

ЗМІСТ

Частина I

1. АНТИСЕПТИКА.	Стор. 3
1.1. Інструкція по приготуванню дезинфікуючих хлорних розчинів.	
1.2. Інструкція по розведенню антибіотиків.	
2. АСЕПТИКА.	6
2.1. Інструкція по передстерилізаційній обробці виробів медичного призначення.	
2.2. Інструкція по стерилізації виробів медичного призначення II заняття.	
2.3. Інструкція по обробці рук медичного персоналу перед операцією.	
2.4. Інструкція по одяганню халату і гумових рукавичок.	
2.5. Інструкція по накриванню стерильного столу.	
2.6. Інструкція по стерилізації шовного матеріалу.	
3. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ РОБОТИ.	20
3.1. Інструкція по зберіганню і виписуванню лікарських речовин у відділенні.	
3.2. Інструкція по обліку гостродефіцитних препаратів, наркотичних анальгетиків та отруйних лікарських речовин у відділенні.	
3.3. Інструкція по накриванню стерильного столу у маніпуляційному кабінеті.	
4. ЗНЕБОЛЕННЯ.	27
4.1. Інструкція по накриванню стерильного столу медсестри – анестезиста.	
5. ГЕМОСТАЗ.	28
5.1. Інструкція. Правила накладання джгута при артеріальній кровотечі.	
5.2. Схеми визначення рівня крововтрати.	
6. ТРАНСФУЗІЇ.	33
6.1. Інструкція по визначенню групи крові за допомогою цоліклонів анти – А та анти – В.	
6.2. Інструкція по визначенню групи крові стандартними сироватками.	
6.3. Інструкція по визначенню резус-фактору.	
6.4. Інструкція по проведенню проб на сумісність крові донора і реципієнта.	
6.5. Догляд за пацієнтом після гемотрансфузії.	
6.6. Дії медпрацівника по лікуванню гемотрансфузійних ускладнень і реакцій.	
7. ДЕСМУРГІЯ. ДРЕНУВАННЯ РАН І ПОРОЖНИН ТІЛА	44
7.1. Інструкція по накладанню гіпсової пов'язки.	
7.2. Інструкція по зняттю гіпсової пов'язки.	
7.3. Інструкція по догляду за дренажами.	
7.4. Інструкція по підготовці шини Белера до роботи.	
8. ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЧНА ТЕХНІКА.	46
Набори інструментів для найбільш поширених операцій.	

Частина II

1. Передопераційний період. Підготовка пацієнта до операції.	48
--	----

2.	Післяопераційний період. Лікування пацієнта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.	49
3.	Пошкодження.	53
4.	Хірургічна інфекція.	66
5.	Змертвіння.	72
6.	Пухлини.	74
7.	Ушкодження і захворювання голови, обличчя, ротової порожнини.	75
8.	Ушкодження і захворювання шії, дихальних шляхів, стравоходу.	79

Частина III

1.	Ушкодження і захворювання грудної клітки та органів грудної порожнини.	89
2.	Ушкодження і захворювання живота та органів черевної порожнини.	98
3.	Ушкодження і захворювання прямої кишки.	119
4.	Ушкодження і захворювання сечостатевих органів.	123
5.	Ушкодження і захворювання хребта, тазу.	128
6.	Ушкодження і захворювання кінцівок. Синдром тривалого	
7.	роздавлювання.	133
8.	Захворювання судин нижніх кінцівок.	134

ДОДАТОК

1. ТАБЛИЦЯ РОЗРАХУНКУ ДОЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ.
2. ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ.
3. ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ СЕЧІ.
4. ОБРОБКА РУК ХІРУРГА СУЧАСНИМИ МЕТОДАМИ

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	143
--------------------------	-----

1. АНТИСЕПТИКА

1.1. ІНСТРУКЦІЯ по приготуванню дезінфікуючих хлорних розчинів

Навчальна мета: вміти готувати дезінфікуючі хлорні розчини.

Необхідне обладнання: хлорне вапно, хлорамін, відро, банки, марля, дерев'яна лопаточка, респіратор, гумові рукавички, фартух.

Характеристика речовин, які містять активний хлор:

Хлорне вапно – білий сухий порошок із різким запахом хлору. Для дезінфекції придатне хлорне вапно, що містить не менше 15% активного хлору. Розкладається на сонці, повітрі, під впливом вологи. Кожні 3 місяці необхідно визначати вміст активного хлору. Хлорне вапно знищує не тільки вегетативні, а і спорові форми патогенних м/організмів.

Хлорамін В – кристалічний порошок білого кольору з запахом хлору. Містить 26 % активного хлору. Стійка речовина, яка тривало зберігає вихідну кількість активного хлору при відсутності світла і вологи.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

Приготування освітленого 10% розчину і робочих розчинів
хлорного вапна.

1. Надіньте маску – респіратор, гумові рукавички, фартух. Добре провітриті приміщення, забезпечте доступ свіжого повітря.
2. 1 кг сухого вапна всипте в ємність.
3. Воду доливайте до 9 л невеликими порціями, розмішуючи дерев'яною лопаточкою.
4. Ємність закрийте і залиште в темному місці на 1 добу. Протягом перших годин розчин декілька разів розмішайте дерев'яною лопаточкою.
5. Злийте розчин в іншу ємність через кілька шарів марлі.
6. Освітлений розчин розлийте в ємності з темного скла і закрийте корком.
7. На ємності наклейте етикетки із зазначенням назви розчину, його концентрації, дати приготування.
8. Зберігайте розчин в темному прохолодному місці. Використовуйте протягом 5 – 7 днів.
9. Для приготування робочих розчинів концентрований 10% розчин хлорного вапна безпосередньо перед використанням розведіть відповідною кількістю води.

ПРИГОТУВАННЯ РОБОЧИХ РОЗЧИНІВ ХЛОРАМІНУ

1. Безпосередньо перед застосуванням налейте у посудину кількість води кімнатної температури, висипте необхідну кількість хлораміну, розмішайте дерев'яною лопаточкою до повного розведення.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

1. Теплі розчини хлораміну /40 – 50° С/ більш активні, активний хлор в них не втрачається.
2. Робочі дезінфікуючі розчини використовуйте протягом доби.
3. Ємність з робочим дезінфікуючим розчином промаркіруйте, де вкажіть концентрацію і назву дезінфікуючої речовини, дату, підпис.

ХЛОРНИЙ РЕЖИМ В ПРИМІЩЕННЯХ ВІДДІЛЕНЬ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Двічі на добу вологе прибирання палат та робочих приміщень:

0,5 – 1% хлорним розчином;
коридорів – 1 – 3% розчином;
туалетів – 5% розчином;
прибиральний інвентар обробляють 5% розчином;
кало – та сечоприймачі – 5% розчином, замочування на 30 – 60 хв.

1.2. РОЗВЕДЕННЯ АНТИБІОТИКА ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ПРОБИ НА ІНДИВІДУАЛЬНУ ЧУТЛИВІСТЬ ОРГАНІЗМУ ДО ПРЕПАРАТУ

1. Знезараженими руками візьміть флакон із антибіотиком, уважно прочитайте етикетку і візуально визначте придатність флакона.
2. Пилочкою зніміть середню частину алюмінієвого ковпачка.
3. Обробіть корок і ободок ковпачка стерильним ватним тампоном, зволоженим 70° етиловим спиртом.
4. Наберіть у шприц відповідну кількість 0,9% стерильного розчину натрію хлориду із розрахунку 1 мл на 100000 ОД, або 0,1 г препарату. Наприклад, якщо флакон бензилпеніциліну натрієвої солі містить 250000 ОД, то у флакон введіть 2,5 мл розчинника.
5. Потім розведіть розчин антибіотика першого розведення ще в 10 разів. Для цього візьміть шприц ємністю 2 мл, наберіть в нього 0,2 мл розчину антибіотика першого розведення, додайте в шприц 1,8 мл 0,9% розчину натрію хлориду і ви отримаєте друге розведення антибіотика /тобто 1 мл розчину містить 10000 ОД або 0,01 г препарату/. Друге розведення антибіотика можете отримати таким чином: за допомогою шприца із флакона першого розведення наберіть 0,5 або 1 мл розчину, введіть його в пустий флакон з- під даного антибіотика, потім шприцом додайте відповідно 4,5 мл або 9 мл 0,9% розчину натрію хлориду.
6. Якщо у відділенні протягом доби декільком особам може здійснюватись проба на індивідуальну чутливість до антибіотика, тоді цей флакон позначте додатковою етикеткою, де вкажіть “Для проби”, дату і свій підпис, поставте флакон у холодильник і цей готовий розчин для постановки проб на індивідуальну чутливість до препарату можете використовувати протягом доби.

ЗАПАМ’ЯТАЙТЕ!

При розведенні антибіотика голку у флакон вводьте так, щоб тільки проколоти корок, тому що при глибокому введенні голки у зв’язку з підвищенням тиску у флаконі за рахунок введеного розчинника через голку буде самовільно виходити розчин антибіотика, попадати на шкіру рук і з часом викликати дерматит. Крім цього, не витримується точність дозування. Ні в якому разі не використовуйте в якості розчинника антибіотиків для постановки діагностичних проб на індивідуальну чутливість 0,25 – 0:5% розчин новокаїну, тому що новокаїн може викликати алергічну реакцію.

Воду для ін’єкцій в даному випадку також не використовуйте, тому що утворений гіпотонічний розчин може дати помилкову реакцію і тоді вірогідність проби буде сумнівною.

ВИКОНАННЯ ВНУТРІШНЬОШКІРНОЇ ДІАГНОСТИЧНОЇ ПРОБИ НА ІНДИВІДУАЛЬНУ ЧУТЛИВІСТЬ ОРГАНІЗМУ ДО АНТИБІОТИКА

1. Проведіть психологічну підготовку хворого.
2. Внутрішню поверхню передпліччя руки знезаразьте двома стерильними тампонами, зволоженими 70° етиловим спиртом і внутрішньошкірно введіть 0,1 мл або 0,2 мл розчину, щоб утворилася папула. Для контролю в ділянку

- внутрішньої поверхні передпліччя протилежної руки іншим стерильним шприцом введіть внутрішньошкірно 0,1 мл 0,9% розчину натрію хлориду.
3. Результат проб перевірте через 20 хвилин.
 4. При наявності гіперемії, зуду, висипання реакція вважається позитивною. В такому випадку обов'язково покажіть хворого лікареві.
 5. Якщо змін на шкірі, крім подряпин і проколу, немає ніяких, то реакція негативна. В такому разі зробіть ін'єкцію, але перший раз введіть внутрішньом'язево в передньозовнішню поверхню стегна 1/3 призначеної лікарем дози, щоб в разі виникнення алергічної реакції можна було накладити джгут. При відсутності реакції на часткове введення антибіотика здійсніть внутрішньом'язеве введення препарату в повній, призначеній лікарем дозі, в верхньозовнішній квадрат сідниці.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

Результат проби обов'язково занесіть у лист лікарських призначень і поставте свій підпис /проба – позитивна, підпис/, або /проба – негативна, підпис/. Прослідкуйте, щоб при позитивній пробі лікар відмінив препарат хворому.

Слід пам'ятати, що деякі алергени /пеніцилін/ при постановці алергічної діагностичної проби хворим викликають тяжкі ускладнення /шок/ тому перед проведенням діагностичної проби необхідно ретельно зібрати алергологічний анамнез.

РОЗВЕДЕННЯ АНТИБІОТИКІВ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВОГО ВВЕДЕННЯ

Розчинниками антибіотиків для внутрішньом'язового введення можуть бути: 0,9% розчин натрію хлориду, 0,25 – 0,5% розчин новокаїну, вода для ін'єкцій /дивіться інструкцію/.

Якщо хворому призначено до 500000 ОД або 0,5 г препарату, то кількість розчинника використовуйте із розрахунку 1 мл на 100000 ОД або 0,1 г препарату.

Якщо хворому призначено 600000 ОД або 0,6 г і більше, то використовуйте розчинник із розрахунку 1 мл на 200000 ОД або на 0,2 г препарату.

Якщо хворому призначено 1000000 ОД бензилпеніциліну натрієвої солі, то у флакон введіть 5 мл розчинника.

Для розведення бензилпеніциліну не використовуйте 2% розчин новокаїну, тому що препарат кристалізується і випадає в осад.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

Для постановки проб і введення антибіотиків хворим застосуйте шприци і голки одноразового використання, тому що на упаковках шприців багаторазового використання можуть бути залишки антибіотиків, які переходять у стійку форму. Молекули антибіотиків потрапляють на внутрішні стінки шприців під час стерилізації і в високосенсибілізованих хворих викликають алергічні реакції.

Здійсніть своєчасне ретельне промивання і дезинфекцію шприців і голок після введення антибіотиків хворим.

ПРАВИЛА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

1. Використання антибіотиків по суворим показанням.
2. Своєчасний початок лікування.
3. Призначення оптимальних доз антибіотиків.
4. Активність препарату в відношенні збудника, що мається в організмі.

5. Використання лікувальної концентрації антибіотиків на протязі всього захворювання.

ОСНОВНІ ПОМИЛКИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ АНТИБІОТИКІВ

1. Використання антибіотиків без достатніх показань.
2. Призначення невиправдано великих або малих доз, проведення надмірно коротких або навпаки, довгих курсів антибіотикотерапії.
3. Сумісне призначення антибіотиків однієї групи, що мають різну назву.
4. Призначення антибіотиків без визначення чутливості мікрофлори.
5. Недостатній облік синергізму або антагонізму при одночасному призначенні кількох препаратів.
6. Не береться до уваги побічна дія.

**Нормативні акти: Наказ МОЗ України №502 від 29.08.2008*

2. АСЕПТИКА

2.1. ІНСТРУКЦІЯ по передстерилізаційній обробці виробів медичного призначення / ОСТ 42 – 21 – 2 – 85 /

Навчальна мета:

оволодіти методикою передстерилізаційної обробки виробів медичного призначення та контролю її якості.

Необхідне обладнання:

ємкості, 6% розчин перекису водню або 3% розчин хлораміну, електроплитка, пральні порошки, пергідроль 33%, вода, розчини бензидину, азопіраму, фенолфталеїну, шприци, голки, хірургічний інструментарій, гумові рукавички, фартух.

Передстерилізаційна очистка передбачає видалення з виробів білкових, жирових, механічних забруднень, залишків крові та лікарських препаратів.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Замочування в дезінфікуючий розчин 6% перекису водню або 3% хлораміну на одну годину.
2. Ополіскування проточною водою 30 сек., кожний виріб.
3. Замочування в миючому розчині при температурі 50° С на 15 хвил.
Температура розчину в процесі миття не підтримується.
Склад миючого розчину:
А – Біолот – 5,0 + 995,0 вода питна
Б – Розчин перекису водню 33% - 20,0
“Лотос”, “Прогрес”, “Астра” – 5,0
Вода питна – 975,0
4. Миття кожного виробу в тому ж миючому розчині за допомогою йорша або ватно – марлевого тампону – 30 сек.
5. Ополіскування під проточною водою:
при використанні миючого засобу “Біолот” – 3 хв.
при використанні миючого засобу ”Прогрес”, “Маричка” - 5 хв.
при використанні миючого засобу “Астра”, “Лотос” – 10 хв.
6. Ополіскування дистильованою водою – 30 сек.
7. Сушка гарячим повітрям в сушильній шафі при Т 85° С до повного зникнення вологи.

КОНТРОЛЬ ПЕРЕДСТЕРИЛІЗАЦІЙНОЇ ОБРОБКИ

1. Проби на залишки крові:

БЕНЗИДИНОВА: реактив готують перед вживанням з рівних частин 1% розчину солянокислого бензидину та 3% розчину перекису водню. На вимитий та прополосканий виріб наносять 2 – 3 краплини реактиву, при наявності залишків в крові він окрашується в зелений колір.

АЗОПРАМОВА: склад розчину /готується в аптеці/ - амідопірін 10,0 солянокислий анілін 0,15, спирт етиловий 96° – 100°.

Розчин зберігається в закритому флаконі при $T + 4^{\circ}C$ протягом 2 міс., в темному місці при кімнатній температурі протягом 1 міс.

Безпосередньо перед вживанням зміщуються рівні частини розчину азопіраму та 3% розчину перекису водню. 2 – 3 краплі реактиву наносять на вимитий та прополосканий виріб – при наявності залишків крові його колір протягом 1 хв. змінюється спочатку на

фіолетовий, а потім на бузковий.

При позитивних пробах виріб підлягає повторній передстерилізаційній обробці з 2 етапу.

2. Проба на залишки миючих засобів – ФЕНОЛФТАЛЕІНОВА:

На виріб наносять 2 – 3 краплини 1% спиртового розчину фенолфталеїну, при наявності залишків миючих засобів розчин стає рожевим.

При позитивній фенолфталеїновій пробі виріб підлягає повторному прополіскуванню в проточній та дистильованій воді.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПЕРЕД СТЕРИЛІЗАЦІЙНОЇ ОБРОБКИ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

Способи застосування "Дезактіну" з метою передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення. Робочий розчин "Дезактіну" використовують з метою передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення із корозійностійкого металу, скла, гуми та полімерних матеріалів (за винятком гнучких та жорстких ендоскопів) ручним або механічним способами після їх дезінфекції. Роз'ємні вироби підлягають передстерилізаційному очищенню у розібраному стані.

З метою передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення використовують робочий розчин температурою $(45 \pm 5)^{\circ}C$.

3.3.1. Ручний спосіб передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення розчином включає наступні операції:

- обполіскування виробів проточною водою протягом $(6,5 \pm 0,1)$ хв.;

- замочування у 0,2-0,3 % розчині за температури $(45 \pm 5)^{\circ}C$ протягом $(15,0 \pm 1,0)$ хв. Внутрішні канали та порожнини виробів повністю заповнюють робочим розчином за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений робочим розчином, видавлюють крізь них розчин та занурюють у робочий розчин. Замочування виробів у робочому розчині виконують у ємності, що щільно закрита кришкою. Температуру робочого розчину у процесі замочування та миття не підтримують.

- миття кожного виробу, включаючи шприци, робочим розчином за допомогою йоржа чи ватно-марлевого тампону протягом $(0,5 \pm 0,1)$ хв. Внутрішні канали та порожнини інших виробів миють шляхом прокачування крізь них робочого розчину за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений робочим розчином, та прокачують крізь них розчин.

- обполіскування проточною водою протягом 3 хв. Внутрішні канали та

порожнини виробів обполіскують шляхом прокачування крізь них проточної води за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений проточною водою, та прокачують крізь них проточну воду.

- обполіскування дистильованою водою протягом $(0,5 \pm 0,1)$ хв. Внутрішні канали та порожнини виробів обполіскують шляхом прокачування крізь них дистильованої води за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений дистильованою водою, та прокачують крізь них проточну воду.

- сушіння гарячим повітрям за температури (85 ± 5) °С до повного видалення вологи.

Режими дезінфекції, поєднаної з передстерилізаційним очищенням, виробів медичного призначення (крім ендоскопів та інструментів до них), розчинами засобу "Дезефект"

Етапи обробки	Концентрація робочого розчину, %	Температура робочого розчину °С	Час витримування (обробки)
Замочування* при повному зануренні виробів у робочий розчин засобу і заповненні ним порожнин і каналів виробу	2,3	50**	60
	3,8 2,3 (з додаванням кальцієвої соди)***	50** Не менше 18	30
Миття кожного виробу в тому ж розчині, в якому здійснювали замочування, за допомогою йоржа, щітки (вироби із гуми і пластмас обробляють ватно-марлевым тампоном або серветкою з матерії), каналів виробів за допомогою шприца: – виробів з простою конфігурацією, які не мають замкових частин, каналів або порожнин; – виробів, які мають замкові частини, канали або порожнини.	2,3	Не регламентується* *	0,5
	3,8	Не регламентується* *	0,5
	2,3 (з додаванням кальцієвої соди)***	Не менше 18	0,5
	3,8 2,3 (з додаванням кальцієвої соди)***	Не регламентується* * Не менше 18	1,0 1,0
Обполіскування проточною питною водою	–	Не регламентується	3,0
Обполіскування дистильованою водою	–	Не регламентується	0,5

Примітки: * На етапі замочування виробів у розчині забезпечується їх дезінфекція щодо збудників інфекцій бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (включаючи гепатити, ВІЛ-інфекцію) та грибкової (кандидози, дерматомікози) етіології.

** Початкова температура розчину 50 °С на етапах замочування і миття виробів не підтримується.

*** Кальцинована сода додається в кількості 30 г на 1 л робочого розчину.

Таблиця 7. Режими дезінфекції, поєднаної з передстерилізаційним очищенням, гнучких та жорстких ендоскопів розчинами засобу "Дезефект"

Етапи обробки	Концентрація робочого розчину, %	Температура робочого розчину, °С	Час витримання /обробки/, хв
Замочування* виробів (у ендоскопів, що неповністю занурюються - їх робочих частин, які дозволено занурювати) при повному зануренні в робочий розчин засобу і заповненні ним порожнин та каналів	3,8	Не менше 18	60
Миття кожного виробу в тому ж розчині, в якому проводили замочування			
Гнучкі ендоскопи: інструментальний канал очищають щіткою для очищення інструментального каналу - внутрішні канали промивають за допомогою шприца або електровідсмоктувача - зовнішню поверхню миють за допомогою марлевої серветки	3,8 3,8 3,8	Не менше 18 Не менше 18 Не менше 18	2,0 3,0 1,0
Жорсткі ендоскопи: кожну деталь миють за допомогою йоржа або марлевої серветки канали промивають за допомогою шприца	3,8 3,8	Не менше 18 Не менше 18	2,0 2,0
Обполіскування проточною питною водою (канали – за допомогою шприца)	–	Не нормується	3,0
Обполіскування питною водою (канали - за допомогою шприца)	–	Не нормується	3,0

Примітка: * На етапі замочування виробів у розчині забезпечується їх дезінфекція щодо збудників інфекцій бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (включаючи гепатити, ВІЛ-інфекцію) та грибкової (кандидози) етіології.

Режими дезінфекції та суміщення процесів дезінфекції та передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення при кишкових та крапельних інфекціях бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної етіології та кандидозах.

Об'єкт дезінфекції, передстерилізаційного очищення	Кишкові та крапельні інфекції бактеріальної (включаючи туберкульоз) етіології та кандидози		Інфекції вірусної (включаючи гепатити В, С та ВІЛ-інфекцію) етіології за винятком поліомієліту		Поліомієліт	
	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хв.	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хвилини	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хвилини
Хірургічні та стоматологічні інструменти з металу, скла, полімерних матеріалів і гуми. Гнучкі та жорсткі ендоскопи	1,0	60	1,0	60	1,5	120
	1,5	30	1,5	30	2,0	60
	2,0	15	2,0	15		

Таблиця 3. Режими стерилізації ВМП розчинами засобу "Лізоформін 3000"

Об'єкт стерилізації	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хвилини	Спосіб застосування
Термолабільні хірургічні і стоматологічні інструменти з металу, скла, полімерних матеріалів і гуми. Гнучкі та жорсткі ендоскопи	8,0	60	Занурення

Примітка: стерилізацію проводять за початкової температури робочого розчину 50 °С. Зазначена температура протягом всього періоду стерилізаційної витримки не підтримується.

Способи застосування "Хлорантоїну" з метою передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення та поєднаних процесів дезінфекції з передстерилізаційним очищенням

3.3.1. Робочі розчини "Хлорантоїну" використовують з метою передстерилізаційного очищення виробів корозійностійкого металу, скла, гуми та полімерних матеріалів (за винятком гнучких та жорстких ендоскопів) ручним або механізованим способами після їх дезінфекції. Роз'ємні вироби підлягають передстерилізаційному очищенню в розібраному стані.

З метою передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення використовують робочий розчин "Хлорантоїну" кімнатної температури.

3.3.1.1. Ручний спосіб передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення робочим розчином "Хлорантоїну" включає послідовне виконання наступних операцій:

- обполіскування виробів проточною водою протягом $(0,5 \pm 0,1)$ хв.;
- замочування у 0,1-0,2 % робочому розчині "Хлорантоїну" за кімнатної температури протягом $(15,0 \pm 1,0)$ хв.

Внутрішні канали та порожнини виробів повністю заповнюються робочим розчином "Хлорантоїну" за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений робочим розчином, видавлюють крізь них розчин та занурюють у робочий розчин. Замочування виробів у робочому розчині виконують у місткості, що закрита кришкою.

Миття кожного виробу, включаючи шприци, робочим розчином за допомогою йоржа чи ватно-марлевого тампону протягом $(0,5 \pm 0,1)$ хв. Внутрішні канали та порожнини інших виробів миють шляхом прокачування крізь них робочого розчину за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений робочим розчином, та прокачують крізь них робочий розчин.

Обполіскування проточною питною водою протягом 3 хв (для виробів, що не мають внутрішніх каналів) або 4 хв (для виробів, що мають внутрішні канали). Внутрішні канали та порожнини виробів обполіскують шляхом прокачування крізь них питної води за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача, Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений питною водою, та прокачують крізь них воду.

Обполіскування дистильованою водою протягом $(0,5 \pm 0,1)$ хв. Внутрішні канали та порожнини виробів обполіскують шляхом прокачування крізь них дистильованої води за допомогою шприців безперервного типу дії або електровідсмоктувача. Голки послідовно приєднують до шприца, який заповнений дистильованою водою, та прокачують крізь них воду.

Сушіння гарячим повітрям за температури (85 ± 5) °С до повного видалення вологи.

2.2. ІНСТРУКЦІЯ по стерилізації виробів медичного призначення / ОСТ 42 – 21 – 2 – 85 /

Навчальна мета: Оволодіти методикою стерилізації виробів медичного призначення.
Необхідне обладнання: Вироби медичного призначення, стерилізаційна апаратура.
СТЕРИЛІЗАЦІЯ забезпечує загибель вегетативних та спорових форм мікроорганізмів.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Стерилізація кип'ятінням. Об'єкти стерилізації: гумові рукавички, дренажні трубки.
Використовуване обладнання: кип'ятильник – стерилізатор.
Режим стерилізації: 20 хв. з моменту закипання. Вода питна або дистильована без додавання гідрокарбонату натрію.
**ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Якість стерилізації методом кип'ятіння сумнівна, бо при цьому методі не знищуються віруси та спорові форми мікроорганізмів.*
2. Паровий метод. Об'єкти стерилізації: вироби із корозійностійких металів, скла, вироби із текстильних матеріалів, гуми.
Використовуване обладнання: паровий стерилізатор – автоклав. Стерилізацію проводять: в стерилізаційних коробках з фільтрами або без них, в подвійній м'якій упаковці із бязі, в упаковці з пергаментного паперу.
Режим стерилізації: тиск пари 2 атм. 132°С – 20 хвил.

тиск пари 1,1 атм. 120° С – 45 хвил.

Термін зберігання стерильності:

- в стерилізаційних коробках без фільтру, в подвійній м'якій, або паперовій упаковці – 3 доби;
- в стерилізаційних коробках з фільтром – 20 діб.

Контроль стерильності:

- термочасові індикатори /змінюють колір згідно еталону при вірній температурі і терміні стерилізації/.

3. Повітряний метод. Об'єкти стерилізації: хірургічний інструментарій у відкритих ємностях, шприци з позначкою "200° С" в упаковці з пергаментного паперу.

Використовуване обладнання: повітряний стерилізатор /сухожарова шафа/.

Режим стерилізації:

- 160° С – 150 хв.
- 180° С – 60 хв. (основний)
- 200° С – 15 хв.

Термін зберігання стерильності:

- на операційному столі, накритий стерильним простирадлом – 1 добу;
- в паперових упаковках – 3 доби.

Контроль стерильності: термочасові індикатори /змінюють колір згідно еталону при вірній температурі і терміні стерилізації/.

4. Хімічний метод. Об'єкти стерилізації: вироби із полімерних матеріалів гуми, скла, корозійностійких металів.

Використовуване обладнання: закриті ємності із скла і пластмаси, металеві, або покриті емаллю.

Режим стерилізації:

- 6% розчин перекису водню: 18° С – 6 год.
- 50° С – 3 год.

Температура розчину в процесі стерилізації не підтримується:

- 96° етиловий спирт – 2 год.
- 4,8% розчин С – 4 – 15 хв.
- 1% розчин дезоксону – 45 хв.

Термін зберігання стерильності: в стерилізаційній коробці, викладеної стерильним простирадлом – 3 доби.

5. Газовий метод. Об'єкти стерилізації: одноразові шприци, венозні катетери, сечовідні катетери, цистоскопи, обладнання для АШК та гемодіалізу.

Використовуване обладнання: газовий стерилізатор, пароформалінова камера, герметично закрита ємність з пластмаси з подвійним дном.

Стерилізацію проводять: в упаковці з поліетиленової плівки, пергаментного паперу, в паперових пакетах.

Режим стерилізації:

- суміш оксиду етилену з бромідом метилу 1 : 2,5 при температурі 50 – 60°С – 6 годин /температура залежить від стерилізуємого матеріалу/.
- параами формальдегіду при 20° С – 1 год.

Термін зберігання стерильності:

- в поліетиленовій упаковці – 2 роки;
- в упаковці з пергаментного паперу – 3 доби.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

Після газової стерилізації вироби можуть бути використані тільки після виходу накопиченого в глибині них газу. Для цього всі стерилізовані предмети залишають в вентильованому приміщенні на 1 добу для виробів з металу та скла, на 5 діб – для виробів з гуми та полімерів.

6. Променева стерилізація: Проводиться тільки в промислових умовах.

Об'єкти стерилізації: шовний матеріал, ендопротези, одноразові шприци, венозні катетери.

Використовуване обладнання: гамма – випромінювач.

Стерилізацію проводять: в герметичній упаковці.

Термін зберігання: 1 – 2 роки.

2.3. ІНСТРУКЦІЯ по обробці рук медичного персоналу перед операцією

Навчальна мета: Оволодіти методикою обробки рук медперсоналу перед операцією.
Необхідне обладнання: Щітки, мило, миска, підставка, 0,5% розчин аміаку, 33% розчин перекису водню, мурашина кислота 100% або 85%, 1% дегміцид, 0,5% спиртовий розчин гібітану, церигель, великі серветки, рушники, банка, холодильник.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

I. Метод Спасокукоцького – Кочергіна – Альфельда.

1. Миття рук проточною водою з милом двома стерильними щітками по 5 хв. кожною. Руки тримайте так, щоб вода стекла на передпліччя, а не навпаки.
2. Миття рук за допомогою стерильної серветки в 2 простерилізованих тазах з 0,5% розчином аміаку по 3 хв. в кожному. Спочатку мийте долоневу, потім тильну поверхню кисті, міжпальцеві проміжки і нігтьові ложа спочатку однієї, а потім другої руки. Після цього мийте зап'ястя, а під кінець передпліччя.
3. Вимиті руки висушуються стерильним рушником або серветкою в тій же послідовності.
4. Стерильною серветкою, зволоженою 96° спиртом обробляються кисті рук.
5. Нігтьові ложа обробляють 5% спиртовим розчином йоду.

II. Обробка рук розчином С – 4 / первомур /.

1. Приготуйте вихідний розчин: 171 мл 33% розчину перекису водню і 69 мл 100% мурашиної кислоти або 81 мл 85% мурашиної кислоти. Суміш поставте на 1 – 1,5 год. в холодильник у скляному посуді з притертим корком і періодично струшуйте. В результаті утвориться надмурашина кислота. Вихідний розчин може використовуватися протягом 1 доби.
2. Приготуйте робочий розчин: 120 мл вихідного розчину, розведіть перекип'яченою або дистильованою водою до 5 л в незараженій емалевій мисці. Робочий розчин використовується протягом 6 – 8 год.
3. Миття рук теплою проточною водою з милом протягом 1 – 2 хв.
4. Вимиті руки висушуються стерильним рушником або серветкою.
5. Занурити руки в робочий розчин по лікті на 1 – 2 хв.
6. Просушить руки стерильним рушником або серветкою. При цьому методи не треба оброблять шкіру іншими антисептичними засобами.
5 л робочого розчину первомуру достатньо для послідовного незараження рук 5 особами.

III. Обробка рук 1% дегміцидом.

1. Миття рук проточною водою з милом.
2. Руки висушують стерильним рушником або серветкою.
3. Руки обробляють 2 – 3 хв. стерильною серветкою, змоченою 1% розчином дегміциду. Обробка рук іншими антисептичними засобами не потрібна.

IV. Обробка рук хлоргексидину біглюконатом / гібітаном /.

1. 20% розчин хлоргексидину біглюконатом заводського виготовлення розвести етиловим 70° спиртом у співвідношенні 1 : 40.

2. Вимийте руки теплою проточною водою протягом 1 - 2 хв.
3. Висушіть руки стерильним рушником або серветкою.
4. Обробіть руки стерильною серветкою, змоченою 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату, протягом 3 хв. Обробка шкіри іншими антисептичними засобами не потрібна.

V. Обробка рук церигелем при невідкладних хірургічних втручаннях.

1. Руки миють проточною водою з милом.
2. Висушіть руки стерильним рушником або серветкою.
3. На долоню сухих рук наливають 3 – 4 мл церигелю, розтирають його 10 – 15 сек., пальці рук розводяться і висушуються 1 – 2 хв.
4. Якщо під час операції плівка із шкіри частково знімається, то однак руки протягом 60 хв. залишаються стерильними.
5. Після закінчення операції плівку з рук знімають тампоном зі спиртом.

VI. Обробка АХД, АХД-спеціаль, євросептом. Діючим початком цих комбінованих антисептиків є етанол, ефір жирної кислоти, хлоргексидин.

Методика: препарати знаходяться у флаконах, з яких при натисненні на спеціальний важіль певна їх доза виливається на руки хірурга, і той здійснює втирання розчину в шкіру рук протягом 2-3 хв. Процедура повторюється двічі. Додаткове дублення і висушування не потрібні. Метод практично позбавлений недоліків і в даний час вважається найпрогресивнішим і поширенішим.

Хірургічна антисептика рук методом втирання засобу



СТАДІЯ 1
За необхідності вимити руки миючим засобом, ретельно обполоснути



СТАДІЯ 2
Ретельно осушити руки одноразовим рушником



СТАДІЯ 3
За допомогою дозатора (натискати ліктем на важіль) влити антисептичний засіб у заглиблення сухої долоні



СТАДІЯ 4
В першу чергу змочити антисептичним засобом кисті рук, потім передпліччя та ліктьові згини



СТАДІЯ 5
Антисептичний засіб окремими порціями втирати протягом часу, вказаного розробником. При цьому кисті рук треба тримати вище ліктьових згинів



СТАДІЯ 6
Після антисептичної обробки не використовувати рушник.
Дочекайтесь повного висихання рук.
Одягнути рукавички тільки на сухі руки

Стандартна методика обробки кистей рук антисептиком згідно з EN 1500



СТАДІЯ 1
Долоня до долоні рук,
включаючи зап'ястя



СТАДІЯ 2
Права долоня на ліву тильну сторону кисті та
ліва долоня на праву тильну сторону кисті



СТАДІЯ 3
Долоня до долоні рук
з перехрещеними пальцями



СТАДІЯ 4
Зовнішня сторона пальців на протилежній
долоні з перехрещеними пальцями



СТАДІЯ 5

Колоподібне втирання лівого великого пальця в закритій долоні правої руки та навпаки



СТАДІЯ 6

Колоподібне втирання зімкнутих кінчиків пальців правої руки на лівій долоні та навпаки

**Нормативний документ: Наказ МОЗ України №798 від 21.09.10*

2.4. ІНСТРУКЦІЯ по одяганню стерильного халату та гумових рукавичок

Навчальна мета: Оволодіти методикою одягання стерильного халату і рукавичок операційною медсестрою і на хірурга.

Необхідне обладнання: Хірургічні халати, рукавички, бікс.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

I. Одягання стерильного халату операційною сестрою.

Після одягання стерильної маски і знезараження рук, операційна сестра за допомогою санітарки приступає до одягання стерильного халату.

1. Запропонуйте санітарці відкрити бікс із стерильною операційною білизною.
2. Перевірте за допомогою індикатора, який лежить зверху, стерильність білизни.
3. Вийміть обережно руками халат, складений у вигляді рулону.
4. Розгорніть халат на витягнутих руках.
5. Одягніть його, руки при цьому проведіть так у рукава, піднявши їх вгору, щоб халат ніби – то зісковзував на тулуб.
6. Манжетки рукавів із поворотками заправте самостійно.
7. Санітарка стає ззаду, захоплює і зав'язує поворотки халату.
8. При наявності пояса тримайте так, щоб кінці його звисали. Стоячи ззаду і не торкаючись операційної сестри, санітарка захоплює обидва кінці поясу і зав'язує їх ззаду.

II. Одягання стерильних гумових рукавичок.

1. Перед тим, як одягнути рукавички, руки повторно обробіть 70° етиловим спиртом.
2. Підберіть рукавички за розміром кистей, щоб вони не стискували їх і добре облягали пальці.
3. Можете одягати на руки рукавички, пересипані тальком.
Але цей спосіб не рекомендується при операціях на органах черевної порожнини і грудної клітки, оскільки в разі проникнення тальку в рану він сприяє утворенню одягальних гранульом.

Тому краще одягайте стерильні гумові рукавички на вологі руки зі спиртом і стерильним гліцеином.

Найбільш ефективний спосіб використання одноразових стерильних гумових рукавичок.

4. Краї обох рукавичок перед одягненням загорніть назовні широкою каймою.
5. Великим та вказівним пальцями правої руки захопіть загорнутий край лівої рукавички і одягніть її на ліву руку.
6. Таким же способом одягніть рукавичку на праву руку. Поки на обидві руки не будуть одягнуті рукавички, не поправляйте напальники їх!!! Під час поправлення рукавичок не вводьте пальці однієї руки під край рукавички другої руки!!!
7. Манжетка рукавички має покривати манжетку халату, а не заходити під останню.
8. Під час одягання рукавичок стежте, щоб їх зовнішня поверхня не торкалася шкіри. Після одягання рукавичок обробіть їх спиртом 70°.

III. Надягання стерильного халату хірургів.

1. На витягнутих стерильних руках розправте стерильний халат.
2. Накиньте його на свої руки, щоб внутрішня верхня частина рукавів і плеч була ніби – то вивернута зовні від вас.
3. Хірург проводить поступово свої руки в рукава, а ви ніби – то накидаєте на його плечі верхню частину халата.
4. При необхідності можете допомогти хірургові зав'язати поворозки манжетів.
5. Зав'язати поворозки на халаті ззаду може санітарка або інший персонал операційного блоку.

IV. Надівання хірургові стерильних рукавичок.

1. Відгорнуть зовні краї стерильних рукавичок у вигляді манжеток.
2. Під загорнуті краї манжеток введіть 2 – 4 пальці обох рук, розтягніть ними рукавичку.
3. Тримаючи рукавичку долонною поверхнею до хірурга, надягніть її на руку хірурга.
4. За допомогою стерильної серветки хірург руками від кінчиків пальців моделює рукавички на кисті, а потім обробляє їх стерильною серветкою, зволоженою 70° етиловим спиртом.

2.5. ІНСТРУКЦІЯ по накриванню стерильного стола

Навчальна мета: Оволодіти методикою накривання стерильного великого інструментального стола та інструментального столика операційної медсестри.

Необхідне обладнання: Великий стіл, столик операційної медсестри, бікс, простирадло, клейонка, 3% розчин хлораміну, марлева серветка.

I. Інструкція по накриванню стерильного великого інструментального стола в операційній.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Прослідкуйте, щоб перед накриванням стерильного стола санітарка здійснила ретельне прибирання операційної, передопераційної, інструментальної.
2. Здійсніть знезараження повітря за допомогою бактерицидних ламп протягом 30 хвилин.
3. Обробіть поверхню стола двічі 3% розчином хлораміну.
4. Одягніть стерильну маску, здійсніть хірургічну обробку рук, одягніть стерильний халат, надіньте стерильні гумові рукавички, обробіть їх 70° етиловим спиртом.
5. Запропонуйте санітарці відкрити бікс із стерильною операційною білизною.
6. Перевірте контроль якості стерилізації за допомогою індикатора.
7. Вийміть стерильну клейону і накрийте нею стіл, а потім вийміть стерильне простирadlo, розгорніть його так, щоб залишилось 4 шари, і накрийте ним столик. Якщо стіл великих розмірів, тоді використайте 2 або 4 простирadla з тим розрахунком, щоб вони не лише повністю покривали стіл, але й звисали за його краї на 30 – 40 см.
8. Візьміть стерильну серветку, запропонуйте санітарці відкрити дверці сухожарової шафи, вийміть із неї сітку з інструментами і перенесіть її на стерильний стіл.
9. Розкладіть інструменти в певному порядку в 3 – 4 ряди. В перший ряд покладіть найбільш ходові інструменти: затискачі, пінцети, голкотримачі, у другий ряд – ті інструменти, які потрібні для даної операції, у третій ряд – інструменти, які використовують рідше, та дублікати на випадок непередбачених обставин. У лівому куті складіть скальпелі, ножиці, шовний матеріал. Після розкладання інструментів стіл накрийте стерильним простирadлом у два шари, причому краї верхніх шарів повинні звисати на 5 – 7 см вище нижніх.

II. Інструкція по накриванню інструментального столика операційної медсестри.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Прослідкуйте, щоб санітарка двічі продезинфікувала поверхню стола 3% розчином хлораміну. Вийміть стерильну клейонку і накрийте стіл.
 2. Накрийте інструментальний столик вчетверо складеним простирadлом, верхній шар простирadla відкотіть.
 3. На простирadlo покладіть стерильну пелюшку або рушник.
 4. Розмістіть необхідні інструменти в певному порядку таким чином, щоб до хірурга вони були повернуті ручками.
 5. Шовний матеріал розмістіть між шарами пелюшки або рушника.
 6. Підготуйте необхідну кількість стерильного перев'язочного матеріалу.
 7. Інструментальний столик після обробки операційного поля і накривання хворого стерильними простирadлами установіть так, щоб зручно було обслуговувати хірургів під час проведення операції.
- ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Бездоганне дотримання правил асептики в операційній має дуже велике значення. Старайтесь із стерильного стола брати додатково інструментарій, перев'язочний матеріал стерильними корцангами, а не руками.*
- Шовний матеріал розмістіть таким чином, щоб нитки зручно було витягати за допомогою стерильного пінцета.

Під час операції слідкуйте за тим, щоб при протиранні інструментів від крові ваші рукавички не торкались їх. Використовуйте для цього стерильні серветки.

2.6. І Н С Т Р У К Ц І Я ПО СТЕРИЛІЗАЦІЇ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ / ОСТ 42 – 21 – 2 – 85 /

Навчальна мета: Оволодіти методикою стерилізації шовного матеріалу і його зберігання.

Необхідне обладнання: Шовк, кетгут, синтетичний шовний матеріал, 0,5% пральний миючий засіб, ефір, спирт, розчин сулеми 0,1%, 1% та 2,5% розчин хлоргексидину біглюконату, розчин Люголя 4,8%, розчин С – 4, банки з притертими корками, кастрюля, електрична плитка.

I. СТЕРИЛІЗАЦІЯ ШОВКУ.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

Метод Кохера: Прання в мильній воді 2 – 3 рази, ополіскують 7 раз, до повного відмивання мила, висушують стерильним рушником, стерильними руками намотують на скляні котушки, на 24 години занурюють в ефір для знежирення, потім перекладають на 24 години в 70° спирт, кип'ятять 10 хвилин в 0,1% розчині сулеми. Зберігають в 96° спирті. Заміна спирту і бактеріологічний контроль кожні 10 днів. Перший бак. контроль через 2 дні після закінчення стерилізації / до одержання результатів користуватися шовком не можна! /.

Стерилізація в автоклаві разом з перев'язочним матеріалом та операційною білизною / різко знижується міцність ниток! /.

Стерилізація розчином ХЛОРГЕКСИДИНУ БІГЛЮКОНАТУ / дивіться п. IV /.

II. СТЕРИЛІЗАЦІЯ БАВОВНЯНИХ НИТОК.

Розчином ХЛОРГЕКСИДИНА БІГЛЮКОНАТУ / дивіться п. IV /.

Парою під тиском / міцність не порушується! /.

III. СТЕРИЛІЗАЦІЯ СИНТЕТИЧНОГО ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ

/ капрон, нейлон, лавсан /.

Прання, висушування, знежирення в ефірі 24 год., кип'ятіння в 0,1% розчині сулеми 5 хв., заливають 96° спиртом на 2 доби, потім спирт міняють на свіжий і в ньому зберігають. Розчином ХЛОРГЕКСИДИНА БІГЛЮКОНАТУ – / дивіться п. IV /. Кип'ятіння в дистильованій воді 20 хвилин / стерилізація сумнівна /.

IV. СТЕРИЛІЗАЦІЯ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ, ЩО НЕ РОЗСМОКТУЄТЬСЯ РОЗЧИНОМ ХЛОРГЕКСИДИНА БІГЛЮКОНАТУ.

Нитки, намотані на бабіни, занурюють в ефір на 24 год., перекладають в стерильну банку і заливають 1% водним розчином хлоргексидину на 30 хвил.,

потім переносять в 2,5% розчин хлоргексидину і кип'ятять 5 хвил. Кладуть в стерильну банку і заливають 96° спиртом на 3 доби, потім спирт міняють на свіжий і в ньому зберігають.

V. СТЕРИЛІЗАЦІЯ КЕТГУТУ за методом ГУБАРЄВА.

Склад спиртового розчину Люголю: йод чистий – 2,0
калію йодид – 8,0

гліцерин – 4,0
спирт етиловий 96° – 100,0

Мотки кетгуту знежирюють в ефірі 24 год., а потім 2 рази заливають розчином Люголю на 8 діб. На 17 добу заливають свіжим розчином Люголю, в якому зберігають. Заміна розчину кожні 10 днів, з бак. контролем.

VI. СТЕРИЛІЗАЦІЯ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ РОЗЧИНОМ С – 4 /експрес – метод/.

Після знежирення в ефірі на протязі 24 год., нитки занурюють в 4,8% розчин С – 4 /той, що розсмоктується на 20 хв., той, що не розсмоктується на 15 хв./, 2 рази ополіскують стерильним фіз. розчином і зберігають кетгут в розчині Люголя, шовний матеріал що не розсмоктується – 96° спирті.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ РОБОТИ

3.1. ІНСТРУКЦІЯ ПО ВИПИСУВАННЮ ТА ЗБЕРІГАННЮ ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН У ВІДДІЛЕННЯХ

Загальні правила виписування і одержання ліків з аптеки.

Лікарські речовини для відділення виписує старша сестра за дорученням, яке видає бухгалтерія лікувальному закладу. Засвідчується доручення головним лікарем, головним бухгалтером і круглою печаттю лікувального закладу.

