

Самостійна робота

№ п/п	Назва теми	Кількість годин
<i>III семестр</i>		
1	Основні завдання хірургічної служби в Україні. Охорона праці в галузі	3
2	Обстеження пацієнта медичною сестрою	3
3	Профілактика хірургічної інфекції в діяльності медичної сестри	4
4	Гемостаз	2
5	Тактика медичної сестри при гемотрансфузіях	4
6	Знеболювання в діяльності медичної сестри	4(20)
<i>IV семестр</i>		
1	Неоперативна та оперативна хірургічна техніка	4
2	Лікування хворого в хірургічному відділенні. Діагностика хірургічних захворювань	3
3	Догляд за хворими в передопераційний період	3
4	Догляд за хворими в післяопераційний період	3
5	Закриті та відкриті механічні ушкодження. Догляд за хворими	3
6	Термічні ушкодження. Електротравма. Догляд за хворими	3
7	Загальні проблеми під час догляду за хворими із хірургічною інфекцією	4
8	Догляд за онкологічними хворими	3(26)
<i>V семестр</i>		
1	Синдром порушення кровообігу, змертвіння, виразки, нориці	4
2	Догляд за хворими із захворюваннями та ушкодженнями голови	4
3	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями шиї	4
4	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями органів грудної клітки	4
5	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями органів черевної порожнини	4
6	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями прямої кишки	4(24)

	<i>VI семестр</i>	
1	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями органів сечової та статеві системи	10
2	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями хребта і таза	10
3	Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями кінцівок	10(30)
	Всього	100

Тема: « Основні завдання хірургічної служби в Україні. Охорона праці в галузі»

Актуальність теми:

На початку вивчення курсу «Медсестринство в хірургії» майбутні медичні сестри повинні усвідомити важливість ґрунтовних знань з дисципліни, значимість своєї ролі при догляді за хворими , взявши за взірець історичні постаті, як приклад для наслідування.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- вклад М.І. Пирогова в хірургію;
- що таке хвороба та етапи її розвитку, етіологію, патогенез, клінічні симптоми та синдроми, перебіг хвороби, діагноз, прогноз хвороби, види лікування.
- розвиток медсестринства в Україні;
- медсестринські теорії і концептуальні моделі, які діють у сучасних умовах;
- медсестринський процес, його етапи.
- міжособистісні аспекти спілкування.
- принципи охорони праці в галузі.

Вміти:

- використовувати на практиці принципи медичної етики і деонтології при обстеженні, лікуванні, догляді за пацієнтами та під час спілкування з їхніми родичами;
- дотримуватися правил техніки безпеки під час виконання своїх функціональних обов'язків на робочому місці;
- знищувати та знезаражувати предмети забруднені кров'ю та біологічними рідинами пацієнта;
- складати план заходів профілактики поширення ВІЛ-інфекції, гепатитів В та С.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ фільм «М.І.Пирогов»,
- ✓ презентація« Пирогов, якого ми не знали».

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Поняття «хвороба»	Визначення	.
Етапи розвитку хвороби	Перерахувати	
Поняття «етіологія»	Визначення	
Поняття «патогенез»	Визначення	
Поняття «симптом» і «синдром»	Вказати різницю	
Поняття «діагноз»	Визначення	
Медсестринство в Україні	Історія розвитку	
Медсестринські теорії і концептуальні моделі, які діють у сучасних умовах	Перерахувати	
Медсестринський процес	Назвати етапи	
Принципи охорони праці в хірургії	Скласти план заходів профілактики поширення ВІЛ-інфекції та гепатиту С	

Поясніть зміст вислову, що належить М. І. Пирогову:

«Бути щасливим щастям інших – ось справжнє щастя, ось життя земний ідеал».

Тема: Охорона праці в галузі

Актуальність теми:

Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів і засобів, спрямованих на забезпечення здоров'я та працездатності людини в процесі праці.

Здобувач освіти повинен знати:

- основи охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з колючим та ріжучим інструментарієм;
- професійні шкідливі чинники хірургії;
- основи охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з електроапаратурою;
- основи охорони праці та безпеки життєдіяльності під час підготовки до роботи наркозного апарату;
- основи охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з газовими балонами;
- організацію роботи хірургічного відділення;
- засади охорони праці та безпеки життєдіяльності під час експлуатації наркозних і дихальних апаратів, електрокардіографа, електрофібрилятора;

Здобувач освіти повинен вміти:

- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з дефібрилятором;
- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності під час проведення серцево-легеневої реанімації на муляжах;
- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з електрокардіографом, дефібрилятором;
- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з колючим і ріжучим інструментарієм ;
- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з кров'ю;
- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності при проведенні ШВЛ апаратними методами;
- дотримуватись охорони праці та безпеки життєдіяльності під час роботи з наркозним апаратом;
- дотримуватись охорона праці та безпека життєдіяльності під час роботи з газовими балонами та інгаляційними анестетиками.

План

1. Поняття про дисципліну “Охорона праці в галузі”. Законодавство України про працю. Основні принципи трудового права. Інструктажі з охорони праці. Ведення відповідної документації. Інструкції з охорони праці. Нагляд і контроль

за дотриманням законодавства про працю, техніку безпеки, виробничу санітарію в закладах охорони здоров'я.

