований в хірургічне відділення зі скаргами на біль в нижній частині живота, нудоту, блювання. Об'єктивно: стан хворого середнього ступеня важкості, язик сухий. Живіт м'який, при пальпації різко болючий в правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Ровзінга. В аналізі крові – лейкоцитоз  $14 \times 10^6$ , із зсувом формули вліво. Вкажіть найвірогідніший діагноз у даного пацієнта?

- A. \*Гострий аппендицит;
- B. Гострий панкреатит;
- C. Виразкова хвороба шлунку;
- D. Апоплексія яйника;
- E. Гострий холецистит.

**273.** У потерпілого К., 39 р., термічний опік лівої кисті. Вкажіть препарат, який застосовують зовнішньо під час надання допомоги:

- A. \*Пантенол;
- B. Фукорцин;
- C. Первомур;
- D. Бактосин;
- E. Йодонат.

**274.** Пацієнтку 55 р госпіталізовано в хірургічне відділення з діагнозом гострий тромбофлебіт вен правої нижньої кінцівки, призначено ліжковий режим. Вкажіть положення пацієнтки в ліжку, яке повинна надати медична сестра.

- A. \*Підвищене положення нижньої кінцівки;
- B. Положення – лежачи на правому боці;
- C. Покласти в положенні “жаби”;
- D. Розташувати в напівсидячому положенні;
- E. Положення – лежачи на лівому боці.

**275.** Пацієнтці 46 років призначена планова операція – холецистектомія. Вкажіть, препарат, який необхідно підготувати медсестрі - анестезистці для в/в наркозу.

- A. \*Тіопентал натрію;
- B. Фторотан;
- C. Закис азоту;
- D. Дикаїн;
- E. Лідокаїн.

**276.** У постраждалого Л, 34 р, діагностовано правосторонній гемоторакс. До якої пункції потрібно готувати цього хворого?

- A. \*Плевральної;
- B. Перикардальної;
- C. Сternalної;
- D. Абдомінальної;
- E. Люмбальної.

**277.** Хворий скаржиться на оперізуючий біль в епігастрії, блювання. При пальпації - біль в лівому реберно-хребетному куті, пульсація черевного відділу аорти не визначається. Який стан розвинувся у хворого?

- A. \*Гострий панкреатит;
- B. Гострий апендицит;
- C. Проривна виразка;
- D. Гострий холецистит;
- E. Розрив аневризми аорти.

**278.** Постраждалий на полі бою отримав проникаюче поранення грудної клітки. Яке положення на період транспортування слід надати пацієнту з пневмотораксом?

- A. \*Напівсидяче;
- B. Горизонтальне на спині;
- C. Горизонтальне на животі;
- D. З опущеною головою;
- E. З піднятими ногами.

**279.** В травматологічний пункт звернувся пацієнт з укушеною раною правого передпліччя. Що Ви використаєте в першу чергу з метою неспецифічної профілактики сказу при укусах вуличною собакою?

- A. \*Промити рану розчином господарського мила;
- B. Промити рану 6% розчином перекису водню;
- C. Промити рану 0,02% розчином фурациліну;
- D. Промити рану 70% розчином спирту;
- E. Промити рану 2% розчином натрію гідрокарбонату.

**280.** Ви працюєте перев'язувальною сестрою у хірургічному відділенні. Ввечері, перев'язуючи хворого 40 р. з ампутованою кінцівкою, ви помітили значний набряк кукси, при пальпації відчули підшкірну емфізему. Назвіть першочергові дії медичної сестри при даному ускладненні:

- A. \*Негайно ізолювати хворого і викликати лікаря;
- B. Здійснити перев'язку й викликати чергового хірурга;
- C. Викликати по телефону з дому родичів хворого;
- D. Викликати по телефону з дому чергового лікаря;
- E. Здійснити перев'язку й ізолювати хворого.

**281.** За допомогою звернувся чоловік 58 р. зі скаргами на біль в животі, нудоту, блювання. При огляді живота виявлено вип'ячування в паховій ділянці справа, болюче при пальпації, щільно-еластичної консистенції. Що можна запідозрити?

- A. \*Защемлення пахової киля;
- B. Пупкову килу;
- C. Незащемлену пахову килу;
- D. Стегнову килу;
- E. Калиткову килу.