На одержання наркотичних анальгетиків, отруйних речовин та спирту і спиртових розчинів доручення видається 1 раз на місяць.

На одержання готових, екстемпоральних лікарських препаратів, перев'язочного матеріалу і предметів догляду за хворими доручення оформляється один раз у квартал.

Вимоги – накладні на одержання ліків із аптеки заповнюються по групах:
а/ до першої групи лікарських речовин відносяться наркотичні анальгетики та отруйні речовини;
б/ до другої групи лікарських препаратів відносяться спирти і спиртові розчини;
в/ до третьої групи лікарських речовин відносяться екстемпоральні ліки, тобто ті, що виготовляються в аптеці;
г/ до четвертої групи відносяться готові лікарські препарати, предмети догляду за хворими, перев'язочний матеріал.

Старша медична сестра є довіреною особою, яка виписує, оформляє і здає в аптеку вимогу – накладну. Вона ж перевіряє правильність одержання ліків із аптеки.

Послідовність дій при оформленні вимоги та порядок зберігання ліків

I. Оформлення вимоги – накладної на одержання ліків із аптеки:

1. Лікар під час щоденного огляду хворих призначає в листі лікарських призначень лікарські препарати, їх дози, кількість прийомів та шляхи введення.
2. Палатна медична сестра щоденно робить вибірку із листа лікарських призначень. Відомості про призначені хворому ін'єкції вона передає в процедурний кабінет.
3. Перелік і кількість усіх призначених лікарських препаратів палатні та процедурні сестри передають старшій медичній сестрі відділення.

4. Старша медична сестра видає на відділення із запасу наявні ліки, а яких бракує, то складає отримані дані і виписує вимогу – накладну на одержання відсутніх ліків із аптеки.
5. Вимогу – накладну на наркотичні анальгетики та отруйні речовини виписує в чотирьох екземплярах латинською мовою не більше трьохденного запасу. На вимогах – накладних обов'язково повинен стояти штамп лікувального закладу, підпис головного лікаря, кругла печать.
6. Спирти і спиртові розчини виписує і оформляє старша медична сестра так само, як і наркотичні анальгетики.
7. Екстемпоральні, готові лікарські форми, предмети догляду за хворими, перев'язочний матеріал виписує і оформляє старша медична сестра в трьох екземплярах.
8. При виписуванні ліків із аптеки на бланках слово “НАКЛАДНА” закреслюється, і вказується: в графі “НАЙМЕНУВАННЯ ТОВАРУ” – назва препарату, форма випуску, в графі “ОДИНИЦЯ ВИМІРУ” – одиниця виміру /кг, г, м, штук, коробок, ампул/, в графі “ПОТРІБНА КІЛЬКІСТЬ” – кількість ліків, яка необхідна для відділення. Графи “ВИДАНА КІЛЬКІСТЬ”, “ЦІНА”, “СУМА” заповнює провізор аптеки.
9. При одержанні ліків із аптеки старша медична сестра ставить свій підпис у графі “ОДЕРЖАВ”, провізор – у графі “ВИДАВ”.
Лікарські препарати для відділення стаціонару відпускаються із аптеки в оригінальній заводській чи аптечній упаковці. Старша сестра, отримавши лікарські препарати, зобов'язана перевірити їх відповідність вимозі – накладній.
10. Якщо із відділення в аптеку необхідно здати невикористаний препарат то в вимозі – накладній закреслюють слово “ВИМОГА”. Накладну оформляють так само, тільки в графі “ОДЕРЖАВ” ставить підпис провізор, а в графі “ВІДПУСТИВ” – старша медична сестра.

Категорично забороняється одержувати препарати з аптеки допоміжному персоналу /санітаркам, водіям/. Наказом головного лікаря в лікувальному закладі призначається фармацевт – провізор, який централізовано організовує замовлення ліків в аптеці для всіх відділень, отримує видані ліки із аптеки і видає ліки в відділення відповідно вимозі.

Під наглядом і за відповідальністю фармацевта – провізора в стаціонарі виділяється приміщення, де за наказом головного лікаря утримується п'ятиденний недоторкований запас наркотичних анальгетиків, медикаментів, спирту, перев'язочного матеріалу, який із часом замінюється свіжими лікарськими препаратами.

Зберігання ліків у відділенні.

1. В процедурному кабінеті зберігають медикаменти для парентерального введення в шафі з позначкою “ІН”СКЦІЙНІ”. В одне гніздо складають антибіотики, в друге – вітаміни, в третє – анальгетики і т.ін.
2. Так само зберігаються медикаменти для ентерального застосування в окремій шафі або на окремих полицках шафи.
3. У місцях зберігання лікарських препаратів повинні витримуватись температурний і світловий режими. Настояї, відвари, емульсії, сироватки, вакцини, органо-препарати, розчини, що містять глюкозу, мають зберігатися лише в холодильниках /4 – 8° С/.

4. Препарати з різким запахом /камфора, лізол, йодоформ/ зберігають окремо, щоб їхній запах не поширювався на інші препарати.
 5. Окремо зберігають вогненебезпечні речовини: спирт, ефір, бензин, а також перев'язочний матеріал, шприци, системи, голки.
 6. Спиртові та ефірні розчини, настойки, екстракти зберігають у флаконах із добре притертим корком, тому що спирт і ефір випаровується і ліки стають більш концентрованими.
 7. Мікстури зберігають до 3 – х діб, відвари, настої, слизи – 2 дні.
 8. Стерильні розчини, виготовлені в аптеці і закупорені пробками під обкатку зберігають 10 днів. Стерильні розчини, закупорені під обв'язку – три дні.
- Якщо протягом дозволеного терміну приготовлені стерильні розчини не були використані, їх виливають навіть при відсутності ознак непридатності.

3.2. І Н С Т Р У К Ц І Я ПО ОБЛІКУ ГОСТРОДЕФІЦИТНИХ ПРЕПАРАТІВ, НАРКОТИЧНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ ТА ОТРУЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН У ВІДДІЛЕННІ

Відповідно з наказом головного лікаря у відділеннях стаціонару та поліклінічному відділенні предметно – кількісному обліку обов'язково підлягають лікарські препарати списку А /наркотичні анальгетики та отруйні речовини/.

Відповідальними особами у відділенні призначаються завідуючий відділенням та старша медична сестра.

Завідуючий відділенням несе відповідальність за дотримання правил призначення, наявність умов для зберігання наркотичних анальгетиків та отруйних речовин.

Безпосереднім виконавцем щодо організації виписування, отримання, зберігання і витрати медикаментів є старша медична сестра.

Наркотичні анальгетики старша медична сестра виписує із розрахунку трьохденного запасу і передає їх у відділення постовій медичній сестрі, реєструючи поступання у “Журнал обліку наркотичних анальгетиків”.

У листі призначень лікар обов'язково записує назву препарату, його концентрацію, разову дозу, спосіб введення і кожен добу вказує години введення препарату, наприклад, 6.00, 14.00, 20.00.

Крім цього, на кожного хворого, який отримує наркотичні анальгетики медична сестра заводить лист призначення наркотичних анальгетиків, де вказує прізвище, ім'я, по батькові хворого, № медичної карти, дату поступання, діагноз, дату операції, концентрацію і назву препарату, введену дозу, дату і час доби, підпис медичної сестри, підпис лікаря.

Засвідчує дозвіл на отримання хворим наркотичних анальгетиків завідуючий відділенням.

Предметно – кількісному обліку підлягають гостродефіцитні лікарські препарати. Перелік гостродефіцитних препаратів зазначається у наказі головного лікаря. Старша медична сестра видає постовим та маніпуляційним сестрам гостродефіцитні ліки суворо за призначенням лікаря відповідно запису в листі призначень.

Облік поступання – видачі цих ліків реєструє в “Журнал обліку гостродефіцитних препаратів”.

За наказом головного лікаря предметно – кількісному обліку можуть підлягати ліки, які надходять по лінії гуманітарної допомоги.

ПРАВИЛА ЗАВЕДЕННЯ І ЗАПОВНЕННЯ

“Журналу обліку наркотичних анальгетиків”

1. На титульному листі напишіть:
“Журнал обліку наркотичних анальгетиків”
відділення
лікарні
Розпочато:
Закінчено:
2. Пронумеруйте листки журналу.
3. Прошийте пронумеровані листки журналу в двох місцях товстою міцною ниткою і кінці зав’яжіть на останньому листку двома вузлами так, щоб можна було відкрити журнал.
4. На невеличкому аркуші пареру зробіть запис: “Пронумеровано, прошито листків”. “Головний лікар”.
5. Кінці нитки зафіксуйте до останнього листка журналу за допомогою клею і заповненого аркуша паперу так, щоб вони трохи виглядали.
6. Головний лікар своїм підписом засвідчує кількість пронумерованих листків і ставить печать.
7. Позначте назву наркотичних анальгетиків, що використовуються, на відповідних сторінках журналу.
8. На першу сторінку винесіть перелік наркотичних анальгетиків, що застосовуються і укажіть сторінки.
9. Розкресліть графи журналу.

Надходження:

- а/ дата;
- б/ звідки отримано, № документа;
- в/ кількість;
- г/ підпис медичної сестри.

Видача:

- а/ дата видачі;
- б/ прізвище, ім’я, по батькові хворого;
- в/ № медичної карти;
- г/ кількість використаних ампул;
- д/ залишок;
- є/ підпис медичної сестри;
- ж/ кількість зданих пустих ампул;
- з/ підпис старшої медсестри.

ЗАПАМ’ЯТАЙТЕ!

Графи журналу необхідно заповнювати чітко. Забороняється виправляти, підтирати записи.

Якщо ви зробили запис помилково, то однією лінією закресліть попередній запис так, щоб можна було прочитати його, позначте “Записано помилково” і поставте свій підпис.

Згідно з вимогою головного лікаря, а також з формою заведіть “Журнал обліку гостродефіцитних препаратів”, а також препаратів, які надійшли по лінії гуманітарної допомоги.

У відділенні також заводиться пронумерований, прошнурований і скріплений підписом головного лікаря і круглою печаткою “Журнал передачі ключів від сейфа з наркотичними анальгетиками”.

Графи журналу:

- 1/ дата;
- 2/ ключі /здав, прийняв/;
- 3/ підписи медичних сестер;
- 4/ підпис лікаря;
- 5/ назви препаратів;
- 6/ кількість заповнених ампул;
- 7/ кількість порожніх ампул.

Порожні ампули з – під наркотичних препаратів не викидають, а здають головній медичній сестрі. Кожні 10 днів комісія, призначена наказом головного лікаря, перевіряє порядок обліку і використання наркотичних анальгетиків, складає відповідний акт, а пусті ампули знищують методом дроблення у мілкі часточки і лише тоді викидають у сміттєзбірник.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

За порушення правил обліку, зберігання та використання наркотичних анальгетиків, отруйних речовин, гостродефіцитних препаратів медичний персонал притягується до адміністративної і кримінальної відповідальності.

ДОДАТКИ

Листок призначень лікарями наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (лікарських засобів) і виконання цих призначень

Історія хвороби _____

Хворий(а) _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

Хворий(а) прийнятий(а) «__» _____ року

Діагноз _____

Дата призначення	Назва призначеного наркотичного чи психотропного засобу	Підпис лікаря (розбірливо)	Час введення, доза введення	Підпис медичної сестри, яка виконала призначення
1	2	3	4	5

(найменування лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я)

Журнал обліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у відділеннях і кабінетах лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я

Найменування відділення (кабінету) _____

Назва наркотичного, психотропного лікарського засобу та прекурсора (лікарського засобу)

Одиниця обліку

Видано		Отримано				Залишок	Підпис чергової м/с		Здано		
Дата отримання	Кількість	Дата видачі	ПІБ хворого	Номер історії хвороби	Підпис		Здав	Прийняв	Кількість	Підпис особи, що здала	Підпис особи, що прийняла
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Нормативні документи: Наказ МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11

3.3. ІНСТРУКЦІЯ по накриванню стерильного стола у маніпуляційному кабінеті

Навчальна мета: Оволодіти методикою накривання стерильного стола у маніпуляційному кабінеті.

Необхідне обладнання: Стіл, серветка, 3% розчин хлораміну, бікс, клейона, простирадло, 2 пінцети, баночка з 6% розчином перекису водню.

Санітарно – протиепідемічний режим процедурного кабінету:

Процедурний кабінет призначається для проведення венепункцій, ін'єкцій, трансфузій із суворим дотриманням правил асептики.

Це повинна бути світла кімната площею не менше 15 м². Оптимальна температура повітря 22 – 25° С. Тут має бути достатнє освітлення, приточно – витяжна вентиляція з застосуванням кондиціонерів, холодна і гаряча вода. Обладнання кабінету: шафи для медикаментів, бікси зі стерильним матеріалом, одноразові шприци, голки, системи для введення інфузійних розчинів, підставки – штативи, холодильник для зберігання термолабільних препаратів, ємності для промивної води, дезінфікуючих розчинів, маніпуляційні столи, робочий стіл для ведення медичної документації, стерильний стіл, ртутно – кварцева лампа. У процедурному кабінеті двічі на день /перед початком і наприкінці робочого дня/ проводять вологе прибирання з застосуванням 0,5% розчину хлорного вапна або 1% розчину хлораміну, а при необхідності проводять поточне прибирання. Один раз на тиждень проводять генеральне прибирання кабінету з миттям та дезінфекцією стін, наявного оснащення, підлоги.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. На руках коротко обріжте нігті, не використовуйте лакове покриття їх.

2. Не допускайте носіння на руках годинника, браслетів, обручок, сережок інших прикрас.
3. Перед роботою прийміть душ.
4. Одягніть чисту відпрасовану білизну та халат, ковпак або косинку.
5. На ноги одягніть світлі шкарпетки та легке м'яке взуття, виготовлене із шкіри чи шкірозамінника.
6. Надіньте 4 – шарову стерильну марлеву маску, яку замінюйте кожні 3 год., тому що фільтраційна здатність її з часом знижується.
7. Перед початком роботи руки двічі помийте теплою проточною водою з милом і висушіть рушником, який щоденно замінюйте на чистий.
8. Прослідкуйте, щоб до початку роботи санітарка здійснила вологе прибирання процедурного кабінету за допомогою 1% розчину хлораміну. Простежте, щоб для прибирання маніпуляційного кабінету використовувались спеціально виділені промарковані відро, швабра, прибиральні полотнища для миття підлоги.
9. Знезаразьте повітря ртутно – кварцовою лампою протягом 30 хвилин, провітрити кабінет за допомогою кватирки.

Знезараження маніпуляційного стола

1. Ретельно промийте руки теплою водою з милом і висушіть їх рушником.
2. Одноразовою бавовняною серветкою, змоченою 3% розчином хлораміну, ретельно продезинфікуйте поверхню маніпуляційного стола.
3. Після висихання, приблизно через 10 хв., знову свіжою змоченою 3% розчином хлораміну серветкою продезинфікуйте маніпуляційний стіл.
4. Промийте руки проточною водою з милом і висушіть рушником.

Накривання стерильного стола

1. Перевірте дату стерилізації бікса, відкрийте бікс із стерильними пелюшками, простирадла, пінцетами і затискувачами.
2. Знезаразьте руки за допомогою 70° етилового спирту.
3. За допомогою пінцета, який занурений на $\frac{3}{4}$ довжини в дезінфікуючий розчин, візьміть із бікса індикатор стерильності і перевірте якість стерилізації.
4. За допомогою пінцета, який занурений у дезінфікуючий розчин, дістаньте із бікса 2 стерильних пінцета.
5. За допомогою двох стерильних пінцетів візьміть із бікса стерильну клейонку, розправте на витягнутих руках і накрийте маніпуляційний стіл.
6. Так само дістаньте із бікса стерильне простирадло, розправте його і в 4 – шари накрийте маніпуляційний стіл поверх клейонки.
Простежте, щоб передні краї простирадла вільно відкривались і на 8 – 10 см опускалися вниз від передньої панелі столу.
Стерильний стіл накрийте таким чином, щоб знизу було 4 стерильних шари простирадла, а зверху – два.
7. Покриття на задніх кутках стола затисніть двома стерильними затискачами так, щоб скріпити верхні і нижні шари.
8. Передній край верхніх шарів захопіть двома затискувачами так, щоб за допомогою їх можна відкрити стерильний стіл. Пінцети, за допомогою яких накривали стерильний стіл, вилучіть із роботи.
9. Після накривання до стерильного стола прикріпіть етикетку, на якій зазначте дату, час накривання і поставте свій підпис.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

До поверхні стерильного стола забороняється торкатись руками, класти на нього робочий стерильний пінцет.

Робочий стерильний пінцет тримайте на стерильному лотку.

Допускається використання стерильного стола протягом 6 год, а стерильного пінцету – протягом 3 годин.

Стерильну поверхню стола можете використати для тимчасового викладання із пакетів стерильних шприців, систем, запасних стерильних голок, стерильних ниркоподібних лотків.

4. ЗНЕБОЛЕННЯ

4.1. ІНСТРУКЦІЯ

по накриванню стерильного стола медсестри – анестезиста

Навчальна мета: Оволодіти методикою накривання стерильного стола м/с – анестезиста.

Необхідне обладнання: столик, серветка, 3% розчин хлораміну, бікс, клейона, простирадло, 2 пінцета, баночка з 6% розчином перекису водню, 2 цапки для білизни.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Поверхня стола двічі протирається серветкою, змоченою 3% розчином хлораміну або 70° спиртом.
2. Накривається стерильною клейонкою, яку достають з бікса двома стерильними пінцетами.
3. Достаньте з бікса стерильне простирадло двома стерильними пінцетами, розправте його і в 4 шари накрійте стіл так, щоб 2 верхні краї простирадла на 8 – 10 см опускались вниз від передньої панелі столу. Захопіть верхні краї двома цапками, щоб за допомогою їх можна відкрити стерильний стіл.
4. Виложить між верхніми та нижніми шарами простирадла 5 – 6 шприців різної ємності, голки, пінцети, тупфери /затискачі з затиснутими марлевими серветками та кульками/, стерильні баночки для розведення анестетиків, стерильні серветки, системи для інфузії, інтубаційні трубки, ларингоскоп, маски, повітряводи, роторозширювач, язикотримач, стерильні шлункові зонди, носові катетери.
5. На не стерильній полиці столу виложить тонометр, фонендоскоп, необхідні медикаменти: анестетики, міорелаксанти, атропіну сульфат, прозерін, серцеві судинозвужуючі, спазмолітики, бронхолітики, вітаміни, гормони.
6. Рядом зі столом анестезиста розміщується електровідсмоктувач.
Для економії часу анестезистка може скласти зарання все необхідне для наркозу в зложено в 4 шари простирадло, зверху завернути в клейонку і звернути у вигляді конверту. Такий набір – укладку стерилізують паровим методом, зберігають в біксі.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОBOB'ЯЗКИ МЕДСЕСТРИ – АНЕСТЕЗИСТА

1. Підключення системи для внутрішньовенних інфузій.
2. Введення анестетиків та міорелаксантів.
3. Допомога лікареві – анестезіологу під час інтубації трахеї.

4. Контроль пульсу та артеріального тиску хворого під час наркозу.
5. Перевірка кольору шкіри хворого, його зіниць.
6. Введення хворому шлункового зонду, носового катетеру, евакуація шлункового вмісту, слизу.
7. Ведення наркозної карти.
8. Після завершення операції супроводжування хворого в палату і передача медсестрі відділення інтенсивної терапії.
9. Після завершення наркозу відключення подачі газів, дезинфекція апаратури.

5. ГЕМОСТАЗ

5.1. ІНСТРУКЦІЯ

правила накладання джгута при артеріальній кровотечі

Навчальна мета: Оволодіти технікою накладання джгута.

Необхідне обладнання: кровоспинний джгут, підкладка, папірець, олівець.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Перед накладанням джгута кінцівку піднімають доверху, щоб викликати відток крові.
2. Джгут не можна накладати на тіло, під нього підкладають м'яку тканину без зморщок.
3. Джгут сильно розтягують та обертають навкруги кінцівки вище місця пошкодження, якомога ближче до рани.
4. Перший тур повинен бути найбільш тугим, інші накладаються з меншим натяганням.
5. Тур джгута не можна перехрещувати, щоб не защемити шкіру.
6. Кінці джгута фіксуються ланцюжком та гачком зверху всіх турів.
7. Під джгут підкладають папірець, на якому пишуть час його накладання.
8. Джгут можна держати 2 год. в літній час і одну годину взимку.

Критерії правильності накладання джгута:

1. Зупинка кровотечі.
2. Зникнення пульсації артерії на периферії.

Помилки при накладанні джгута:

1. Черезмірне затягування викликає стиснення м'яких тканин, м'язів, нервів, судин. Наслідком цього можуть бути гангрена, параліч, тощо.
2. Недостатньо затягнутий джгут не зупиняє кровотечі, а, внаслідок венозного застою, посилює її.
3. Накладання джгута при капілярній, венозній та слабкій артеріальній кровотечі.
4. Накладання на голе тіло та далеко від рани.
5. Погане закріплення кінців джгута.
6. Накладання джгута на зону, де мається гнійно – запальний процес /швидкий розвиток гнильної флегмони/.

СХЕМА ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ КРОВОВТРАТИ

Питома вага	Гематокрит в %	Гемоглобін	Крововтрата
1057-1054	44-40	68-62	До 500 мл
1053-1050	38-32	61-53	До 1 л
1049-1044	30-23	53-38	До 1,5 л

Формула визначення дефіциту ОЦК

$$\text{Дефіцит ОЦК} = \frac{\text{належний ОЦК} \cdot (HT_1 - HT_2)}{HT_1}$$

HT₁ – нормальний показник гематокриту (чоловіки 43%, жінки 41%)

HT₂ – показник гематокриту у даного пацієнта

Належний ОЦК: для чоловіків = вага тіла x 76

для жінок = вага тіла x 71

Формула визначення шокового індексу Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{частота пульсу}}{\text{систоличний АТ}}$$

В нормі індекс Альговера менше 1

Шоковий індекс	Обсяг крововтрати, % ОЦК
0,8 та менше	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
1,5 та більше	40 та більше

Ступені крововтрати

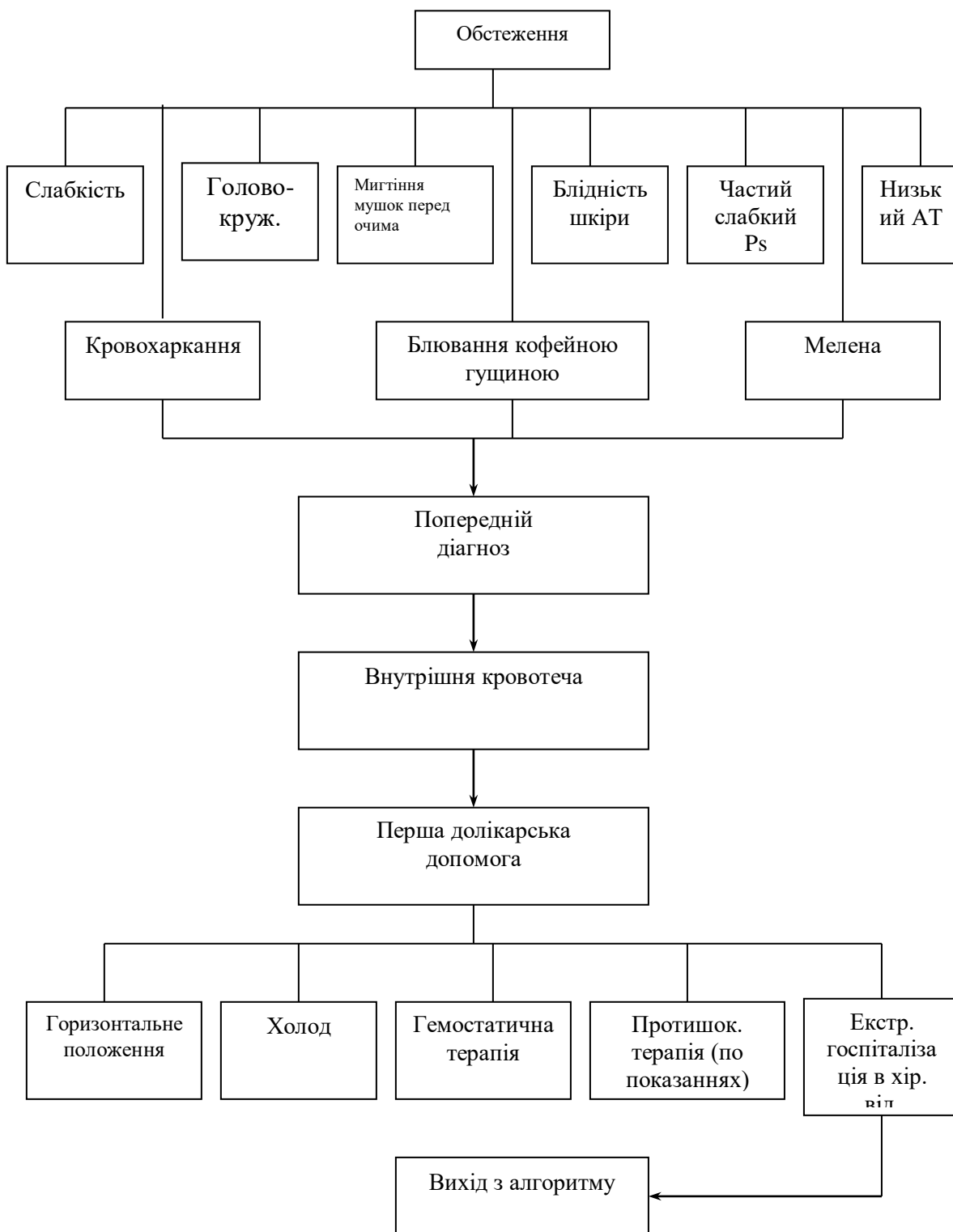
1. Помірна – 25% належного ОЦК
2. Велика – 30-40% належного ОЦК
3. Масивна – більше 40% належного ОЦК

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ВЕНОЗНІЙ КРОВОТЕЧІ.

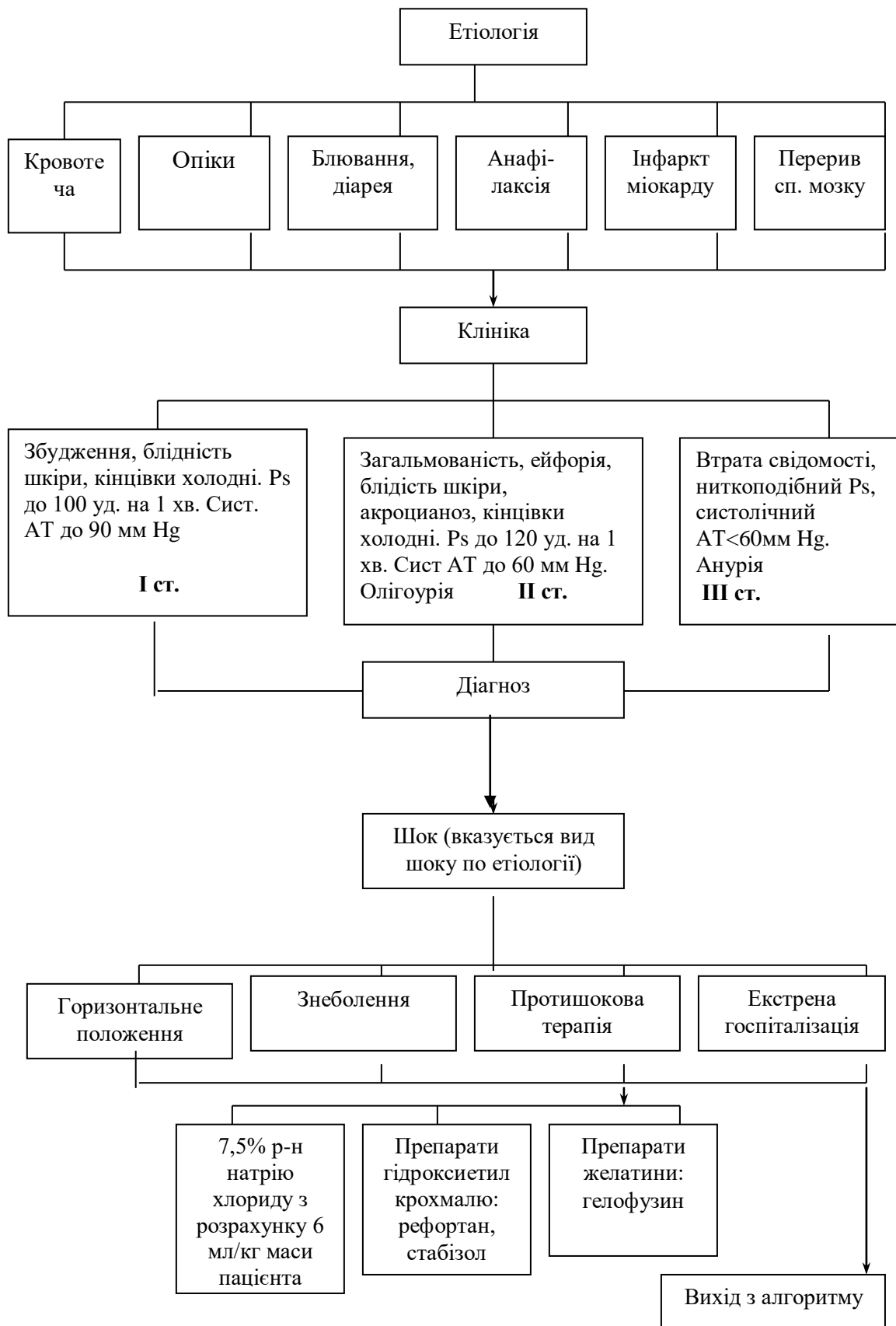
1. Надати кінцівці підвищеного положення.
2. При наявності глибокої рани – туга тампонада.

3. Туга асептична пов'язка.
4. Зверху пов'язки – холод.
5. Ввести гемостатичні препарати.
6. Транспортувати на етап кваліфікованої допомоги.

Алгоритм №1
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги пацієнтові з внутрішньою кровотечею.



Алгоритм №2
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги пацієнтові з шоком



6. ТРАНСФУЗІЇ

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ ! ПЕРЕД ПОЧАТКОМ РОБОТИ З КРОВ'Ю ОДЯГНІТЬ ГУМОВІ РУКАВИЧКИ І ОКУЛЯРИ.

6.1. ІНСТРУКЦІЯ ПО ВИЗНАЧЕННЮ ГРУПИ КРОВІ ЗА ДОПОМОГОЮ ЦОЛІКЛОНІВ АНТИ – А та АНТИ – В

Навчальна мета: Оволодіти методикою визначення групи крові за допомогою цоліклонів анти – А та анти – В.

Необхідне обладнання: тарілка, скляні палички, цоліклони анти - А та анти - В, спирт, вата, скарифікатори.

Цоліклони анти – А та анти – В – це розведена асцитична рідина мишей – носіїв, що продукують гомогенні антитіла тільки одного класу імуноглобулінів, повністю ідентичні по структурі і антигенній активності. Кожний цоліклон має специфічні антитіла проти групоспецифічних антигенів А чи В людини. Цоліклони не містять в собі антитіл іншої специфічності і тому не викликають не специфічної аглютинації еритроцитів.

Техніка визначення групи крові системи А В О

1. Розкрийте ампули з цоліклонами анти – А та анти – В Цоліклон анти – А забарвлений в рожевий колір, анти – В – в синій.
2. Цоліклони зберігають в холодильнику при Т +2 - +8° не більше 3 міс. Не слід користуватися цоліклонами, коли в них маються не розчинювані хлоп'я або помутніння.
3. На фарфорову тарілку нанесіть по одній великій /0,1 мл/ краплині цоліклону анти – А та анти – В. Поряд нанесіть по маленькій краплині крові в співвідношенні 1:10. Змішайте краплини крові і цоліклон чистою скляною паличкою, окремо для кожної краплі. Аглютинація настає через 3 – 5 сек., але спостереження треба вести 2,5 хв., бо іноді можлива уповільнена аглютинація.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Приймаючи до уваги високу активність, а також повну стандартність цоліклонів анти – А та анти – В, для кожного визначення групи крові достатньо використовувати по одній серії реагентів.

Оцінка результатів реакції аглютинації

1. Аглютинації немає ні з одним цоліклоном:
Це означає, що еритроцити крові не містять антигенів А і В, кров належить до групи О /I/.
1. Аглютинація спостерігається тільки з цоліклоном анти – А:
Значить еритроцити крові містять тільки антиген А і кров належить до групи А /II/.
2. Аглютинація спостерігається тільки з цоліклоном анти – В:
Значить еритроцити крові містять тільки антиген В і кров належить до групи В /III/.
3. Аглютинація спостерігається як з цоліклоном анти–А, так і з цоліклоном анти–В:
Значить еритроцити крові містять антигени А та В і кров належить до групи АВ /IV/.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

При наявності аглютинації з обома цоліклонами проведіть контрольну реакцію даного зразка крові з моноклональними антитілами анти-АВ. Змішайте краплю крові з краплею моноклональних антитіл анти-АВ у співвідношенні 1:10. Якщо аглютинація відбулася, значить еритроцити крові містять антигени А та В і кров належить до групи АВ /IV/.

6.2. ІНСТРУКЦІЯ по визначенню групи крові стандартними сироватками

Навчальна мета: Оволодіти методикою визначення групи крові за допомогою стандартних сироваток.

Необхідне обладнання: фарфорова тарілка, розділена на 4 сектори, стандартні сироватки I, II, III, IV групи двох різних серій, спирт, вата, скарифікатори, скляні палички.

Стандартні сироватки – це сироватки донорів, у яких точно визначена група крові і мається високий титр – не нижчий 1:32 специфічних групових антитіл.

Стандартні сироватки виготовляються на станціях переливання крові і випускаються в ампулах. На етикетці повинні бути вказані групова належність сироватки, строк виготовлення, строк гідності, титр та серія. Стандартні сироватки зберігаються в холодильнику при $T +2 - +8^{\circ}C$ 10 – 12 днів.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. На фарфорову тарілку, розділену на 4 сектори з позначками на них кожної групи, наносять по одній великій /0,1мл/ краплині стандартних сироваток I, II, III групи крові двох різних серій. Поряд нанесіть по маленькій краплині визначаємої крові, взятої з пальця, в співвідношенні 1:10. Змішайте краплини крові та стандартних сироваток чистими сухими скляними паличками, окремою паличкою для кожної краплини сироватки.
2. Через 2 – 3 хв. в змішані краплини сироватки та крові додайте 1 велику /0,1 мл/ краплину ізотонічного розчину для попередження псевдоаглютинації.
3. Термін спостереження за реакцією після змішування краплин 5 хв. при T в приміщенні $+18 - +25^{\circ}C$.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ РЕАКЦІЇ АГЛЮТИНАЦІЇ:

1. Якщо ні в одній краплині не має аглютинації, це означає: що еритроцити крові не містять в собі аглютиногенів А і В, кров належить до групи О /I/.
2. Аглютинація спостерігається в сироватках I та III груп, відсутня в II групі значить еритроцити крові містять аглютиноген А і кров належить до групи А /II/.
3. Аглютинація спостерігається в сироватках I та II груп, відсутня в III групі значить еритроцити крові містять аглютиноген В і кров належить до групи В /III/.
4. Аглютинація спостерігається в сироватках усіх трьох груп: значить еритроцити крові містять аглютиногени А та В і кров належить до групи АВ /IV/.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

При наявності аглютинації з сироватками I, II, III груп необхідно підтвердити результат реакцією крові з сироваткою групи АВ /IV/.

В результаті цієї перевірки аглютинація не повинна з'явитися!

ВИДИ ХИБНОЇ АГЛЮТИНАЦІЇ.

1. Псевдоаглютинація – зникає при доданні ізотонічного розчину. Після зникнення хибної аглютинації визначається група крові (див. оцінку результатів реакції аглютинації).
2. Панаглютинація – не зникає при доданні ізотонічного розчину. Треба повторно визначити групу крові стандартними сироватками іншої серії.
3. Холодова аглютинація – виникає при температурі в приміщенні нижче 18° С. Треба занести тарілку, на якій визначається група крові, в більш тепле приміщення.

6.3. ІНСТРУКЦІЯ

по визначенню резус – фактору за допомогою сироваток антирезус

Навчальна мета: Оволодіти методикою визначення резус – фактору за допомогою сироваток антирезус експрес – методом.

Необхідне обладнання: чашка Петрі, сироватка – антирезус IV групи крові, скляні палички, водяна баня, термометр, вата, спирт, скарифікатори.

Сироватки антирезус – це сироватки резус – негативних донорів, імунізованих до резус фактору. Такі сироватки містять антирезус – антитіла і аглютинують еритроцити, що містять резус – фактор.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Перед визначенням резус – фактору визначають спочатку групу крові хворого, після чого на чашку Петрі наносять по одній краплі сироватки антирезус відповідної групи двох різних серій. До них додають по одній краплині визначаємої крові в співвідношенні 1:4 та змішують чистою сухою склянною паличкою, окремо для кожної краплі сироватки.
2. Чашку Петрі ставлять на водяну баню з Т 45 – 47° С на 10 хв., після чого читають результат.

Оцінка результатів реакції аглютинації

1. Наявність аглютинації – кров резус позитивна.
2. Відсутність аглютинації – кров резус негативна.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! В екстрених випадках для визначення резус – фактору використовують універсальну сироватку антирезус групи АВ /IV/, що не містить групових антитіл і дозволяє визначити резус – фактор крові будь якої групи.

ІНСТРУКЦІЯ ПО ВИЗНАЧЕННЮ РЕЗУС-ФАКТОРУ ЗА ДОПОМОГОЮ ДІАГНОСТИЧНИХ МОНОКЛОНАЛЬНИХ ТЕСТ-РЕАГЕНТІВ анти-D

Навчальна мета: оволодіти методикою визначення резус-фактору за допомогою моноклональних Тест-реагентів анти-D.

Необхідне обладнання: предметні скельця, Тест-реагент анти-D, скляні палички, вата, спирт, скарифкатори.

Діючим елементом Тест-реагентів анти-D є специфічні моноклональні IgM антитіла до відповідних антигенів еритроцитів людини, що викликають аглютинацію еритроцитів. Тест-реагенти анти-D аглютинують еритроцити з антигенами (за системою Rhesus) Rho (D). Моноклональні антитіла анти-D не містять антитіл іншої специфічності і тому можуть бути використані для виявлення резус-фактору в еритроцитах будь-якої групи крові.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ. На пластинку з поверхнею, яка змочується, наносять велику краплю (100 мкл) Тест-реагенту анти-D. Поруч поміщують маленьку краплю (10 мкл) досліджуваної крові та змішують скляною паличкою з Тест-реагентом.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ. Реакція аглютинації починає розвиватися через 30 секунд при слабкому похитуванні пластинки, чітко виражена аглютинація настає через 60 сек. Результати аглютинації підлягають заліку через 5 хвилин, внаслідок того, що з еритроцитами, які несуть слабкий антиген D, реакція відбувається повільніше.

1. Аглютинація відбулася: значить еритроцити містять антиген D, кров резус-позитивна.
2. Аглютинація не відбулася: значить еритроцити не містять антиген D, кров резус-негативна.

Проби на сумісність крові донора і реципієнта

І Н С Т Р У К Ц І Я ПО ПРОВЕДЕННЮ ПРОБИ НА ІНДИВІДУАЛЬНУ СУМІСНІСТЬ

Навчальна мета: Оволодіти методикою проведення проби на сумісність крові донора і реципієнта по системі АВО.

Необхідне обладнання: тарілка, сироватка реципієнта, кров донора, скляні палички.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

Велика крапля /0,1 мл/ сироватки крові реципієнта змішується з маленькою краплею /0,01 мл/ крові донора на фарфоровій тарілці. Результат читають через 5 хвилин.

- відсутність аглютинації: проба негативна, переливати кров можна.
- наявність аглютинації: проба позитивна, переливати кров не можна.

І Н С Т Р У К Ц І Я ПО ПРОВЕДЕННЮ ПРОБИ НА РЕЗУС – СУМІСНІСТЬ

Навчальна мета: Оволодіти методикою проведення проби на сумісність крові донора і реципієнта по резус – фактору.

Необхідне обладнання: чашка Петрі, скляні палички, сироватка реципієнта, кров

донора, водяна баня, термометр.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ

1. На чашку Петрі наносять краплю сироватки крові реципієнта та краплю крові донора в співвідношенні 4:1, змішують їх.
2. Чашку Петрі ставлять на водяну баню при T 45 – 47° C на 10 хвилин, після чого читають результат.
 - відсутність аглютинації: проба негативна, переливати кров можна;
 - наявність аглютинації: проба позитивна, переливати кров не можна.

І Н С Т Р У К Ц І Я ПО ПРОВЕДЕННЮ ПРОБИ НА БІОЛОГІЧНУ СУМІСНІСТЬ

Навчальна мета: Оволодіти методикою проведення проби на сумісність крові донора і реципієнта по лейкоцитарних і плазматичних антитілах.

Необхідне обладнання: флакон з кров'ю, крапельниця, реципієнт, вата, спирт.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

Після підключення системи з кров'ю до вени пацієнта тричі струйно вливають по 15 – 20 мл крові з перервою в 3 хв. Відсутність реакції свідчить про біологічну сумісність крові донора та реципієнта. При появі в попереку болі, ознобу, неспокою хворого трансфузію крові треба негайно припинити.

ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТОМ ПІСЛЯ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ

1. Вимірювання Ps і АТ та порівняння з аналогічними показниками до початку трансфузії.
2. 3-разова термометрія з інтервалом в 1 год.
3. Контроль кількості випитої рідини.
4. Контроль добового діурезу.
5. На наступний ранок після трансфузії:
 - загальний аналіз крові;
 - загальний аналіз сечі.

Додаток

Код форми за ЗКУД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код закладу за ЗКПО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МОЗ України

Протокол переливання крові та її компонентів

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Ф. № 003-5/о
Затверджена наказом МОЗ України
26.07.99 р. № 184

Найменування закладу

Проведене переливання (чого) <input type="radio"/> первинне <input type="radio"/> повторне	№	від	число	місяць	рік	місце переливання	
Прізвище, ім'я, по батькові хворого:						медична карта стаціонарного хворого №	

ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПІКРИЗ

ГЕМОТРАНСФУЗІЙНИЙ АНАМНЕЗ		АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ (жінки)		ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ			ПОКАЗАННЯ	МЕТА	МЕТОД
ПЕРЕЛИВАННЯ <input type="checkbox"/> крові <input type="checkbox"/> плазми <input type="checkbox"/> компонентів крові, плазми РЕАКЦІЇ: <input type="checkbox"/> підвищення температури <input type="checkbox"/> остуда <input type="checkbox"/> кропивниця <input type="checkbox"/> анафілактичний шок	рік	кількість вагітностей з них:		шкіра <input type="checkbox"/> звичайного кольору <input type="checkbox"/> бліда <input type="checkbox"/> гіперемована <input type="checkbox"/> ціаноз	тони серця <input type="checkbox"/> гучні <input type="checkbox"/> приглушені <input type="checkbox"/> глухі <input type="checkbox"/> ритмічні <input type="checkbox"/> екстрасистолія	загальний стан <input type="checkbox"/> задовільний <input type="checkbox"/> середньої тяжкості <input type="checkbox"/> тяжкий <input type="checkbox"/> агональний	<input type="checkbox"/> шок <input type="checkbox"/> кровотеча <input type="checkbox"/> диспротеїнемія <input type="checkbox"/> ДВЗ <input type="checkbox"/> інфекції <input type="checkbox"/> аплазія кісткового мозку <input type="checkbox"/> коагулопатія <input type="checkbox"/> цитопенічні хвороби <input type="checkbox"/> інші (вписати)	<input type="checkbox"/> замісна <input type="checkbox"/> гемодинамічна <input type="checkbox"/> гемостатична	<input type="checkbox"/> непрямої <input type="checkbox"/> прямої <input type="checkbox"/> обмінний <input type="checkbox"/> реісфузійний <input type="checkbox"/> аутогемотрансфузійний
		абортів							Слизові <input type="checkbox"/> блідо-рожеві <input type="checkbox"/> рожеві
ПЕРЕБІГ ВАГІНТОСТІ: <input type="checkbox"/> нормальна <input type="checkbox"/> токсикоз <input type="checkbox"/> еклампсія		пологів		частота пульсу уд. за 1 хвил.		Температура тіла °C	<input type="checkbox"/> струмінне		
		народження дітей з жовтяницею	рік						
		О мертвонародження							
		О наявність викиднів							

Після проведеної макроскопічної оцінки крові та її компонентів (відсутність гемолізу, бакзараження згустків) донора. (П.І.Б.)				ампула №	заготовлена (де)	число	місяць	рік	виз-нана	ПРИДАТНОЮ
Після контрольної перевірки двома серіями стандартних сироваток										НЕПРИДАТНОЮ
О I	А II	В III	АВ IV	кров хворого	має групу	Rh	на сумісність		сумісна	несумісна
				кров донора	має групу	Rh	групову індивідуальність		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Під час переливання виконувалась проба на біологічну сумісність (струменем, тричі по 15 мл з інтервалом в 3-5 хвилин перелито 45 мл крові)				реакція була:						
ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ				<input type="checkbox"/> реакції не було		<input type="checkbox"/> неспокій <input type="checkbox"/> прискорення пульсу <input type="checkbox"/> зниження АТ		<input type="checkbox"/> важкість дихання <input type="checkbox"/> біль в попереці <input type="checkbox"/> почервоніле чи бліде обличчя		

ПОЧАТОК		ЗАКІНЧЕННЯ		В яку судину (внутрішньовенно)	МЕТА	МЕТОД	ШЛЯХ	ВИД
годин	хвилин	годин	хвилин	в кількості мл	<input type="checkbox"/> замісна <input type="checkbox"/> гемодинамічна <input type="checkbox"/> гемостатична <input type="checkbox"/> прямий	<input type="checkbox"/> непрямої <input type="checkbox"/> обмінний <input type="checkbox"/> реінфузійний <input type="checkbox"/> аутогемотрансф.	<input type="checkbox"/> внутрішньовенний <input type="checkbox"/> внутрішньоартеріальний <input type="checkbox"/> внутрішньоаортальний <input type="checkbox"/> внутрішньокістковий	<input type="checkbox"/> крапельне <input type="checkbox"/> струмінне <input type="checkbox"/> крапельно-струмінне

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН	Прізвище, ім'я, по батькові хворого:				К			
	Медична карта стаціонарного хворого	МАРКА № (етикетка)	Дата переливання		відділення			
після переливання передається для автоматизованого обліку			число	місяць	рік	УСКЛАДНЕННЯ: 1 – інфекційно-токсичний шок 2 – синдром масивної гемотрансфузії 3 - тромбоемболія 4- повітряна емболія 5 – гостра серцево-судинна недостатність 6. групові несумісності		
ПІСЛЯТРАНСФУЗІЙНИЙ НАГЛЯД								
РЕАКЦІЇ:	під час переливання	після переливання	Час нагляду після переливання				1 – інфекційно-токсичний шок 2 – синдром масивної гемотрансфузії 3 - тромбоемболія	4- повітряна емболія 5 – гостра серцево-судинна недостатність 6. групові несумісності
			1 година	2 години	3 години	4 години		
не було	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Термометрія (°C)					
кропивниця	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Пульс (уд. за 1 хв.)					
остуда	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	АТ (мм. рт.ст.)					
анафілактичний шок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кількість сечі (мл)					
			Макроскопічна оцінка сечі					
			Проба Бакстера					
							місце для наклеювання марки (етикетки)	

Протокол переливання крові та її компонентів (форма № 003-5/о)

“Протокол переливання крові та її компонентів” (форма № 003-5/о) заповнюється лікарем, відповідальним за призначення і переливання крові та її компонентів. Паспортна частина протоколу та його відривний талон може заповнюватися медичною сестрою.