2. Небезпека ураження електричним струмом. Причини ураження електричним струмом. Дія електричного струму на організм людини.
3. Правила експлуатації та техніка безпеки при обслуговуванні автоклавів та балонів. Класифікація балонів з газом. Правила експлуатації та техніка безпеки під час роботи з балонами, заповненими лікувальним газом.
4. Правила техніки безпеки та виробнича санітарія для персоналу під час роботи в операційній.
5. Моніторинг здоров'я медперсоналу. Захисний одяг, миття рук, білизна, ізоляція пацієнтів. Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим під час забору крові.
6. Запобігання поширенню інфекції. Дотримування безпечного режиму роботи. Правила роботи медичних працівників.

Охорона праці як наукова дисципліна ґрунтується на чотирьох складових частинах.

Перша складова частина – законодавство, де розглядається правове забезпечення охорони праці, а також такі важливі положення, які стосуються розслідування нещасних випадків, компенсації унаслідок втрати працездатності, державного соціального страхування від нещасних випадків виробничого характеру. Ця частина містить також відомості про методи аналізу травматизму та причини його виникнення.

Друга складова частина – виробнича санітарія, яка ґрунтується на знаннях про навколишнє виробниче середовище.

Третьою складовою охорони праці є техніка безпеки, яка ґрунтується на дотриманні і виконанні правил вибухо безпеки, безпеки улаштування та експлуатації механізмів та машин і електробезпеки.

Четверта складова охорони праці – пожежна безпека. Ця складова ґрунтується на визначенні чинників, які супроводжують горіння, визначення найвірогідніших причин пожеж.

Терміни, які використовують у сфері охорони праці, мають таке значення:

- *охорона праці* – система правових, соціально-економічних організаційно-технічних, соціально-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці;
- *законодавство про охорону праці* – складається з Конституції України, Закону України “Про охорону праці”, Кодексу законів про працю України та таких, які мають ранг законодавчих та нормативних документів. До них належать Будівельні норми і правила, Системи стандартів безпеки праці, санітарні норми, правила, положення, інструкції.

Конституція України – основний Закон України, який прийнято 28 червня 1996 р.

Стаття 43. Кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно вибирає або на яку вільно погоджується.

Використання примусової праці забороняється.

Кожен має право на належні безпечні і здорові умови праці, на заробітну плату, не нижчу від визначеної Законом. Використання праці жінок і неповнолітніх на небезпечних для їхнього здоров'я роботах забороняється.

Громадянам гарантується захист від незаконного звільнення.

Право на своєчасне одержання винагороди за працю захищає закон.

Стаття 44. Ті, хто працює, мають право на страйк для захисту своїх економічних і соціальних інтересів..

Ніхто не може бути примушений до участі або неучасті в страйку. Заборона страйку можлива лише на підставі Закону.

Стаття 45. Кожен, хто працює, має право на відпочинок.

Це право забезпечується наданням днів щотижневого відпочинку, а також оплачуваної щорічної відпустки, встановленням скороченого робочого дня щодо окремих професій і виробництв, скороченої тривалості роботи в нічний час.

Стаття 46. Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та інших випадках, передбачених законом.

За даними журналу “Охорона праці” (різних років) можна сказати таку статистику травматизму по Україні за останні 5 років.

Вище наведені дані свідчать про те, що намітилась позитивна тенденція до зниження виробничого травматизму, в тому числі (що дуже важливо) зі смертельними наслідками. Частково це пов'язано з падінням обсягів виробництва, а відтак зменшенням несприятливих виробничих факторів, що впливають на працівників, та скороченням чисельності останніх.

Витрати, пов'язані з нещасними випадками складають значну суму. Так, кожен випадок виробничого травматизму в індустріальній державі (наприклад, європейській) обходяться в 500-1000 швейцарських франків на день.

Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів і засобів, спрямованих на забезпечення здоров'я та працездатності людини в процесі праці.

Для збереження здоров'я медичних працівників і фармацевтів, які працюють у шкідливих умовах, законодавством встановлено скорочений робочий день:

- 6-годинний – в інфекційних, туберкульозних відділеннях лікарень, дитячих закладів, у психіатричних, психоневрологічних, наркологічних закладах і ввіділеннях, у фізіотерапевтичних, радонових, бальнеологічних відділеннях, у санітарно-епідеміологічних відділах і ввіділеннях і лабораторіях, які працюють зі шкідливими чинниками (лікарі-бактеріологи, епідеміологи, гігієністи, паразитологи, токсикологи, санітарні лікарі, дезінфектори) та ін.
- 5,5-годинний – для лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів, МСЕК, ЛКК, психоневрологічних туберкульозних диспансерів, лікарів-стоматологів, лікарів і медсестер, які працюють з генераторами УВЧ, НВЧ, УФ-променями в поліклініках.
- 5-годинний – для медичного персоналу, який працює безпосередньо у відділеннях рентгенодіагностики, флюорографії, на ротаційних рентгено-

терапевтичних, гамматерапевтичних установках, для патологоанатомів, прозекторів, анатомів, судмедекспертів, інших фахівців, які працюють з трупним матеріалом, для медичних працівників, які обслуговують дитячі заклади для розумово відсталих дітей з ураженням ЦНС.

- 4-годинний – для лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу, безпосередньо зайнятих роботою з радіонуклідами.

При переході на 5-денний робочий тиждень тижнева тривалість роботи зберігається шляхом перерозподілу робочих годин 6-го дня тижня.