**282.** Медична сестра-бакалавр допомагає лікареві під час обстеження постраждалого 45 років після дорожно-транспортної аварії. Свідомість пацієнта не порушена, шкіра бліда, пульс – 100 за 1хв, систолічний АТ – 100 мм рт.ст., Нt- 40%. Лікар встановив у пацієнта:

- A. \*Легкий ступінь геморагічного шоку;
- B. Середній ступінь геморагічного шоку;
- C. Тяжкий ступінь геморагічного шоку;
- D. Легкий ступінь опікового шоку;
- E. Середній ступінь анафілактичного шоку.

**283.** У хірургічному відділенні проводиться масивна гемотрансфузія внаслідок артеріальної кровотечі. Що повинна приготувати медсестра для попередження цитратного шоку?

- A. \*Р-н хлориду кальцію 10% - 10 мл;
- B. Р-н хлориду кальцію 1% - 10 мл;
- C. Р-н промедолу 1% - 1 мл;
- D. Р-н сульфату магнію 25% - 5 мл;
- E. Р-н хлориду калію 10% - 10 мл.

**284.** Хворий Р., 45 років, скаржиться на постійний біль у правій пахвинній ділянці, наявність пухлиноподібного утворення, яке не вправляється у черевну



порожнину. Утворення уперше виявив 3 роки тому, не турбувало і самостійно втягувалось в черевну порожнину. При пальпації: живіт болючий у нижніх відділах. Симптом кашлевого поштовху негативний. Яке захворювання у цього хворого:

- А. \*Защемлена грижа;
- В. Кишкова непрохідність;
- С. Гострий аппендицит;
- Д. Пухлина пахвинної ділянки;
- Е. Хронічний апендицит.

**285.** Хворий С., 52 років. скаржиться на постійний біль в епігастральній ділянці, відразу до м'ясної їжі, відрижку сірководомем, схуднення за останній місяць. На диспансерному обліку з виразковою хворобою шлунка - 10 років. Ваш попередній діагноз.

- А. \*Рак шлунку;
- В. Загострення виразкової хвороби шлунка;
- С. Пенетрація виразки;
- Д. Перфорація виразки;
- Е. Рак стравоходу.

**286.** У хворого, 46 р, скарги на гострий біль в животі оперізуючого характеру, багаторазове блювання, При пальпації живота визначається напруження черевної стінки в лівому підребер'ї, зникнення пульсації аорти в надчеревній ділянці. Лабораторні дані: в сечі збільшений вміст діастази.

- А. \*Гострий панкреатит;
- В. Кишкова непрохідність;
- С. Гострий аппендицит;
- Д. Абсцес легені;
- Е. Емпієма плеври.

**287.** Виділіть найбільш ефективний інструментальний засіб діагностики внутрішньочеревної кровотечі при закритій травмі живота:

- А. \*Лапароскопія;
- В. Сцинтиграфія;
- С. Термографія;
- Д. Рентгенографія;
- Е. УЗД.

**288.** Визначіть групу крові у пацієнта, якщо аглютинація не виникла у жодній з лунок

- А. \*Кров I групи;
- В. Кров II групи;
- С. Кров III групи;
- Д. Кров IV групи;
- Е. Результат недостовірний.

**289.** Пацієнтка, 40 років, скаржиться на біль, який виник після фізичного навантаження. Біль іррадіює у пахову ділянку. Хвора збуджена, не знаходить собі місця від болю, кричить. Біль супроводжується нудотою, блюванням, затримкою газів та випорожнень. При обстеженні пацієнтки відмічається болючість у ділянці лівої нирки, позитивний симптом Пастернацького. Перша невідкладна допомога в даному випадку складається з:

- A.** \*Призначення спазмолітиків, гарячої ванни;
- B.** Літотрипсія, грілка на поперек;
- C.** Призначення прийому рідини, гарячої ванни;
- D.** Призначення антибіотиків та спазмолітиків;
- E.** Заспокоїти хвору, холод на поперек.

**290.** Ви – медсестра-анестезистка. Лікар проводить інтубацію трахеї. Для виконання цієї маніпуляції використовують:

- A.** \*Ларингоскоп;
- B.** Стетоскоп;
- C.** Езофагоскоп;
- D.** Фіброгастроскоп;
- E.** Ірігоскопію.