Передтрансфузійний епікриз: гемотрансфузійний, акушерський анамнез, об’єктивні дані пацієнта (загальний стан, шкіра, тони серця, слизові оболонки, АТ, пульс), показання, мету та методи переливання - заповнює і визначає лікар, відповідальний за гемотрансфузію. Післятрансфузійний нагляд за станом хворого проводить медична сестра під контролем лікаря і заповнює таблицю форми.

Кожне переливання крові проводиться тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічні проби, що також має відображатись в протоколі.

Документ завіряється підписами відповідальних осіб (лікарем і медичною сестрою).

Після нумерації протоколу в закладі відривний талон передається для автоматизованого обліку.

Протокол зберігається разом з медичною картою стаціонарного хворого, де повинна бути відмітка про проведення трансфузії з визначенням дати та номеру протоколу.

Термін зберігання – 25 років.

**Нормативний акт Наказ МОЗ України №184 від 26.07.99*

ДІЇ МЕДПРАЦІВНИКА ПО ЛІКУВАННЮ ОЗНОБУ

1. Пацієнта тепло закутати.
2. Грілка до ніг.
3. В/в 10% р-н кальцію хлориду 10 мл.
4. При неефективності:
 - наркотичні анальгетики;
 - нейролептики (аміназін, дроперидол).

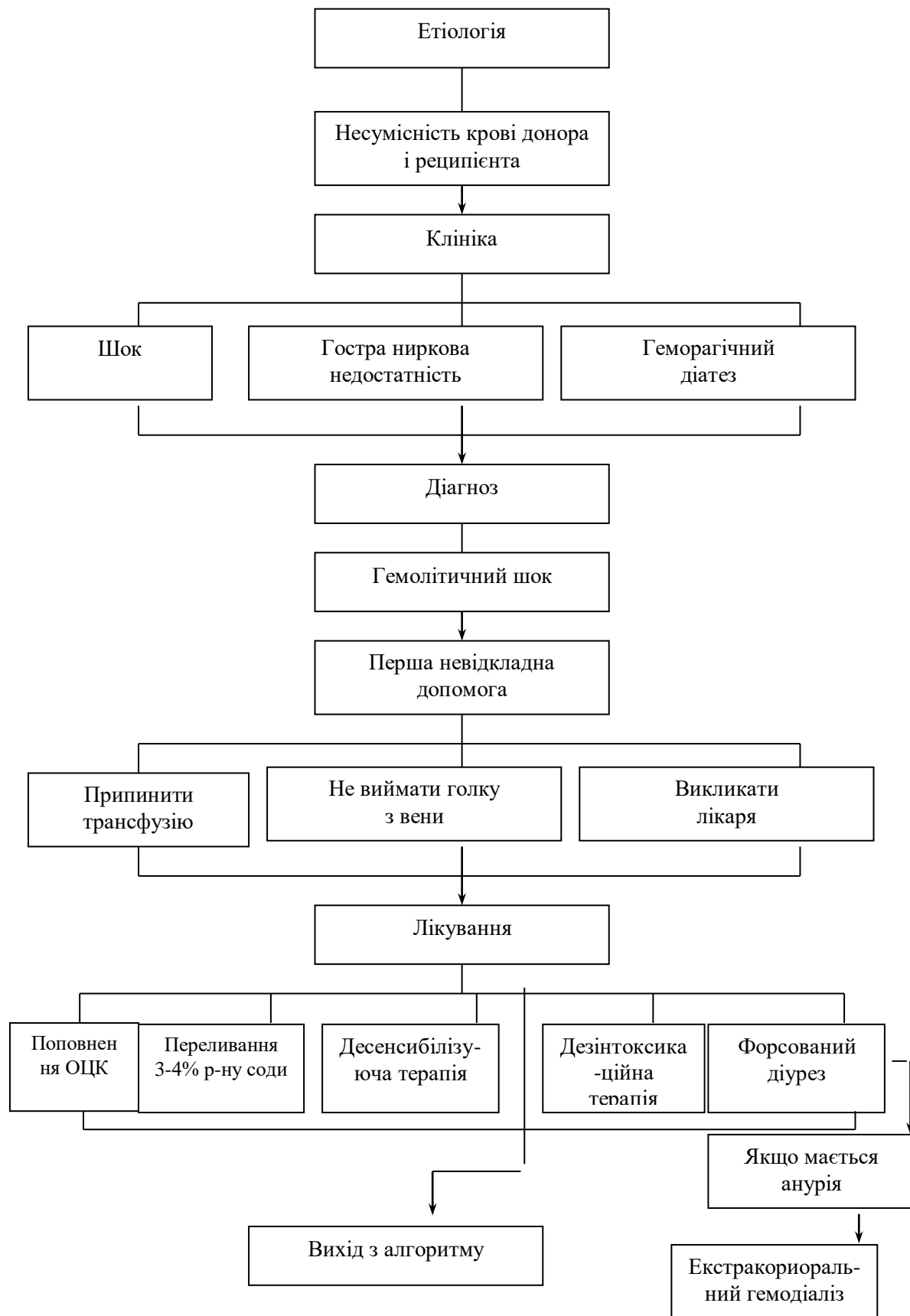
ДІЇ МЕДПРАЦІВНИКА ПО ЛІКУВАННЮ ПІРОГЕННОЇ РЕАКЦІЇ

1. Жарознижуючі препарати: аспірин, амідопірин, реопірин.
2. Антигістамінні препарати: димедрол, піпольфен, супрастин.
3. Нейролептики: аміназін, дроперидол.
4. Зігріти пацієнта.
5. Водно-оцтовий компрес на лоб.
6. Міхури з льодом на магістральні судини (сонні, стегнові артерії)

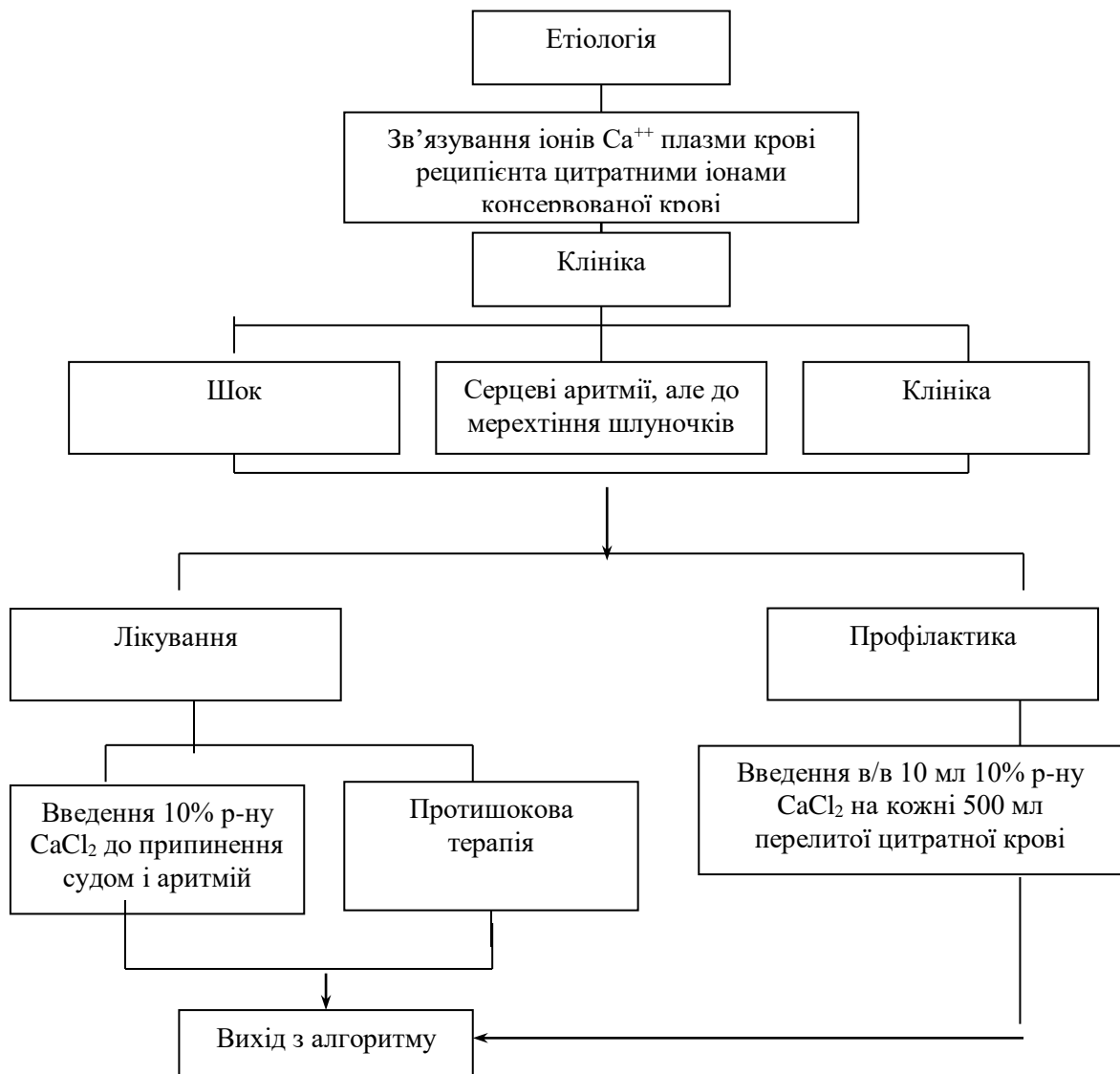
ДІЇ МЕДПРАЦІВНИКА ПО ЛІКУВАННЮ АЛЕРГИЧНОЇ РЕАКЦІЇ.

1. Антигістамінні препарати (димедрол, піпольфен, супрастин).
2. В/в 10% р-н кальцію хлориду 10 мл.
3. Глюкокортикоїдні стероїди (гідрокортизон, преднізолон).
4. Вазопресори (адреналін, кофеїн, мезатон).
5. При явищах шоку – протишокові кровозамінники.

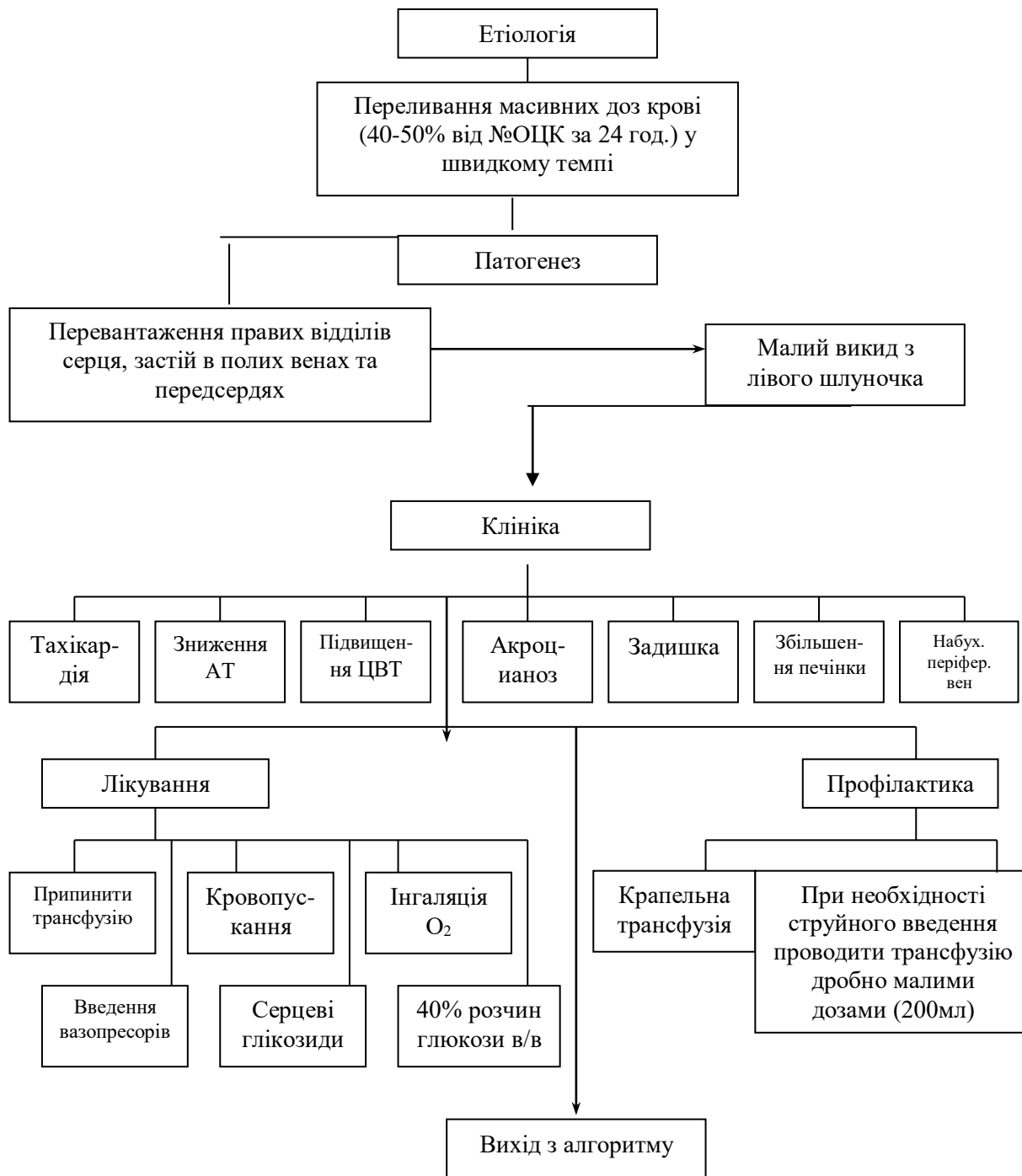
АЛГОРИТМ ПО ЛІКУВАННЮ ГЕМОЛІТИЧНОГО ШОКУ



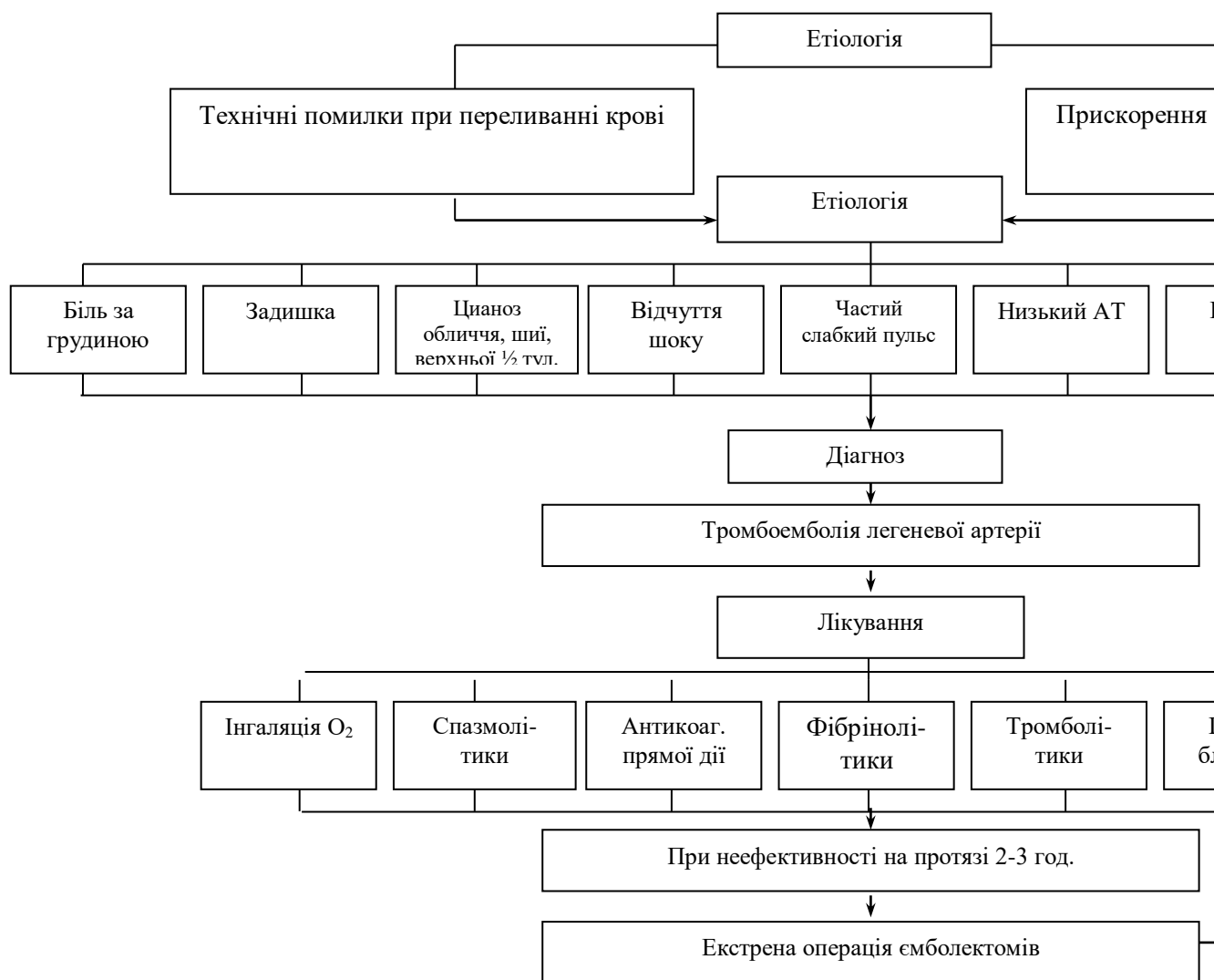
**АЛГОРИТМ
ПО ЛІКУВАННЮ ЦИТРАТНОГО ШОКУ**



**АЛГОРИТМ
ПО ЛІКУВАННЮ СИНДРОМУ МАСИВНИХ ГЕМОТРАНСФУЗІЙ
(СИНДРОМ МАЛОГО ВИКИДУ)**



АЛГОРИТМ ДІЇ МЕДПРАЦІВНИКА ПО ЛІКУВАННЮ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ



7. ДЕСМУРГІЯ. ДРЕНУВАННЯ РАН І ПОРОЖНИН ТІЛА

7.1. ІНСТРУКЦІЯ по накладанню гіпсової пов'язки

Навчальна мета: Оволодіти технікою накладання гіпсової пов'язки.

Обладнання: Гіпс, бинти, гіпсувальний стіл, клейонка, миска, тепла вода, гумові рукавички, клейончастий фартух.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Надіньте на себе клейончастий фартух та гумові рукавички.
2. Приготуйте гіпсові бинти:
 - а/ візьміть бинт з білої марлі шириною 10 – 20 см, довжиною до 3 м;
 - б/ стіл накрийте клейонкою;
 - в/ розверніть частину бинта, на кінець його насипте трохи гіпсу і декілька разів проведіть зверху рукою, втираючи гіпс в бинт та відсовуючи його надлишок;
 - г/ нагіпсований кінець рихло згорніть; робіть це обережно, щоб гіпс не висипався!
 - д/ таким чином просичте гіпсом весь бинт.
3. Готові гіпсові бинти зберігайте в коробці. Бинти кладіть боком, а не вертикально, щоб не висипався гіпс.
4. Гіпсовий бинт покладіть у миску з теплою водою /30 – 35% і держіть там, поки не перестануть виділятися бульбашки повітря.
5. Надайте кінцівці функціонально вигідне положення і обгорніть марлею, щоб волосся не прилипло до гіпсу. Кісткові виступи захистіть ватно–марлевими прокладками.
6. Виміряйте за допомогою стрічки довжину майбутньої гіпсової пов'язки і покладіть стрічку на гіпсувальний стіл.
7. Вийміть бинт з води і відіжміть так, щоб з нього не витік гіпс.
8. Зробіть гіпсову лонгету необхідної довжини, згідно стрічки, накладаючи один на одний декілька шарів гіпсового бинта /для верхньої кінцівки 4 – 6 шарів, для нижньої 8 – 10 шарів/ і розгладьте їх долонею.
9. Накладіть лонгету на кінцівку так, щоб вона у вигляді жолоба закривала 2/3 обсягу кінцівки, залишаючи 1/3 вільною.
10. Відмоделюйте лонгету на кінцівці і зафіксуйте м'яким бинтом.
11. Пальці залиште вільними, щоб слідкувати за станом кровообігу в кінцівці.
12. Поки пов'язка не висохла, не накривайте її ковдрою. Для прискорення висушування використовуйте фен або лампу “Солюкс”.
13. Після засихання пов'язки виконайте її маркіровку:
 - а/ намалюйте чорнильним олівцем схему перелома і напишіть 3 дати – день перелому, день накладання пов'язки, день зняття пов'язки.
14. Через 3 – 4 дні, після зменшення травматичного набряку, в разі необхідності можна зафіксувати лонгету гіпсовим бинтом, перетворивши її в лонгетно– циркулярну пов'язку.
15. В разі необхідності накласти циркулярну гіпсову пов'язку одразу після травми, хворого необхідно госпіталізувати і проводити нагляд за станом кровообігу в кінцівці. Якщо пальці цианотичні, набряклі, холодні, а хворий скаржиться на сильний біль, пов'язку необхідно негайно розсікти по усій довжині, щоб попередити гангрену кінцівки.

ІШЕМІЧНА КОНТРАКТУРА ФОЛЬКМАНА

Ішемічна контрактура Фолькмана – тяжке і небезпечне ускладнення, що виникає при стисненні кінцівки надмірно тугою циркулярною гіпсовою пов'язкою.

Клініка. Через 2-3 год. після накладання гіпсової пов'язки з'являється прогресуючий біль в кінцівці, набряк. Шкіра холодна на дотик, набуває спочатку блілого кольору, а потім ціанотичного або мармурового малюнку. Пульсація на периферійних артеріях знижена, больова і тактильна чутливість також знижені. Рухи пальцями обмежені. Через 6-8 год. настає гангрена кінцівки.

Невідкладна допомога: негайно розрізати гіпсову пов'язку по всій довжині і за допомогою дзьобоподібних щипців перетворити її на лонгетну. Можна також зняти гіпсову пов'язку і накласти транспортну шину. Після цього треба негайно транспортувати пацієнта в травматологічне відділення.

Профілактика: в гострому періоді травми, до зникнення травматичного набряку, накладати на кінцівку лонгетну пов'язку, яка потім може бути перетворена в лонгетно-циркулярну. При необхідності накласти циркулярну пов'язку з самого початку пацієнта необхідно госпіталізувати в травматологічне відділення для динамічного спостереження за кінцівкою.

* *Ішемічна контрактура може виникнути також при накладанні занадто тугої бинтової, особливо еластичної пов'язки.*

7.2. ІНСТРУКЦІЯ по зняттю гіпсової пов'язки

Навчальна мета: Оволодіти технікою зняття гіпсової пов'язки.

Обладнання: Клейончастий фартух, гумові рукавички, пилки, ножі, ножниці для зняття гіпсу, дзьобоподібні щипці.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Надіньте на себе клейончастий фартух та гумові рукавички.
2. Для зняття гіпсової лонгети достатньо розсікти фіксуєчий її м'який бинт.
3. Для зняття циркулярної гіпсової пов'язки змочіть її по ходу розрізу солоною водою. Прокресліть лінію розрізу ножем, потім розпиліть пилкою. Для захисту шкіри підкладіть під гіпс шпатель. Якщо пов'язка вільна, можна розсікати її гіпсовими ножницями. Після розсікання краї пов'язки відгинають дзьобоподібними щипцями і знімають.
4. Після зняття гіпсової пов'язки кінцівку обережно миють теплою мильною водою, висушують м'яким рушником і змазують вазеліном або живильним кремом. При наявності саден – обробляють їх розчином діамантового зеленого.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ !

При переломах кісток знімати гіпсову пов'язку у відсутності лікаря забороняється.

7.3. ІНСТРУКЦІЯ по догляду за дренажами

Навчальна мета: Оволодіти методикою дій по догляду за дренажами.

Необхідне обладнання: Дренажні трубки, гумові рукавички, затискач, ножиці, нитка, флакон, розчин фурациліну 1:5000, перев'язочний матеріал.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Якщо дренаж пасивний, надайте хворому положення, при якому здійснюється вільний відтік раневого вмісту по дренажу в силу ваги.
2. Вільний кінець дренажної трубки опустіть у флакон, частково заповнений розчином фурациліну 1:5000.
Заміна розчину – 1 раз на добу.
3. Вимірюйте кількість і характер виділяемого вмісту за добу і повідомте про це лікаря або зробіть запис в листі інтенсивного нагляду.
4. Своєчасно замінюйте пов'язку навколо дренажа по мірі її забруднення.
5. Якщо дренаж активний, слідкуйте за герметичністю системи:
діаметр рани повинен бути менше діаметру дренажної трубки, усі трубки повинні щільно надягатися на перехідники або прив'язуватися нитками.
Якщо ви помітили підсмоктування повітря або виділення рідини повз дренажну трубку, негайно повідомте про це лікаря.
6. Мікроіригатор повинен бути завжди перев'язаний.
Лікарські речовини вводяться через нього шляхом пункції.
7. Якщо лікарем призначено введення лікарських речовин через дренажну трубку, після введення перетисніть дренаж на 2 год. за допомогою затискача.

8. ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЧНА ТЕХНІКА

НАБОРИ ІНСТРУМЕНТІВ ДЛЯ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ОПЕРАЦІЙ

1. Загальний набір інструментів, необхідний для виконання будь-якої операції:

цапки для білизни – 8	скальпелі – 4
пінцети хірургічні – 4	пінцети анатомічні – 2
анатомічний довгий пінцет – 1	затискачі кровоспинні Кохера,
ножиці: Купера – 3	Більрота - 15
прямі – 1	гачки: гострі 3 – зубі – 2
лопаточка Буяльського – 1	Фарабефа – 2
голка Дешана – 1	зонди: жолобковий – 1
ложечка гостра Фолькмана – 1	гудзиковий – 1
корнцанги прямі і вигнуті – 2	голкотримачі – 3
голки: ріжучі – 15	шприци та голки до них – 5
колючі – 10	

2. Інструменти для П Х О ран:

а/. Загальний набір інструментів.

б/. Спеціальний інструментарій:

кісткові кусачки Люера – 1	распатор – 1
Лістона – 1	пилка Джіглі – 1
долото: пряме – 1	молоток – 1
жолобкове – 1	

3. Інструменти для венесекції:

скальпелі: гострокінцевий – 2 черевцевий – 2 кровоспинні затискачі: Кохера - 4
венозний катетер-1
пінцети: анатомічні – 4
Більрота – 4
хірургічні – 2

б/. Спеціальний інструментарій:
жоми кишкові еластичні – прямі – 4
вигнуті – 4

жоми роздавлюючі – 2
черевне дзеркало – 2

11. Інструменти для видалення гемороїдальних вузлів:

а/. Загальний набір.

б/. Спеціальний інструментарій:
ректальне дзеркало – 1

Вікончасті гемороїдальні затискачі
Люера – 5

12. Інструменти для розкриття гнояка:

скальпель: гострокінцевий – 1

черевцевий – 1

ножниці: Купера – 1

прямі гострокінцеві – 1

затискачі: Кохера – 5

Більрота – 5

гачки – 3 – зубі гострі – 2

дренажні трубки

ЧАСТИНА II.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ОПЕРАЦІЇ

ІНСТРУКЦІЯ

по підготовці пацієнта до операції

Навчальна мета: Оволодіти методикою підготовки пацієнтів до операції.

Необхідне обладнання: натільна і постільна білизна, обладнання для очисної клізми, станок, бритвене лезо, препарати для премедикації, шприци, вата, спирт, каталка.

БЕЗПОСЕРЕДНЯ ПІДГОТОВКА ДО ПЛАНОВОЇ ОПЕРАЦІЇ:

1. Напередодні операції:
 - гігієнічний душ або ванна
 - заміна натільної та постільної білизни
 - о 19.00 легка вечеря (безшлакові продукти)
 - очисна клізма 20.00
 - за 30-40 хв. до сну – транквілізатори та легкі снодійні препарати
2. В день операції:
 - бриття операційного поля
 - очисна клізма (за призначенням лікаря)
 - снідати не можна !!!
 - за 40 хв. перед операцією звільнити сечовий міхур

- за 30 хв. перед операцією премедикація: 2% розчин промедолу – 1мл, 0,1% розчин атропіну сульфату – 0,1мл на кожні 10 кг ваги пацієнта, 1% розчин димедролу – 1мл
- транспортувати на операцію на каталці.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ЕКСТРЕННОЇ ОПЕРАЦІЇ

1. В приймальному відділенні: – перевірка на педикульоз.
 - повна або часткова (залежно від стану пацієнта) санітарна обробка;
 - бриття операційного поля;
 - транспортувати пацієнта в хірургічне відділення.
2. В хірургічному відділенні: – за 40 хв. до операції звільнити сечовий міхур.
 - за 30 хв. до операції премедикація;
 - транспортувати на операцію на каталці.

Запам'ятайте! При підготовці пацієнта до екстреної операції заборонено: 1) постановка клізм; 2) промивання шлунку. При необхідності евакуювати шлунковий вміст проведенням зондування шлунку і висмоктуванням вмісту за допомогою шприца Жане або електровідсмоктувача.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД.

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ВІДДІЛЕННІ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Можливі післяопераційні ускладнення.

1. З боку рани.
 - Кровотеча: а) рання; б) пізня.
 - Запальний інфільтрат.
 - Нагноєння.
2. З боку черевної порожнини
 - Внутрішньочеревна кровотеча.
 - Недостатність швів порожнистих органів:
 - а) інфільтрат в черевній порожнині;
 - б) перитоніт;
 - в) кишкові нориці.
 - Післяопераційний парез кишечника.
 - Спайкова кишкова непрохідність.
 - Евентерація.

3. Тромбоемболічні ускладнення.

Тромбофлебіти.

ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії)

ДВЗ – синдром

4. З боку дихальної системи

Застійна пневмонія.

Аспіраційна пневмонія.

5. З боку серцево-судинної системи.

Лівощлуночкова недостатність (набряк легенів).

Правошлуночкова недостатність (синдром “малого викиду”).

Гіпертонічний криз.

Судинний колапс.

6. З боку шкіри.

Пролежні.

7. З боку ротової порожнини.

Стоматит.

Паротит.

8. З боку нирок.

Гостра ниркова недостатність.

9. З боку сечового міхура.

Гостра затримка сечі.

ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.

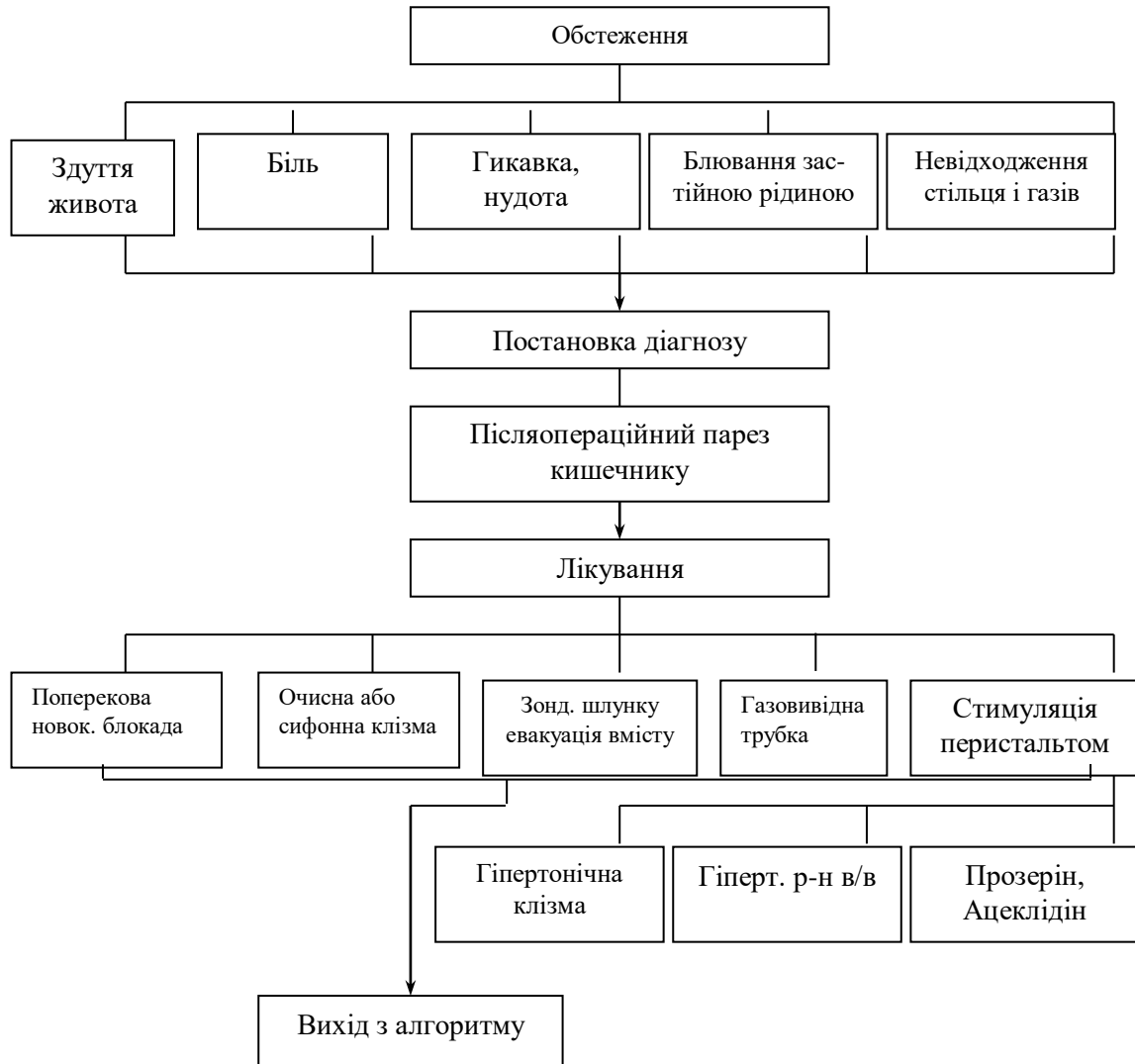
ПРОФІЛАКТИКА

1. При невисокому ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень: фраксипарин 0,3 мл п/ш 1 раз на добу протягом 5-7 днів.
2. При високому ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень: фраксипарин 0,3 мл за 2-4 год. перед операцією, через 12 год. після операції, а потім 1 раз на добу протягом 7 днів.

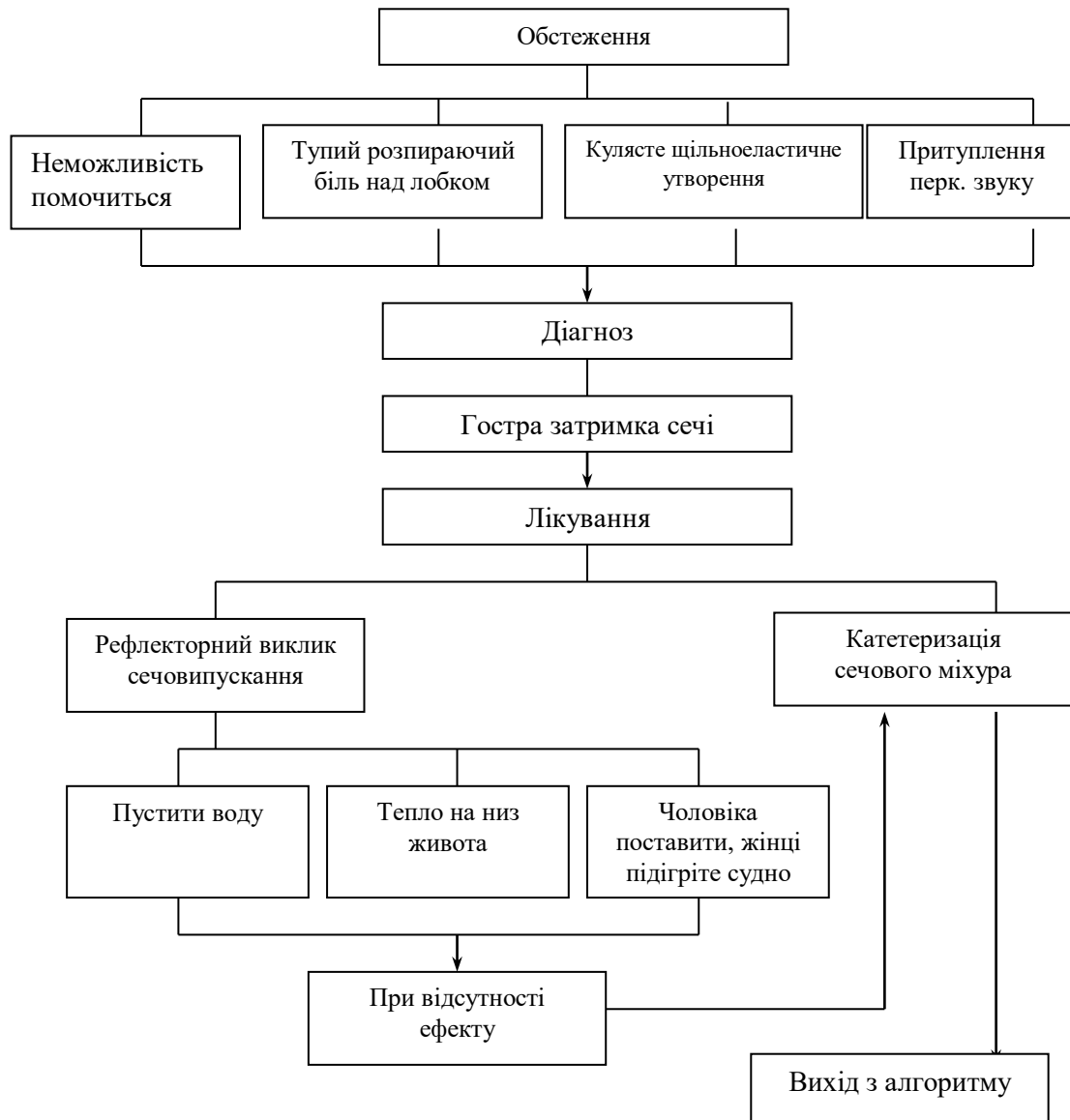
ЛІКУВАННЯ

Фраксипарин з розрахунку 0,1 мл/10 кг маси тіла пацієнта 2 рази на добу, через 12 год., не менше 7-10 днів.

АЛГОРИТМ. ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКУ



АЛГОРИТМ. ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЗАТРИМКИ СЕЧІ



ПОШКОДЖЕННЯ

Інструкція

по транспортуванню потерпілих з механічними травмами

1. Переноска потерпілих на руках.

- 1.1. Якщо тих, хто надає допомогу двоє, один підкладає руки під плечі і під поперек, другий, під таз і під коліна. По команді разом піднімають потерпілого і несуть. Якщо тих, хто надає допомогу троє, один підкладає руки під голову і під лопатки, другий – під поперек і під таз, третій утримує ноги. По команді разом піднімають потерпілого і несуть.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ: При наданні допомоги потерпілим з переломами кісток, один з надаючих допомогу підкладає руки під зламаний сегмент.

- 1.2. При легких травмах потерпілого можна переносити удвох, зціпивши руки в “замок”, в сидячому положенні.

2. Переноска потерпілих на ношах.

- 2.1. Потерпілий укладається на спину, при переломі хребта – на живіт. Носій з головного кінця стає спиною до носилок, носій з ніжного кінця – стає обличчям до носилок, беруться за ручки і одночасно, по команді, піднімають ноші.
- 2.2. По рівній поверхні переноска відбувається головним кінцем вперед.
- 2.3. При переносці по сходах вгору ноші несуть головним кінцем вперед, по сходах вниз – ніжним кінцем вперед.

3. Перевозка потерпілих на каталці.

Підняти потерпілого, як описано в п. 1 інструкції, покласти на каталку. Носій з головного кінця стає спиною до каталки, з ніжного, обличчям до каталки, беруться за ручки і транспортують пацієнта головним кінцем вперед.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ: Переноска потерпілих з переломами кісток до накладання транспортної шини – ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ!

ПРИНЦИПИ ТРАНСПОРТНОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ

1. Надайте кінцівці функціонально-вигідного положення:

- для верхньої кінцівки легке відведення від тулуба за допомогою ватно-марлевого валика, кінцівка зігнута в ліктьовому суглобі так, щоб пальці торкалися соска протилежної груді, положення кисті середнє між пронацією і супінацією;

- для нижньої кінцівки: випрямлена в кульшовому суглобі, зігнута в колінному під кутом 175° , стопа по відношенню до гомілки має кут 90° .
- 2. Транспортна шина повинна іммобілізувати два суглоби – проксимальніше і дистальніше місця перелому.

ВИКЛЮЧЕННЯ З ПРАВИЛА:

- перелом стегнової кістки – іммобілізація усіх трьох суглобів нижньої кінцівки;
- перелом променевої кістки в типовому місці – іммобілізація одного променево-зап'ясткового суглобу;
- перелом кісточок гомілкоstopного суглобу – іммобілізація одного гомілкоstopного суглобу.

ПІДГОТОВКА ДО РОБОТИ ШИНИ КРАМЕРА:

Обкласти шину з обох боків шаром вати і обмотати бинтом.

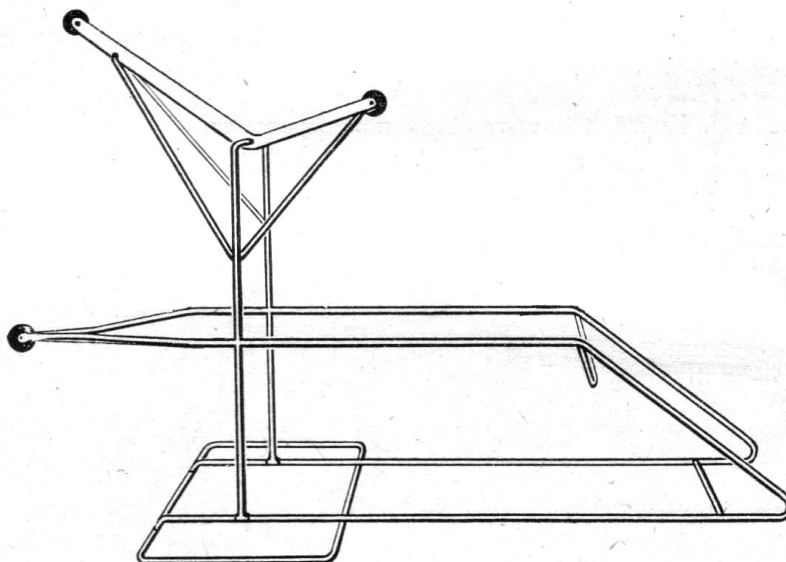
ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Використання не підготовленої до роботи шини Крамера забороняється.

ПІДГОТОВКА ДО РОБОТИ ШИНИ БЕЛЕРА:

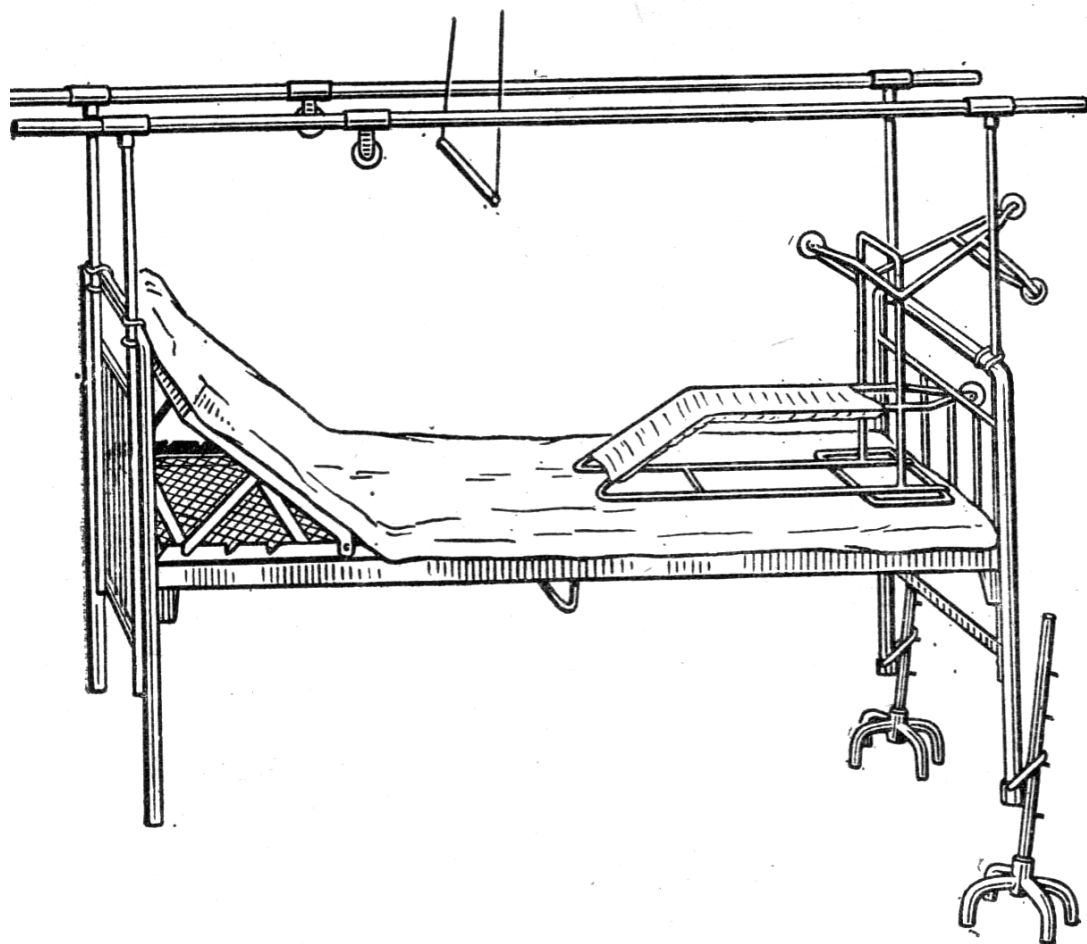
1. Підберіть шину Белера по розміру так, щоб нижній гострий кут знаходився на рівні сідничної зморшки пацієнта, а верхній, тупий кут – на рівні його підколінної ямки.
2. Обмотайте висхідну і горизонтальну частину металевого каркасу бинтом.
3. Установіть шину Белера на ліжку пацієнта, пересвідчившись, що під матрацом мається дерев'яний щит, і укладіть на неї ушкоджену нижню кінцівку пацієнта.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ:

Звисання п'яти є грубою помилкою.