Нічні чергування лікарів і медичних сестер, чергування у вихідні дні, згідно із законодавством, повинні компенсуватися: при роботі без права сну – 1 год за 1 год, а з правом сну – 0,5 год за 1 год. законодавством передбачено також обмеження норм навантаження на лікаря із розрахунку на 1 год роботи амбулаторного приймання: хірурги – 9 хворих; офтальмологи, отоларингологи, дерматовенерологи – 8; травматологи-ортопеди – 7; терапевти, інфекціоністи ендокринологи, гематологи, урологи, онкологи, педіатри, акушери-гінекологи, фтизіатри, хірурги-стоматологи – 5 хворих; дитячі психіатри – 2,5; терапевти-стоматологи – 3; фахівці протезної стоматології, судової психіатрії 2 хворих. Під час медичної допомоги на дому за 1 год лікарі усіх спеціальностей повинні обслуговувати 1,25 пацієнта.

Види інструктажів працівників.

Вступний інструктаж проводять з усіма працівниками, яких приймають на роботу, а також з тими, які перебувають у відрядженні на підприємстві і беруть участь у виробничому процесі; з учнями, студентами, які прибули на підприємство для проходження виробничої практики, у навчальних закладах – перед початком трудового і професійного навчання в лабораторіях, майстернях.

Первинний інструктаж проводять на робочому місці до початку роботи з працівником, новоприйнятим на підприємство, а також у разі переведення його з одного цеху до іншого, перед виконанням нової роботи; з відрядженим працівником; із студентами та учнями, які прибули на виробничу практику.

Проведення інструктажу, стажування та допуск до роботи особа, яка проводила інструктаж, робить запис у журналі. При цьому обов'язкові підписи як того, кого інструктували, так і того, хто інструктував.

Повторний інструктаж проводить керівник робіт на робочому місці з усіма працівниками: на роботах з підвищеною небезпекою – 1 раз на квартал, на інших роботах 1 раз на півріччя за програмою первинного інструктажу в повному обсязі; завершується інструктаж перевіркою знань шляхом усного опитування.

Позаплановий інструктаж проводить керівник робіт з працівниками на робочому місці або в кабінеті охорони праці: у разі порушення нормативних актів з охорони праці, що призвели (або можуть призвести) до травми, аварії чи отруєння; на вимогу органу державного нагляду; через перерву в роботі понад 30 календарних днів – для робіт з підвищеною небезпекою, а для решти робіт – понад 60 днів; у разі введення в дію нових нормативних актів чи внесення змін та доповнень до них; при зміні технологічного процесу, заміні устаткування (матеріалів, сировини).

Цільовий інструктаж проводить безпосередньо керівник робіт: у разі виконання разових робіт (навантаження, розвантаження, роботи за межами підприємства, цеху тощо); ліквідації аварій, стихійного лиха; проведення робіт, на які оформляють

наряд-допуск, дозвіл; екскурсій на підприємство; організації масових заходів з учнями (екскурсії, походи, спортивні змагання). Інструктаж закінчують усним опитуванням.

Заходи захисту від ураження електричним струмом.

Електробезпека в зоні НС залежить від багатьох чинників, серед яких розпізнають технічні, організаційні, організаційно-технічні та організаційно-соціальні заходи забезпечення безпеки.

До технічних заходів забезпечення електробезпеки належить виявлення: дефектів, які виникли внаслідок НС; несправності електроустаткування й електрообладнання та захисних засобів, які не спрацювали та не вимкнули електричний струм у процесі розвитку НС; використання електроустановок, які не були прийняті в експлуатацію (вони відсутні на схемах, про них майже ніхто не знає, тому вони не були знеструмлені).

До організаційно-технічних заходів належить виявлення: недотримання заходів безпеки при знеструмленні електромереж; випадкового їхнього включення без попереднього повідомлення про це осіб, які в них працюють; відключення одних електроустановок замість інших (тобто тих, які треба відключити); відсутності огорожень; переносних заземлювачів або неправильне їхнє накладання, знімання; підключення електрообладнання, яке зазнало впливу НС без попередньої перевірки його на справність; несвоєчасного встановлення знаків безпеки, плакатів та табличок.

До організаційних заходів забезпечення електробезпеки в зоні виконання робіт слід віднести: інструктажі осіб електротехнічного і особливо неелектротехнічного персоналу (це повинен бути цільовий інструктаж); правильну розстановку працівників бригади з урахуванням їхнього професіоналізму та навичок відносно електробезпеки; виконання функцій надзору впродовж усього періоду проведення рятувальних робіт.

До організаційно-соціальних заходів забезпечення безпеки можна віднести: заборону роботи в зоні НС особам, які не мають відповідної підготовки (наприклад, мешканцям зруйнованого будинку); заборону виконання робіт, які не належать до професійних обов'язків працівника рятувального загону; заборону виконання робіт працівником, який повинен перебувати в цей час на відпочинку; виявлення порушення встановленого режиму в зоні НС (перебування у нетверезому стані); заборону нехтуванням вимог безпеки виконання рятувальних робіт.

До причин ураження електричним струмом належать:

- доторкання до струмопровідних частин, що є під напругою;
- доторкання до струмопровідних, але не струмоведучих частин (корпус електродвигуна, трансформатора та ін), які випадково опинилися під напругою (пробій фази на корпус);
- потрапляння під крокову напругу;
- порушення правил експлуатації електроустановок тощо.

Електричний струм справляє на організм людини зовнішній і внутрішній вплив.

Зовнішній вплив:

- опіки;
- електричні знаки;

- металізація шкіри;
- електроофтальмія;
- механічні ушкодження.

В електроушкатуванні з напругою до 1000 В при потраплянні під напругу найчастіше спостерігають струмові опіки. При цьому відбувається фіксація потерпілого із струмоведучою частиною (фізична суть – судомне скорочення м'язів унаслідок проходження через живий організм електричного струму. Судоми настільки сильні, що потерпілий не може самотійно розтиснути руку і кинути струмоведучу частину).