**291.** Ви медична сестра швидкої допомоги надаєте допомогу постраждалому після ДТП з відкритою черепно-мозковою травмою. В рані Ви бачите фрагменти кісток, що знаходяться в мозковій тканині. З чого треба почати надання допомоги?

- A.** \*Накласти на рану стерильну пов'язку;
- B.** Ввести внутрішньом'язево морфін;
- C.** Видалити фрагменти кісток з рани;
- D.** Накласти пов'язку "Чепець";
- E.** Провести ПХО рани.

**292.** Ви проводите клінічне обстеження пацієнта С., 45 років з опіком гарячим металом першого пальця правої руки. Шкіра в місці ушкодження стала щільною, набула темно-коричневого кольору, з'явилась чітка межа із непошкодженими тканинами. Рухи і чутливість в пальці відсутні. Поставте діагноз?

- A.** \*Суха гангрена;
- B.** Хімічний опік I ст.;
- C.** Хімічний опік II ст.;
- D.** Волога гангрена;
- E.** Термохімічний опік IV ст..

**293.** До вас звернувся сусід 45 років зі скаргами на біль у правій здухвинній ділянці. Після підйому вантажу з'явився різкий біль в місці випинання, яке пацієнт не зміг вправити у черевну порожнину. При огляді: у правій здухвинній

ділянці – різкоболюче, напружене випинання. Який попередній діагноз можна запідозрити?

- А. \*Защемлена грижа;
- В. Вправима грижа;
- С. Невправима грижа;
- Д. Незащемлена грижа;
- Е. Неускладнена грижа.

**294.** Оглядаючи пацієнта Ч., 35 р., після побиття невідомими, Ви виявили наступні клінічні ознаки: біль, набряк тканин у лобковій та пахвинній ділянках живота, напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, анурію. Про що слід подумати?

- А. \*Ушкодження сечового міхура;
- В. Ушкодження сечоводів;
- С. Ушкодження нирок;
- Д. Пошкодження уретри;
- Е. Ушкодження товстого кишечника.

**295.** Пацієнтку Д., 35 р. готують до планового оперативного втручання. Яка проблема у даної хворої може стати причиною післяопераційної кровотечі?

- А. \*Поява менструації в жінок;
- В. В анамнезі - носові кровотечі;
- С. Підвищення температури тіла;
- Д. Синусова аритмія;
- Е. Часті проноси.

**296.** На 7 день у пацієнта К., 48 р. після апендектомії турбує помірний біль у ділянці рани. Чим оптимально зняти біль?

- А. \*Ненаркотичними анальгетиками;
- В. Наркотичними анальгетиками;
- С. Димедролом;
- Д. Транквілізаторами;
- Е. Снодійними засобами.

**297.** Ви надаєте допомогу постраждалому Щ., 35 р., в якого була здавлена нижня кінцівка більше 4-х годин. Ваша першочергова дія?

- А. \*Накласти джгут вище здавлення;
- В. Ввести дихальні і серцеві анальгетики;
- С. Провести інфузію реополіглюкіну;
- Д. Звільнити здавлену кінцівку;
- Е. Провести блокаду кінцівки.

**298.** В поліклініку до хірурга звернувся пацієнт М., 59 р. з приводу виразкової хвороби шлунка. Який метод обстеження для виключення підозри на пухлину є найдостовірнішим та найдоступнішим?

- A.** \*Фіброгастроскопія;
- B.** Рентгенографія;
- C.** Шлункове зондування;
- D.** Рентгеноскопія;
- E.** Лапароскопія.

**299.** На місці пригоди Ви надаєте невідкладну допомогу потерпілому з відкритим переломом стегна, ускладненим артеріальною кровотечею. Проведено тимчасове спинення кровотечі за допомогою джгута, введено знеболюючі. Який етап надання допомоги буде наступним?

- A.** \*Накласти асептичну пов'язку;
- B.** Доставити у стаціонар;
- C.** Покласти міхур з льодом;
- D.** Провести іммобілізацію;
- E.** Заповнити меддокументацію.

**300.** Хворий К. 39 р. знаходиться в хірургічному відділенні з масивною крововтратою внаслідок шлунково-кишкової кровотечі. Ризик виникнення якого шоку має цей пацієнт?

- A.** \*Геморагічного;
- B.** Анафілактичного;
- C.** Кардіогенного;
- D.** Цитратного;
- E.** Гемотрансфузійного.