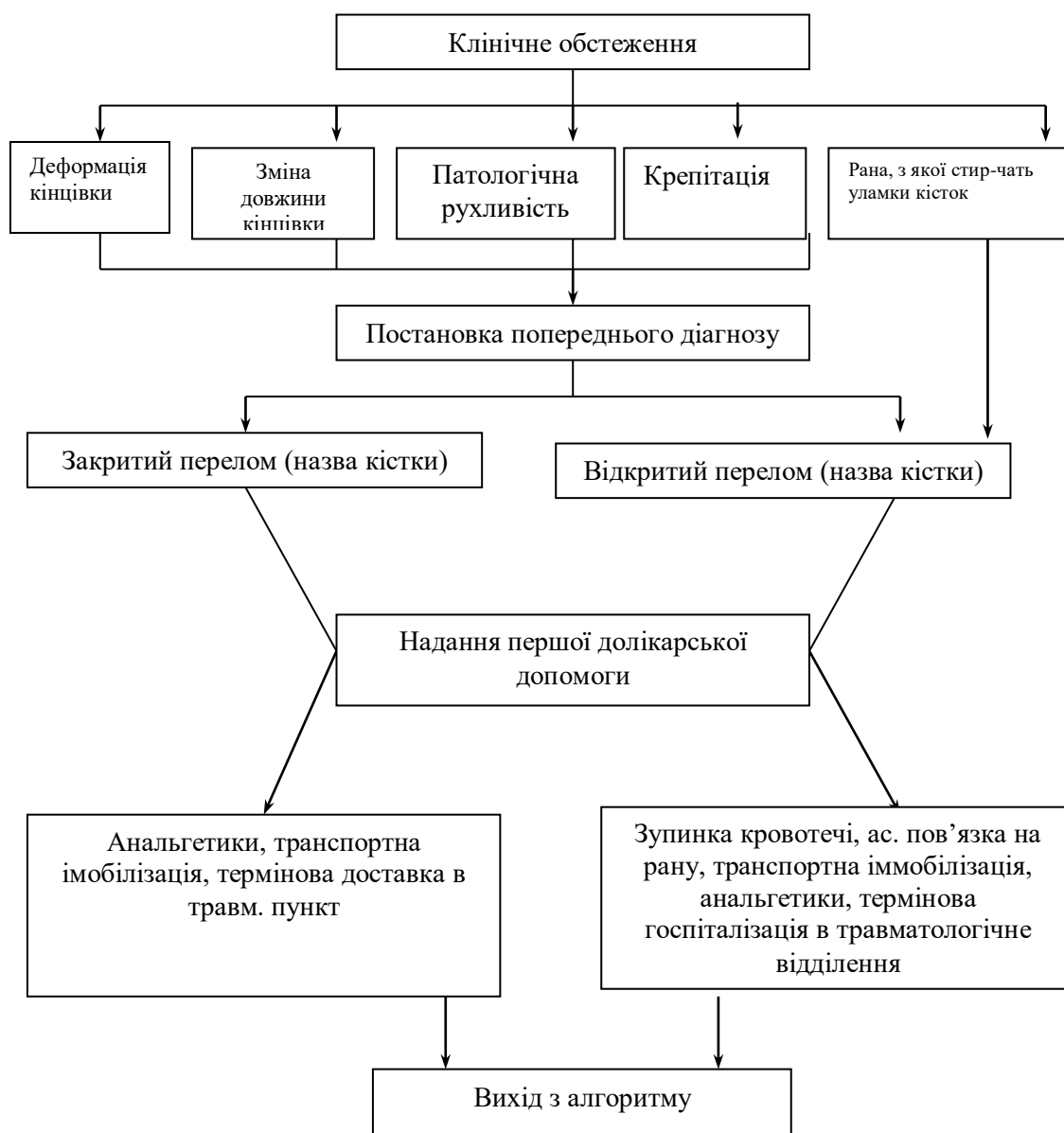
Шина Белера



Ліжко і шина Белера, готові до використання

АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги потерпілим з переломами кісток



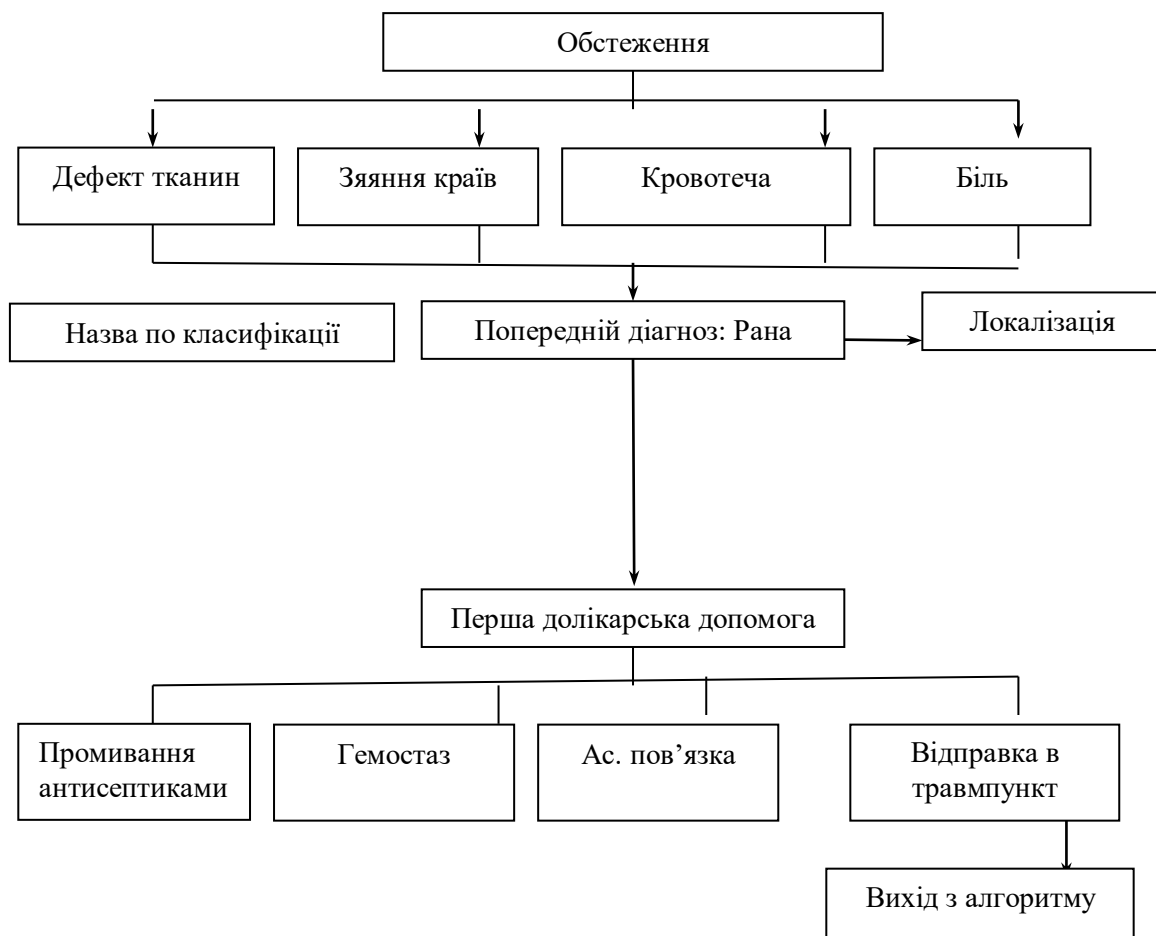
АЛГОРИТМ
Надання першої допомоги потерпілому з вивихом



ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОГЛЯДУ ЗА ТРАВМАТОЛОГІЧНИМ ПАЦІЄНТОМ

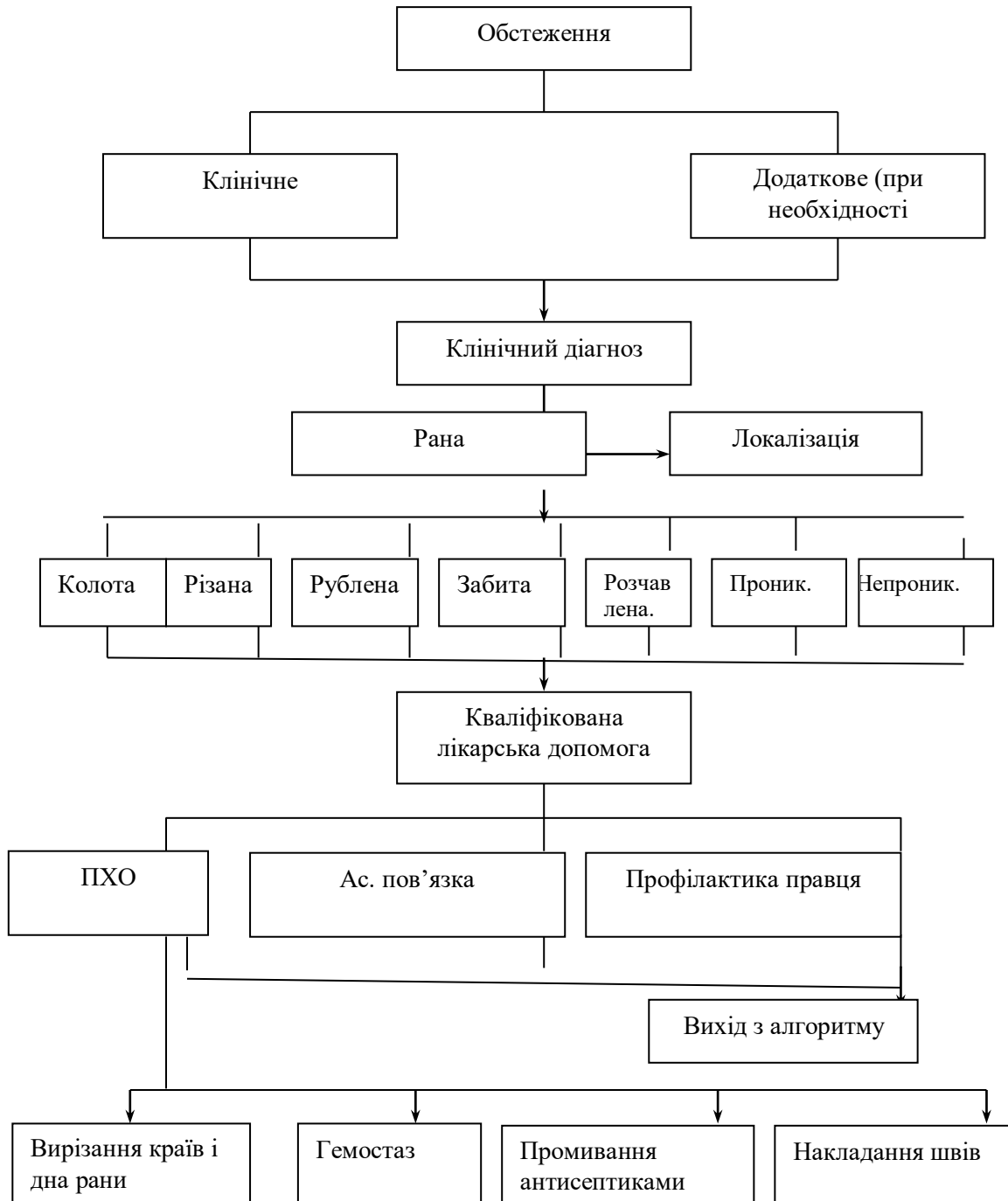
1. Профілактика пролежнів:
 - активізація пацієнта;
 - масаж шкіри;
 - обробка шкіри камфорним спиртом;
 - використання надувних підкладних кругів.
2. Профілактика застійної пневмонії:
 - активізація пацієнта;
 - дихальна гімнастика;
 - содові інгаляції;
 - відхаркуючі;
 - банки, гірчичники;
 - масаж спини.
3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень:
 - рання активізація пацієнта;
 - створення антикоагулянтного фону.
4. Дії при гострій затримці сечі – див. алгоритм.
5. Дії при парезі кишечника – див. алгоритм.
6. Догляд за промежиною, туалет зовнішніх статевих органів – див. “Загальний догляд”.
7. При наявності циркулярної гіпсової пов’язки – оцінка стану кровообігу в дистальних відділах кінцівки: в нормі шкіра рожева, тепла, пальці чутливі, рухи збережені.
8. При наявності скелетного витягання – профілактика шпигцевого остеомієліту: на шпигцю в місцях входу і виходу одягаються марлеві кульки, які кожні 2-3 години обробляються антисептичними розчинами.

АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому з раною.



ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Укушена рана промивається 0,5% мильним розчином: 5г прального мючого засобу на 1 л перекип'яченої води

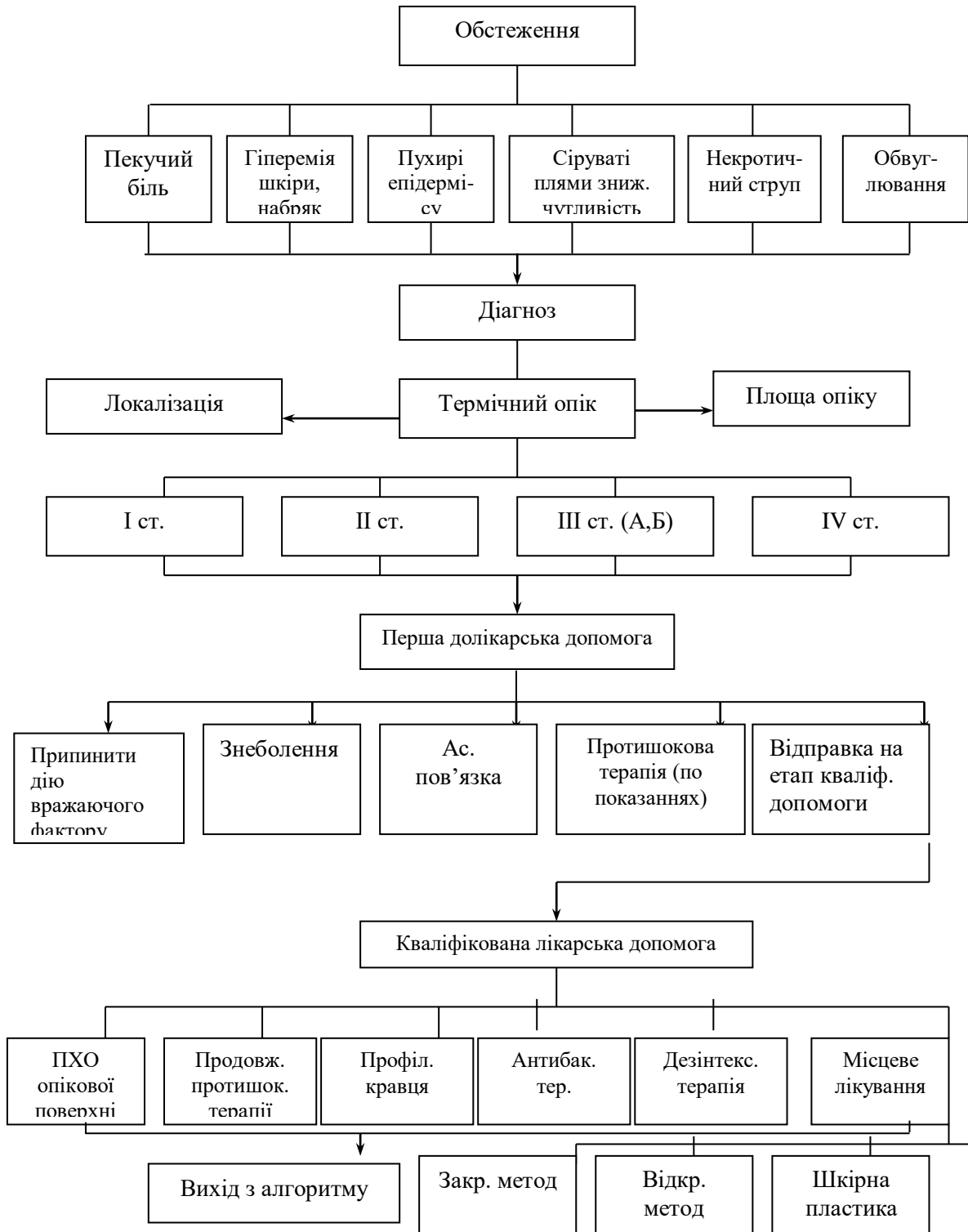
АЛГОРИТМ
Надання кваліфікаційної допомоги
потерпілому з раною.



ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! При укушених, інфікованих ранах і ранах, забруднених землею, накладання первинного шва заборонено.

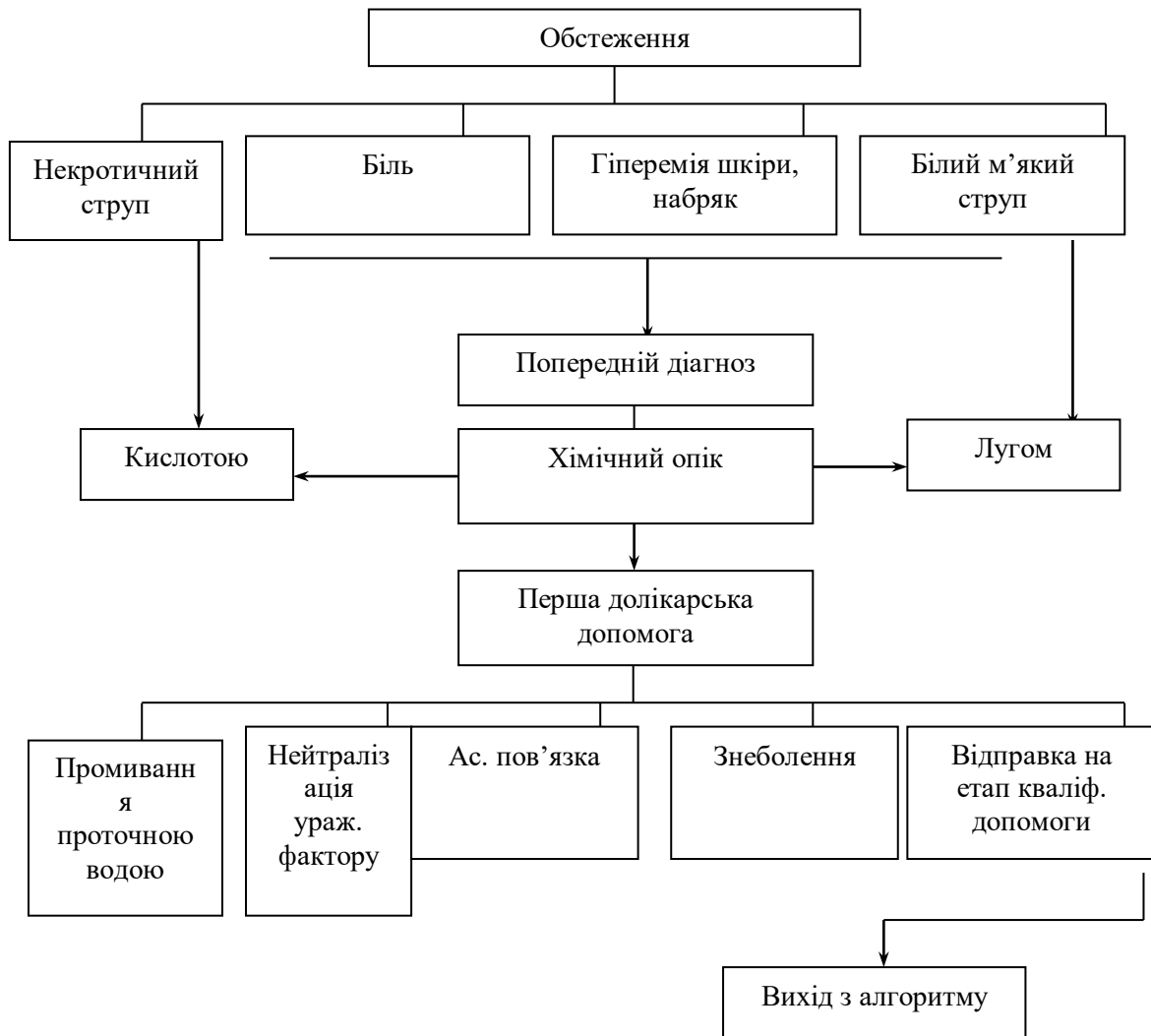
АЛГОРИТМ

Надання допомоги потерпілому з термічним опіком.



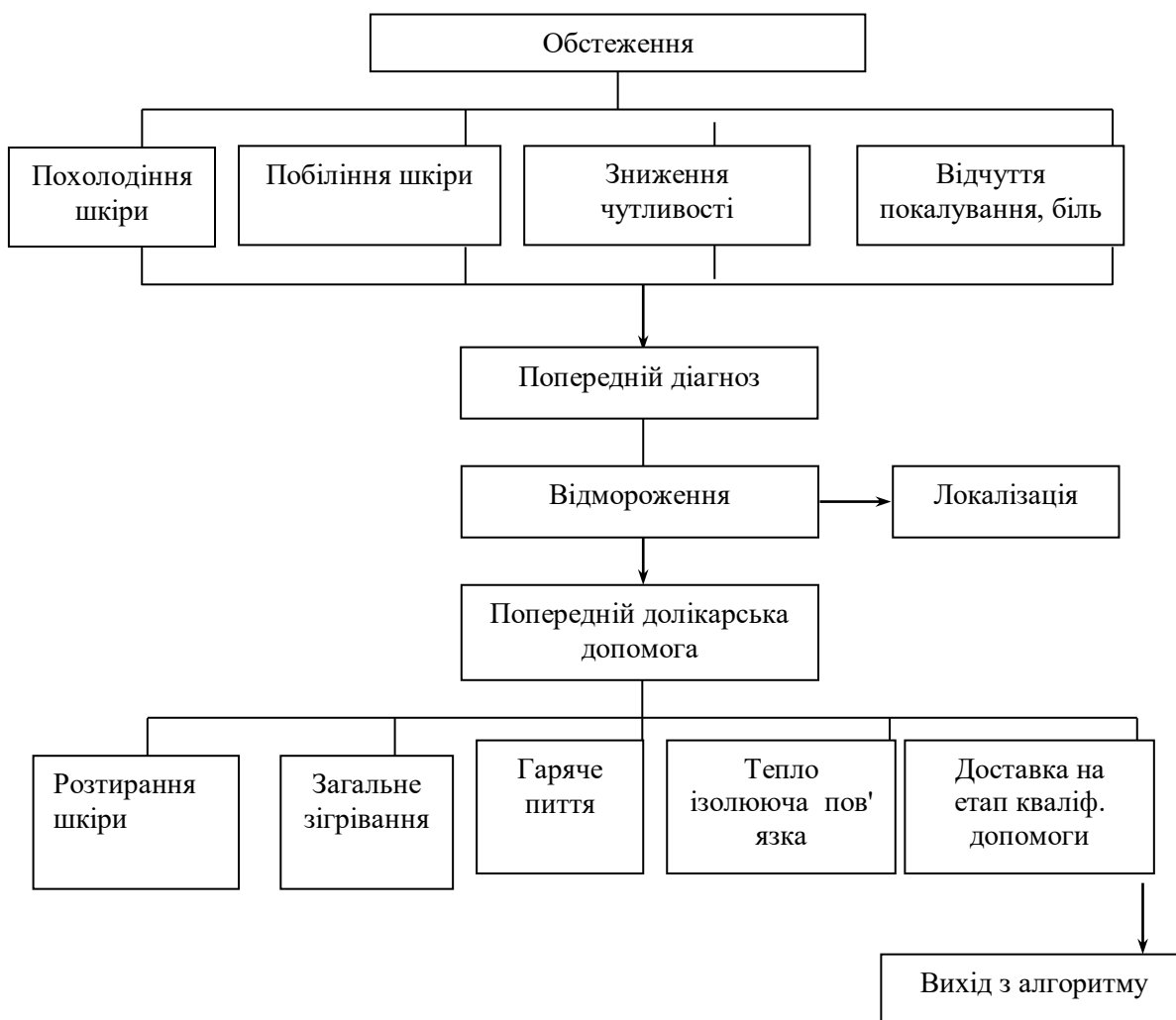
АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з хімічним опіком



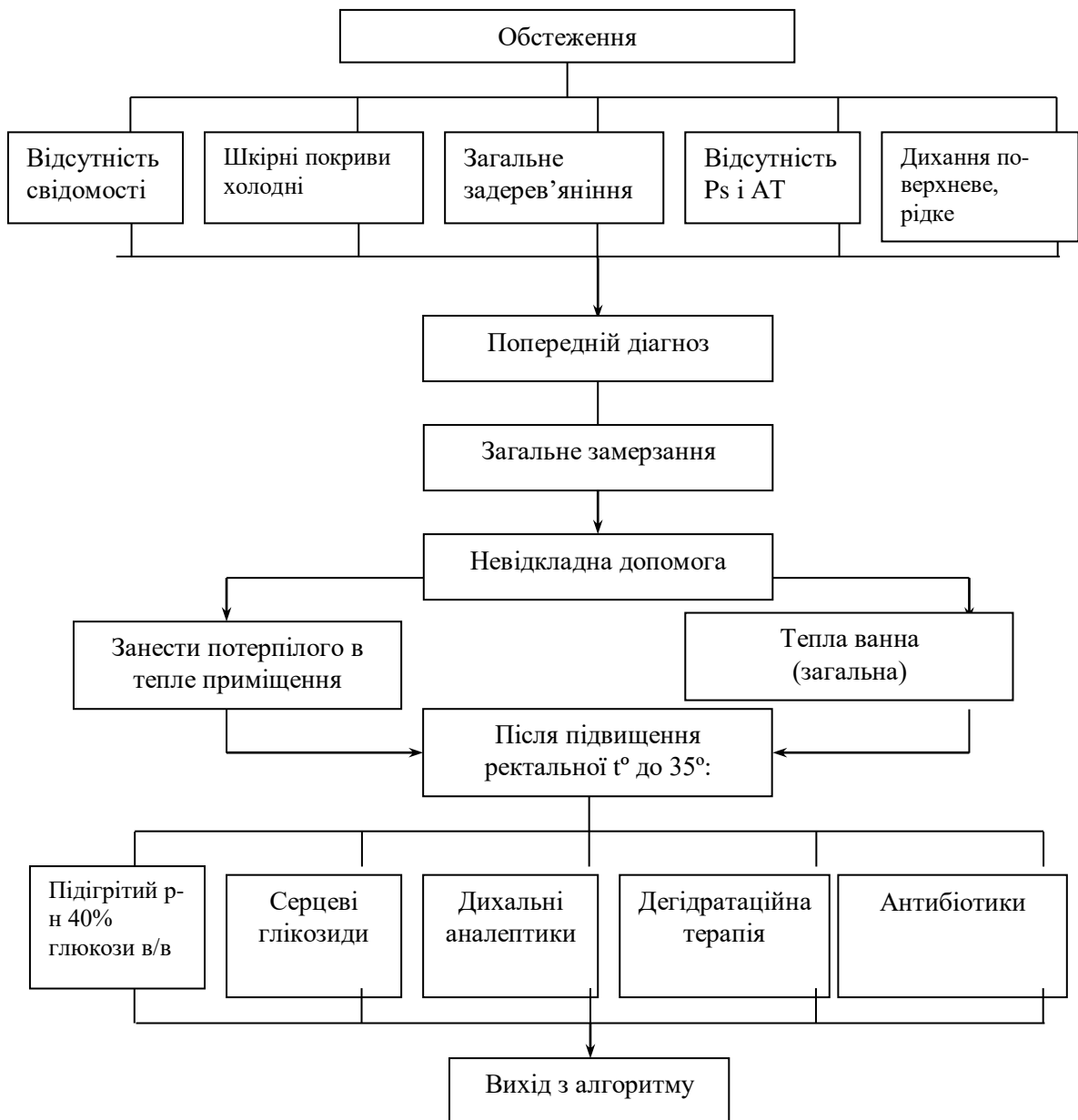
АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з відмороженням.

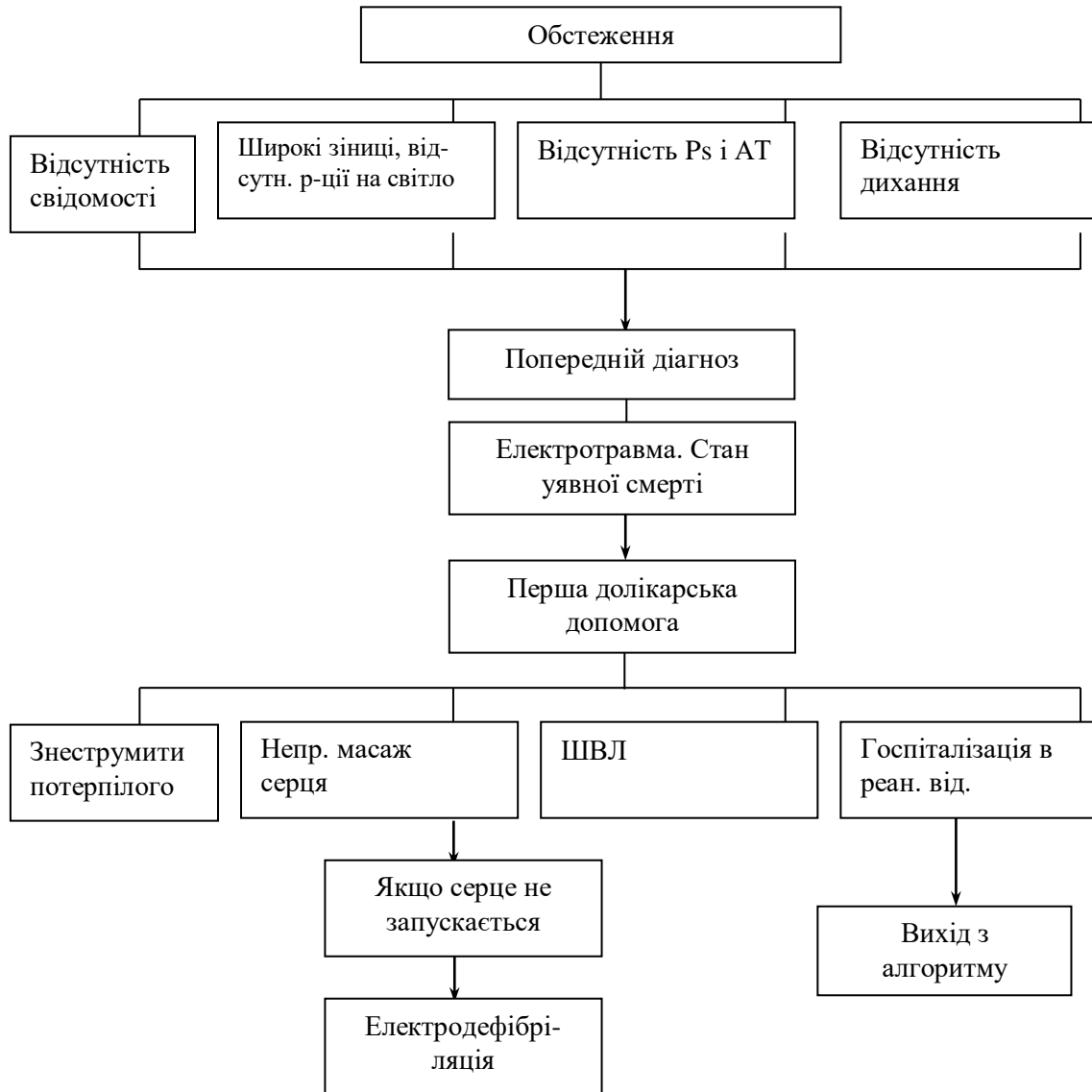


АЛГОРИТМ

Надання невідкладної допомоги потерпілому з загальним замерзанням.



АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому з тяжкою електротравмою
(стан уявної смерті).



ХІРУРГІЧНА ІНФЕКЦІЯ

АЛГОРИТМ

Надання допомоги пацієнтам з гострими запальними процесами м'яких тканин.

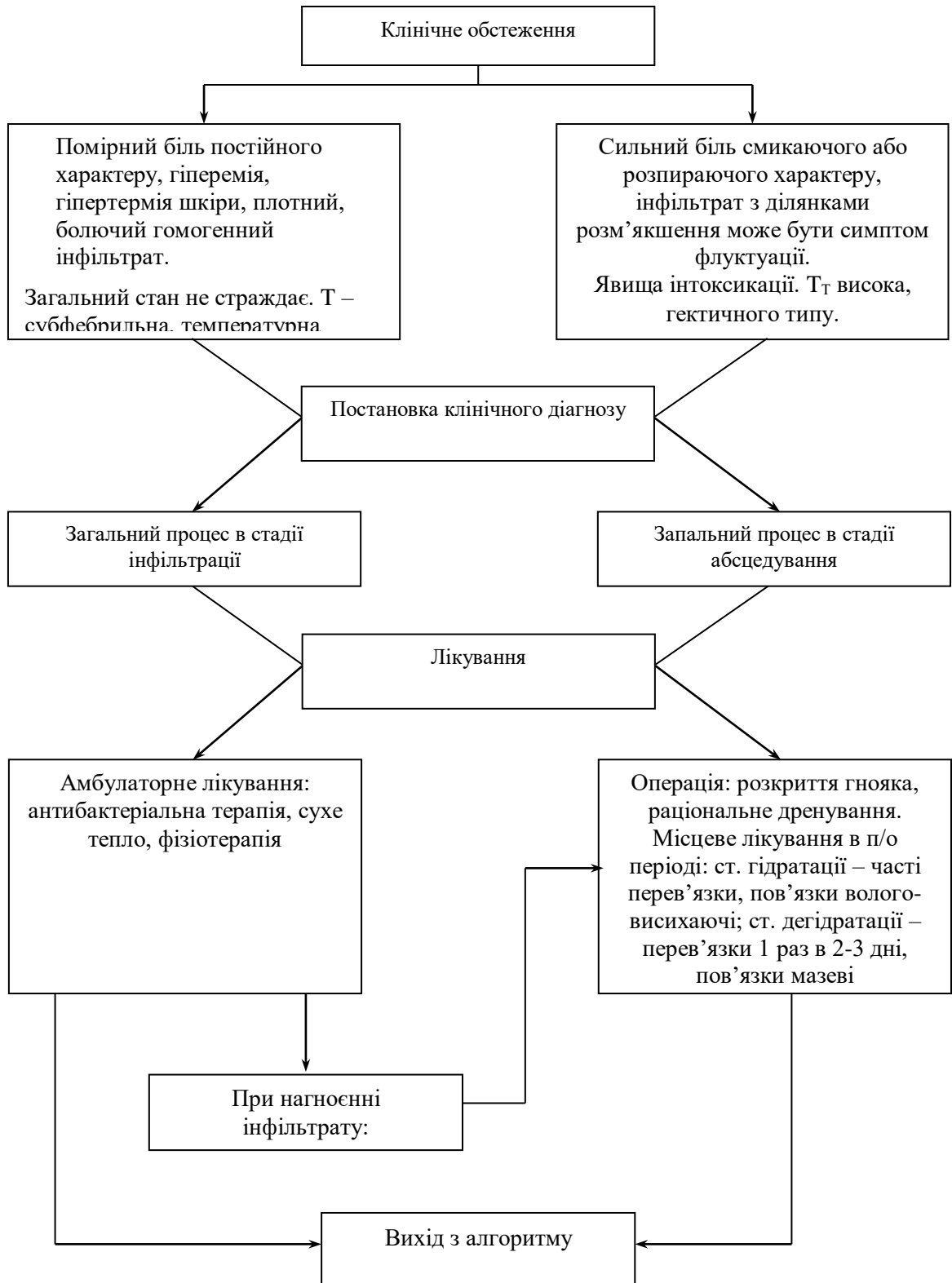


СХЕМА ЛІКУВАННЯ СЕПСИСУ
Лікування починається з санації усіх гнійних вогнищ.

1. Антибактеріальна терапія:
 - 1.1. Антибіотики – аміноглікозиди (неоміцин, гентаміцин, канаміцин), цефалоспорини (цепорин, цефамезин).
 - 1.2. Метронідазол (метрогіл).
 - 1.3. Бісептол – 480
Шляхи введення: в/м, в/в, в порожнини тіла, ендолімфатично.
2. Дезінтоксикаційна терапія:
 - 2.1. Інфузійно-трансфузійна терапія.
 - 2.2. Ентеросорбція.
 - 2.3. Гемосорбція, гемофільтрація, плазмафорез.
 - 2.4. Ультрафіолетове опромінення крові (УФОК).
 - 2.5. Внутрішньосудинне лазерне опромінення крові (ВЛОК).
 - 2.6. Гіпохлорит натрію 0,06% в/в в кількості 1/10 ОЦК.
 - 2.7. Інгібітори протеаз в/в (35-40 тис. ОД) на добу: контрикал, гордокс, сандостатін.
3. Імунокорекція.
 - 3.1. Пасивна імунотерапія (гіперімунні сироватки, плазма, гаммаглобулін).
 - 3.2. Активна імунотерапія (антистафілококковий анатоксин).
 - 3.3. Стимуляція неспецифічного імунітету (метилурацил, пентоксил, левамізол).
4. Корекція систем гомеостазу.
 - 4.1. Корекція водно-електролітного балансу.
 - 4.2. Корекція дефіциту білків.
 - 4.3. Корекція кислотно-лужного стану.
 - 4.4. Поповнення ОЦК.
5. Симптоматичне лікування.
 - 5.1. Парентеральне харчування.
 - 5.2. Вітамінотерапія.
 - 5.3. Серцеві глікозиди, дихальні аналептики.
 - 5.4. В разі ранового виснаження – анаболічні стероїди.

ІНСТРУКЦІЯ ПО АКТИВНО-ПАСИВНІЙ ЕКСТРЕНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ПРАВЦЯ

Навчальна мета: оволодіти алгоритмом дії по екстреній профілактиці правця.

Необхідне обладнання: протиправцева кінська сироватка, АП-анатоксин, шприці, голки, спирт, вата.

Показання до екстренної активно-пасивної профілактики правця: випадкові поранення, опіки, відмороження, укушені рани, пологи за межами лікувального закладу, кримінальні аборти.

Послідовність дій:

А. ЩЕПЛЕНИМ – для підкріплення активного імунітету вводять 0,5 мл АП-анатоксину під шкіру під лопатку.

Б. НЕЩЕПЛЕНИМ – вводять спочатку 1 мл АП-анатоксину, а потім – протиправцеву кінську сироватку по такій схемі:

1. Проба на переносність чужорідного білка.

В долонну поверхню нижньої третини передпліччя внутрішньошкірно вводять 0,1мл розведеної в співвідношенні 1:100 кінської сироватки (її ампули знаходяться в тій же коробці, що і ППС, вони маркіровані червоним кольором). Відповідь читають через 20 хвил. Якщо папула на місці ін'єкції менше 0,9 см в діаметрі, з невеликим почервонінням навкруги неї, пробу рахують негативною, якщо більше 0,9 см з великим набряком та гіперемією навкруги, пробу рахують позитивною.

2. При негативній пробі вводять ППС в дозі 3000 МО по методу Безредко: 0,1мл нерозведеної сироватки з ампули синього кольору підшкірно. При відсутності реакції через 30 хвил. вводять другим шприцем в другу ділянку тіла всю остальну дозу: в/м'язово!

**При позитивній пробі введення ППС протипоказане!*

В таких випадках вводять протиправцевий людський імуноглобулін (ППЛІ) в дозі 250 МО.

3. Перша ревакцинація: через 30-40 днів – 0,5мл АП-анатоксину. Друга ревакцинація: через 9-12 міс. – 0,5мл АП-анатоксину. Після вакцинації та двох ревакцинацій людина здобуває протиправцевий імунітет на 10 років. На протязі перших 5 років при повторних травмах вводити протиправцеві препарати не треба. В наступні 5 років при повторних травмах достатньо ввести 0,5 мл АП-анатоксину. У осіб, що пройшли вакцинацію без ревакцинацій більше як 2 роки перед повторною травмою, проводиться повний курс активно-пасивної імунізації.

**ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ У ВІДДІЛЕННІ,
ДЕ ЗНАХОДИТЬСЯ ПАЦІЄНТ З ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ
(газова гангрена, правець, сибірка, дифтерія ран)**

1. Пацієнт ізолюється в окрему, краще боксовану палату.
2. При вході в палату медперсонал переодягається в окремі халат, шапочку, маску, бахили, які знаходяться перед боксом.
3. При проведенні перев'язок, які проводяться в останню чергу на місці, медперсонал одягає гумові рукавички, маску, бахили та клейончастий фартух, який потім протирається ганчіркою, змоченою 6% розчином перекису водню з 0,5% пральним миючим засобом. Зняту пов'язку кладуть в контейнер, а потім спалюють. Використані інструменти занурюють на 2 год. в 6% розчин перекису водню з 0,5% пральним миючим засобом, а потім стерилізують повітряним методом, окремо від інших інструментів.
4. Палату прибирають 2-3 рази на день 6% розчином перекису водню з 0,5% пральним миючим засобом, те ж саме роблять після виписки хворого. Його постільна білизна, шини, проходять через дезкамеру по режиму для спорових форм бактерій. Посуд кип'ятять 2 год. в 2% розчині кальцинованої соди.
5. Повітря в палаті кварцується 2 рази на день по 30 хвилин.

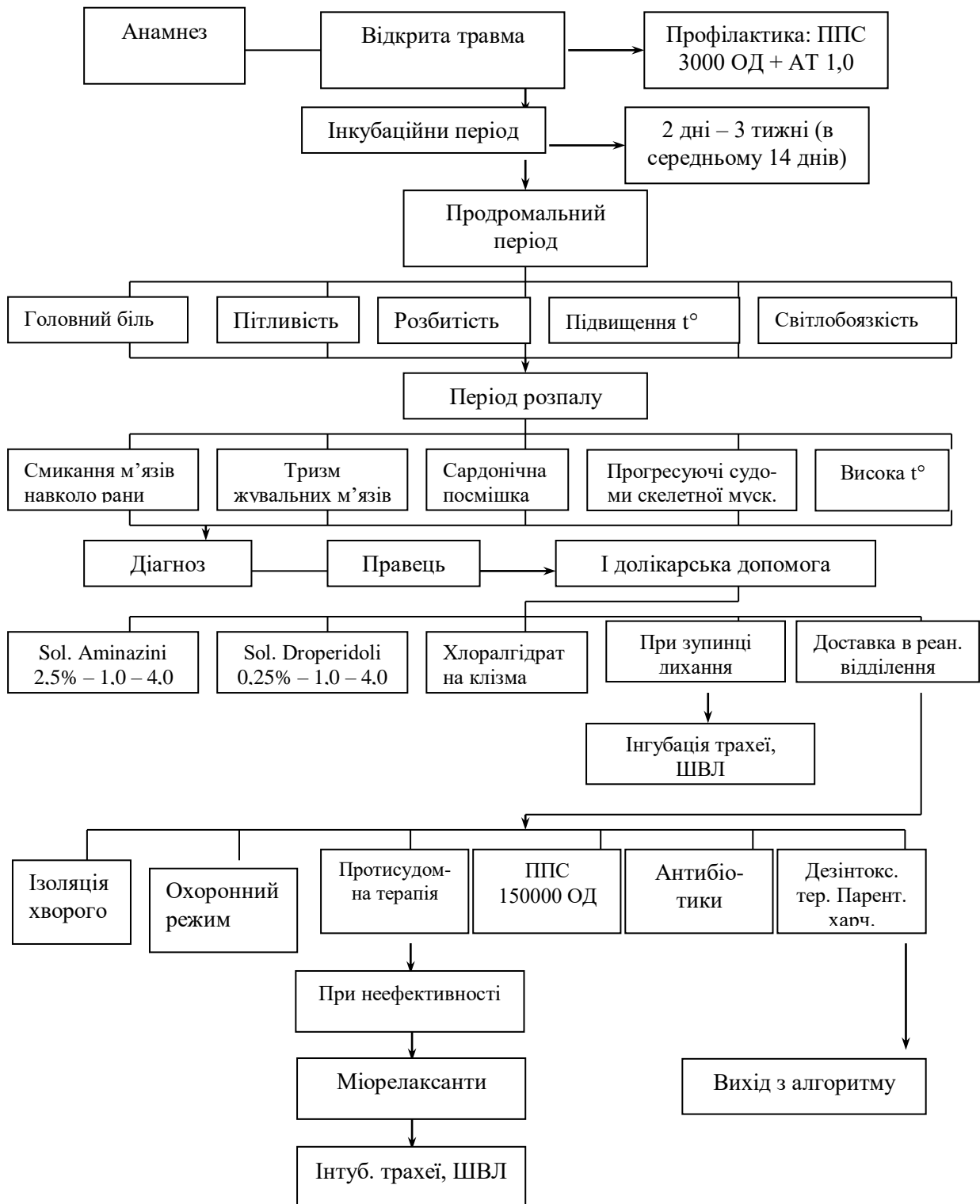
**Нормативні акти:*

Наказ МОЗ України №181 від 04.04.08

Наказ МОЗ СРСР №288 від 23.03.1976

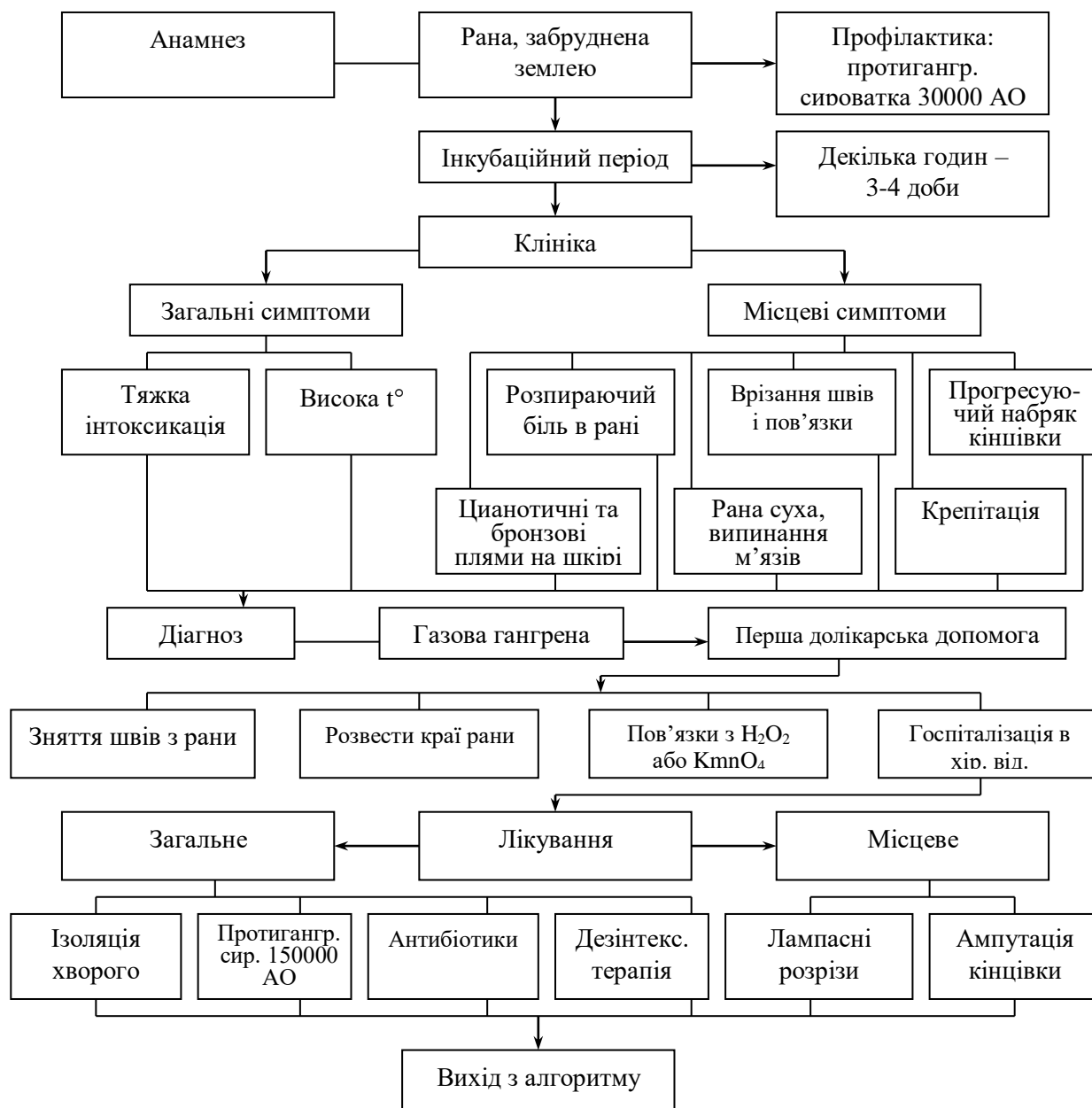
АЛГОРИТМ

Надання допомоги пацієнтові з правцем.