В електроушкатуванні із напругою понад 1000 В при потраплянні під напругу найчастіше спостерігають дугові опіки. При цьому потерпілий відкидається від струмоведучої частини (фізична суть – між людиною і струмоведучою частиною виникає електромагнітне поле, величина якого зростає зі зменшенням відстані).

Електричні знаки – чітко визначена пляма бурого кольору (часто має відображення інструмента, який тримав потерпілий, або струмопровідної частини, до якої він доторкнувся).

Металізація шкіри – проникнення в шкіру частин розплавленого металу. Унаслідок короткого замикання розплавлений метал з великою енергією розбризкується навкруги. Це найбільш небезпечно для очей.

Електроофтальмія – ушкодження сітківки очей ультрафіолетовим випромінюванням, що виникає внаслідок електрозамикання.

Механічні ушкодження – виникають унаслідок мимовільного судомного скорочення м'язів.

Внутрішній вплив:

- електричний удар;
- електроліз біологічного середовища людини;
- розкладання клітин кори головного мозку.

Електричні удари поділяються на чотири ступені:

I – судомне скорочення м'язів без утрати свідомості;

II – судомне скорочення м'язів із втратою свідомості, але зі збереженням роботи серця і дихання;

III – судомне скорочення м'язів, утрата свідомості і зупинення дихання або серцебиття;

IV – зупинення дихальних функцій і роботи серця.

Електроліз біологічного середовища людини – розкладання крові, лімфи, слини електричним струмом, що проходить через організм. Чим довший шлях проходження струму, тим тяжчий наслідок ураження.

Якщо через організм людини протягом 3 с проходить електричний струм у 100 мА, то настає явище клінічної смерті.

Небезпека ураження електричним струмом зростає, якщо людина, яка доторкається струмопровідних частин, при цьому:

- стоїть на земляній, асфальтованій, бетонованій або металевій підлозі;
- має зволожені руки і велику площу контакту зі струмопровідною частиною;
- контактує з електрообладнанням, яке не має заземлення (занулення);
- вжила алкогольні напої, має низький опір організму, захворіла тощо.

Людину, яка потрапила під дію електричного струму, можна звільнити від його дії за умови:

- знеструмлення тієї електричної частини, за яку взялася людина;
- перерубування струмоведучих частин;
- відтягування людини за одяг від устаткування, яке стало джерелом ураження;
- знімання з її тіла струмоведучої частини (дроту), яка перебуває під напругою.

Отже, в зоні НС треба пам'ятати про такі поради:

- не торкатися оголених дротів;
- не торкатися електричних приладів, обладнання та електрофікованого устаткування;
- у випадку необхідності контакту з корпусом обладнання (наприклад, устаткування заважає і його треба прибрати) як винятковий випадок застосовуйте перевірку корпусу підозрілого устаткування на наявність електричного струму на ньому шляхом миттєвого ковзного дотику до корпусу;
- не користуйтеся електроенергією у вологих приміщеннях та просто неба, якщо іде дощ, сніг, а також за наявності туману;
- людину, яка зазнала ураження електричним струмом, не можна залишити одну впродовж не менш як 1 доби, бо у неї може раптово зупинитися серце або зникнути дихальні функції.

Організація безпечної експлуатації електроустановок.

Робота щодо забезпечення безпечної експлуатації електроустановок здійснюється згідно з обов'язковими, для всіх споживачів електроенергії, незалежно від їх відомчої приналежності, правилами технічної експлуатації електроустановок споживачів та правилами техніки безпеки при експлуатації електро установок споживачів.

До технічних заходів, що забезпечують безпеку робіт, виконуваних зі зняттям напруги, відносяться:

- необхідні вимкнення та вживання заходів, котрі запобігають подачі напруги до місця роботи в наслідок помилкового або довільного ввімкнення комутаційної апаратури;
- вивішування на приводах ручного та на ключах дистанційного керування комутаційної апаратури (автомати, рубильники, вимикачі) забороняючих плакатів;
- перевірка відсутності напруги на струмоведучих частинах;
- накладання заземлення;
- вивішування попереджувальних та приписувальних плакатів, огороження, при необхідності, робочих місць та струмоведучих частин, які залишились під напругою.

Безпека при експлуатації балонів.

Балони мають розраховуватися і виготовлятися за нормативною документацією узгодженою з Держнаглядохоронпраці України. Балони повинні мати вентиля, щільно вкручені в отвори горловини або у витратно наповнювальні штуцери у спеціальних балонах, що не мають горловини.

На балони місткістю понад 100 л повинні встановлюватися запобіжні клапани. При груповому встановленні балонів допускається встановлення запобіжного клапана на

всю групу балонів. Балони місткістю понад 100 л, які встановлюються як витратні ємкості для зріджених газів, що використовуються як паливо на автомобілях та інших транспортних засобах, крім вентеля і запобіжного клапана повинні мати показник максимального рівня наповнення.

Бокові штуцери вентилів для балонів, які наповнюються воднем повинні мати ліву різьбу, а для балонів, які наповнюються киснем – праву різьбу. Вентилі в балонах для кисню повинні вкручуватись із застосуванням ущільнювальних матеріалів, загорання яких в середовищі кисню виключається.

На верхній сферичній частині кожного металевого балона повинні бути вибиті такі дані:

- товарний знак підприємства-виготовлювача;
- номер балона;
- дата (місяць і рік) виготовлення і наступного посвідчення;
- місткість балонів-л;
 - для балонів місткістю до 12 л включно – номінальна;
 - для балонів місткістю понад 12 до 15 л включно – фактична з точністю до 0,3 л
 - для балонів місткістю понад 55 л – відповідно до НД на їх виготовлення;
- номер стандарту для балонів місткістю понад 55 л.