### Список використаної літератури:

1. Грицко О.М. Довідник для головної та старшої медичної сестри: посібн. / О.М. Грицко, Р.Ю. Грицко. – Київ: Здоров'я, 2003. – 144 с.
2. Загальна хірургія: підручник / С.П. Жученко, М.Д. Желіба, С.Д. Хіміч; під ред. С.П. Жученко. – Київ: Здоров'я, 1999. – 488 с.
3. Инфекционный контроль в хирургии: монографія / А.А. Шалимов, В.В. Грубник, А.И. Ткаченко [и др.]. – Киев: Лаврська друкарня, 2001. – 182 с.
4. Іващенко В.В. Шпитальна хірургія: вибрані лекції / В.В. Іващенко. – Донецьк, 2001– 477 С.
5. Ковальчук О.В. Медсестринство в хірургії: посібник / О.В. Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 480 с.
6. Криворучко І. А. Медсестринство в хірургії : навч. посібник для медичних сестер-бакалаврів та медичних сестер-магістрів / І.А. Криворучко, В.В. Чугай, Н.М. Гончарова. – Харків: ХНМУ, 2017. – 56 с.
7. Методика обстеження хірургічного хворого: посібник / М.О. Ляпіс, Ю.М. Полоус, І.К. Лойко [та ін.]; під ред. М.О. Ляпіса. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 168 с.
8. Невідкладна хірургія: підручник / за ред. Ковальчука Л.Я. – Тернопіль:Укрмедкнига, 2000. – 288 с.
9. Пасечко Н.В. Основи сестринської справи: підручн. / Н.В. Пасечко, М.О. Лемке, П.Є. Мазур. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544 с.
- 10.Пасечко Н.В. Основи сестринської справи: посібник / Н.В. Пасечко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 496 с.
- 11.Радзіховський А.П. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини: підручник / А.П. Радзіховський, В.І. Бабенко. – Київ, «Фенікс», 2002. – 319 с.

12. Рогова О.В. Знай права і право / О.В. Рогова // Медичний вісник. – 2011. - № 8 – 9. – стор. 11.
13. Сестринська справа: підручник / М.Г. Шевчук, Г.А. Апанасенко, С.А. Богуш; під ред. М.Г. Шевчук. – Київ: Здоров'я, 1992. – 496 с.
14. Тарасюк В.С. Клінічне медсестринство в хірургії: підручн. / В.С. Тарасюк, А.О. Новицький, Л.А. Новицька. – Київ: Медицина, 2006. – 384 с.
15. Хірургія: підручник / М.П. Захараш, О.І. Пойда, М.Д. Кучер. – К.: Медицина, 2006. – 656 с.
16. Шевчук М.Г. Хирургические манипуляции (пособие для фельдшеров и медицинских сестер): учебн. / М.Г. Шевчук, В.П. Хохоля. – Киев: Здоров'я, 1987. – 136 с.



*Навчальне видання*

## **КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В ХІРУРГІЇ**

*Навчальний посібник  
для студентів II курсу бакалаврату медичного факультету*

Формат 60x84/16. Умовн. друк. арк. 13,95. Зам. № 47. Наклад 100 прим.  
Видавництво УжНУ «Говерла».  
88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18. E-mail: goverla-print@uzhnu.edu.ua

*Свідоцтво про внесення до державного реєстру  
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції –  
Серія Зт № 32 від 31 травня 2006 року*

Посібник торкається питань організації хірургічної допомоги, обстеження та нагляду за хірургічним хворим, формулювання сестринського діагнозу. Наведені основні термінологічні, діагностичні та лікувальні принципи надання медичної допомоги хірургічним хворим. Окремий розділ присвячений парентеральному харчуванню хірургічних хворих. Детально описані медсестринські маніпуляції у хірургічній клініці. Структура посібника викладена згідно навчальної програми з хірургії. Кожна лекція закінчується контрольними питаннями для повторення, а в кінці посібника наведено окремий розділ – тестовий контроль рівня знань з курсу «Клінічне медсестринство в хірургії».

Посібник призначений для студентів бакалаврату медичних вузів, студентів III – VI курсів вищих медичних навчальних закладів, лікарів-інтернів, магістрантів, аспірантів і лікарів відділень хірургічного та терапевтичного профілю.

УДК 614.253.5:617(075)  
П 58