АЛГОРИТМ

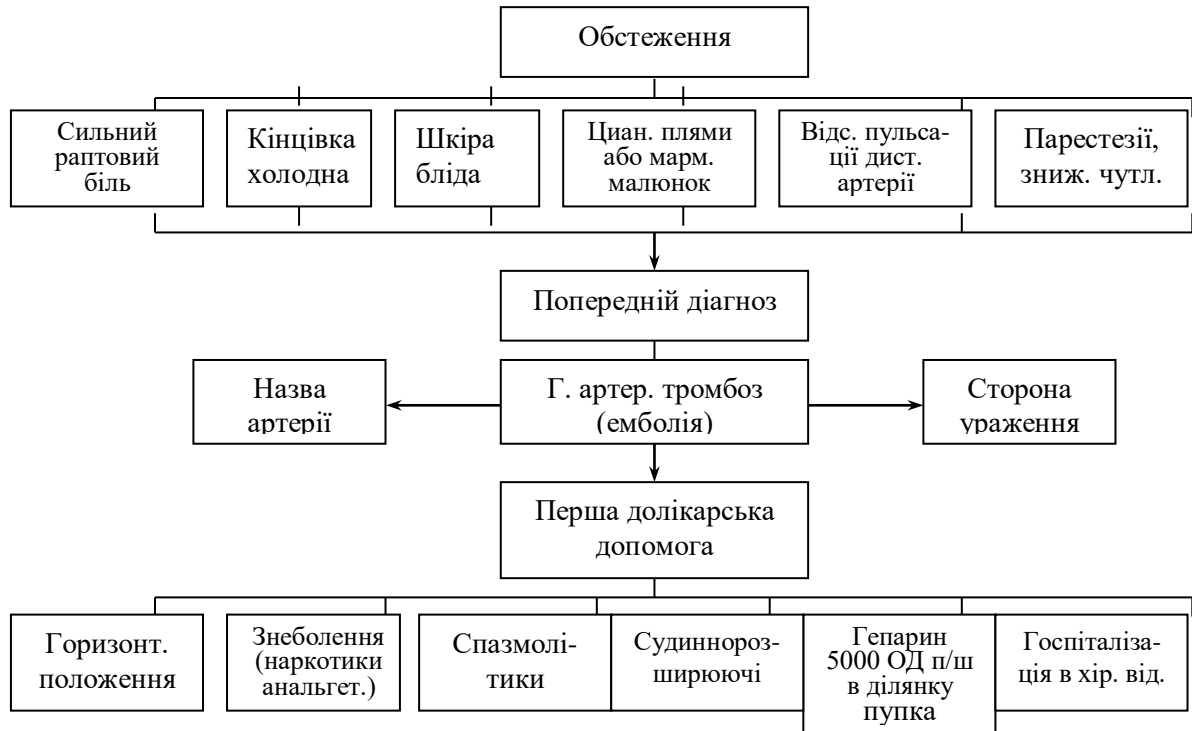
Надання допомоги пацієнтові з газовою гангrenoю.



ЗМЕРТВІННЯ. ВИРАЗКИ. НОРИЦІ

АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги при гострих артеріальних тромбозах і емболіях кінцівок



Інструкція по догляду за зовнішніми норицями

1. Туалет шкіри теплою мильною перекип'яченою водою.
2. Витерти шкіру насухо стерильною серветкою.
3. Захист шкіри індиферентними мазями або пастами (цинкова мазь, цинкова паста, паста Лассара).
4. Своєчасна заміна забруднених пов'язок.
5. Для зменшення забруднення шкіри – введення в норицевий хід дренажної трубки.
6. При сформованих неповних кишкових норицях – використання обтюраторів для зменшення втрат рідини, електролітів, білків.
7. При наявності сформованих протиприродного заднього проходу або епіцистостоми – користування кало- або сечоприймачами.

ІНСТРУКЦІЯ

По накладанню цинк-желатинової пов'язки

ПОКАЗАННЯ: Варикозна трофічна виразка в стадії грануляції.

ПРОТИПОКАЗАННЯ: Ішемічна трофічна виразка, варикозна трофічна виразка в стадії гідратації, посттромботична виразка.

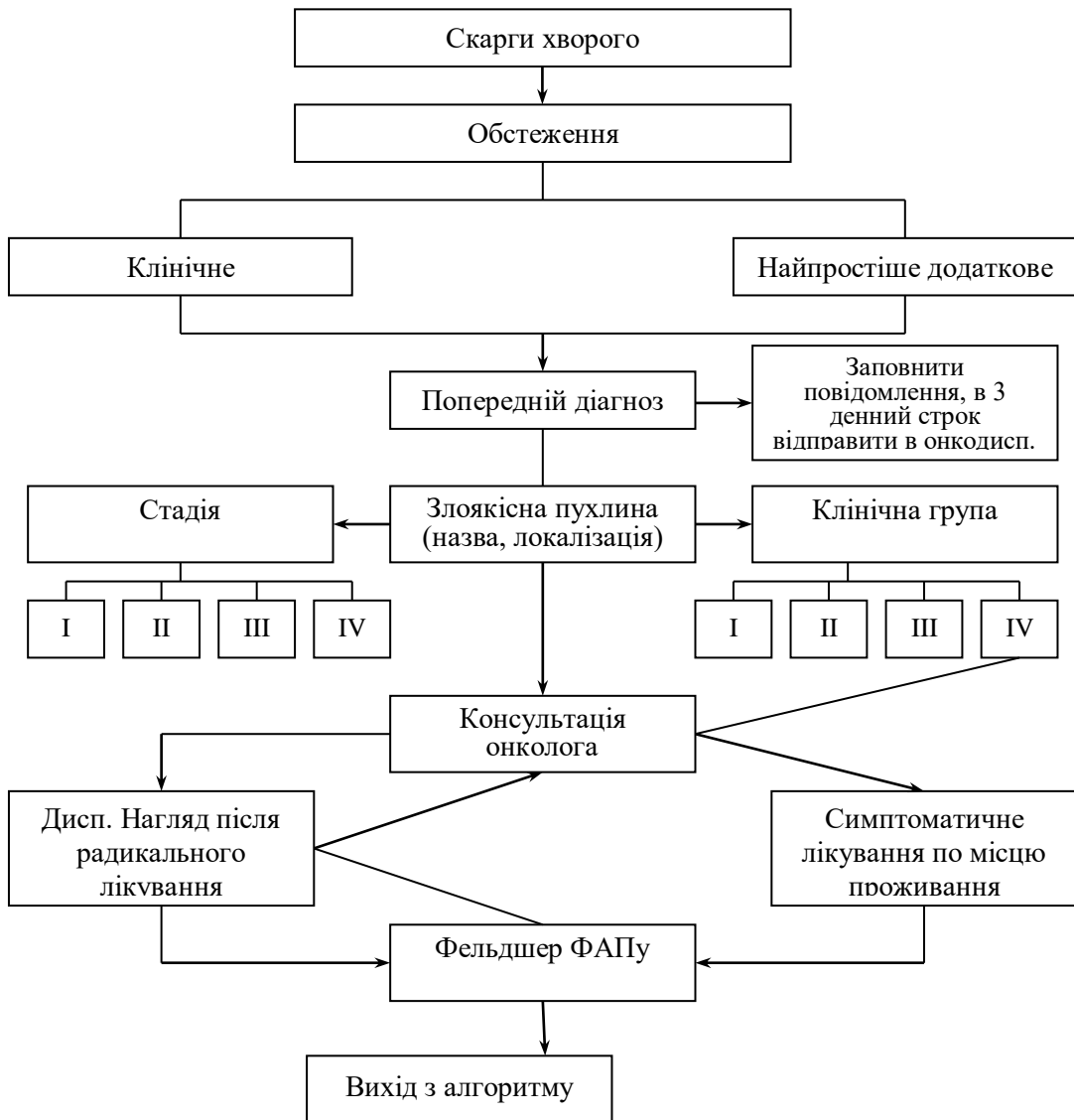
ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ

1. Випишіть пацієнтові рецепт на цинк – желатинову пасту.
2. Вкажіть пацієнтові з'явитися в указаний день з цинк-желатиновою пастою та плоскою малярною кистю в лікарню.
3. Уложіть пацієнта в ліжко на 2 години з ногою на шині Белера.
4. Доставте пацієнта в перев'язочну на каталці, перекладіть на перев'язочний стіл.
5. Нагрійте цинк – желатинову пасту на водяній бані, помішуючи її, до однорідної консистенції.
6. Накладіть тур бинта від основи пальців до підколінної ямки, зверху змастіть розплавленою цинк-желатиновою пастою. Таким чином накладається 3-4 тури.
7. Транспортуйте пацієнта в палату на каталці, перекладіть в ліжко. Ногу покладіть на шину Белера, не прикриваючи ковдрою.
8. Після висихання пов'язки хворого можна відпустити додому, порекомендувавши носити панчошу зверху пов'язки.
9. Цинк-желатинова пов'язка знімається, в середньому, через 3-4 тижні.

ПУХЛИНИ

АЛГОРИТМ

Дії медпрацівника по наданню допомоги онкохворим на рівні ФАПу.



УШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВИ, ОБЛИЧЧЯ, РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.

СПИННОМОЗКОВА (ЛЮМБАЛЬНА) ПУНКЦІЯ

Люмбальну пункцію проводять з діагностичною та лікувальною метою. З діагностичною метою її проводять при черепно-мозкових травмах, запальних процесах, пухлинах головного і спинного мозку, гострих порушеннях мозкового кровообігу. При цьому визначають лікворнийиск у спинномозковому каналі. Обов'язковим є цитологічне та біохімічне дослідження (визначення рівня білка, цукру, хлоридів) спинномозкової рідини. При люмбальній пункції можливе введення контрастних речовин для діагностики нервових захворювань. З лікувальною метою пункції застосовуються для нормалізації тиску спинномозкової рідини при менінгіті, субарахноїдальному крововиливі, епілептичному статусі тощо.

Протипоказанням до люмбальної пункції є: вклинювання мозку у великий потиличний отвір, шок, колапс, пролежні та гнійничкові ураження шкіри в поперековій ділянці.

Положення пацієнта під час процедури

1. Хворого покладіть на бік із зігнутими в колінах і підведеними до живота ногами, голову нахиліть до грудей, щоб збільшити відстань між хребцями для проколу. Під поперек підкладіть валик. В такому положенні утримайте хворого, поки лікар не закінчить пункцію.

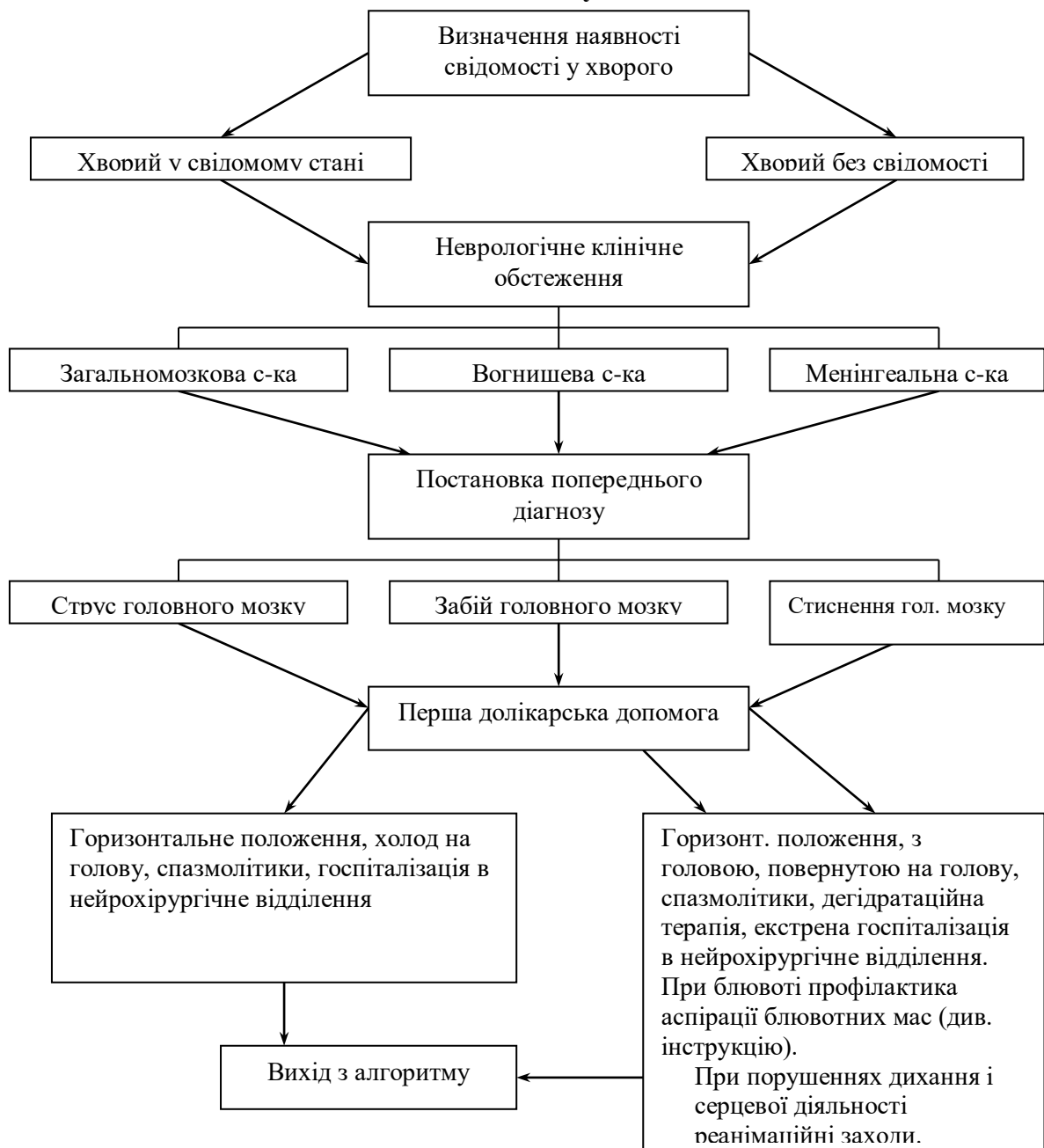
Методика виконання люмбальної пункції та допомога лікареві

1. Пункцію здійснюють в асептичних умовах.
2. Лікар, сидячи обличчям до спини пацієнта, незаражує шкіру поперекової ділянки йодонатом, потім – 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату. Стерильною серветкою насухо витирає шкіру, щоб антисептики не проникли разом із голкою в спинномозковий канал і не стали причиною антисептичного запалення, оболонок мозку.
3. Стерильну серветку лікар підстиляє під поперек пацієнта. Голку Біра з мандреном бере стерильною серветкою і вводить між 3-4 або 4-5 остистими відростками поперекових хребців, після чого витягує мандрен.
4. Якщо положення голки правильне, то в підставлену пробірку починає поступати краплями (температура крапель залежить від тиску в спинномозковому каналі) спинномозкова рідина (ліквор), яка в нормі безбарвна і прозора, а при запаленнях мозкових оболонок мутна, при крововиливах має домішки крові.

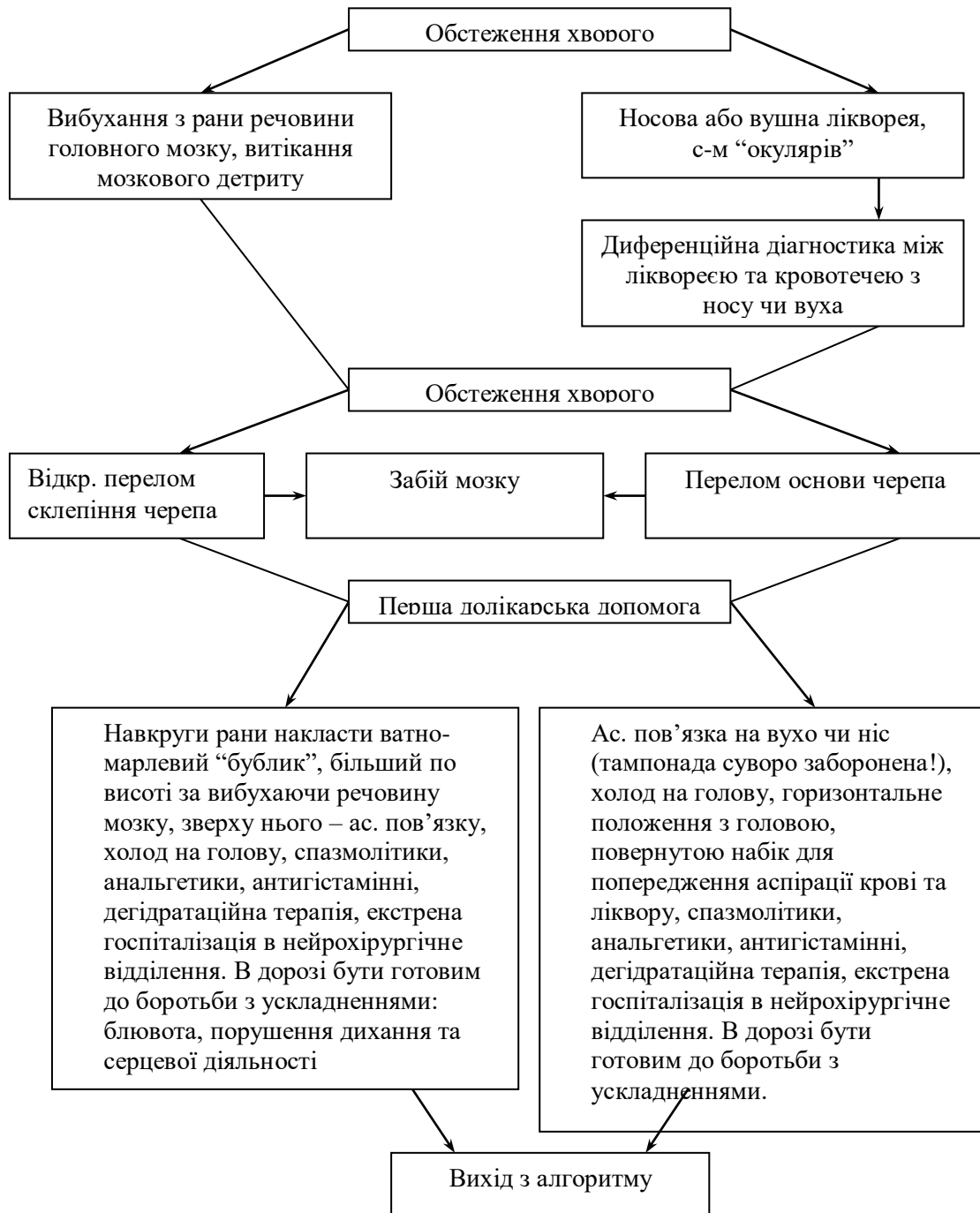
5. Для дослідження лікар бере 2-4 мл рідини, яку негайно відправляє у лабораторію.
6. Видаляє голку, місце пункції обробляє 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату і накладає асептичну пов'язку.
7. Після пункції на 2 години надайте пацієнтові горизонтальне положення.
8. Протягом доби пацієнт повинен дотримуватись суворого постільного режиму.
9. Спостерігайте уважно за станом пацієнта після люмбальної пункції, тому що можуть виникнути ускладнення: колапс, кровотеча, корінцевий головний біль.

В разі виникнення ускладнень негайно повідомте лікаря.

АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові з закритою черепно-мозковою травмою на догоспітальному етапі



АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові
з відкритою черепно-мозковою травмою
на догоспітальному етапі



УШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЇ, ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, СТРАВОХОДУ

Надання екстреної медичної допомоги при задусі.

Якщо у постраждалого часткова непрохідність дихальних шляхів, не заважайте йому відкашлятися, і тоді сторонній предмет може вийти самостійно. Людина, яка може відкашлятися і розмовляти, отримує достатньо повітря для дихання. Знаходьтеся поруч, прохаючи постраждалого відкашлятися. Якщо кашель довго не проходить, викликайте швидку допомогу. У випадку, коли постраждалий ледь дихає, його кашель дуже слабкий або він не в змозі розмовляти взагалі, дійте як в ситуації з повною непрохідністю дихальних шляхів. Надання першої допомоги в таких випадках ґрунтується на проведенні поштовхів у живіт - метод Хеймліка.

Правила проведення методу Хеймліка.

охопіть талію постраждалого руками; 1. стисніть руку в кулак;

притисніть кулак зі сторони великого пальця до постраждалого в місці трохи **їнище** пупка і нижче кінця грудини постраждалого (мал. 3.8.);

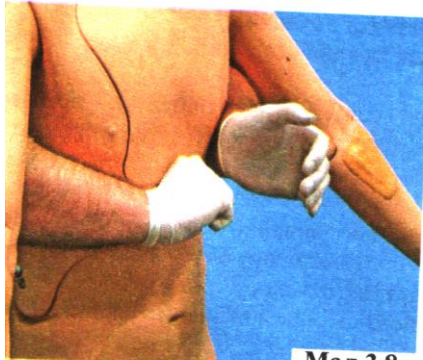
- охопіть кулак долонею другої руки;

зробіть серію з 4-5 різних поштовхів в живіт у напрямку знизу-доверху, спереду-усередину;

- кожний поштовх робиться в спробі видалити сторонній предмет.

Продовжуйте поштовхи в живіт доти, поки: стороннє тіло не буде видалено; і постраждалий не почне дихати або сильно кашляти;

З постраждалий втратить свідомість: в цьому випадку покладіть постраждалого на спину та розпочніть проведення поштовхів в живіт або на грудину та викличте швидку медичну допомогу.



Мал.3.8.



Мал.3.9.



Мал.3.10.

Метод Хеймліка у пацієнта, що знаходиться у свідомому стані



Мал. 3.12.

Метод Хеймліка у невідомого пацієнта

Конікотомія показана травмованим після 12-річного віку у випадках:

1. Неможливості здійснити ларингоскопію внаслідок значної травми обличчя.
2. Обструкції верхніх дихальних шляхів набряком або кровотечею.
3. Наявності стороннього тіла або невдалої ендотрахеальної інтубації.

Оснащення для конікотомії:

1. Скальпель.
2. Розширювач трахеї.
3. Трахеостомічна трубка.
4. Антисептичний розчин, хірургічні, рукавиці, стерильні серветки.
5. Мішок Амбу та кисень.
6. Шовний матеріал, що не розсмоктується № 3-0.
7. Кровозупинні затискачі.

Положення постраждалого лежачи на спині, шия в нейтральному положенні. Для запобігання пошкодження спинного мозку постраждалого ведуть нібито пошкодження шийного відділу хребта дійсно має місце.

Техніка виконання конікотомії.

1. Обробіть антисептиком та обкладіть стерильними серветками передню поверхню шиї. (Виконують якщо стан хворого дозволяє).
2. Пальпаторно знайдіть крикотиреоїдну зв'язку нижче щитовидного хряща по середній лінії.
3. Зафіксуйте щитовидний хрящ пальцями однієї руки та зробіть поперековий розріз завдовжки до 2,0 см через крикотиреоїдну зв'язку.
4. Введіть розширювач трахеї та повільно розведіть краї рани.
5. Введіть трахеостомічну трубку в трахею після чого вилучіть розширювач.
6. Роздуйте манжетку 5 мл повітря, приєднайте мішок Амбу та здійсніть вентиляцію легень.
7. Здійсніть аускультацию легень. Дихальні шуми мають вислуховуватися симетрично з обох боків.
8. При наявності кровотечі з рани накладіть лігатури шовним матеріалом, що не розсмоктується № 3-0.
9. Фіксує трахеостомічну трубку до шкіри шовним матеріалом, що не розсмоктується № 3-0.

Пункція крикотиреоїдної зв'язки є альтернативою конікотомії, яка у дітей молодших 12 років має перевагу над конікотомією. Пункція крикотиреоїдної зв'язки вважається тимчасовим заходом для забезпечення адекватної вентиляції протягом лише 30-45 хвилин.

Техніка виконання пункції крикотиреоїдної зв'язки .

1. Обробіть антисептиком та обкладіть стерильними серветками передню поверхню шиї (виконують якщо стан хворого дозволяє).
2. Пальпаторно знайдіть крикотиреоїдну зв'язку нижче щитовидного хряща по середній лінії.
3. Під'єднайте 5 мл шприцом з ангіокатетером 12-14 калібру та пропунктуйте шкіру над перстневидно-щитовидною зв'язкою по середній лінії. Спрямовуйте катетер до низу під кутом 45° до поверхні шкіри.
4. Обережно просувайте катетер, підтягуйте до себе поршень шприца. Надходження в шприц повітря свідчить, що катетер знаходиться в просвіті трахеї.
5. Приєднайте до канюлі катетера адаптера 3 мм педіатричної ендотрахеальної трубки.
6. Приєднайте Y - подібний перехідний пристрій до балону з киснем і до адаптера педіатричної ендотрахеальної трубки.
7. Подавайте кисень зі швидкістю 15 л/хв.

ІНСТРУКЦІЯ по догляду за трахеостоєю

Навчальна мета: засвоїти особливості догляду за пацієнтом з трахеостоєю.

Обладнання: гумові рукавичка, халат, маска, захисні окуляри, трахеостомічна канюля, антисептичні розчини, стерильний перев'язочний матеріал, стерильні пінцети, піпетки.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ.

1. Надіньте халат, маску, захисні окуляри, гумові рукавички, обробіть руки спиртом.
2. Надайте пацієнтові напівсидячого положення.

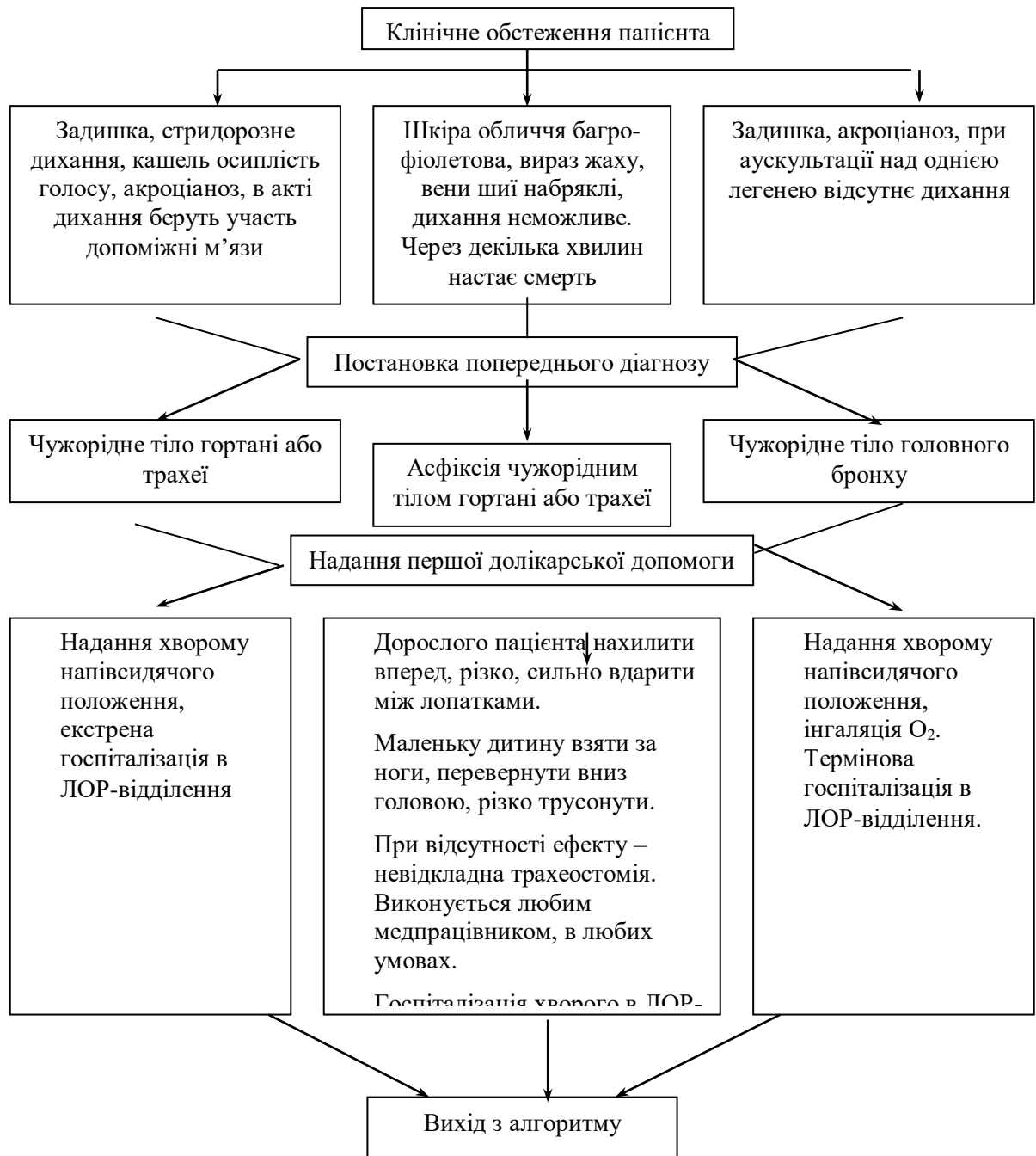
3. Щиток зовнішньої трубки трахеостомічної канюлі закріпіть за вушки до шиї довгою марлевою стрічкою.
Під щиток підкладіть марлеву серветку у вигляді “штанців” і вчасно замініюйте її по мірі забруднення.
4. Кожні 2-3 години замініюйте внутрішню трубку канюлі на іншу, стерильну.
Витягнуту трубку ретельно промийте проточною водою і простерилізуйте зануренням на 2 години в 96° спирт або на 6 годин в 6% розчин перекису водню.
5. При заміні трубку евакуюйте з трахеї слиз за допомогою катетера, який вводять в просвіт трахеї на 5-10 см, і електровідсмоктувача. Перед аспірацією для розжиження мокроти закачайте в канюлю 4-5 крапель 4% натрію гідрокарбонату, а після аспірації – 4-5 крапель антибіотика.
6. Проводіть регулярну санацію дихальних шляхів через трахеостому – промивання розчином фурациліну 1:5000 з негайним відсмоктуванням промивної рідини, інгаляції аерозолів з антибіотиками, лужно-олійними сумішами.
Пацієнтові показана дихальна гімнастика.
7. Зволожуйте повітря в палаті за допомогою розпилювача “Комфорт” або розпилюйте перед трахеостоמוю 0,9% розчин натрію хлориду за допомогою аерозольного інгалятора.
8. Навчіть пацієнта розмовляти, прикриваючи зовнішній кінець канюлі пальцем, обгорнутим стерильною серветкою.
9. При появі ускладнень (нагноєння рани, випадіння зовнішньої трубки, кровотеча з трахеї, підшкірна емфізема, яка характеризується набряклістю шиї та обличчя, крепітацією під шкірою, порушенням дихання) негайно повідомте лікаря.
10. Перед видаленням канюлі проведіть тренування дихання: поступове зменшення діаметру трубки, закривання її зовнішнього кінця корком.
11. Після видалення трахеостомічної канюлі накладіть на рану асептичну марлеву пов’язку.
Використовуйте такі мазі: метилурацилову, левомеколь, фастин. Рана загоюється самостійно через 2-3 дні.

АЛГОРИТМ
Надання першої допомоги потерпілим
з пораненням шії



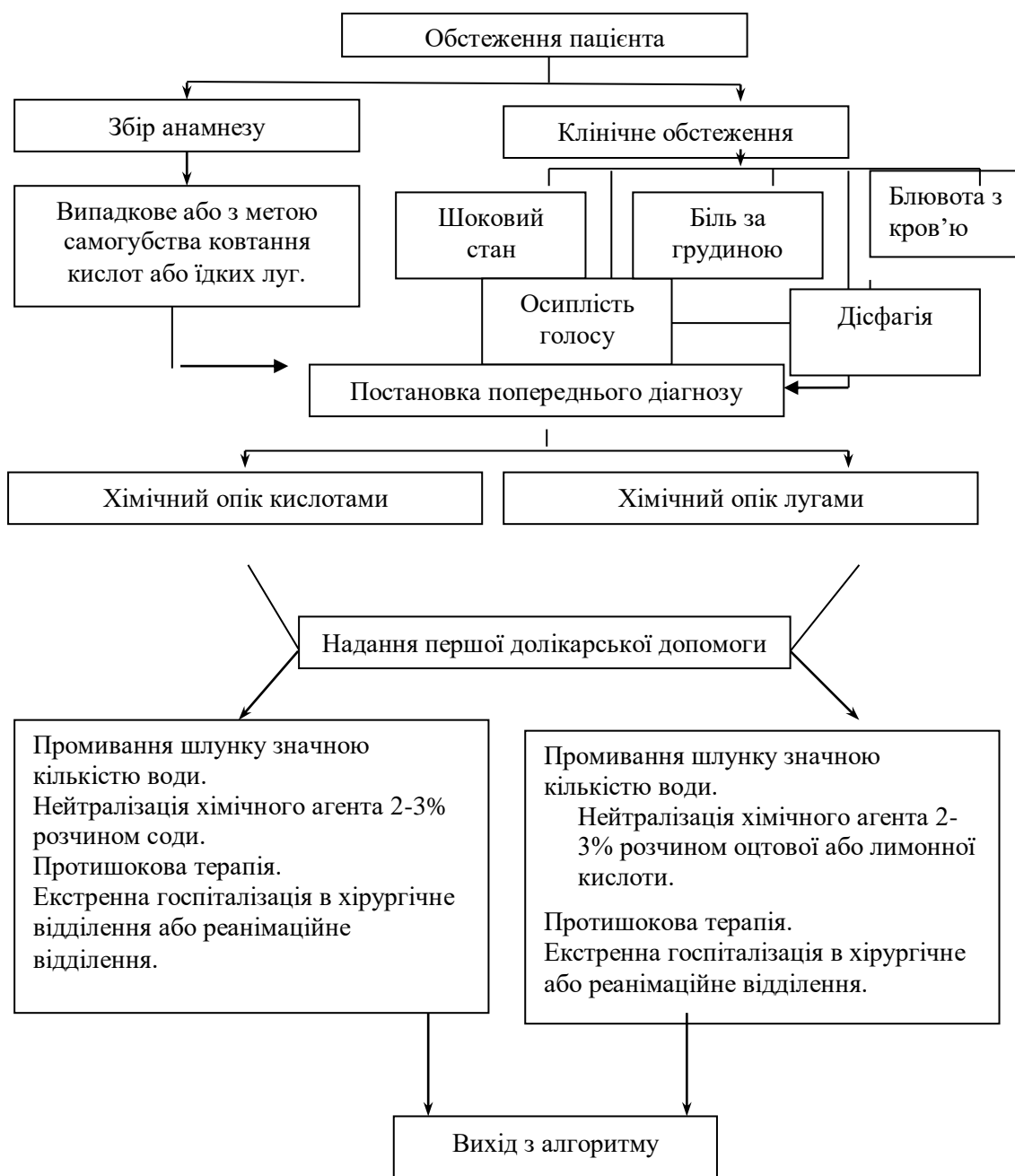
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтам зі сторонніми тілами дихальних шляхів



АЛГОРИТМ

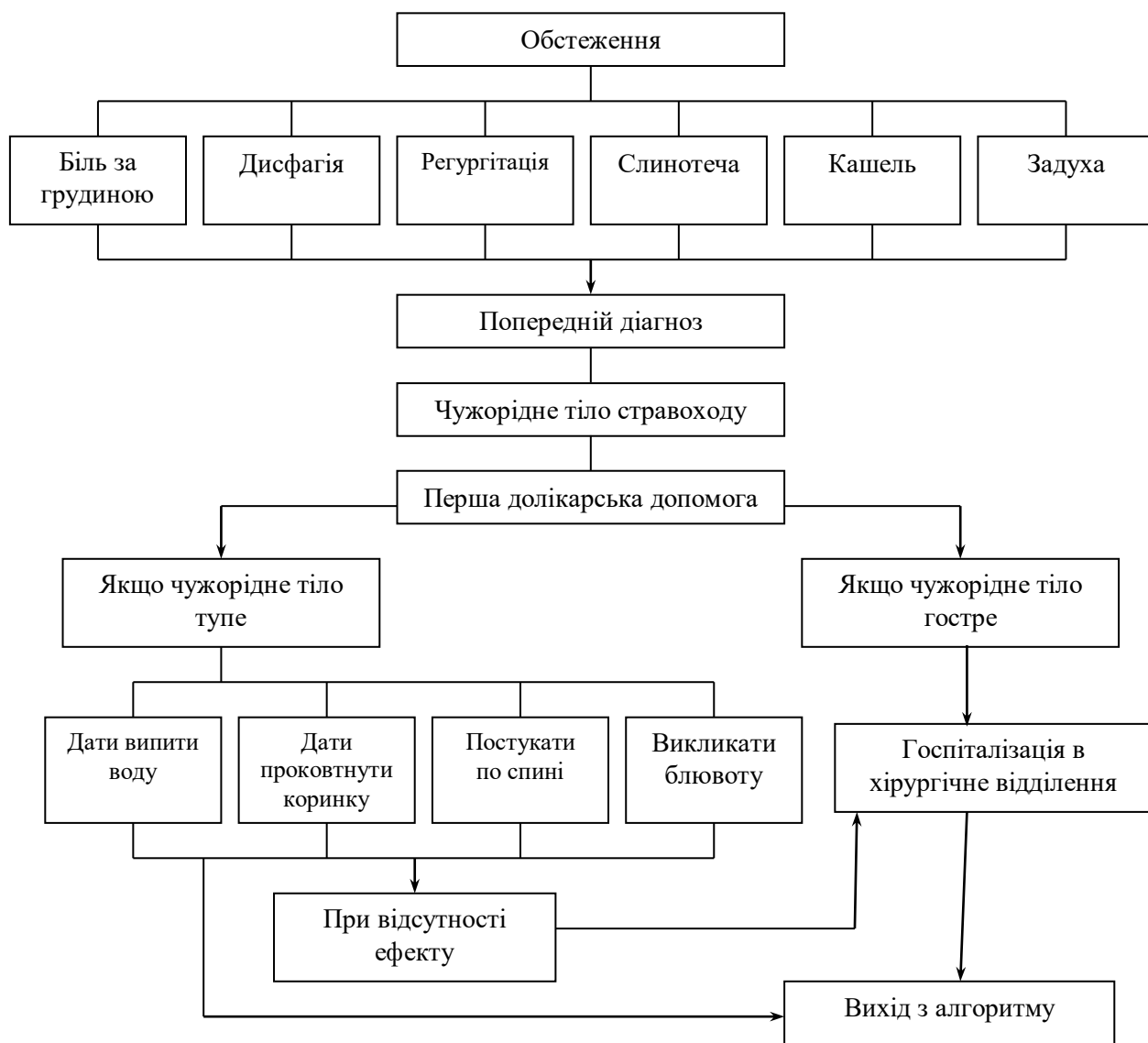
Надання першої допомоги постраждалим з хімічними опіками стравоходу



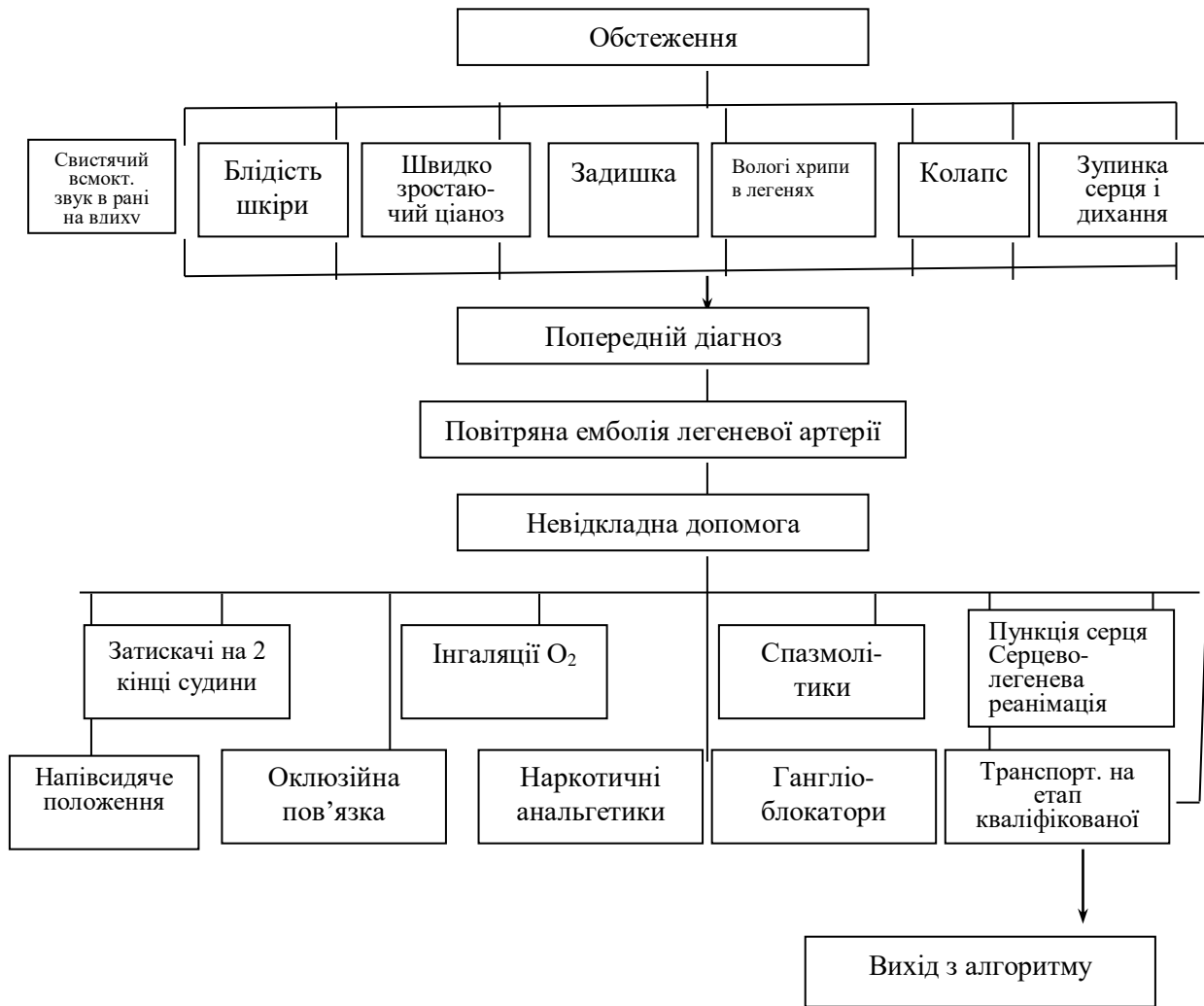
АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому
з пораненням стравоходу



АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому з чужорідним тілом
стравоходу

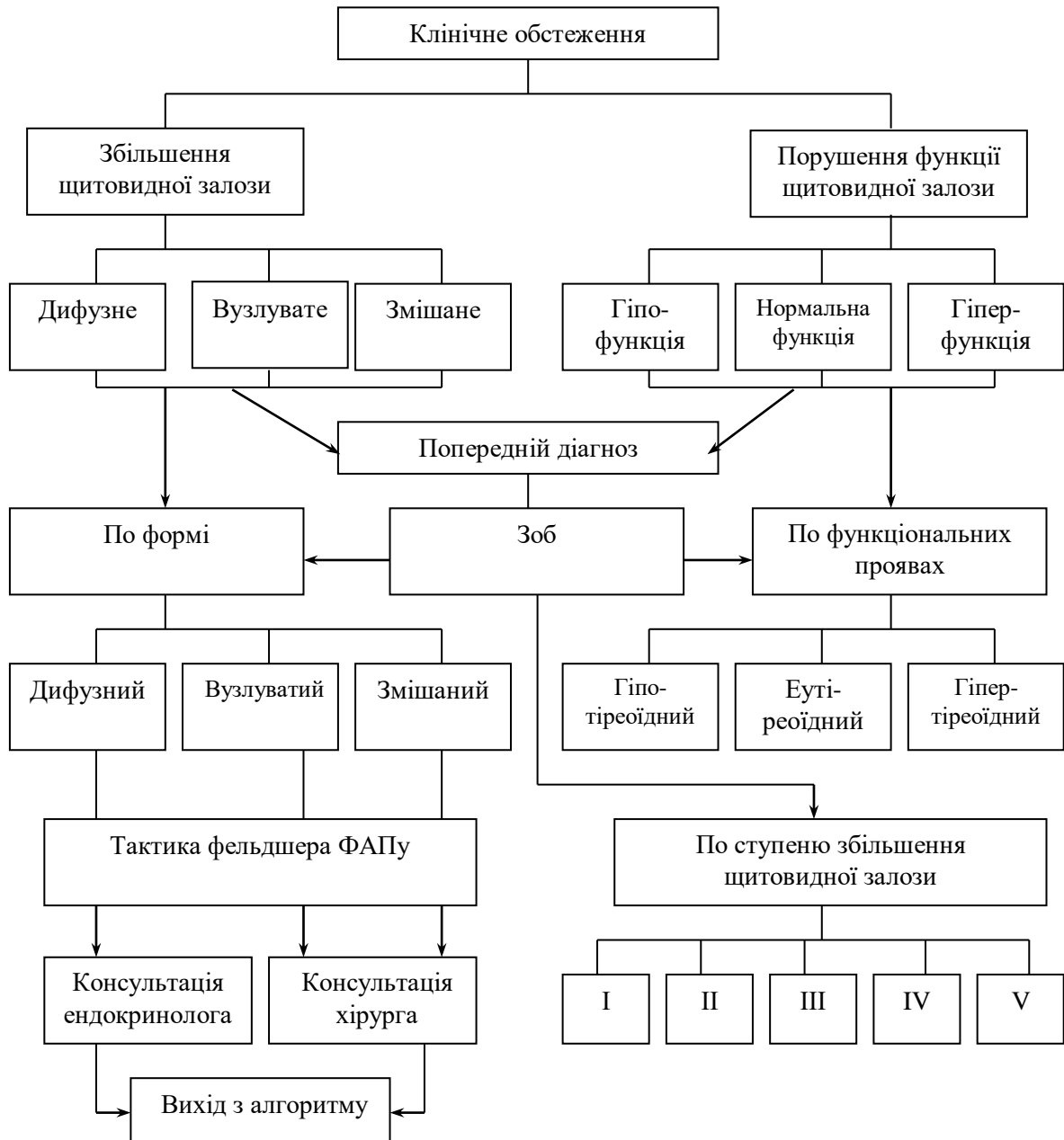


АЛГОРИТМ
Невідкладна допомога при повітряній емболії
легеневої артерії



АЛГОРИТМ

Тактика фельдшера ФАПУ по відношенню до хворого на зоб



ЧАСТИНА III

УШКОДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

Пункція плевральної порожнини (плевроцентез)

Види плевроцентезу: Пункцію плевральної порожнини виконують з лікувальною і діагностичною метою.