Висота знаків на балонах повинна бути не менше 6 мм, а на балонах місткістю 55 л – не менше 8 мм. написи на балони наносять по обводу на довжину не менше 1/3 обводу, а смуги – по всьому обводу, причому висота літер на балонах ємкістю понад 12 л має бути 60 мм, а ширина смуги – 25 мм.

Опосвідчення балонів. Дозвіл на опосвідчення балонів видається підприємствам-наповнювачам, наповнювальним станціям і пунктам випробування органами Держнаглядохоронпраці України після перевірки ними наявності:

- виробничих приміщень, а також технічних засобів, що забезпечують можливість якісного проведення опосвідчення;
- наказу про призначення на підприємстві осіб, відповідальних за проведення опосвідчення, з числа інженерно-технічних працівників, які мають відповідну підготовку;
- інструкції з проведення технічного опосвідчення балонів.

Перевірка маси і місткості безшовних балонів до 12 л включно і понад 55 л, а також зварних балонів, не залежно від місткості – не проводиться. При задовільних результатах підприємство, на якому проведено опосвідчення, вибиває на балоні своє клеймо круглої форми діаметром 12 мм, дату проведеного і наступного опосвідчення. Результати технічного опосвідчення балонів ємкістю понад 100 л заносяться в паспорт балонів. Клейма на балонах в цьому випадку – не ставляться.

Експлуатація балонів. Експлуатація, зберігання і транспортування балонів на підприємстві повинні здійснюватись відповідно до вимог інструкції, затвердженої в установленому порядку. При експлуатації балонів забороняється повністю виробляти газ, який в них знаходиться.

Наповнення балонів газами повинно здійснюватись за інструкцією, розробленою і затвердженою в установленому порядку з урахуванням властивостей газу, місцевих умов і вимог інструкції по наповненню балонів газами.

Забороняється наповнювати газом балони, в яких:

- вийшов строк назначеного опосвідчення;
- вийшов строк перевірки пористої маси;
- пошкоджений корпус балона;
- несправні вентиля;
- відсутні належні пофарбування або надписи;
- відсутній надлишковий тиск газу;
- відсутні встановлені клейма.

Техніка безпеки в операційній.

- Після роботи (операції) негайно зливають ефір та інші наркотичні засоби;
- Після їх зливу промивають теплою водою шланги;
- Проводять стерилізацію шлангів та інших частин апарату;
- Переливати гази з одного балона в інший заборонено;
- Забороняється застосовувати спиртові горілки, газові, які дають відкрите полум'я;
- Категорично забороняється застосовувати під час наркозу несправне медичне обладнання;
- Всі розетки повинні бути на висоті 1,60 см від підлоги;
- Мішки, шланги, маски повинні бути виготовлені з антистатичної гуми;
- Заземлення наркозного апарату обов'язкове;
- В операційній кімнаті відносна вологість повітря має бути не менш 60 %, вентиляція обов'язкова, одяг медперсоналу повинен бути з бавовняної тканини.

Виконуючи професійні обов'язки, медична сестра постійно спілкується з хворими та контактує з різними медикаментами й дезінфекційними засобами. Тому вона наражається на небезпеку захворіти.

Зараження може відбутись за допомогою різноманітних об'єктів -біологічний матеріал від хворого, предмети побуту, природні фактори, медичні засоби.

Проте вірогідність зараження можна налагодити - це ізоляція інфекційного хворого, поточна та заключна дезінфекція, імунізація, носіння захисного одягу.

Серед потенційних факторів перенесення збудників інфекційних хвороб особливої уваги потребують руки медичного персоналу. У зв'язку з цим, дуже важливо зрозуміти, що належний захист рук - необхідний захід профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

Розрізняють три рівні знезараження рук:

- соціальний - миття водою з милом;
- гігієнічний - застосування антисептика;
- хірургічний - за спеціальною методикою.

Профілактичні заходи орієнтовані на зміцнення неспецифічної стійкості людського організму, можна шляхом фізичного виховання і загартовування, поліпшення побутових умов, організації правильного режиму праці та відпочинку, раціонального харчування.

Основні принципи профілактики професійних захворювань медичного персоналу:

1. Дотримання санітарно-гігієнічних та профілактичних правил і норм при

здійсненні будь-яких видів діяльності;

2. Проведення профілактичних, соціальних і освітніх заходів;

3. Безоплатність надання медичної допомоги;

4. Обов'язкове державне страхування на випадок захворювання на інфекційну хворобу.

Крім того, вже відомо багато природних і синтетичних сполук, введення яких в організм людини стимулює вироблення власних інтерферонів, лізоциму, комплементу та ін.

Вакцинації проти гепатиту В підлягають медичні працівники, які професійно мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції. Для запобігання парентерального зараження необхідно користуватись лише шприцами та системами одноразового використання, суворо стежити за достерилізаційною обробкою й стерилізацією медичного колючого та ріжучого інструментарію.

Кожна людина, яка звертається за медичною допомогою, повинна розглядатися як потенційний носій вірусу імунодефіциту людини.

Робочі місця забезпечуються інструктивно-методичними документами, аптечками для проведення термінової профілактики при аварійних ситуаціях, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження.

Медичний персонал повинен працювати в халаті, масці і рукавицях. Ці заходи дозволяють уникнути контакту шкіри та слизових оболонок працівника з кров'ю, тканинами, біологічними рідинами пацієнтів. Медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо закрити лейкопластиром або гумовими рукавичками, звільняються на період захворювання від безпосереднього медичного обслуговування хворих і контакту з предметами догляду за ними.