Лікувальний плевроцентез показаний у випадках накопичення в плевральній порожнині значної кількості рідини, також при необхідності введення в плевральну порожнину лікарських препаратів.

Діагностичний плевроцентез показаний хворим із плевральним випотом невизначеної етіології.

Показанням для термінового плевроцентезу є травматичний гемоторакс і пневмоторакс, спонтанний і особливо клапанний пневмоторакс.

Протипоказанням для проведення плевроцентезу є підвищена кровоточивість. Крім цього, не можна здійснювати пункцію в ділянках наявності піодермії, опоясує чого лишаю.

Зручніше здійснити плевроцентез у процедурному кабінеті, де легше дотримуватись правил асептики. Але при дуже тяжкому стані пацієнта пункція може бути проведена в палаті.

Порядок виконання діагностичного плевроцентезу

1. Ділянку пункції в межах радіуса 10 см знезаражують йодонатом і 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату і висушують шкіру стерильними серветками.
2. Обкладають зону пункції стерильними пелюшками.
3. Знеболюють за допомогою 0,5% розчину новокаїну послідовно шкіру, підшкірну клітковину.
4. В усіх випадках при плевроцентезі голку вводять по верхньому краю ребра, щоб уникнути пошкодження судинно-нервового пучка.
5. Здійснюють забір плевральної рідини в шприці, витягують голку і на місце пункції накладають стерильний тампон, змочений 70° етиловим спиртом, зверху – стерильну марлеву серветку, яку прикріплюють до шкіри клеолом або полосками липкого пластиру.

6. При діагностичному плевроцентезі пункцію здійснюють спеціальною голкою зі шприцом ємністю 20 мл, в якому міститься розчин гепарину – в 1 мл 0,9% розчину натрію хлориду 1000 ОД гепарину (для попередження зсідання плевральної рідини).

Особливості виконання лікувального плевроцентезу

При лікувальному плевроцентезі використовують спеціальну голку з тупим зрізом. До голки герметично приєднують стерильну гумову трубку. На трубку надівають затискач, щоб уникнути потрапляння повітря в плевральну порожнину. Після пункції до гумової трубки приєднують шприц Жане або систему для відкачування рідини (апарат Боброва, система трубок, затискувач, відсмоктувач).

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Плевральну пункцію проводять із суворим дотриманням правил асептики!

Положення пацієнта під час процедури

1. Якщо пацієнтові необхідно зробити пункцію в другому міжребер'ї по середньо-ключичній лінії, то посадіть його на стілець обличчям до виконуючого пункцію.
2. Якщо пункцію треба зробити в 5-6 міжребер'ї по середній підпахвовій лінії, то пацієнта посадіть на стілець, відповідним боком поверніть до лікаря. Руку з хворої сторони відведіть за голову. Якщо пацієнт сидіти не може, то положіть його на здоровий бік з відведеною за голову рукою.
3. Якщо пункцію належить зробити в 8-9 міжребер'ї по задній під пахвовій або лопатковій лінії, то посадіть хворого на стілець обличчям до його спинки, трохи нахиліть голову і руки покладіть на груди.

Врахуйте, що при лікувальному плевроцентезі пацієнтові належить знаходитись у вимушеному положенні значно довше, ніж при діагностичному, тому потурбуйтеся про надання йому необхідних зручностей.

Допомога лікареві під час процедури

1. Заздалегідь ознайомтеся з порядком виконання плевроцентезу.
2. Забезпечте всі необхідні умови для знезараження рук лікаря і ділянки, де буде здійснюватись пункція.
3. Забезпечте все необхідне для місцевого знеболення шкіри і підшкірної основи.

4. Потурбуйтеся заздалегідь, щоб до голки для пункції герметично була прикріплена гумова трубка, на яку накладають затискач для уникнення попадання повітря у плевральну порожнину.
5. Заздалегідь перевірте роботу системи для евакуації рідини із плевральної порожнини.
6. Терміново відправте плевральну рідину в лабораторію, щоб запобігти руйнуванню формених і клітинних елементів.
7. Забезпечте все необхідне для накладання асептичної пов'язки на місце пункції.

Допомога пацієнтові при можливих ускладненнях

1. В окремих випадках при плевроцентезі в результаті подразнення листків плеври може виникнути рідкий слабкого наповнення пульс, зниження артеріального тиску. Ця реакція припиняється після введення 1мл 0,1% розчину атропіну сульфату підшкірно або внутрішньом'язово.
2. Різке зниження артеріального тиску, яке супроводжується слабкістю, холодним потом, блідістю, може бути зв'язано з вагусною реакцією. В цьому разі спостерігається тахікардія. Таке зниження артеріального тиску викликано реакцією на біль, вид крові. При цьому плевроцентез припиняють, підшкірно вводять 2 мл кордіаміну. Хворому надають горизонтальне положення з піднятим нижнім кінцем тулуба.

БРОНХОСКОПІЯ

Метод візуального дослідження внутрішньої поверхні трахеї і бронхів
Діагностична бронхоскопія використовується з метою уточнення або постановки діагнозу при доброякісних і злоякісних пухлинах трахеї і бронхів, гнійних захворюваннях бронхів та легень, туберкульозі легень, бронхіальній астмі, легневих кровотечах.

Протипоказання: кахексія, декомпесовані вади серця, тяжка форма гіпертонічної хвороби, шок, аневризма грудної аорти, туберкульоз і перелом шийних хребців, гостре запалення глотки, гортані.

Підготовка пацієнта до бронхоскопії під місцевою анестезією

1. Напередодні лікар або досвідчена медична сестра проводить бесіду з пацієнтом.

2. В разі вираженого неспокою пацієнта, йому призначають напередодні на ніч транквілізатори (еленіум, седуксен) у комбінації зі снотворним (люміналом).
3. Вранці пацієнт опорожнює кишечник, безпосередньо перед бронхоскопією – сечовий міхур.
4. За 30 хв. до дослідження підшкірно вводять 0,5мл 0,1% розчину атропіну сульфату.

Пацієнтам з бронхіальною астмою, хронічним обструктивним бронхітом за призначенням лікаря за 30 – 40 хв. до бронхоскопії внутрішньом'язово вводять 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату, 1 мл 0,5% розчину седуксену, 1мл 1% розчину димедролу.

За 15-20 хв. внутрішньовенно вводять 2,4% розчин еуфіліну – 10 мл і безпосередньо перед початком анестезії дають вдихнути аерозоль салбутамола із індивідуального дозатора.

5. Пацієнта слід перед бронхоскопією попередити, що в процесі дослідження не слід втягувати голову, вигинати груди вперед, тому що це заважає введенню бронхоскопа. Пацієнт лежить на спині з запрокинутою головою, бронхоскоп вводиться через ніс.

Здійснення місцевої анестезії для бронхофіброскопії Допомога лікареві

1. Перед процедурою розмістіть на спеціальному стерильному столику інструменти, медикаменти, перев'язочний матеріал.
2. Перевірте роботу освітлювачів, електровідсмоктувача.
3. Лікар змазує слизову оболонку нижнього носового ходу (при трансназальному доступі), або розпилює в порожнині носоглотки (при трансоральному доступі) 0,1% розчин нафтизину, або 0,5% розчин галазоліну, або 3% розчин ефедрину. При цьому розширюється носовий хід, що немаловажно для вільного проведення через нього тубуса бронхофіброскопа, а також зменшується всмоктування анестетика.
4. Для анестезії верхніх дихальних шляхів і голосових складок використовуйте 1% розчин дікаїну, 2-4% розчин лідокаїну, 5% розчин тримекаїну.
5. Для анестезії слизової оболонки трахеї і бронхів лікар використовує 10% розчин новокаїну.

Протягом всього періоду анестезії медсестра-асистент невеликими дозами вводить розчин анестетика в катетер або біопсійний канал фіброскопа, вголос

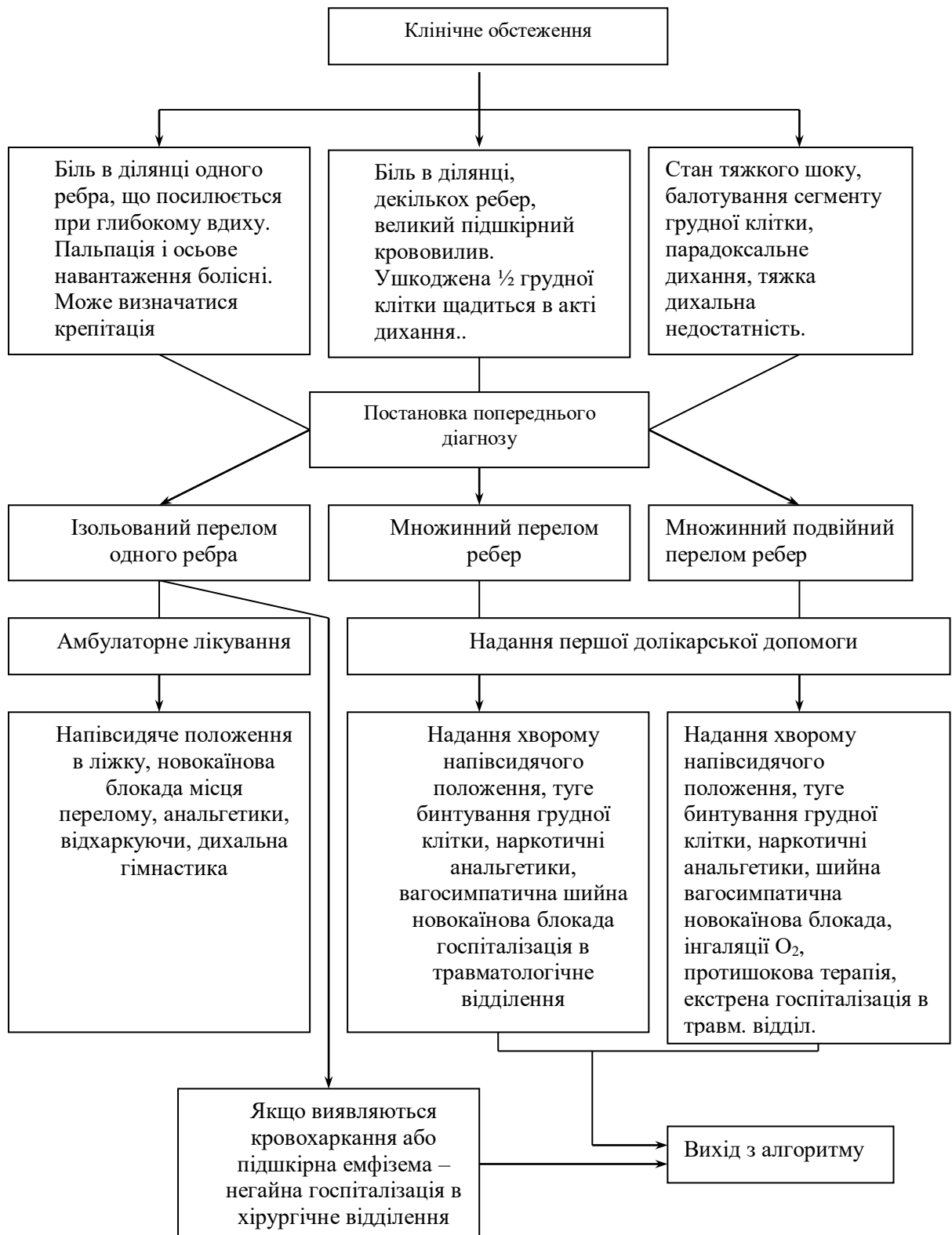
називаючи об'єм введеного розчину в мілілітрах, тому що максимальна доза анестетиків має бути не більше 10-15мл.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Перед введенням того чи іншого анестетика необхідно впевнитись, що у хворого відсутня індивідуальна підвищена чутливість до цих препаратів, для чого слід уважно зібрати алергологічний анамнез, а також провести заздалегідь пробу на чутливість (ввести підшкірно 1-2 мл анестетика, який передбачають застосувати).

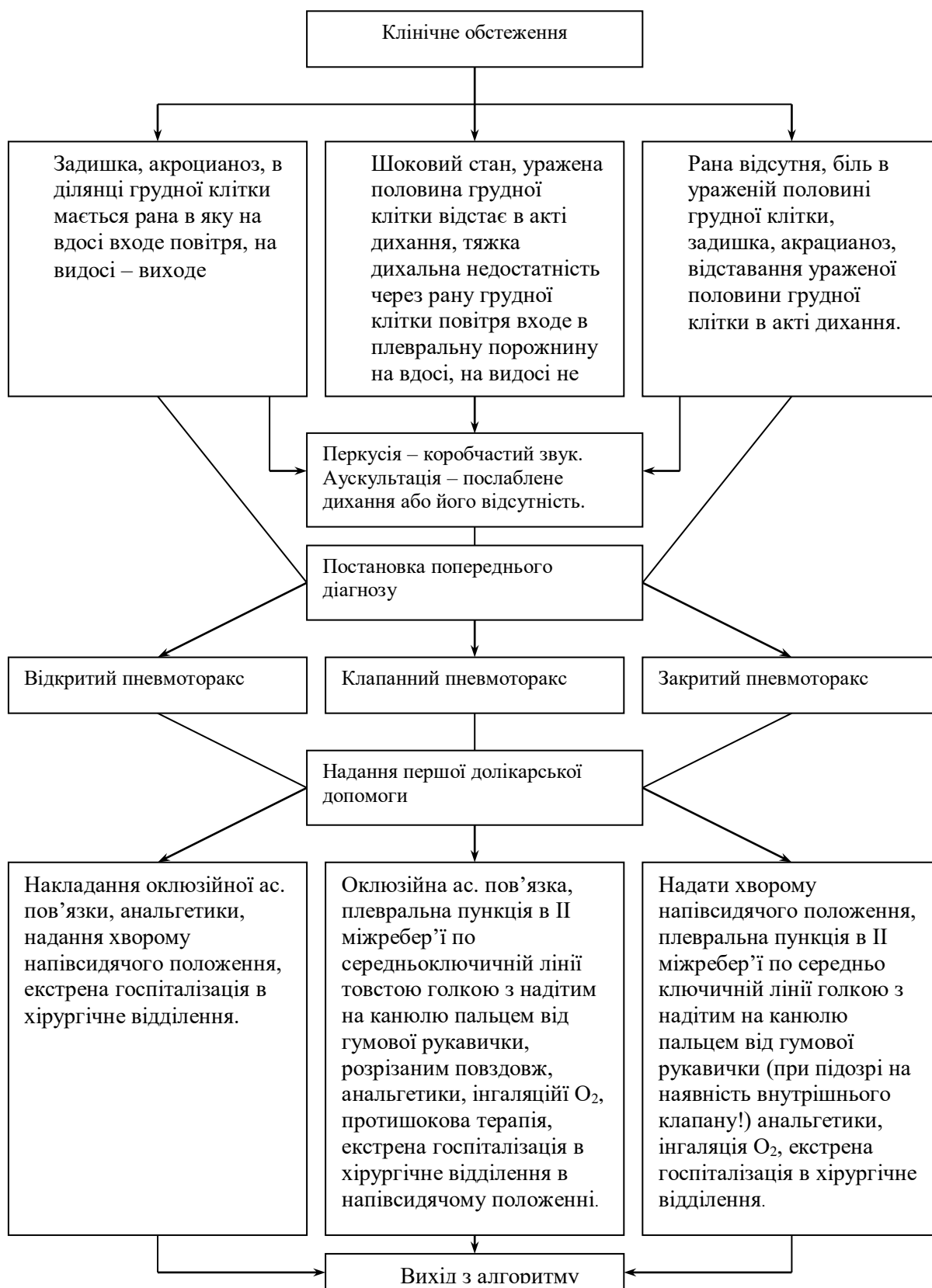
Здійснення ендобронхіальної біопсії

1. Перед введенням кусачок у дихальні шляхи медсестра повинна перевірити їх робочий стан.
2. За командою лікаря вона розкриває бранші інструмента, а потім м'яко закриває їх.
3. Видаляючи інструмент із каналу бронхоскопа, вона слідкує за тим, щоб кінець інструмента не зачепив обличчя лікаря.
4. Потім тонкою голкою обережно виймає частинку взятої тканини із бранші і переносить його на предметне скельце.
5. Біопсійний матеріал вміщує в склянку з 40% розчином формаліну. При цьому тканина новоутворення занурюється на дно склянки, якщо слизова оболонка, то плаває на поверхні розчину.
6. Після біопсії треба бути готовим застосувати кровозупинні засоби, для чого на столі повинні бути готові ватні тупфери, гемостатична марля в вигляді стрічки, 5% розчин амінокапронової кислоти.
7. Пацієнта після бронхоскопії транспортують у відділення на кріслі-каталці.
8. Після бронхоскопії хворому призначають постільний режим.
9. Якщо пацієнтові здійснювали біопсію, то необхідно протягом доби йому вживати їжу в холодному вигляді.

АЛГОРИТМ Надання першої допомоги постраждалим з переломами ребер

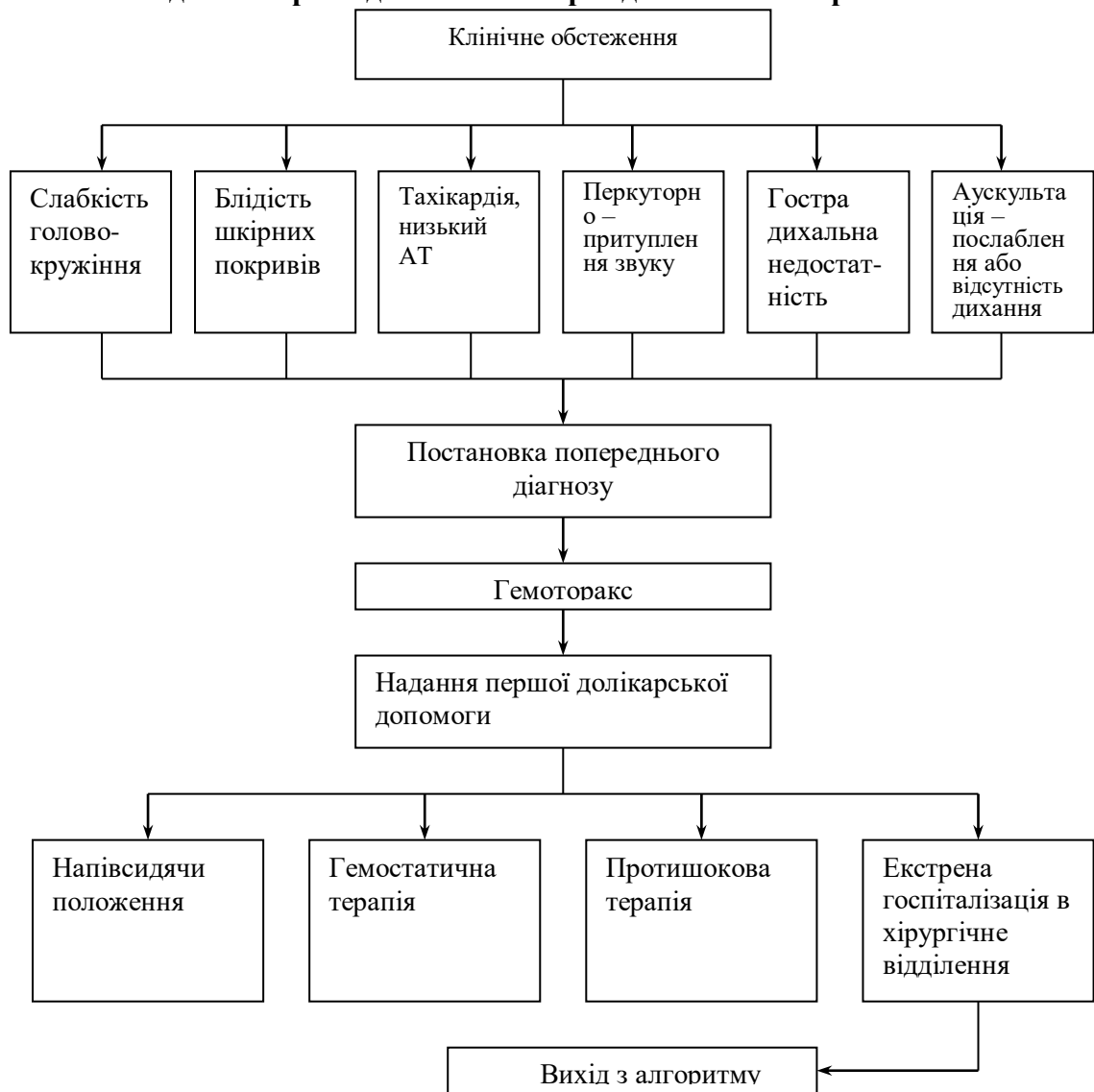


АЛГОРИТМ Надання першої допомоги постраждалим з пневмотораксом



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з гемотораксом



РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО САМООБСТЕЖЕННЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Самообстеження молочних залоз є важливим кроком до зниження захворюваності на рак молочної залози. Його рекомендується проводити один раз на місяць в перший тиждень після менструації, так як в цей період молочні залози не збільшені та не напружені. Самообстеження можна проводити у ванній кімнаті перед дзеркалом та під час приймання душу. При будь-яких підозрах Вам необхідно наступного дня звернутися до спеціаліста з захворювань молочної залози.

ОГЛЯД

Станьте перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими вгору руками. Зверніть увагу на такі ознаки:

- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру одної з молочних залоз;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози.

ПРОЩУПУВАННЯ

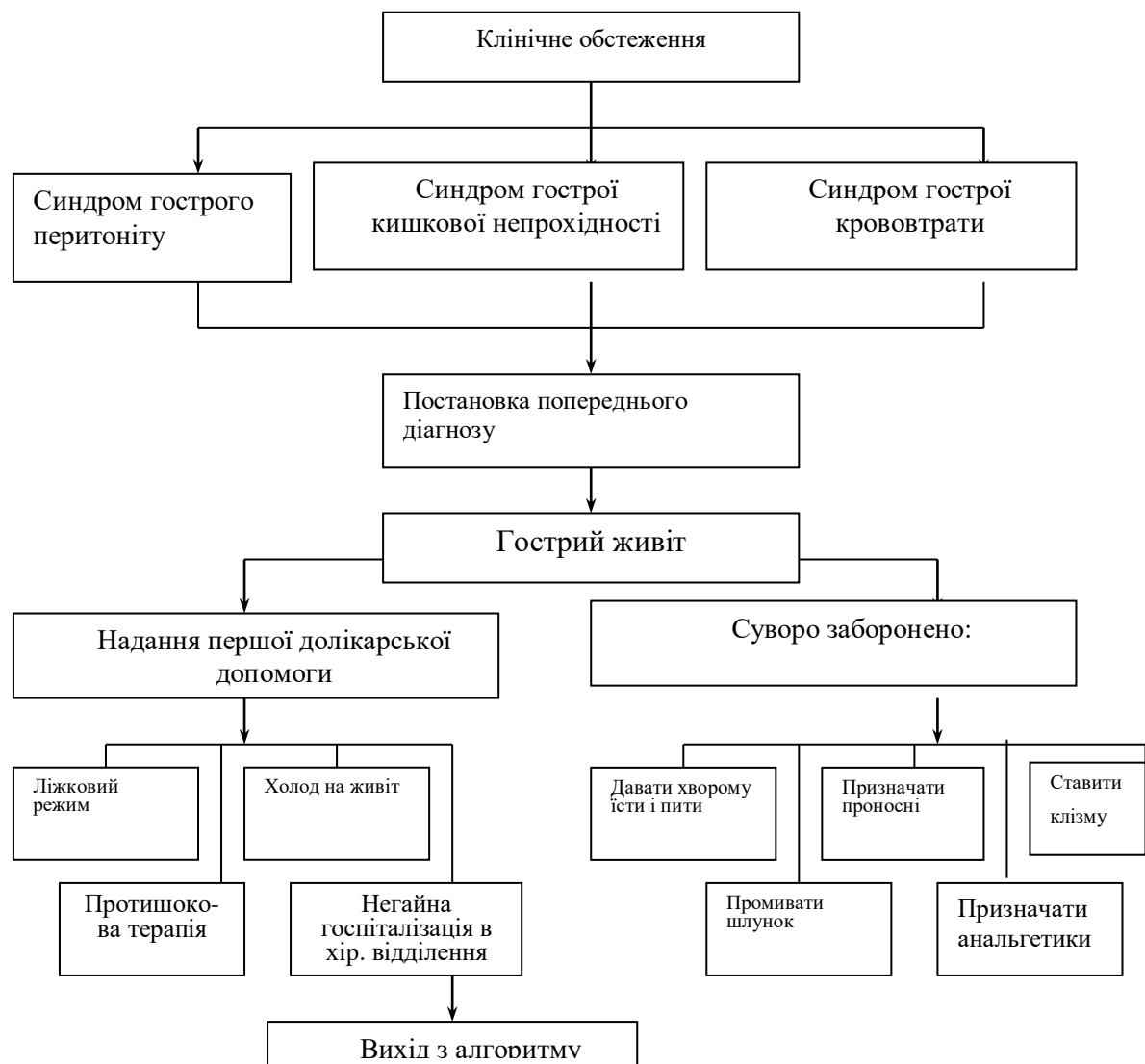
Здійснюється у положенні лежачи на спині. Під лопатку зі сторони, що обстежується, підкладіть валок таким чином, щоб грудна клітка була трохи піднята. Прощупайте кожну молочну залозу протилежною рукою. Уникайте грубого прощупування та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає. Обстеження проводиться у трьох положеннях:

- рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
- рука спрямована вверх за голову;
- рука спрямована у бік.

Пальцями другої руки молочна залоза прощупується використовуючи такі способи: Ви можете вибрати кругові рухи; рухи по лінії вверх та вниз; клиноподібні рухи. Завжди прощупуйте молочні залози в одній і тій же послідовності. Це допоможе Вам не пропустити жодної ділянки, а також запам'ятати, якими Ваші молочні залози звичайно є на дотик. Окремо обстежується сосок – його стискають між пальцями, починаючи з країв ареоли, для того, щоб переконатися, що з соска немає виділень.

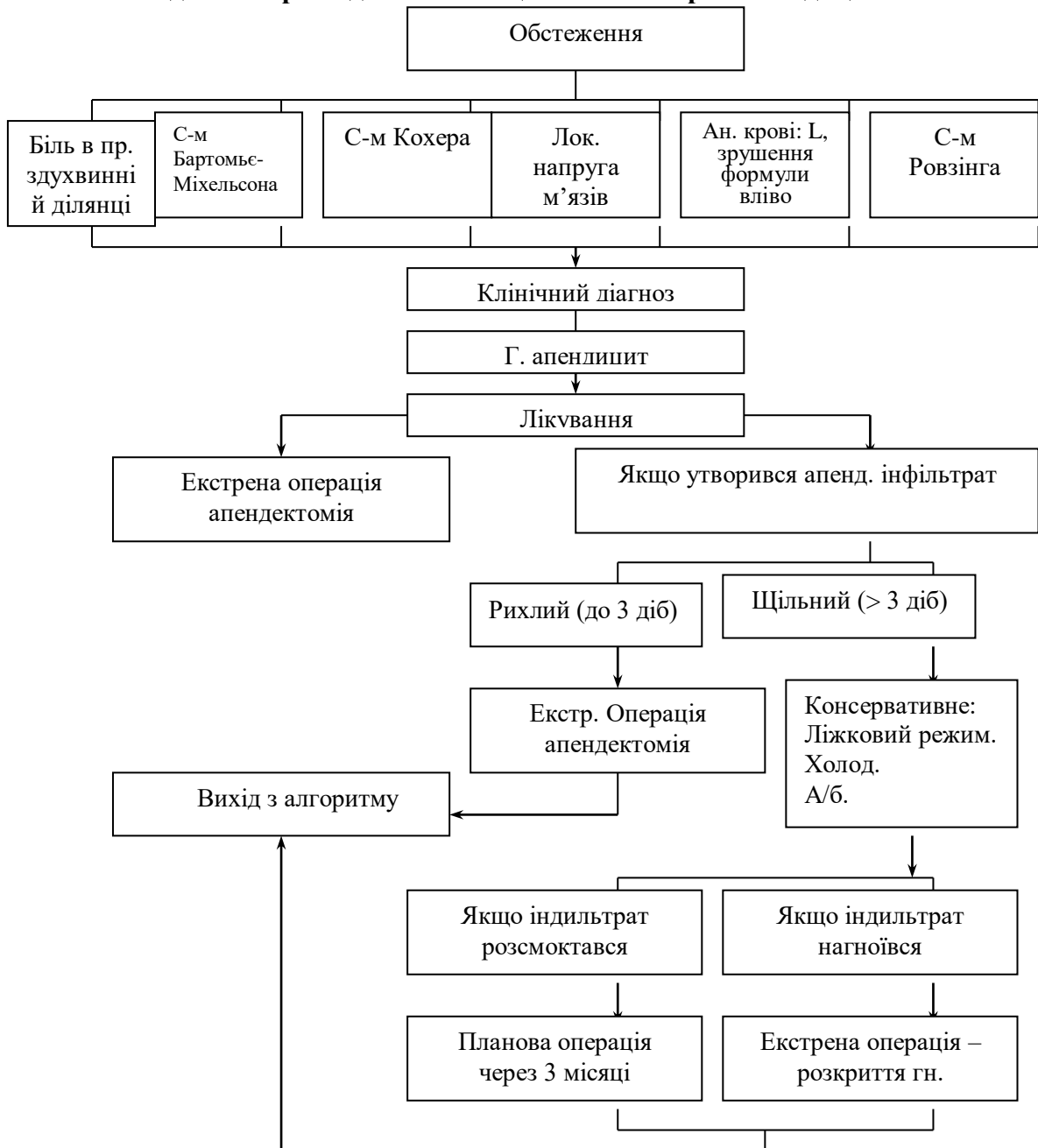
УШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ЖИВОТА ТА ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

АЛГОРИТМ Надання першої допомоги пацієнтові з синдромом “гострого” живота

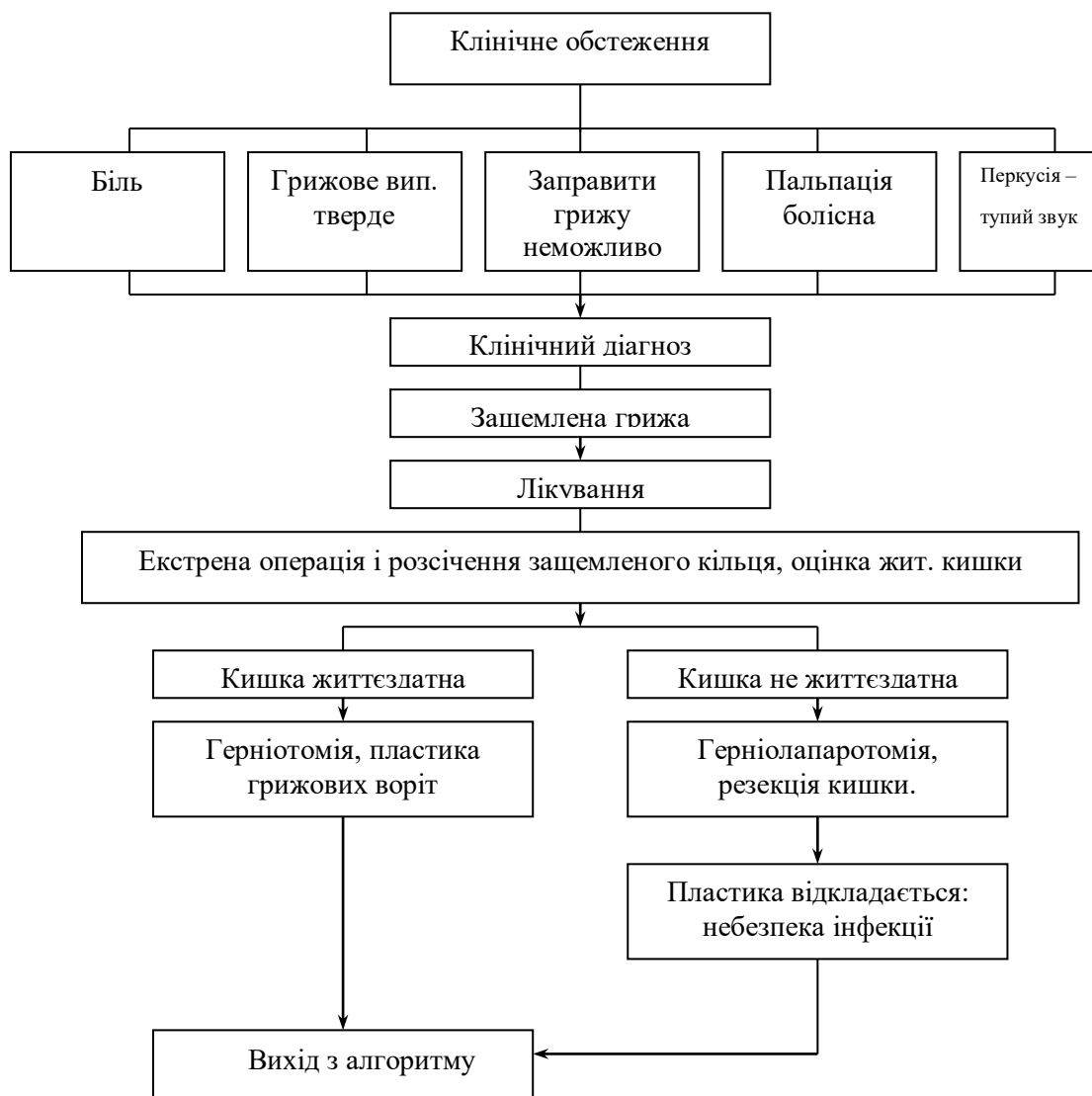


АЛГОРИТМ

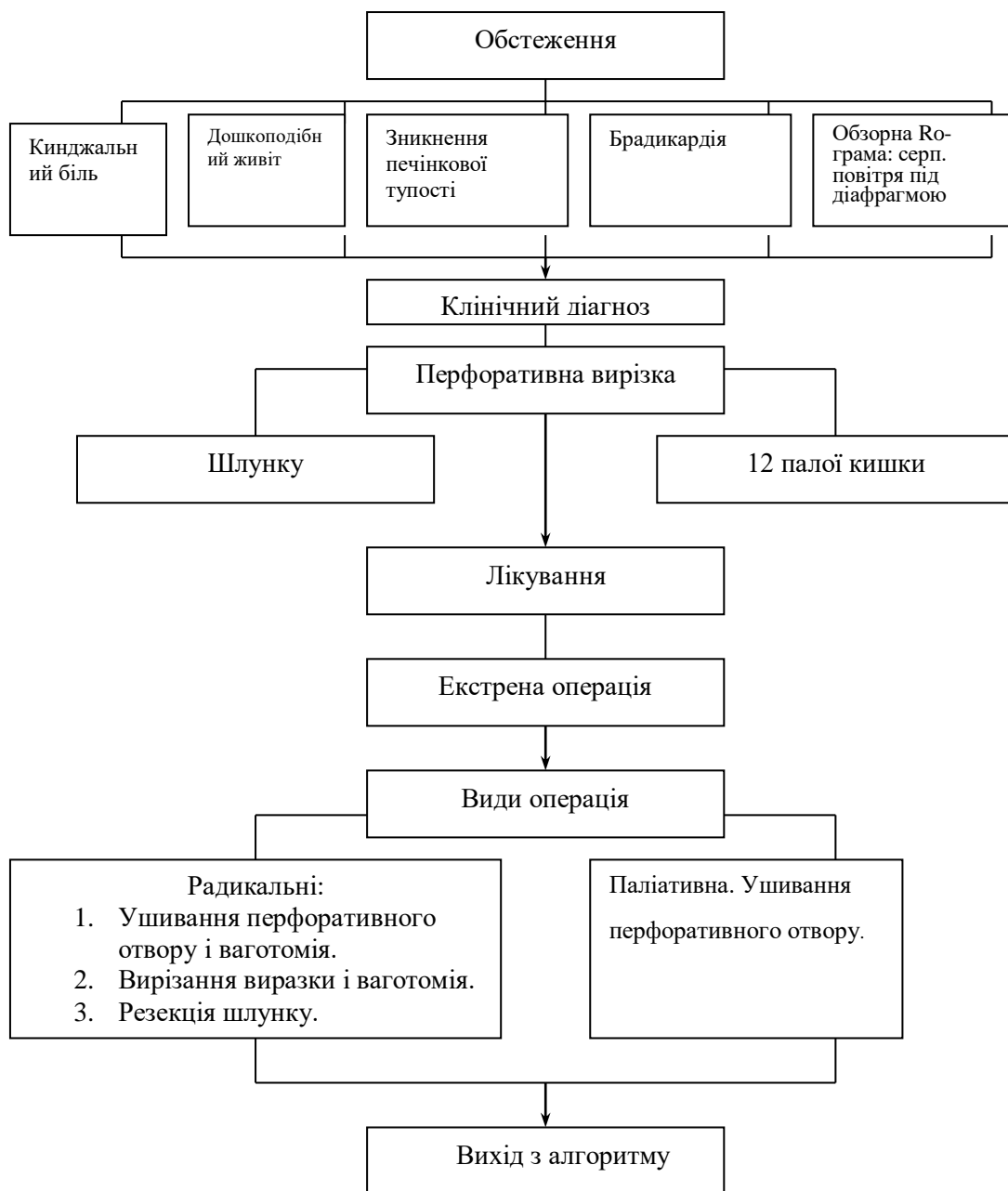
Надання першої допомоги пацієнтові з гострим апендицитом



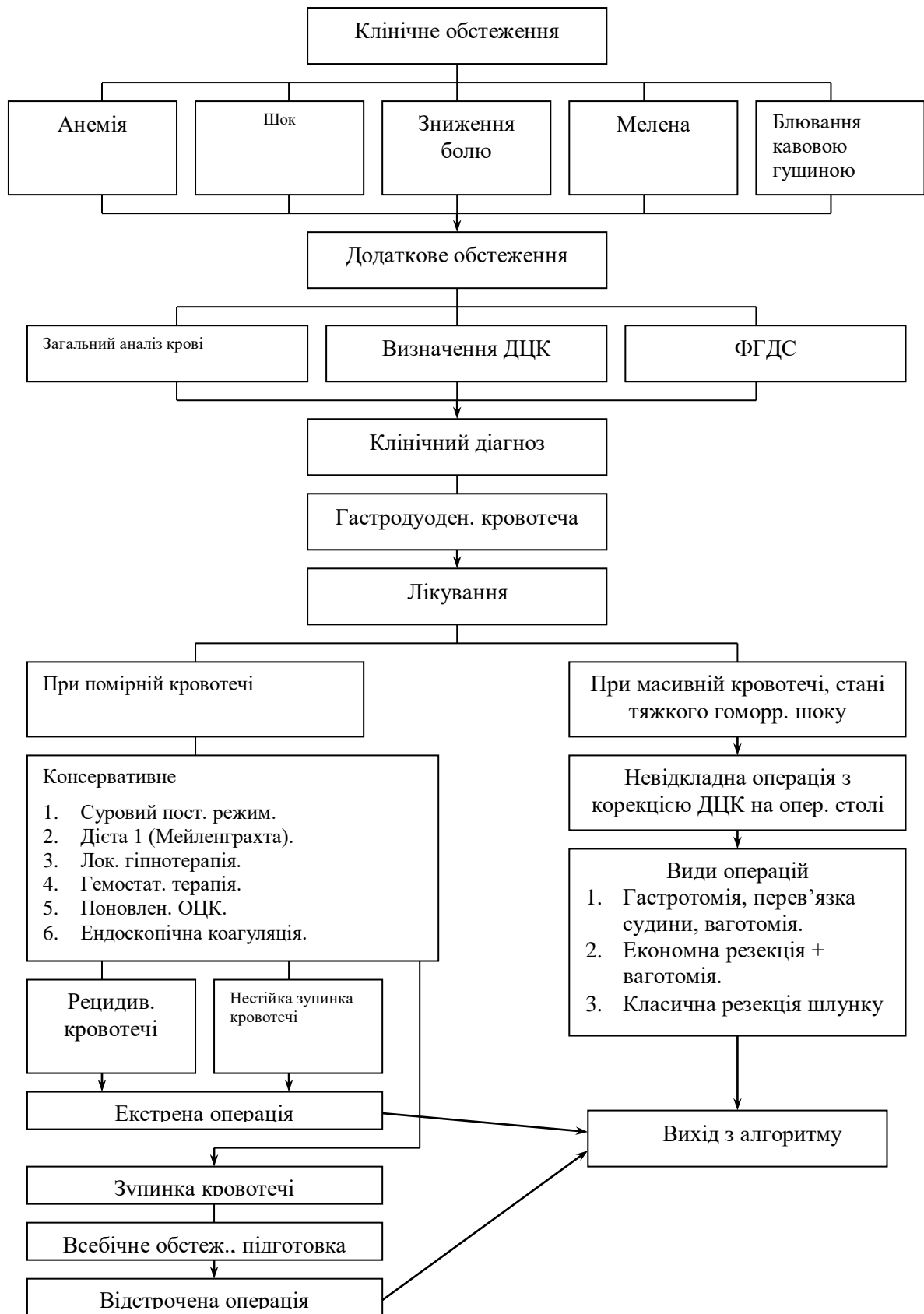
АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові з защемленою грижею на госпітальному етапі



АЛГОРИТМ Надання допомоги пацієнтам з перфоративною виразкою на госпітальному етапі



АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтам з гастродуоденальною кровотечею на
госпітальному етапі



ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ШЛУНКУ

Значення рентгенологічного обстеження шлунку.

Рентгенологічне обстеження шлунку дає змогу визначити його форму, величину і рухомість, виявити виразки та інші патологічні утворення. Метою підготовки є звільнення шлунку від вмісту і газів.

Послідовність дій.

1. Поясніть пацієнтові особливості дієти протягом 2-3 днів до обстеження: з харчового раціону хворий повинен вилучити чорний хліб, молоко, бобові, овочі, фрукти, тобто ті продукти, які спричиняють метеоризм і дають велику кількість шлаків.
2. Вранці в день обстеження забороняється палити, приймати ліки і рідину.
3. Проінформуйте пацієнта, що обстеження проводиться натще, а останній прийом легкої вечері повинен бути не пізніше 21 год.
4. Ввечері і вранці за 2 години до обстеження поставте пацієнтові очисну клізму.
5. При деяких захворюваннях шлунку і 12-палої кишки рентгенологічному обстеженню заважають накопичена в них рідина і слиз. В такому випадку за призначенням лікаря відкачайте у пацієнта шлунковий вміст через зонд при необхідності промийте шлунок. Промивну рідину покажіть лікарю або рентгенологу.
6. Іноді за вказівкою рентгенолога пацієнтові підшкірно вводять 0,1% розчин атропіну сульфату 0,5-1мл для усунення спазмів і збільшення перистальтики шлунку.
7. В рентгенкабінеті пацієнт приймає всередину сульфат барію, розведений теплою прокип'яченою водою.
8. Пацієнтам з повільною евакуацією (стеноз, атонія) призначають повторне обстеження на 2-й і 3-й день для визначення добового залишку контрастної маси в шлункові. В такому випадку важливо точно дотримуватись терміну повторного огляду.

ГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЯ

Особливості конструкції сучасних ендоскопів.

Сучасні ендоскопи створені на базі волоконної оптики. Гнучкість і висока дозволяюча здатність ендоскопів зробили ендоскопічні методи безпечними і ефективними дослідженнями, забезпечивши їм широке клінічне використання.

Конструкція фіброскопу включає каркасну дистальну голівку, гнучку середню частину, проксимально розміщений блок керування та окуляр, гнучкий шнур-світловод для передачі світла від джерела до фіброскопа.

Відмінною рисою сучасних віброскопів є можливість фотографувати з отриманням високоякісних ілюстрацій за допомогою як фотоапаратів, так і кінокамер.

Діагностичне та лікувальне значення гастродуоденоскопії.

Гастродуоденоскопія – це ендоскопічне дослідження стравохода, шлунка та 12-палої кишки.

Гастродуоденоскопія дозволяє діагностувати джерела гострих гастродуоденальних кровотеч, уточнювати діагноз виразкової хвороби чи новоутворення шлунка, а також брати шматочки слизової оболонки для гістологічного дослідження.

За допомогою ендоскопів видаляють поліпи, коагулюють кровоточиві судини, вводять лікарські препарати.

Протипоказана гастродуоденоскопія при тяжкій серцево-легеневій недостатності, гіпертонічній хворобі III стадії, аневризмі аорти, гемофілії, гострих респіраторних інфекціях.

Загальна підготовка і знеболювання пацієнта.

1. Заздалегідь проведіть психологічну підготовку пацієнта до процедури. Він повинен зрозуміти характер відчуттів, які мають бути під час дослідження.
2. Попередьте пацієнта, щоб він напередодні прийняв легку вечерю о 18 год. І прийшов в ендоскопічний кабінет натще. В день обстеження хворий не повинен палити, пити, приймати ліки.
3. На дослідження пацієнт повинен принести рушник, який підстелять під голову, а потім використовують для протирання обличчя хворого і гастроскопа в момент його видалення.

4. Попередьте пацієнта, що під час процедури він не зможе розмовляти, ковтати слину.
5. За призначенням лікаря при необхідності за 15-20 хвилин до дослідження проведіть премедикацію: 0,5мл 0,1% розчину атропіну сульфату введіть підшкірно, 2 мл 50% розчину анальгін у введіть внутрішньом'язово. Доцільність попереднього введення знеболюючих засобів, вид і дози лікар вирішує індивідуально.
6. Безпосередньо перед процедурою запропонуйте пацієнтові при наявності вийняти зубні протези.
7. Здійсніть анестезію слизової оболонки ротоглотки 2% розчином тримекаїну шляхом зрошення.

Положіть пацієнта на лівий бік із витягнутою лівою ногою, праву ногу зігніть у колінному та кульшовому суглобах. Під голову підкладіть валик. Запропонуйте пацієнтові руки зафіксувати таким чином, щоб вони не заважали лікарю виконувати дослідження. Пацієнт повинен спокійно лежати, рівномірно дихати, не ковтати слину і не розмовляти.

Допомога медичної сестри при проведенні гастродуоденоскопії

Обов'язки багатогранні:

1. Слідкує за загальним станом пацієнта, оцінює колір шкірних покривів, частоту пульсу, правильність положення хворого на столі.
2. Бере участь у проведенні дослідження:
 - фіксує голову пацієнта в такому положенні, щоб глотка та стравохід утворювали пряму лінію;
 - слідкує за положенням ротоблокатора (загубника);
 - пальпує живіт для виведення в поле зору і зручну позицію відповідних відділів шлунку;
 - допомагає лікарю вводити ендоскоп і проводити його в шлунок, та в 12-палу кишку;
 - переміщує відповідно команди лікаря ендоскоп вгору вниз за його гнучку частину;
 - фіксує ендоскоп у необхідній позиції.
3. Крім цього, медична сестра бере участь у проведенні біопсії, видаленні новоутворень, виконанні лікувальних втручань. У таких випадках вона безпосередньо маніпулює різноманітними інструментами і приладдям.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Після гастродуоденоскопії пацієнт 1-2 години не повинен приймати рідину, а якщо проводилась біопсія, то протягом 24 годин не може приймати гарячу їжу.

ГІСТАМІНО-ІНСУЛІНОВА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКОВОГО ВМІСТУ

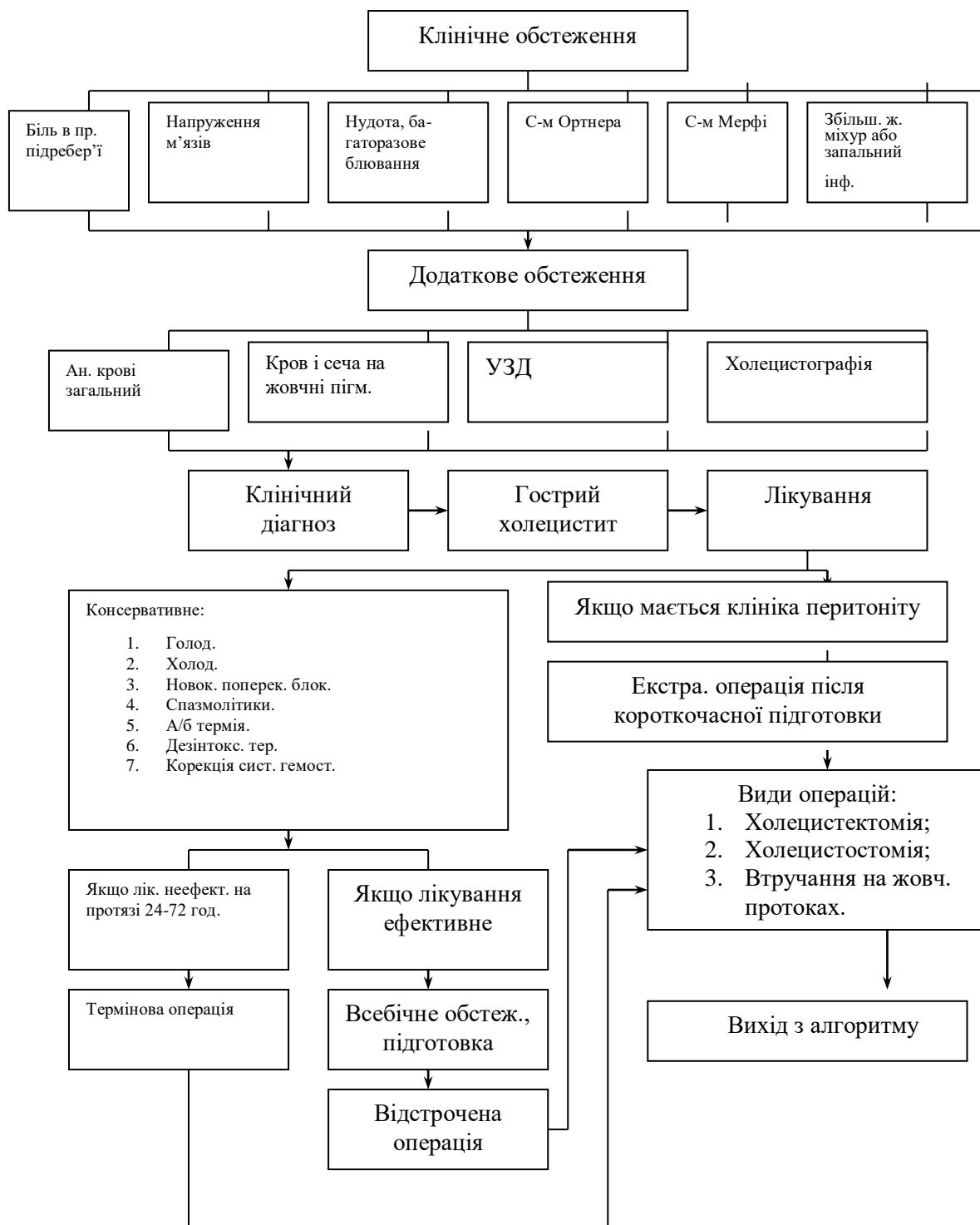
(використовують у хірургічних відділеннях для визначення виду оперативного втручання при виразковій хворобі шлунка)

1. Відсмокчіть у хворого шлунковий вміст натще.
2. Через 15 хв. відсмокчіть другу порцію шлункового вмісту.
3. Через 15 хв. відсмокчіть третю порцію шлункового вмісту. Підшкірно введіть 1% розчин димедролу 1 мл.
4. Через 15 хв. відсмокчіть четверту порцію шлункового вмісту. Підшкірно введіть гістамін із розрахунку 0,08 мл на 10 кг маси тіла хворого.
5. Протягом години через кожні 15 хв. відсмокчіть 4 порції шлункового вмісту (5,6,7,8 порції). Після 8 порції введіть підшкірно інсулін із розрахунку 2 ОД на 10 кг маси тіла хворого.
6. Протягом години відсмокчіть 4 порції шлункового вмісту (9,10,11,12 порції).
7. В лабораторію доставте всі 12 порцій.

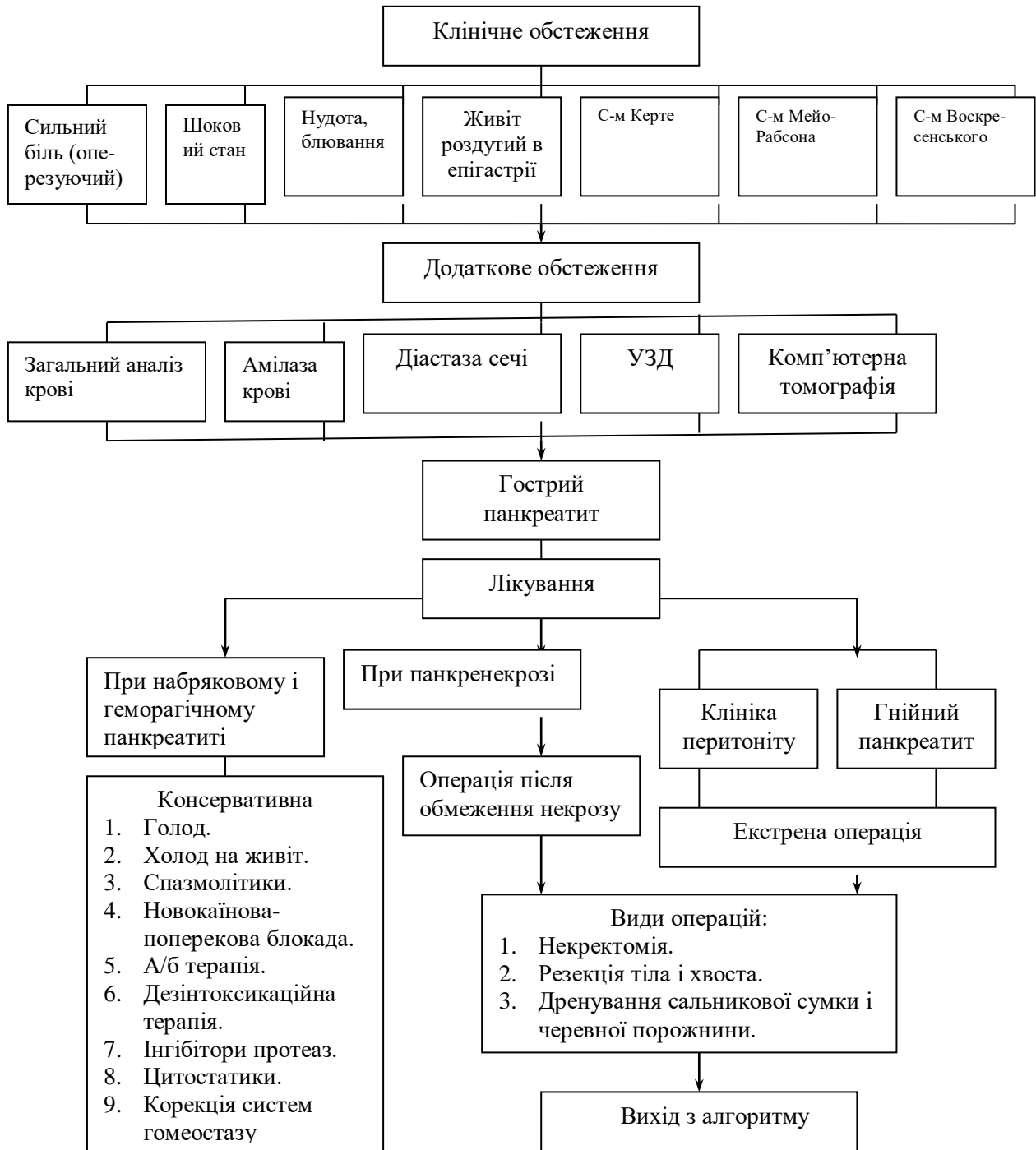
ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

8. При дослідженні шлункової секреції з використанням інсуліну в окремих випадках може спостерігатись гіпоглікемія. У хворого з'являється відчуття голоду, неспокій, загальна слабкість, пітливість. В такому разі дослідження припиняють, хворому дають випити півсклянки солодкого чаю, або внутрішньовенно вводять 40% розчин глюкози 20 мл. Поява незначної кількості крові в шлунковому вмісті в вигляді прожилок може бути пов'язана з пошкодженням мілких судин слизової оболонки шлунка. При появі значної кількості крові відсмоктування шлункового соку припиняють. Зонд обережно витягніть, хворого покладіть; на епігастральну ділянку використайте міхур з льодом і негайно викличте лікаря. Особливий підхід проявляйте при дослідженні шлункового вмісту у людей похилого віку. При наявності видаліть у них зубні протези, обережно вводьте зонд у стравохід, тому що він може бути деформований за рахунок змінено дуги аорти. Необережність при введенні зонда може призвести до перфорації, поранення слизової оболонки, кровотечі.

АЛГОРИТМ Надання кваліфікованої допомоги пацієнтам з гострим холециститом.



АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтам з
гострим панкреатитом на госпітальному етапі



ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ХОЛЕЦИСТОГРАФІЇ І ХОЛАНГІОГРАФІЇ

Показання: жовчно-кам'яна хвороба, атонія жовчного міхура, дискинезія жовчних протоків.

Протипоказання: нестерпність препаратів йоду, декомпесовані вади серця, виражений атеросклероз, гіпертонічна хвороба III стадії, цукровий діабет (тяжка форма), цироз печінки.

Йодовмісні препарати, які використовуються для пероральної холецисто- і холангіографії: йопагност, холевід, білітраст.

Препарати, які використовуються для внутрішньовенної холецисто- і холангіографії: 20% розчин білігносту або біліграфіну в ампулах.

Підготовка пацієнта до пероральної холецисто- і холангіографії.

1. На протязі двох днів перед обстеженням із харчового раціону хворих виключіть овочі, бобові, молоко.
2. Збільшіть денну норму цукру до 100 г.
3. Напередодні:
 - о 9 год. пацієнт з'їдає 100 г сиру;
 - о 12 год. – 20 г вершкового масла або 100 г сметани, 50 г білого хліба і запиває 100 мл теплої перекип'яченої води;
 - о 17 год. – 2 сирих жовтки курячих яєць;
 - о 19 год. – промийте кишечник пацієнта за допомогою очисних клізм до "чистої" води.
4. Після дії очисних клізм пацієнт приймає холевід або йопагност (12 табл. по 0,5г на протязі години, тобто через кожні 10 хвилин по 2 табл.) і запиває їх солодким чаєм з дрібною двовуглекислої соди, розчином глюкози або мінеральною водою без газу.
5. Після прийняття контрастної речовини пацієнтові слід полежати на правому боці протягом 1-2 години.
6. Вранці пацієнт іде натще в рентгенкабінет, взявши з собою 2 сирих курячих яйця.
7. Хворому роблять знімок жовчного міхура, потім він приймає 2 сирих жовтки.
8. Через 15-45 хвилин роблять серію знімків, на яких просліджують заповнення контрастною речовиною жовчних протоків.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Для очищення кишечника не призначають сольові проносні, тому що вони діють жовчогінно і сповільнюють всмоктування контрастних речовин.

Підготовка пацієнта до внутрішньовенної холецистографії.

1. Хворий протягом двох днів дотримується безшлакової дієти.
2. Перед обстеженням за 1-2 дні зробіть пробу на індивідуальну чутливість організму пацієнта до йодовмісного препарату. З цією метою введіть внутрішньовенно 1 мл препарату із тест-ампули. Якщо після проби не спостерігається ознак йодизму (кашель, нежить, слезоточивість, підвищення температури, висипання), то можна не побоюватись реакції. В разі появи ознак нестерпності препарату негайно проінформуйте лікаря.
3. Напередодні ввечері і вранці здійсніть пацієнтові очищення кишечника за допомогою очисних клізм до “чистої” води. Вранці останню клізму зробіть не пізніше 2 годин до обстеження.
4. При відсутності алергії безпосередньо перед обстеженням внутрішньовенно в рентгенкабінеті введіть 40 мл підігрітої на водяній бані контрастної речовини (20% розчин білігносту або біліграфіну). Через 10-15 хв. після введення на рентгенограмі видно жовчні протоки, а через 40-45 хв. заповнюється жовчний міхур.

Якщо тест-ампули відсутні, то за призначенням лікаря розкривають 10 або 20 мл ампулу розчину білігносту чи біліграфіну, набирають із неї 1 мл препарату і пробу роблять за 3-4 години до обстеження. При відсутності алергії безпосередньо перед рентгенологічним обстеженням вводять 40 мл контрастної речовини внутрішньовенно повільно.

Якщо в минулому у обстежуваного спостерігались алергічні реакції, то на протязі декількох днів до пробного введення препарату за призначенням лікаря хворому дають антигістамінні препарати (димедрол, супрастин, піпольфен).

Надання невідкладної допомоги при алергічній реакції на йодовмісні препарати

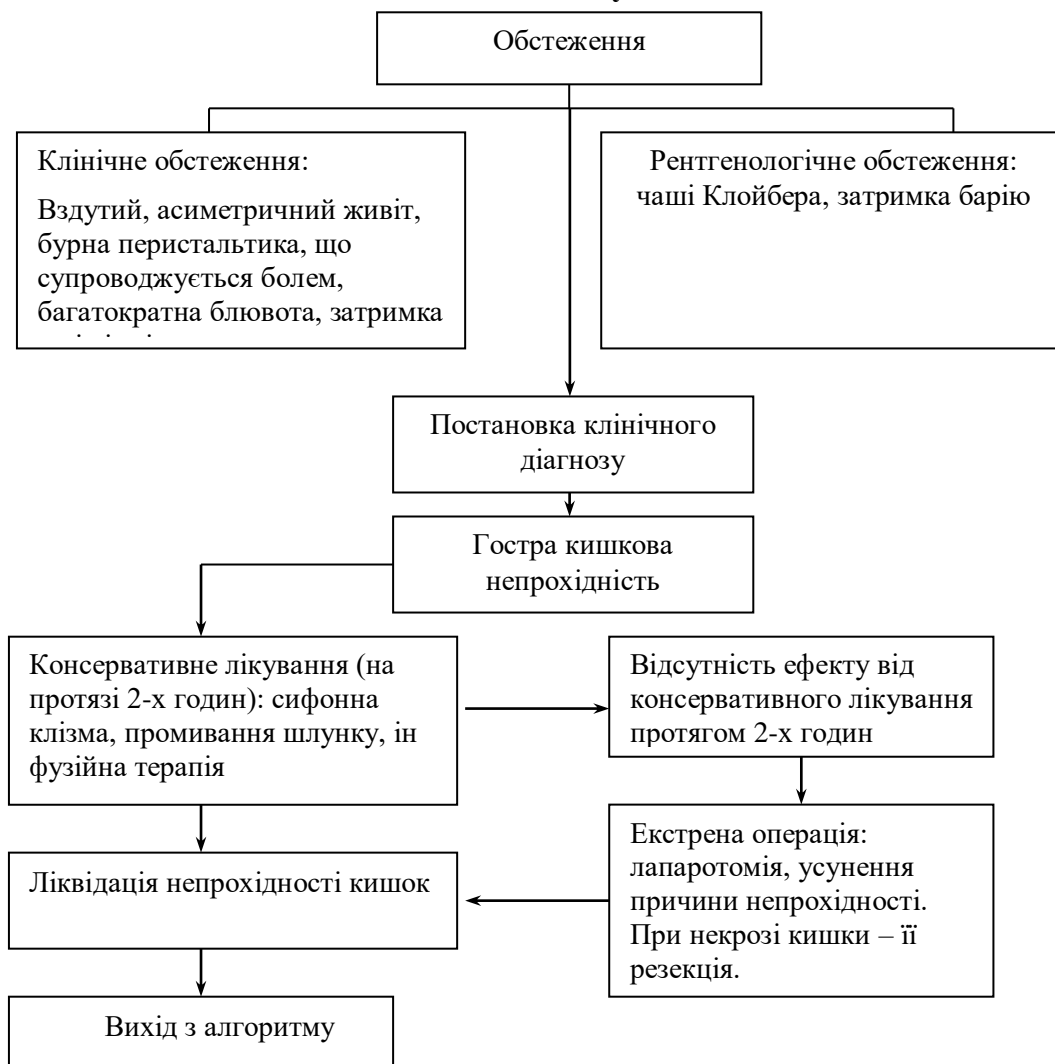
При появі ознак підвищеної чутливості до препарату (слабкість, нудота, блювота, висипання, шкірний свербіж, набряки) негайно викличте лікаря і за його призначенням хворому введіть:

внутрішньом'язово 1% розчин димедролу – 1 мл;

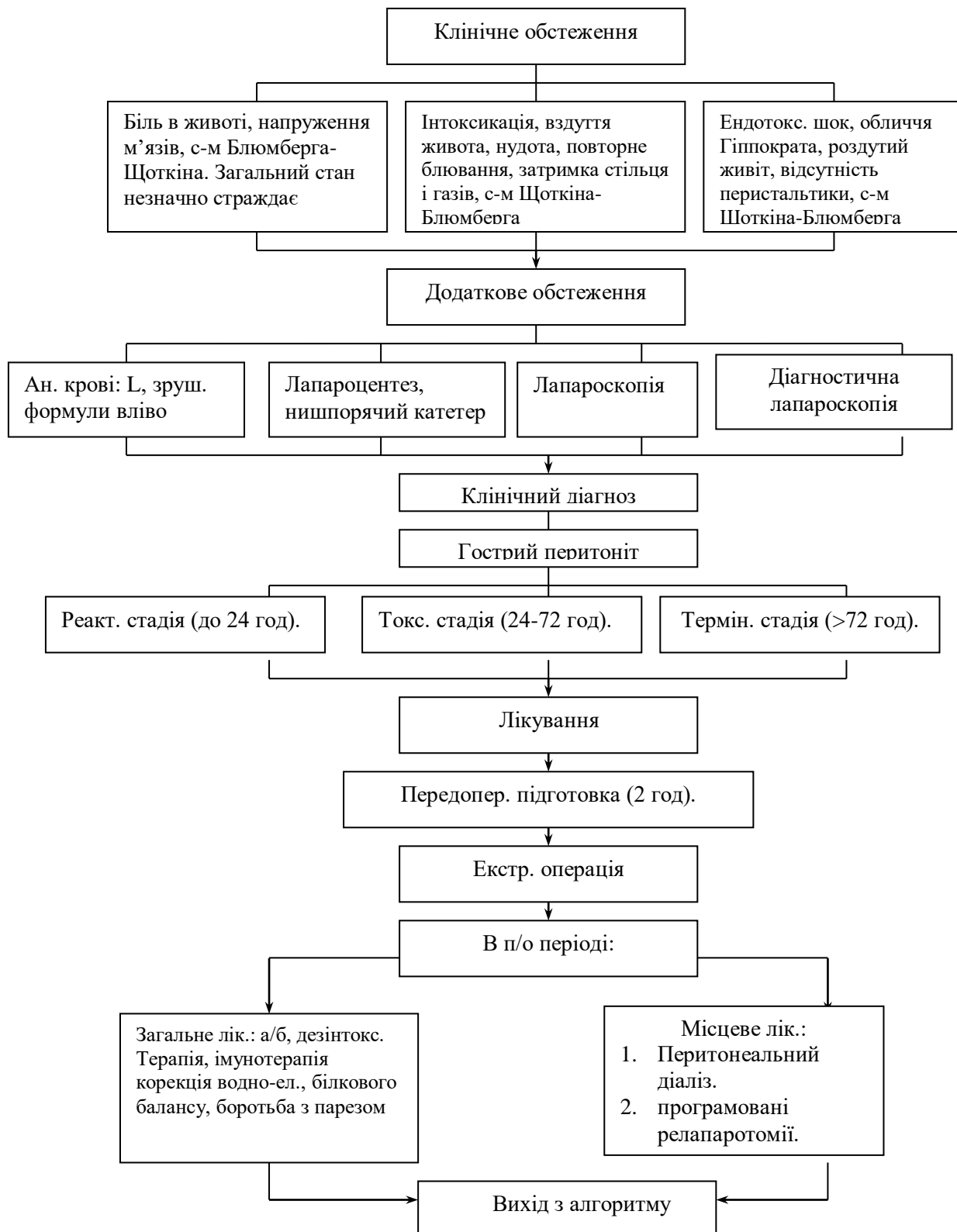
0,1% розчин адреналіну гідрохлориду – 0,5 мл

преднізолон або гідрокортизон – 1 мл.
внутрішньовенно повільно: 30% розчин натрію тіосульфату – 10 мл;
10% розчин кальцію хлориду – 10 мл.

АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові з гострою кишковою непрохідністю на госпітальному етапі



АЛГОРИТМ Надання кваліфікаційної допомоги пацієнтові з перитонітом



ЗАСТОСУВАННЯ СИФОННОЇ КЛІЗМИ

Механізм дії сифонної клізми: сифонний метод промивання кишечника заснований на використанні принципу сполучених судин. Однією з них є кишечник, а другою – лійка на зовнішньому кінці гумової трубки. Сифонна клізма не тільки механічно вимиває кал, вона справляє подразнюючу дію на стінку кишечника, збуджуючи перистальтику.

Показання для застосування сифонної клізми:

1. Відсутність ефекту від очисної і послаблюючих клізм.
2. Непрохідність товстого кишечника.
3. Тяжкі отруєння та інтоксикації.

Послідовність дій при виконанні процедур

Положення і підготовка хворого:

1. Врахуйте, що сифонна клізма – це тяжка процедура для ослабленого пацієнта. Тому потурбуйтеся, щоб голова пацієнта лежала на подушці, верхню частину тіла пацієнта прикрийте ковдрою, при необхідності обкладіть його грілками і слідкуйте, щоб у ході виконання процедури він не промок.
2. Пацієнта положіть на край кушетки на лівий бік із зігнутими в колінах і підведеними до живота ногами або на спину.
3. Під таз підстеліть клейонку.
4. Біля кушетки поставте таз або відро для зливання промивних вод, відро з водою – 10-12л кімнатної температури, перекип'яченої та кухоль.

Введення гумового зонда в пряму кишку:

1. Одягніть фартух із пластикату і гумові рукавички.
2. Сліпий кінець гумового зонда змажте вазеліном і введіть зонд у пряму кишку на глибині 20-30 см.
Прослідкуйте, щоб зонд не звернувся в ампулі прямої кишки, контролюючи положення зонда при необхідності пальцем.
3. Приєднайте перехідник, гумову трубку і лійку.

Методика промивання кишечника

1. Тримайте лійку на рівні тіла пацієнта в нахиленому положенні, поступово наповніть її рідиною.
2. Підніміть лійку над пацієнтом на висоту 1-1,5м. При цьому вода переходить із системи в кишку.

3. Як тільки рівень води досягне звуженої частини лійки, останню опускають над тазом, не перевертаючи її до тих пір, поки вода з кишечника не заповнить лійку. При такому положенні добре видні пухирці газу і шматочки калу.
4. Вміст лійки злийте в таз і повторно наповніть лійку водою. Дія сифонної клізми спочатку проявляється помутнінням, каловим забарвленням води, постуванням в лійку газів, потім шматочків калу, що свідчить про ефективність клізми.
5. Процедуру повторюйте до тих пір, поки з кишечника не припиниться відходження газів і калу.
6. Закінчуючи процедуру сифонної клізми, ще раз промийте кишечник, від'єднайте скляний перехідник, гумову трубку і лійку, гумовий зонд залиште в кишечнику на 15-20 хвилин, опустіть кінець зонда в таз, щоб стекли залишки рідини з кишечника і вийшли гази.
7. Поступово витягніть гумовий зонд з кишечника.
8. Здійсніть туалет шкіри навколо анального отвору і промежини.
9. Перевезіть пацієнта в палату, перекладіть його в ліжку і тепло закутайте, при необхідності зігрійте за допомогою грілок.

Дезинфекція приладдя для сифонної клізми:

Після процедури всі складові частини приладдя для сифонної клізми дезінфікують занурюванням у 5% хлорний розчин на 60 хв.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ІРІГОСКОПІЇ

1. Протягом трьох днів до обстеження пацієнтові призначають безшлакову дієту і обмежують вживання вуглеводів. Виключають із харчового раціону чорний хліб, картоплю, капусту, яблука, виноград, бобові, молоко. Пацієнт приймає рідку їжу, яка легко засвоюється, дає найменшу кількість шлаків і не подразнює кишечник.
2. Для зменшення метеоризму пацієнт приймає по 2 таб. карболену 3 рази в день або склянку теплого відвару ромашки (1 ст. л. сухої ромашки заварюють склянкою окропу і настоюють протягом 30 хв.).
3. Напередодні перед обідом дайте пацієнтові прийняти всередину 30-50г рицинової олії.
4. Останній прийом їжі о 18 год.

5. На ніч товстий кишечник промийте за допомогою очисних клізм до “чистої” води. Клізми робіть із проміжком часу в 30-40 хвилин.
6. Вранці за 3 год. до обстеження дайте пацієнтові легкий сніданок, щоб викликати рефлекторне переміщення вмісту з тонкого кишечника в товстий.
7. Через 15-20 хв. після сніданку зробіть очисну клізму, через півгодини – другу.
8. За 30-40 хв. до обстеження введіть пацієнтові газовивідну трубку, яку видаліть перед тим, як хворий направиться в рентгенкабінет.
9. У рентгенкабінеті за допомогою клізм вводять барієву суміш (1л води, 200г барію сульфату, 10г таніну) і проводять дослідження.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Для очищення кишечника сольові проносні не призначають, тому що вони подразнюють слизову оболонку кишечника і сприяють розвиткові метеоризму.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО КОЛОНОСКОПІЇ

Метод колоноскопії дозволяє виявити патологічні зміни слизової оболонки товстої кишки, набряк, гіперемію, крововиливи, ерозії, виразки, поліпи, початкові форми раку.

Крім того, метод колоноскопії дозволяє вести динамічне спостереження за доброякісними пухлинами.

Показана колоноскопія при хронічних захворюваннях товстої кишки, при підозрі на поліпи, рак, кишкових кровотечах неясної етіології, розходженні результатів клінічного діагнозу і рентгенологічних обстеженнях товстого кишечника.

Протипоказаннями для колоноскопії є: хронічна декомпенсована серцево-судинна недостатність, інфаркт міокарда, гострий тромбоз мозкових судин, коматозний стан, шок, гострі захворювання органів черевної порожнини з явищами перитоніту, гемофілія.

Дослідження краще проводити після ірігоскопії, яка дозволяє уточнити анатомо-топографічні особливості товстої кишки.

1. За 3-4 дні призначають пацієнтові безшлакову дієту.
2. Напередодні після обіду (о 15 год.) пацієнт випиває 50г рицинової або оливкової олії (проносне). При запорах проносне призначають 2 рази в день.

3. Увечері напередодні дослідження та зранку пацієнтові ставлять очисні клізми до “чистої” води. Останню клізму вранці ставлять за 2 год. до проведення дослідження і на 30 хв. вставляють газовивідну трубку.
4. Процедуру проводять натще.
5. За 30 хв. до дослідження проводять премедикацію – вводять 1 мл 0,1% атропіну сульфату або 0,2% платіфіліну гідротартрату 1 мл, і 2 мл 50% анальгін у або 1 мл 1% промедолу. Колоноскопії повинні передувати пальцеве обстеження прямої кишки і огляд заднього проходу на виявлення тріщин, геморою.
6. Положення пацієнта на лівому боці з підведеними до живота ногами. Після подолання ректосигмоїдального відділу товстого кишечника пацієнт повертається на спину і в такому положенні лікар-ендоскопіст проводить колоноскопю.

ПУНКЦІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ (ЛАПАРОЦЕНТЕЗ)

Мета лапароцентезу: пункцію черевної порожнини здійснюють для отримання асцитичної рідини, з метою діагностики, з лікувальною метою.

Можливі ускладнення

1. Кровотеча в черевну порожнину внаслідок ушкодження судин брижі.
2. Ушкодження органів черевної порожнини.
3. Флегмона черевної стінки при порушенні правил асептики.
4. Підшкірна емфізема.
5. Виділення рідини через пункційний отвір.
6. Судинний колапс.

Підготовка пацієнта:

1. За 2-3 години до пункції зробіть пацієнтові очисну клізму.
ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!! При синдромі “гострого живота” робити клізму заборонено.
2. Безпосередньо перед пункцією пацієнт повинен спорожнити сечовий міхур.
3. За призначенням лікаря за 15-20 хв. до пункції підшкірно введіть пацієнтові 1 мл 2% розчину промедолу і 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату.

4. Посадіть пацієнта в крісло або на стілець так, щоб він спирався на його спинку.
5. На коліна покладіть клейону, а між ніг поставте таз або відро для асцитичної рідини.
6. При важкому стані пацієнта за призначенням лікаря покладіть його на правий бік.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!! Пункцію слід здійснювати в перев'язочній або в операційній з дотриманням усіх правил асептики.

Методика виконання лапароцентезу і допомога лікареві

1. Лікар знезаражує руки так, як для операції.
2. Шкіру передньої черевної стінки обробленої йодонатом або 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату, потім висушує сухою стерильною серветкою.
3. Передню черевну стінку пошарово знеболює за допомогою 0,25-0,5% розчину новокаїну. Повторно знезаражує шкіру.
4. У місці пункції розрізає шкіру довжиною 0,5-1 см (по середній лінії між пупком та лобком або по краю лівого прямого м'язу живота) за допомогою скальпеля.
5. Троакаром разом із стилетом проколює передню черевну стінку.
6. Видаляє із троакара стилет і через трубку витікає цівкою асцитична рідина.
7. При необхідності набирає у стерильну пробірку декілька мілілітрів рідини для біохімічного дослідження.
8. Потім до троакара прикріплює гумову трубку, кінець якої опускає в таз і повільно (1 л протягом 5 хв.) з перервами випускає рідину для запобігання розвитку колапса. Для цього на гумову трубку періодично накладає затискач.
9. Для максимального видалення асцитичної рідини живіт здавить простирадлом, складеним по діагоналі, обведеним навколо живота і зв'язить за спинкою крісла.
10. Після відходження рідини лікар видаляє троакар, на місце пункції накладає шви, потім – асептичну пов'язку.
11. Пацієнта транспортує в палату на каталці.
12. На живіт покладіть міхур з льодом.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Спостерігайте уважно за станом пацієнта після лапароцентезу. Пацієнт повинен дотримуватись суворого постільного режиму. За призначенням лікаря здійснюйте контроль артеріального тиску, спостерігайте за шкірними покривами і слизовими оболонками, за загальним станом пацієнта, за станом пов'язки.

УШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕКТОРОМАНОСКОПІЇ

Показання: виділення з прямої кишки гною, слизу, крові, наявність болю в прямій кишці, стійкі закрепи, особливо у людини похилого віку, взяття шматочка слизової оболонки товстої кишки для гістологічного дослідження, напередодні ректальних лікувальних процедур (кишковий душ, грязьові тампони).

Протипоказання: тяжкий загальний стан хворого, гострі запальні та гнійні процеси в ділянці заднього проходу, рубцеві звуження прямої кишки.

Послідовність дій при підготовці пацієнта до процедури:

1. При запорах підготовку пацієнта починають за кілька днів до дослідження. Щоденно призначають по 50 г рицинової або маслинової олії і ставлять очисні клізми напередодні ввечері і вранці до “чистої” води. Останню клізму ставлять вранці за 2 год. до обстеження.
2. Якщо фізіологічні відправлення товстої кишки не порушені, то достатньо однієї клізми напередодні ввечері і вранці за 2 год. до проведення обстеження.

Після останньої клізми введіть на 30 хв. газовивідну трубку, щоб відійшли залишки промивних вод і газу.

Положення пацієнта під час процедури:

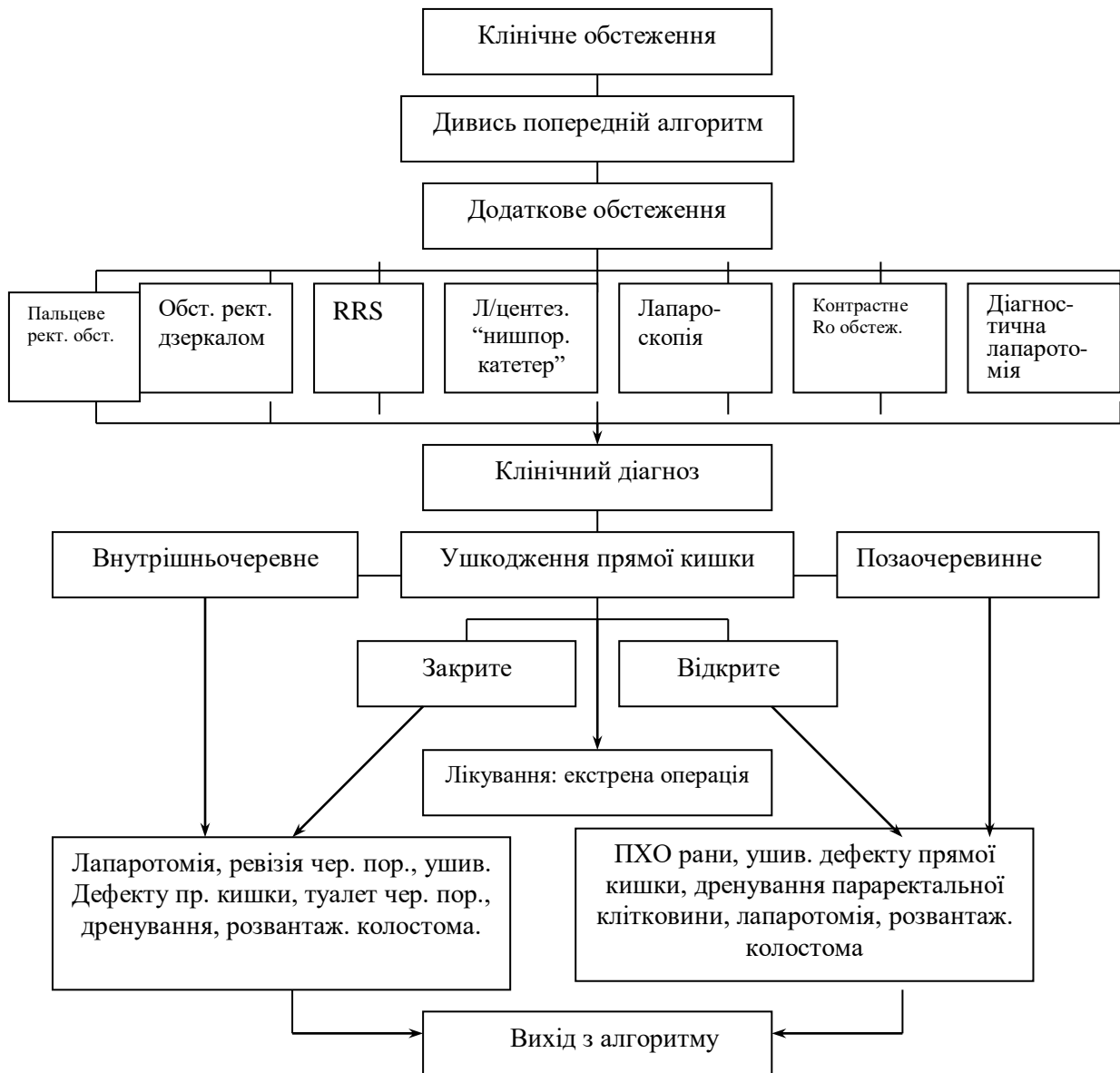
Найбільш зручне для введення ректороманоскопа положення колінне-ліктьове: пацієнт стає на коліна на перев'язочний стіл, щоб ступні звисали за його край, а ліктями або плечима упирається у стіл. Друге можливе положення – лежачи на правому боці з трохи піднятим тазом.

АЛГОРИТМ

Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги при ушкодженнях прямої кишки



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню кваліфікованої допомоги при ушкодженнях
прямої кишки



**ІНСТРУКЦІЯ
ПО ПАЛЬЦЕВОМУ РЕКТАЛЬНОМУ ОБСТЕЖЕННЮ**

1. Запропонуйте пацієнтові звільнити кишечник та сечовий міхур.
2. Надайте пацієнтові колінноліктьового, колінноплечового положення або положення на гінекологічному кріслі.
3. Одягніть на праву руку гумову рукавичку і змастіть вказівний палець вазеліном.
4. Повільно і обережно введіть вказівний палець правої руки через анальний отвір в пряму кишку.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

При спазмі анального сфінктера, опорі пацієнта внаслідок болю обстеження необхідно негайно припинити.

5. Круговим рухом вказівного пальця по ходу стрілки годинника обстежте усі стінки прямої кишки.
6. Повільно і обережно витягніть палець з прямої кишки і уважно огляньте її вміст, який залишився на пальці.
7. При необхідності відправте залишки вмісту на лабораторне дослідження.

**ІНСТРУКЦІЯ
ПО ОБСТЕЖЕННЮ ПРЯМОЇ КИШКИ ЗА ДОПОМОГОЮ РЕКТАЛЬНОГО
ДЗЕРКАЛА**

1. Запропонуйте пацієнтові спорожнити кишечник і сечовий міхур.
2. Надайте пацієнтові положення на гінекологічному кріслі, колінноліктьового або колінноплечового положення.
3. Візьміть простерилізоване ректальне дзеркало із зведеними браншами і змастіть бранші вазеліном.
4. Повільно і обережно введіть бранші ректального дзеркала через анальний отвір в пряму кишку і обережно розведіть їх до появи неприємних відчуттів у пацієнта.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

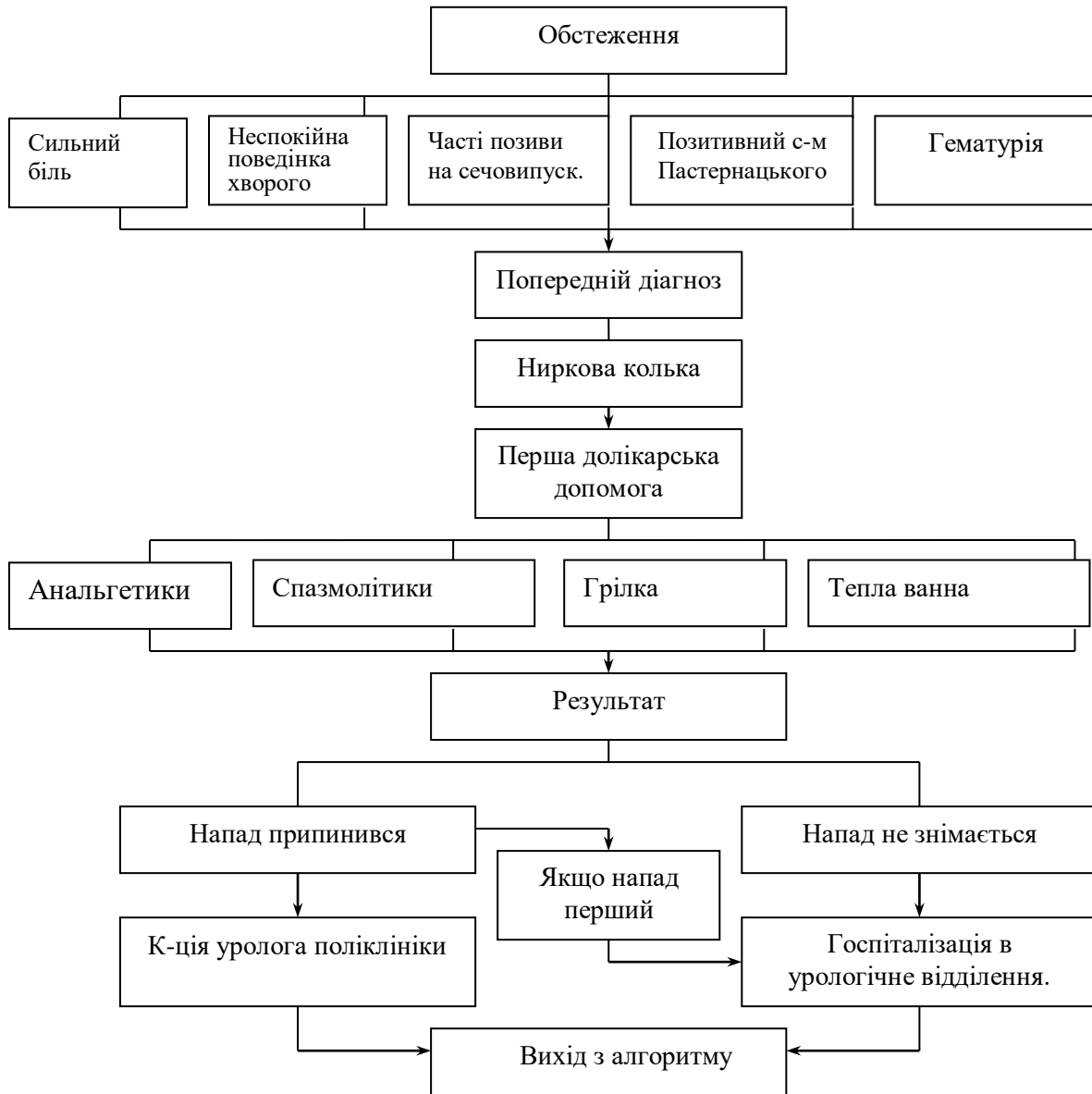
При спазмі анального сфінктера і опорі пацієнта внаслідок болю обстеження необхідно негайно припинити.

5. Після закінчення огляду прямої кишки зведіть бранші ректального дзеркала і витягніть його з прямої кишки.