Якщо контакт з кров'ю, іншими біологічними рідинами чи матеріалами супроводжувався порушенням цілісності шкіри (уколом, порізom), потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею усередину;
- видавити кров з рани;
- ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 5% настоянкою йоду при порізах, 3% перекисом водню);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70% розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, надіти напальчник;
- при необхідності продовжувати роботу одягти нові гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

Після проведення аварії потерпілому пропонують (за його згодою) пройти обстеження на наявність антитіл до ВІЛ. Якщо результат негативний, наступне тестування має проводитися через 3. 6 місяців і далі -через рік.

Згідно Закону України, зараження ВІЛom медичних працівників при виконанні ними службових обов'язків належать до професійних захворювань. Тому

працівники, зайняті наданням медичної допомоги населенню, проведенням лабораторних досліджень з проблем ВІЛ-інфекції підлягають обов'язковому страхуванню на випадок зараження, настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті.

ГІГІЄНА ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

Серед провідних проблем гігієни лікувально-профілактичних закладів останніми роками все більшого значення набувають питання гігієни праці медичного персоналу. На трудову діяльність медичних працівників можуть впливати різні специфічні професійні шкідливі чинники.

Залежно від профілю діяльності, спеціалізації та конкретних умов праці, а також різного ступеня значущості їх до специфічних професійних шкідливих чинників належать:

- значне нервово-емоційне напруження, яке пов'язане з почуттям співпереживання, відповідальності за здоров'я та життя пацієнтів;
- контакт з інфекційними хворобами, небезпека травматизації та зараження під час проведення операцій, маніпуляцій, обстежень, перебування в середовищі, де мешкають носії та переносники захворювань;
- несприятливе за своїми фізичними та хімічними властивостями оточуюче середовище на робочому місці (забруднення повітря та предметів лікарськими, дезінфекційними, анестезувальними та іншими хімічними речовинами, вплив йонізуючих випромінювань, електромагнітних полів, лазерного випромінювання, ультразвуку, шуму, вібрації та ін.);
- вимушене положення тіла (хірурги, стоматологи, отоларингологи), напруження зору, значні фізичні навантаження під час переміщення пацієнтів, відсутність належних умов для короткочасного відпочинку протягом робочої зміни;
- праця в нічний та понаднормативний час, що призводить до порушення оптимальної структури режиму дня;
- стан емоційного напруження, що ускладнює повне відключення від професійно-службових справ після завершення робочого дня.

Близько 20 % медичних сестер маніпуляційних кабінетів страждають на різні алергійні захворювання: дерматити, вазомоторні риніти, астматичні бронхіти.

В операційних та пологових блоках не допускається використовувати наркозні та інші апарати без обладнання для видалення і поглинання парів наркотичних речовин, які потрапляють навколишній у простір унаслідок видихів пацієнтів. Не допускається використання наркозних і дихальних апаратів з порушеною герметизацією системи передачі газів, без шлангів (повітровідсмоктувачів або всмоктувальних фільтрів з активованим вугіллям).

У процедурних, аерозольінгаляційних кабінетах, перев'язних і стерилізаційних потрібно передбачати витяжні шафи, які слід вмикати під час використання високоактивних медикаментів. Витяжні шафи мають бути обладнані раковиною і зливом у каналізацію.

Кожний співробітник, який влаштовується на роботу у відділення хірургічного профілю, проходить;

- повний медичний огляд, що включає огляд отоларинголога й стоматолога, бактеріологічне дослідження мазків із слизової оболонки носоглотки на

наявність патогенного стафілокока;

- короткий інструктаж щодо здійснення основних санітарно-протиепідемічних заходів на довіреній медичному працівнику ділянці роботи; його проводить старша медична сестра відділення.

Увесь медичний персонал повинен перебувати під диспансерним наглядом для своєчасного виявлення і лікування каріозних зубів, хронічних запальних процесів носової частини глотки, а також виявлення носіїв патогенного стафілокока (особливо персонал операційного блоку, палат і відділення реанімації та інтенсивної терапії, післяопераційних палат).

У разі виявлення в окремих осіб запальних відкритих процесів або ознак нездужання їх усувають від роботи до повного одужання.

Завідувач відділення один раз на квартал організовує обстеження о персоналу на носійство патогенного стафілокока і в разі виявлення носіїв влаштовує проведення їхньої санації.

У разі виникнення внутрішньолікарняних інфекцій серед пацієнтів здійснюють позачерговий медичний огляд усього персоналу відділення, а також позачергове бактеріологічне дослідження на носійство патогенної мікрофлори.

У разі виникнення внутрішньолікарняної інфекції у хірургічному стаціонарі проводять детальне бактеріологічне дослідження, у ході якого виявляють джерела інфекції, шляхи і чинники її передачі та проводять заходи щодо запобігання подальшому поширенню захворювання.

ЗАХИСНИЙ ОДЯГ

У разі правильного застосування одяг може відігравати важливу роль як захист медичного працівника від пацієнта і пацієнта від медичного працівника, а також як засіб профілактики ВЛІ. Халати і костюми забезпечують більш надійний захист, ніж пластикові фартухи, але водночас вони поглинають більше вологи і бактерій.

Якщо халат і фартух застосовують для бар'єрного догляду, їх використання повинно бути обмежене доглядом лише за одним пацієнтом. У такому разі їх використовують під час виконання різних завдань догляду доти, поки вони залишаються чистими і сухими. Щоб уникнути зараження інфекцією через руки, слід застосовувати чисті, а в разі потреби — стерильні гумові рукавички одноразового використання. Вони необхідні в таких ситуаціях, як контакт із катетерами, ендотрахеальними трубками або з кров'ю чи фекаліями.