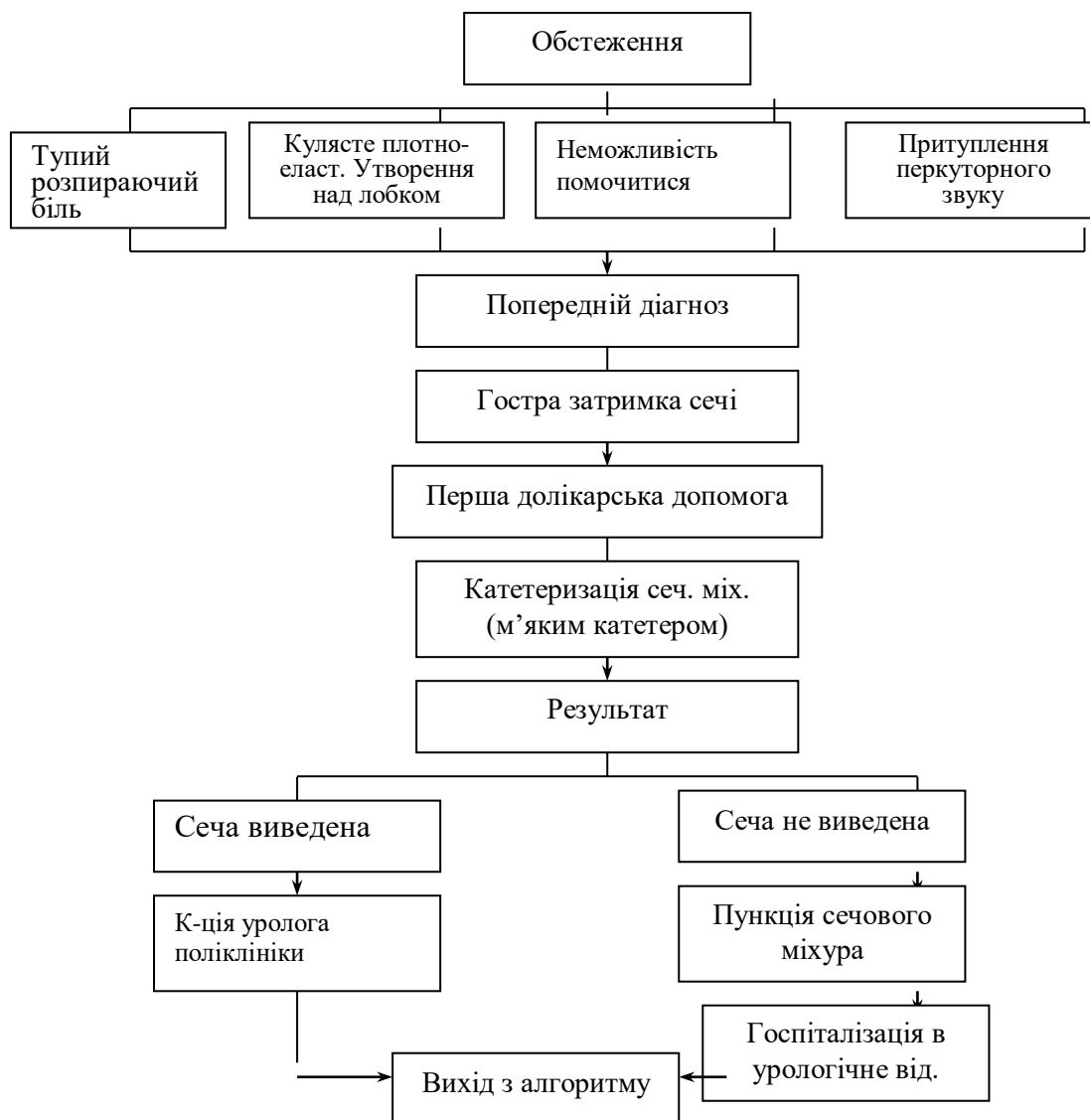
УШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ

АЛГОРИТМ

Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги при нирковій кольці



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги
при гострій затримці сечі



ІНСТРУКЦІЯ ПО ПІДГОТОВЦІ ПАЦІЄНТА ДО ЦИСТОСКОПІЇ

1. Запропонуйте пацієнтові спорожнити сечовий міхур і провести туалет зовнішніх статевих органів теплою водою з милом.
2. Заведіть пацієнта в ендоскопічний кабінет, запропонуйте роздягнутися від поясу вниз і надіти на ноги бахіли.
3. Надайте пацієнтові положення на урологічному кріслі і обмежте зовнішні статеві органи стерильним простиралом з отвором в центрі.
4. Лікар, виконуючий обстеження, обробляє руки як перед операцією і одягає стерильні гумові рукавички.
5. Медсестра перевіряє нормальну роботу цистоскопа, поливає його стерильним гліцерином і подає лікареві.
6. Після введення цистоскопу у сечовий міхур медсестра заповнює його 150-200 мл розчину фурациліну 1:5000 за допомогою системи з 2-ходовим краном або шприца Жане.
7. Після амбулаторної цистоскопії хворого не відпускають додому на протязі 1 години, щоб пересвідчитись у відсутності кровотечі.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Пацієнта треба попередити про можливість підвищення температури тіла до 39°-40° і появи ознобу внаслідок всмоктування сечі через мікротравми слизової оболонки уретри, нанесені цистоскопом. При появі цих симптомів треба негайно звернутись до лікаря.

ІНСТРУКЦІЯ ПО СТЕРИЛІЗАЦІЇ ЦИСТОСКОПУ

1. Після використання вимийте цистоскоп теплою водою з 0,5% пральним миючим засобом.
2. Ополосніть цистоскоп проточною водою – 30 сек.
3. Замочіть цистоскоп у миючий розчин Т 50 °– 15 хвилин.
4. Промивання проточною водою, в залежності від використаного прального миючого засобу: “Біолот” – 3 хв. , “Лотос” – 10 хв.
5. Висушування при кімнатній температурі.
6. Стерилізація цистоскопу проводиться замочуванням в 96° етиловому спирті на 2 години, або парами формальдегіду (Т 20°- 1 година).

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ НИРОК І СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Рентгенологічне обстеження нирок і сечовивідних шляхів включає:

- а) оглядову урографію (без використання контрастних речовин).
- б) внутрішньовенну урографію. При цьому внутрішньовенно вводять контрастну речовину, яка виділяється нирками і, насичуючи сечу, робить видимими нирки з мисками- чашечками, сечовід і сечовий міхур.
- в) ретроградну пієлографію: при якій контрастний препарат вводять через сечовідний катетер за допомогою цистоскопа в сечовід або навіть у ниркову миску.

Характеристика контрастних препаратів

Для рентгенологічного обстеження нирок і сечовивідних шляхів використовують йодовмісні контрастні речовини: трийотраст, верографін, уротраст. Ці препарати можуть викликати алергічні реакції навіть анафілактичний шок. Тому за 2-3 дні до обстеження хворому проводять пробу на чутливість до йоду. Внутрішньовенно вводять 1 мл йодовмісного препарату, використовуючи тест-ампулу. При появі ознак йодизму (нежить, шкірні висипання, набряки, підвищення температури) обстеження відмінюють.

Підготовка пацієнта до оглядової урографії

1. Протягом трьох діб пацієнт повинен дотримуватись безшлакової дієти. Їжа повинна містити мало солі, легко засвоюватись, складатись переважно з жирів і білків.
2. При метеоризмі призначають карболен по 1 (одній) табл. 3 рази в день.
3. Напередодні ввечері і вранці за 2 години до обстеження зробіть пацієнтові очисну клізму.
4. Безпосередньо перед обстеженням запропонуйте пацієнтові звільнити сечовий міхур.

Підготовка пацієнта до внутрішньовенної урографії

1. Підготуйте пацієнта так само, як і до оглядової урографії.

2. Крім того, за 2-3 дні до обстеження зробіть хворому внутрішньовенну пробу на індивідуальну чутливість до йодовмісних препаратів за допомогою тест-ампули.
3. При відсутності ознак йодизму безпосередньо перед обстеженням внутрішньовенно повільно введіть 40-60 мл контрастної речовини.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Контрастні речовини необхідно вводити внутрішньовенно, тому що потрапляння їх в оточуючі тканини може призвести до перифлебиту і некрозу жирової клітковини.

Підготовка пацієнта до ретроградної урографії

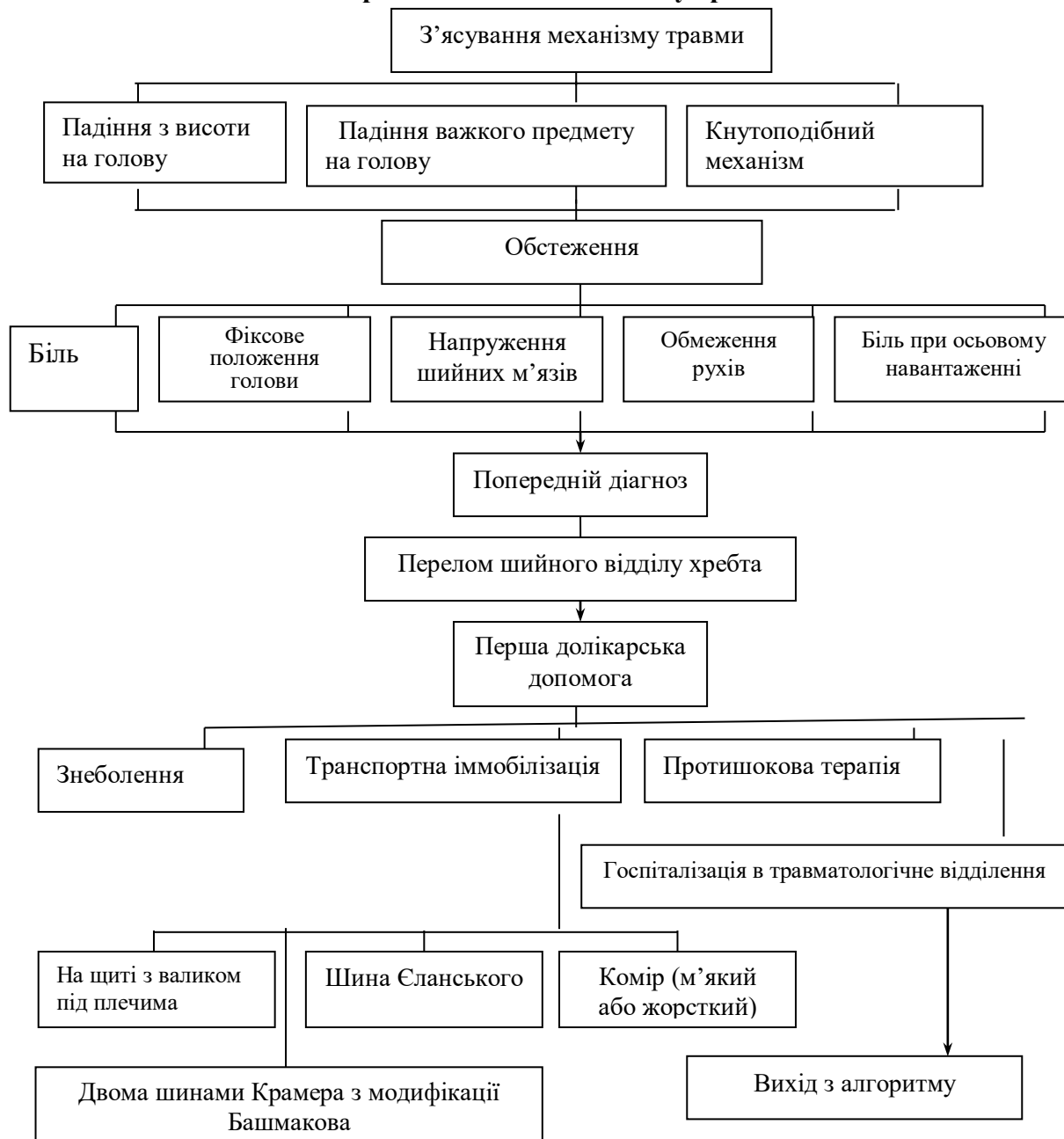
1. Підготуйте пацієнта так само, як і до оглядової урографії.
2. Також підготуйте контрастні препарати і все необхідне для цистоскопії.

Ретроградну пієлографію здійснюють разом рентгенолог і уролог.

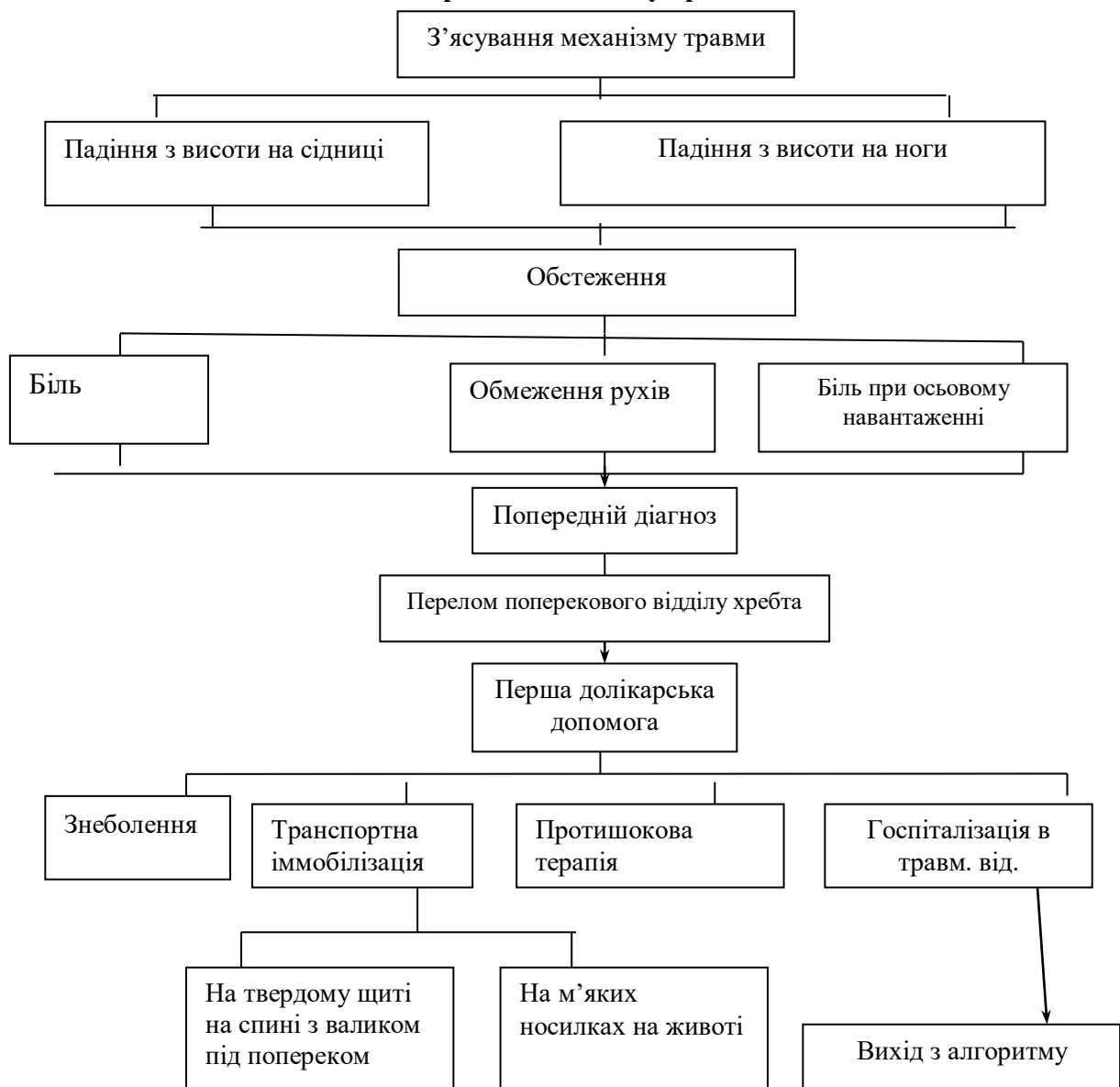
УШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ХРЕБТА, ТАЗУ

АЛГОРИТМ

Дії медпрацівників по наданню першої допомоги потерпілому з переломом шийного відділу хребта



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівників по наданню першої допомоги потерпілому з переломом
поперекового відділу хребта



ПІДГОТОВКА ЛІЖКА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ХРЕБТА, ТАЗУ

1. Покладіть щит під матрац.
2. Пацієнтові з переломом хребта підкладіть під поперек реклінаційний валик необхідної висоти.
3. Якщо методом лікування перелому хребта обрано витягання вагою власного тіла, надайте головному кінцеві ліжка підвищеного положення, зафіксуйте пацієнта петлею Глісона, або лямками, проведеними через пахвові ямки.
4. При переломі кісток тазу без зсунення уламків надайте пацієнтові позу “жаби”: під стегна підкладіть валик шириною від сідничної зморшки до підколінної ямки, ноги пацієнта напівзігнуті в колінних і кульшових суглобах і розведені в сторони.
5. При переломі кісток тазу із зсуненням половини тазу доверху, таз підвищується в гамаку, накладається скелетне витягання за ногу з ураженої сторони.
6. При розриві симфізу таз пацієнта підвищується в гамаку з перехрестом тяг.

ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ПЕРЕЗАМИ, ПАРАЛІЧАМИ, ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ

1. Профілактика пролежнів.
2. Профілактика застійної пневмонії.
3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень.
4. Профілактика атрофії м'язів: ЛФК, масаж, електростимуляція.
5. При затримці сечі введіть в сечовий міхур постійний катетер, який прифіксуйте до голівки статевого члена, або до внутрішнього боку стегна за допомогою смужки лейкопластиря.
6. Промивайте сечовий міхур двічі на добу теплим розчином фурациліну 1:5000 для попередження висхідної інфекції.
7. При парезі кишечника дійте згідно алгоритму (тема: “Післяопераційний період”).

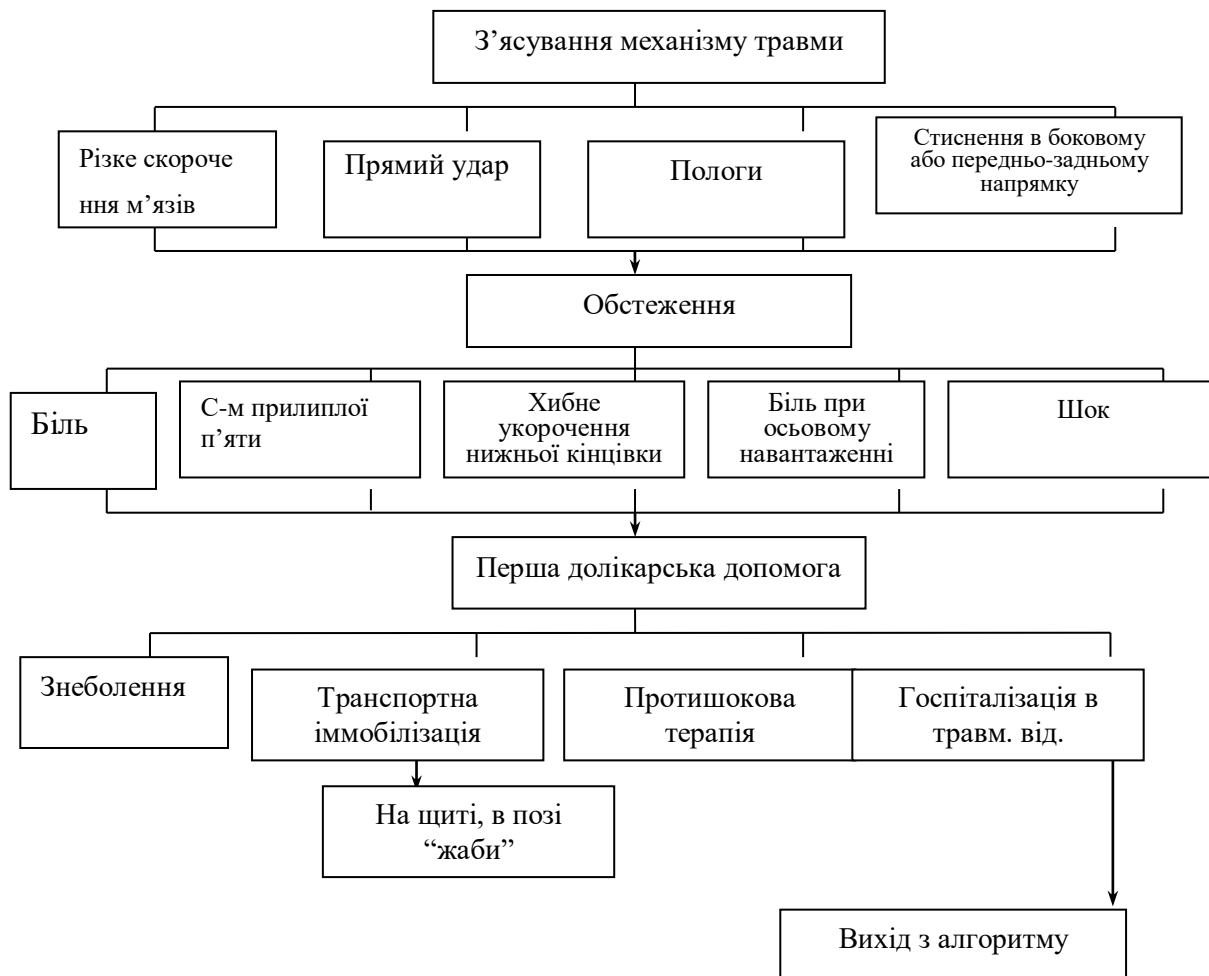
ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНТГЕНОГРАФІЇ ХРЕБТА, ТАЗУ

1. Для рентгенографії шийного і грудного відділів хребта особливої підготовки не потребується.
2. Для рентгенографії поперекового відділу хребта і кісток тазу необхідна ретельна очистка кишечника:
 - за 3 дні до обстеження безшлакова дієта;
 - напередодні обстеження о 15.00 дати пацієнтові випити 50 мл рицинової олії;

- о 19 і 20 годині поставити 2 очисних клізми;
- в день обстеження заборонити пацієнтові снідати;
- за 2 години до обстеження поставити очисну клізму;
- на 30 хвилин ввести газовивідну трубку.

АЛГОРИТМ

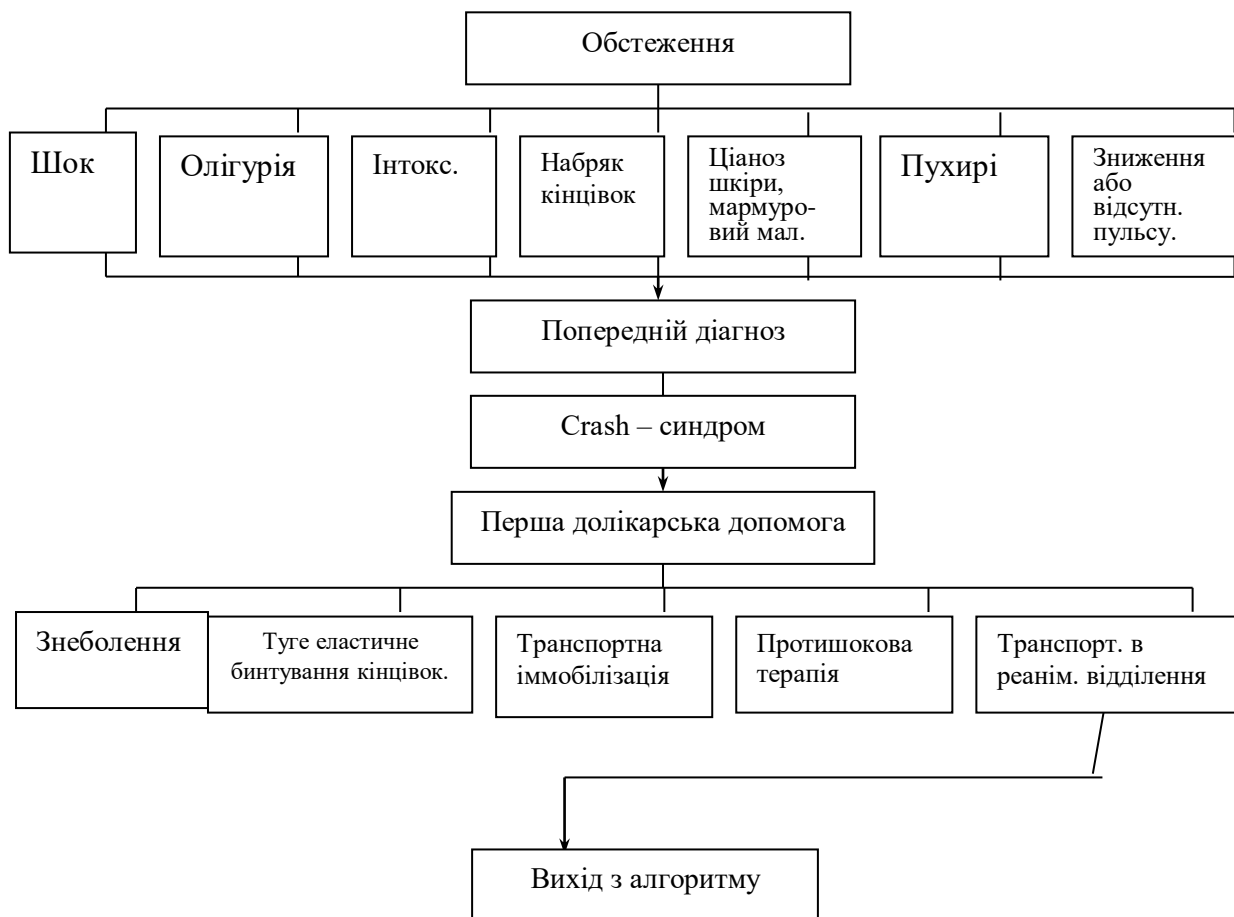
Надання першої долікарської допомоги потерпілому з переломами кісток тазу



ЗАХВОРЮВАННЯ КІНЦІВОК. СИНДРОМ ТРИВАЛОГО РОЗДАВЛЮВАННЯ

АЛГОРИТМ

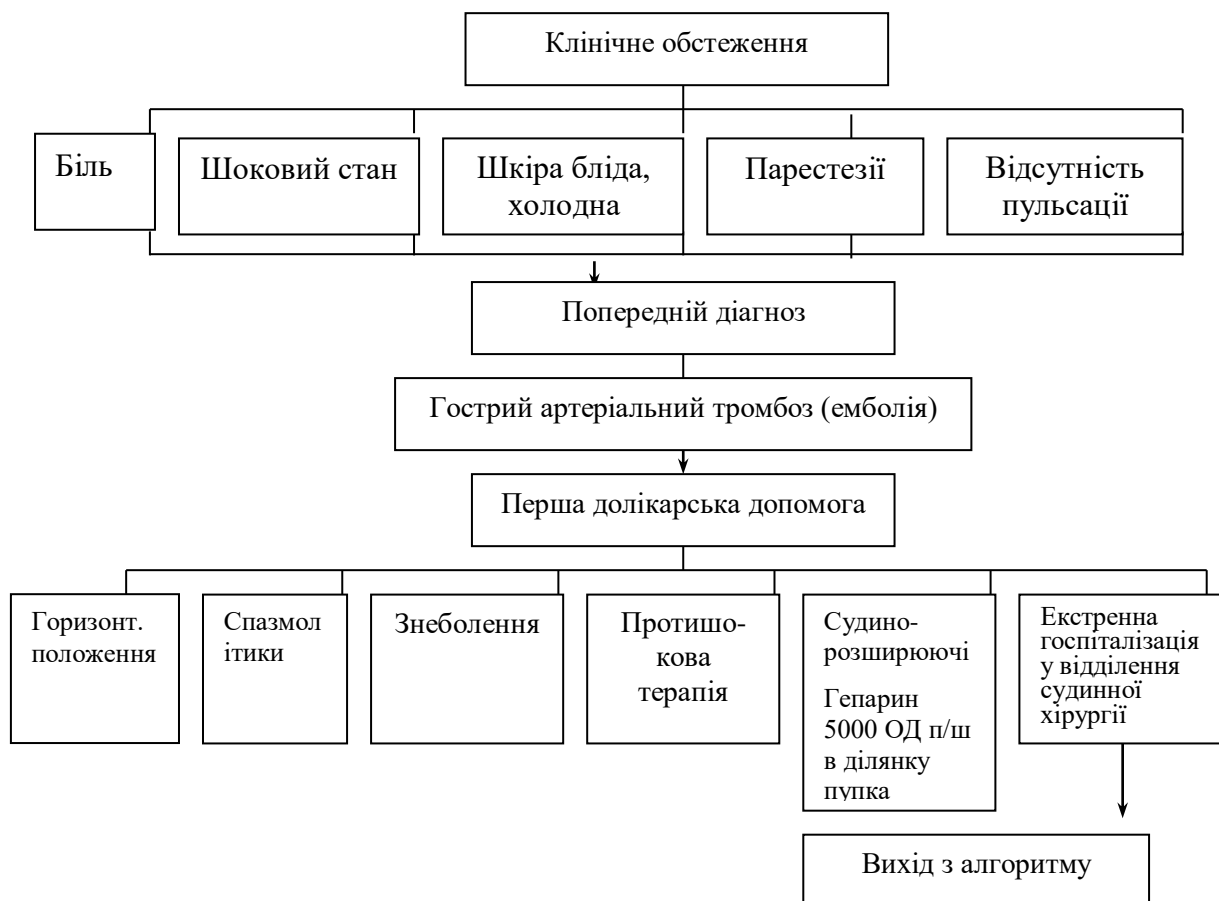
Надання першої долікарської допомоги потерпілому з crash-синдромом



ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК

АЛГОРИТМ

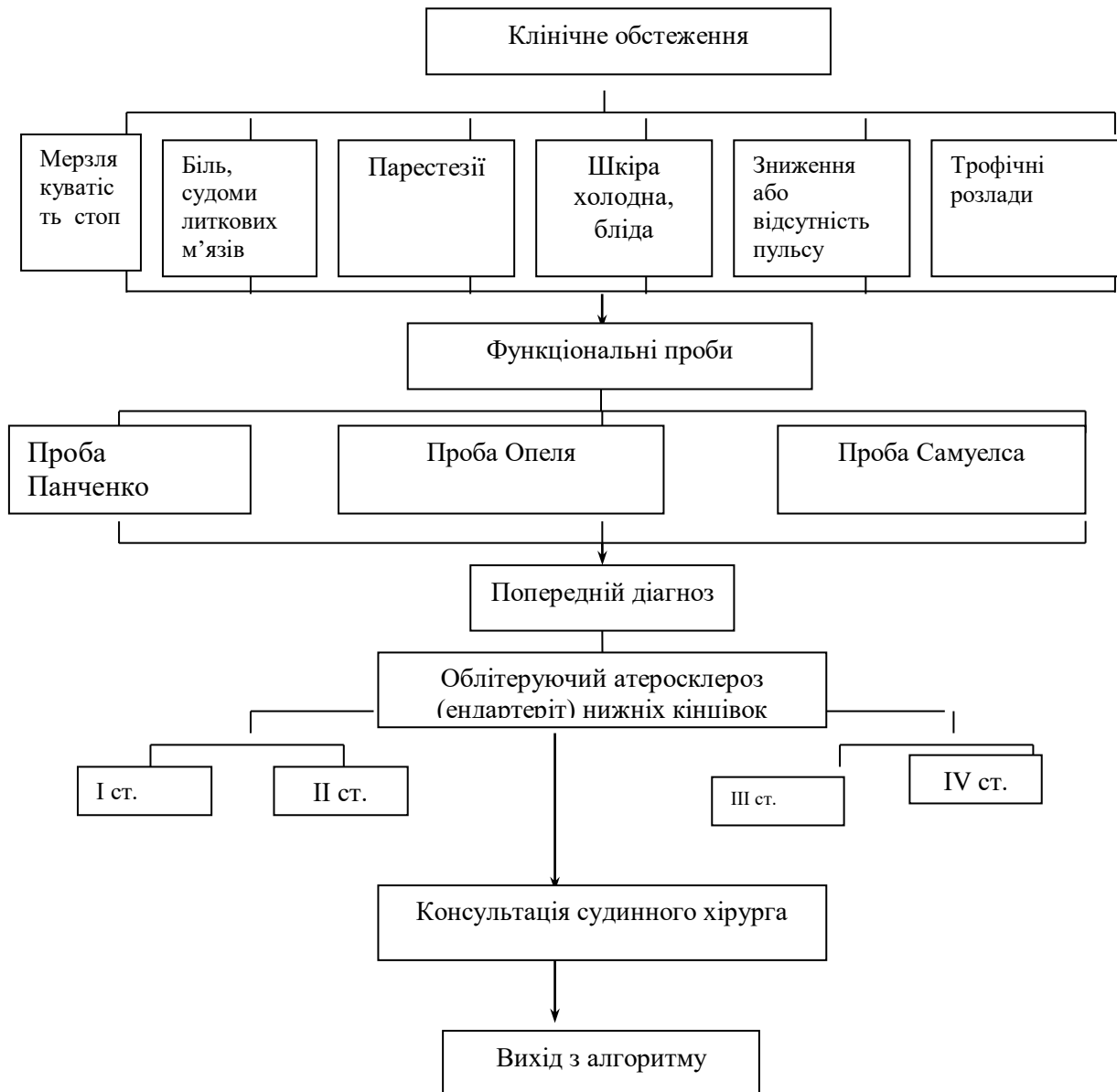
Надання допомоги пацієнтові з гострим артеріальним тромбозом на догоспітальному етапі



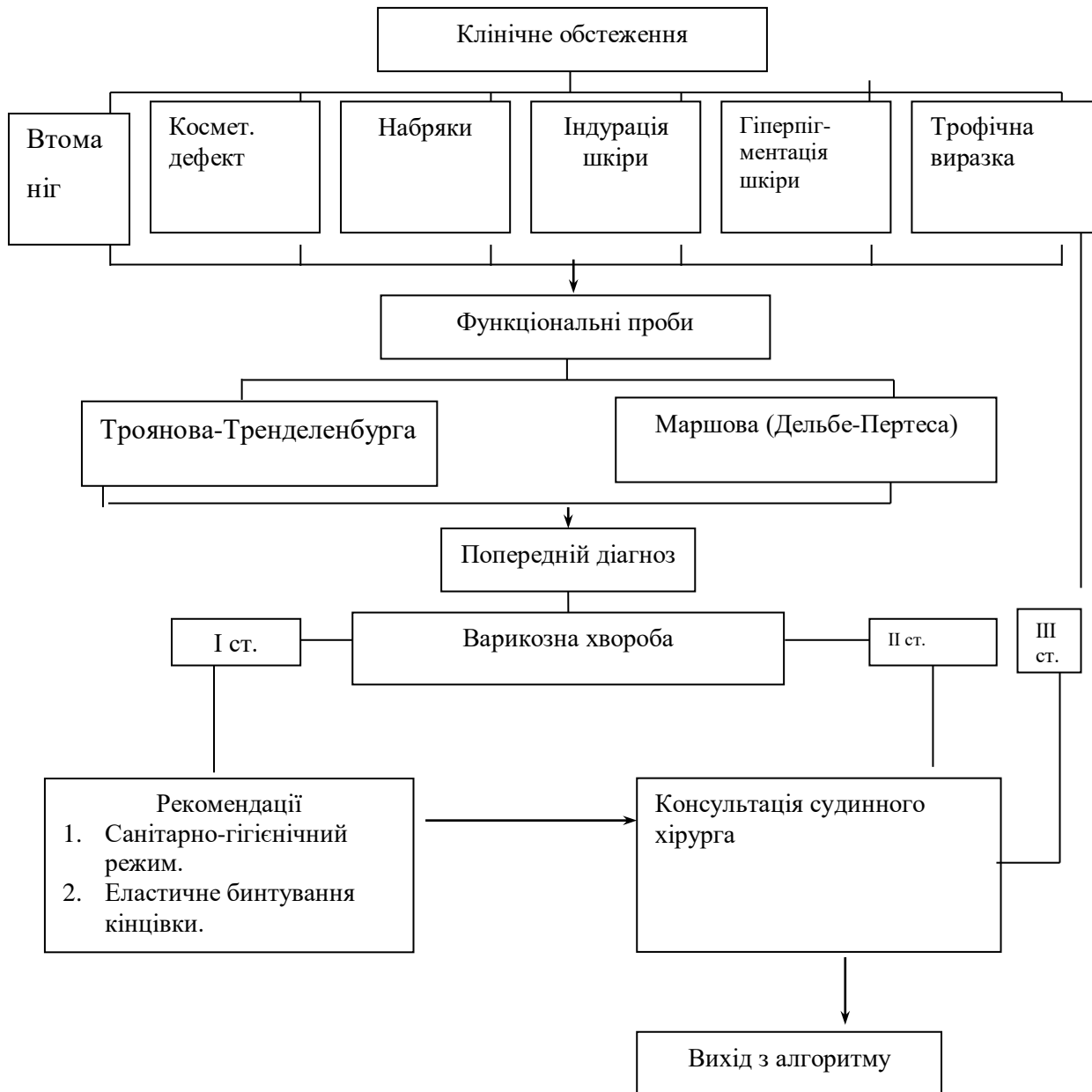
АЛГОРИТМ Надання першої долікарської допомоги пацієнтам з тромбофлебітом



АЛГОРИТМ
Надання допомоги при облітеруючих захворюваннях артерій нижніх кінцівок
на догоспітальному етапі



АЛГОРИТМ
Надання допомоги при варикозній хворобі на догоспітальному етапі



ІНСТРУКЦІЯ

По еластичному бинтуванню нижньої кінцівки

Показання: варикозне розширення вен нижньої кінцівки, на протязі 6 міс. після операції флебектомії.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ

1. Пацієнт на ніч кладе ногу на підвищення, так щоб нога була вище рівня голови.
2. Вранці, не опускаючи ногу з ліжка, нога бинтується еластичним бинтом.
3. Тури еластичного бинта накладається від основи пальців до пахової зморшки таким чином, щоб стискувалися поверхневі вени. Кожен наступний тур бинта перекриває попередні на ½. Під паховою зморшкою бинт фіксується за допомогою шпильки.
4. Бинт знімається з кінцівки тільки увечері, перед тим, як пацієнт лягає у ліжку.

МОЖЛИВА ПОМИЛКА: занадто туге накладання пов'язки, стиснення артерій нижньої кінцівки. Шкіра при цьому стає блідою, потім цианотичною. З'являється біль, потім зниження чутливості.

ПРАВИЛЬНІ ДІЇ: зняти занадто тугу пов'язку і накласти її так, щоб стискувалися тільки поверхневі вени.

ДОДАТКИ

1. ТАБЛИЦЯ РОЗРАХУНКУ ДОЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

№ п/п	Назва маніпуляції	Схема розрахунку дози
1	Приготування маточного р-ну хлорного вапна (10 л)	1 кг сухого хлорного вапна + 9 л води при умові 25% активного хлору.
2	Приготування робочого р-ну хлорного вапна (10 л)	0,5% р-н: 500 мл маточного р-ну + 9,5л води 1% р-н: 1 л маточного р-ну + 9л води 3% р-н: 3 л маточного р-ну + 7л води 5% р-н: 5 л маточного р-ну + 5л води
3	Приготування робочого р-ну хлораміну (10 л)	0,5% р-н: 9950 мл води + 50г хлораміну 1% р-н: 9900 мл води + 100г хлораміну 3% р-н: 9700 мл води + 300г хлораміну 5% р-н: 9,5л води + 500 г хлораміну
4	Максимальна к-сть 0,25% новокаїну при місцевій інфільтраційній анестезії	Максимальна доза – 2г сухої речовини 1000 мл води – 2,5 г $x - 2 \text{ г}$ $X = \frac{2 \cdot 1000}{2,5} = 800 \text{ мл}$ Реальна доза складає до 1500 мл тому що під час розрізу тканин частина розчину витікає
5	Приготування робочого р-ну аміаку для обробки рук за методом Спасокукоцького-Кочергіна.	Необхідно приготувати 2 миски по 5 л 0,5% р-ну аміаку в кожній: 25% аміаку + до 5 л дистильованої або перекип'яченої теплої води
6	Приготування 2,4% робочого р-ну С-4 для обробки рук	1. Приготування вихідного р-ну надмурашиної кислоти: 171 мл 33% перекису водню + 69 мл 100% мурашиної кислоти або 81 мл 85% мурашиної кислоти в скляному посуді з притертим корком поставити в холодильник на 1-1,5 год, періодично

		стримуючи. 2. Приготування робочого р-ну С-4: 120 мл вихідного р-ну + дистильованої або перекип'яченої води до 5 л.
7	Приготування робочого р-ну дегміциду	Необхідно приготувати 1 л 1% р-ну: 10 г дегміну + 1 л перекип'яченої або дистильованої теплої води
8	Приготування робочого р-ну гібітану (хлориксизину біглюконату)	Необхідно приготувати 0,5% спиртовий р-н гібітану: 500 мл 70° етилового спирту + 12,5 мл 20% водного р-ну гібітану
9	Приготування 4,8% робочого р-ну С-4 для стерилізації шовного матеріалу	1. Приготування вихідного р-ну надмурашиної кислоти – див. п.6 2. 48 мл вихідного р-ну + 1л перекип'яченої або дистильованої води

2. ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ.

1.	Гемоглобін	130-160 г/л (чол.) 120-140 г/л (жін.)
2.	Еритроцити	4,0-5,0x10 ¹² /л (чол.) 3,7-4,7 x10 ¹² /л (жін.)
3.	Кольоровий показник	0,8-1,05
4.	Лейкоцити: Паличкоядерні Сегментоядерні Еозинофіли Базофіли Лімфоцити Моноцити	4,0-9,0 x10 ⁹ /л 1-6% 47-72% 0,5-5% 0-1% 19-37% 3-11%
5.	Тромбоцити	180-320 0 x10 ⁹ /л
6.	ШОЕ	1-10 мм/год. (чол.) 2-15 мм/год. (жін.)
7.	Гематокрит	43% (чол.) 41% (жін.)
8.	Протромбінів індекс	80-100%
9.	Тривалість кровотечі	2-3 хв.
10.	Час зсідання	5-6 хв.
11.	Цукор крові	4,44 - 6,66 ммоль/л
12.	Загальний білок	65-90 г/л
13.	Лужний резерв	До 4 г/л
14.	Залишковий азот	3,3-8,3 ммоль/л
15.	Сечовина	0 – 5 ІС

16.	АСТ	0,1-0,68 ммоль/год. · л
17.	АЛТ	0,8-4,0 68 ммоль/год. · л
18.	Амілаза крові	40,0-133,0 мкмоль/мл · год.
19.	Калій	130,5-156,5 ммоль/л
20.	Натрій	2,0-2,7 ммоль/л
21.	Кальцій	95-110 ммоль/л
22.	Хлориди	0,07-0,176 ммоль/л
23.	Білірубін	0,1-0,45 ммоль/год. · л

3. ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ СЕЧІ.

1.	Кількість за добу	1 – 2 л
2.	Колір	Світло-жовтий
3.	Прозорість	Прозора
4.	Реакція рН	Слабо кисла або нейтральна
5.	Відносна щільність	1003 - 1028
6.	Цукор	Не виявляється
7.	Жовчні пігменти	Не виявляються
8.	Епітеліальні клітини	Поодинокі в полі зору
9.	Лейкоцити	1 – 3 в полі зору
10.	Еритроцити	0 – 2 в полі зору
11.	Білок	0 – 0,033‰
12.	Кристали солей	Немає або незначна кількість
13.	Діастаза сечі	16 – 64 од.

4. ОБРОБКА РУК ХІРУРГА СУЧАСНИМИ АНТИСЕПТИКАМИ

Обробка йодопіроном. Після попереднього миття рук з милом і подальшого висушування стерильною серветкою їх обробляють протягом 2 — 3 хв. ватяними тампонами, змоченими 0,1% розчином йодопірона, потім надягають стерильний халат, стерильні рукавички.

Обробка АХД, АХД-спеціал, євросептом. Діючим початком цих комбінованих антисептик є етанол, ефір жирної кислоти, хлоргексидин.

Методика: препарати знаходяться в спеціальних флаконах, з яких при натисненні на спеціальний важіль певна їх доза виливається на руки хірурга, і той здійснює втирання розчину в шкіру рук протягом 2-3 хв. Процедура повторюється двічі. Додаткове дублення і висушування не потрібні. Метод практично позбавлений недоліків і в даний час вважається найпрогресивнішим і поширенішим.

Обробка за допомогою ультразвуку. Для швидкої обробки рук останніми роками сконструйовані спеціальні апарати з ультразвуковими ваннами, в яких миття і дезинфекція рук відбувається протягом 1 хв. Миття здійснюється зануренням рук в розчин антисептика (0,05 % гібітану), через який пропускають ультразвукові хвилі, що забезпечують «ефект миття».

Сучасний метод обробки рук хірурга (EN-1500):

1) руки мити теплою водою з милом протягом 2 мін, потім висушити руки стерильною серветкою

- 2) нігтьові ложа і навколонігтьові області обробити одноразовими стерильними дерев'яними паличками, змоченими антисептиком
- 3) нанести антисептик на шкіру кистей і передпліччя порціями, ретельно втираючи:
- а) терти долонею об долоню
 - б) терти лівою долонею по тильній стороні правої і навпаки
 - в) терти долоні з схрещеними розчепіреними пальцями не менше за одну хв. г)
- терти тильною стороною зігнутих пальців по долоні іншої руки
- д) по черзі круговими рухами терти великі пальці рук
 - е) по черзі різноспрямованими круговими рухами терти долоні кінчиками пальців протилежної руки
- На одну обробку 10 мл антисептику.
Після повного випаровування антисептика надягаємо стерильні рукавички.

Октенисепт®

Обробка рук хірурга:

перед вживанням засобу кисті рук і передпліччя ретельно мийть теплою водою і нейтральним милом протягом 2 хвилин, висушують стерильною марлевою серветкою. Потім на сухі руки наносять засіб (не менше 2-х разів порціями по 3 - 5 мл), ретельно втирають, загальний час процедури – 5 хвилин. Стерильні рукавички надягають тільки на сухі руки. Антимікробна дія зберігається протягом 6 годин.

Засіб антисептичний для обробки рук хірурга «Стеріліум»



Скінмансофт

Призначення

Шкірна антисептика для гігієнічної дезинфекції шкіри рук та обробки рук хірургів.

Обробка рук хірургів

Перед вживанням засобу кисті рук і передпліччя ретельно мийть теплою проточною водою і миючим засобом протягом 2 хв. Висушують стерильною марлевою серветкою. Потім на сухі руки наносять «Скінмансофт» порціями по 5 мл не менше двох разів і втирають його в шкіру кистей рук і передпліч, підтримуючи їх у вологому стані протягом 3 хв. Стерильні рукавички надягають на руки після повного висихання засобу.

Бетадін

Для обробки рук хірургічного персоналу 5 мл розчину розтирають долонями до ліктя протягом 5 мін (для утворення піни можна додати води), потім ретельно обполіскують. Процедуру повторюють двічі.

ЛІТЕРАТУРА

1. „Загальна хірургія” за ред. С.П. Жученка, М.Д. Желіби, С.Д. Хіміча. К. „Здоров’я” – 1999
2. „Хірургія” за ред. С.Д. Хіміча. К. „Здоров’я” – 2004
3. «Ожоги» под ред. Б.С. Вихриева, В.М. Бурмистрова. Л. «Медицина» - 1986
4. В.П. Котельников «Отморожения» . М. «Медицина» - 1988
5. Г.Н. Клинецвич „Поражения холодом” Л. „Медицина” – 1973
6. М. Земан „Техника наложения повязок” С.-П. „Питер” – 1994
7. Б. Нидерле и соавт. „Экстренные специальные оперативные вмешательства” Прага „Авиценум” – 1982
8. В.С. Тарасюк, Л.А. Новицька, В.П. Кочкудан „Алгоритми практичних навичок з хірургії”. Вінниця – 1997
9. В.С. Тарасюк, Г.У. Любарець, Е.С. Павленко, В.Г. Кочкудан „Алгоритми практичних навичок з догляду за хворими та медичної маніпуляційної техніки”. Вінниця – 1997
10. „Медичні маніпуляції в алгоритмах” за ред. Л.С. Білика. Тернопіль ТДМУ „Укрмедкнига” – 2005
11. Н.М. Касевич „Практикум із сестринської справи”. К. „Здоров’я” - 2005