Маски, навіть закритого хірургічного типу, лише частково ефективні проти інфікованих аерозолів і найдрібніших мікроорганізмів, які є в повітрі. Проте їх слід носити й стежити за тим, щоб вони закривали рот і ніс, та обов'язково змінювати через кожні 4 год.

Захисні окуляри або щиток можуть захистити очі від потрапляння інфікованої крові пацієнтів, хворих на гепатит В або СНІД під час різного типу втручань медичного призначення.

Мити руки слід:

- одразу після контакту з інфікованим матеріалом (кров та інші біологічні рідини), а також з пацієнтами і предметами догляду за ними;
- одразу після зняття захисних рукавичок.

Розрізняють три рівні знезараження рук: соціальний, гігієнічний, хірургічний.

СОЦІАЛЬНИЙ РІВЕНЬ: миття не дуже забруднених рук водою з милом дає змогу видалити зі шкіри більшість транзиторних мікроорганізмів.

Соціальне оброблення рук проводиться:

- перед споживанням їжі;
- після відвідування туалету;
- перед доглядом за пацієнтом і після нього;
- у разі забруднення рук.

Під час миття рук здебільшого пропускають міжпальцеві складки, основу великих пальців, тому, як правило, вони залишаються брудними.

Після поверхневих контактів з пацієнтом (наприклад вимірювання АТ) мити руки не обов'язково.

МИТТЯ РУК ВІДПОВІДНО ДО СОЦІАЛЬНОГО РІВНЯ

Оснащення: мило, індивідуальний рушник або паперові серветки чи рушники одноразового використання. Мило, яким користуються, необхідно зберігати у сухому вигляді, тримаючи у спеціальній мильниці з отвором, тому що мікроорганізми мають здатність розмножуватись у вологому середовищі.

Ємкість із рідким милом потрібно регулярно чистити і підтримувати в належному стані.

I. Підготовка до процедури миття рук:

- зніміть усі прикраси з рук (заглиблення на поверхнях ювелірних виробів є місцем для розмноження мікроорганізмів. Пересуньте годинник вище зап'ястка або зніміть його);
- відкрийте водогінний кран, використовуючи паперову серветку, щоб уникнути контакту з наявними на крані мікроорганізмами, відрегулюйте температуру води.

II. Виконання процедури:

- намильте долоні (у разі використання брускового мила після закінчення намилювання ополосніть його й покладіть у мильницю з решіткою);
- розподіліть мило на зовнішню поверхню кистей шляхом енергійного механічного тертя протягом 10 с Змийте мило під проточною водою; тримайте руки так, щоб зап'ястки і кисті були вище рівня ліктів (у такому разі вода тече від чистої до забрудненої зони).

III. Завершення процедури:

- закрийте водогінний кран, використовуючи паперову серветку. Висушіть руки паперовим рушником або полотняною серветкою одноразового використання (рушник із тканини під час постійного використання швидко стає вологим і є ідеальним середовищем для розмноження мікроорганізмів).

ГІГІЄНІЧНИЙ РІВЕНЬ: це найефективніший метод видалення й знищення мікроорганізмів під час оброблення рук.

Миття рук із використанням антисептичних засобів сприяє ефективному видаленню транзиторної (тимчасової) мікрофлори.

Гігієнічне знезараження рук проводиться:

- перед виконанням інвазивних процедур;

- перед доглядом за пацієнтом із ослабленим імунітетом;
- перед доглядом за раною і після нього;
- перед здійсненням катетеризації сечового міхура і після нього;
- перед надяганням рукавичок і після знімання їх;
- після контакту з біологічними рідинами пацієнтів або після можливого мікробного зараження.

Техніка гігієнічного миття рук:

- долоня до долоні;
- права долоня над тильною стороною лівої;
- ліва долоня над тильною стороною правої;
- долоня до долоні, пальці однієї руки в міжпальцевих проміжках іншої;
- обертальне тертя великих пальців;
- обертальне тертя долонь.

Після висушування шкіру рук слід знезаражувати 70 % етиловим спиртом.

ХІРУРГІЧНИЙ РІВЕНЬ: це спеціальне оброблення рук, яке здійснюється перед кожним хірургічним втручанням.

Мета: знищення транзиторної флори і зниження числа не-мігруючих мікроорганізмів для запобігання ризику забруднення хірургічної рани в разі ушкодження стерильних рукавичок. Під час хірургічного оброблення рук використовують стерильні засоби (губки, серветки), а також антисептики, до складу яких входить спирт.

Таким чином, миття рук після безпосередніх контактів із пацієнтами або зараженим матеріалом (білизна, іграшки тощо), а також перед контактом із сприйнятливим до інфекції пацієнтом є одним із найважливіших та найефективніших профілактичних заходів як для власного захисту, так і для зниження ризику ВЛІ. Необхідно старанно витирати руки, віддаючи перевагу одноразовим серветкам або рушникам.

САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИЙ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ ПІД ЧАС ЗАБОРУ КРОВІ ІЗ ВЕНИ НА АНАЛІЗ

Медична сестра згідно з призначенням лікаря виписує на-правлення-етикетку на лабораторне дослідження крові, нумерує пробірку за допомогою склографа і проставляє відповідний номер на направленні або в журналі реєстрації відповідних аналізів крові. Лабораторія попередньо узгоджує відповідну нумерацію з відділеннями стаціонару та поліклінікою, щоб уникнути помилок.

Медична сестра здійснює взяття крові із вени в масці, стерильних гумових рукавичках, чистому клейончастому або поліетиленовому фартусі, захисних окулярах або щитку. Пробірки з кров'ю закриває чистими, а в разі потреби стерильними гумовими корками.

Після взяття крові із вени медична сестра дезінфікує зовні гумові рукавички в першій ємкості з дезрозчином, не знімаючи їх, потім знімає рукавички зовнішньою поверхнею всередину й опускає в другу ємкість із дезінфекційним розчином. Фартух і окуляри або щиток знезаражує в разі попадання на них біоматеріалу шляхом дворазового протирання їх з інтервалом у 15хв.

У лабораторію необхідно доставляти біоматеріал у спеціальному ящику — контейнері або промаркованому біксі, на дно якого потрібно покласти складену в декілька шарів бавовняну полотнину, а потім поставити штатив із пробірками.

Направлення або журнал для реєстрації аналізів слід доставити в лабораторію в чистому поліетиленовому пакеті.

У лабораторії в спеціально відведеному місці необхідно надягти чисті гумові рукавички, передати біоматеріал лаборанту, двічі продезінфікувати відповідним дезінфекційним розчином контейнер або бікс, зняти гумові рукавички й опустити їх у дезінфекційний розчин. Вимити і висушити руки. Отримані у лабораторії чисті штативи, пробірки та письмові результати попередніх аналізів покласти в чисті пакети.

Необхідно простежити, щоб була витримана відповідна експозиція після дезінфекції біксів чи контейнерів.

*Слід пам'ятати, що з кожним біоматеріалом
необхідно поводитись як із заразним!*

Основні правила захисту медичних працівників від інфекції:

- інформація про конкретні джерела інфекції;
- чисте і ретельне миття рук;
- використання індивідуальних засобів захисту (гумові рукавички, маски, фартухи із клейонки або пластикату, захисні окуляри або щитки);
- накладання водонепроникних пов'язок на порізи і садна;
- уникання проколів, порізів рукавичок і рук.

ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНИМ ЗАРАЖЕННЯМ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Профілактика професійних заражень медичних працівників здійснюється відповідно до правил, які зводяться до максимального запобігання під час роботи можливій автоінокуляції кров'ю, що містить вірус гепатиту В або С.

Усі маніпуляції, у процесі яких руки можуть забруднитись кров'ю або сироваткою крові, слід здійснювати в гумових рукавичках.

Під час роботи всі ушкодження шкіри рук потрібно заліплювати лейкопластирем і надівати напальчник.

У разі загрози розбризкування крові чи сироватки слід працювати в захисних масках та окулярах. Забороняється проведення парентеральних процедур для медичного персоналу із використанням інструментарію, призначеного для пацієнтів, які перенесли вірусний гепатит.

Також забороняється споживання їжі та куріння в лабораторіях і приміщеннях, де пацієнтам проводять процедури.

Під час планування і будівництва нових лікувально-профілактичних закладів необхідно передбачувати в процедурних кабінетах 2 раковини — для миття рук та миття (оброблення) медичного інструментарію.

Розбирання, миття, прополіскування медичного інструментарію, використаних піпеток і лабораторного посуду, приладів і апаратів, які використовували під час роботи з кров'ю, сироваткою крові, необхідно здійснювати після попередньої дезінфекції їх у гумових рукавичках.

Слід суворо дотримуватися правил особистої гігієни.

Після будь-якої процедури, в тому числі і парентерального втручання (ін'єкція, забір крові і т.п.), ретельно два рази мити руки в теплій проточній воді з милом. Руки необхідно висушувати індивідуальним рушником, який потрібно міняти щоденно, або серветкою одноразового використання.

Під час оброблення рук слід уникати частого використання дезінфектантів, які здатні викликати подразнення шкіри і дерматити, що полегшує проникнення збудника. Хірургам для миття рук не слід використовувати жорсткі щітки.

Бланки направлень в лабораторію на дослідження категорично забороняється розміщувати разом з біоматеріалом у чітко промаркованих контейнерах чи біксах, їх слід доставляти в поліетіленовому пакеті. На пробірці із кров'ю склогографом проставляють номер, який відповідає номеру на етикетці — направленні або в журналі.

У клініко-діагностичних лабораторіях, в яких досліджують кров або сироватку крові, необхідно працювати з дотриманням режиму, передбаченого для роботи в мікробіологічних і вірусологічних лабораторіях. Під час роботи з кров'ю, сироватками або іншими біоматеріалами потрібно користуватись гумовими грушами або автоматичними піпетками з одноразовими наконечниками. Насмоктування сироватки ротом не допускається.

У разі забруднення рук кров'ю без ушкодження шкіри слід негайно обробити їх тампоном, зволженим дезінфекційним розчином, вимити двічі теплою водою з милом, насухо витерти індивідуальним рушником або серветкою одноразового використання і обробити 70 % етиловим спиртом.

Якщо контакт із кров'ю, іншими біологічними рідинами або матеріалами супроводжується порушенням цілості шкіри (уколом, порізом), потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею всередину;
- видавити кров з рани;
- ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів або антисептиків (70 % розчином етилового спирту, 5 % настоянкою йоду, 3 % розчином перексиду водню);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім обробити їх 70 % розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, надіти напальчник;
- за необхідності продовження роботи надягнути нові гумові рукавички.

У разі потрапляння біоматеріалу на слизові оболонки:

- ротової порожнини — прополоскати її 70 % розчином етилового спирту;
 - порожнини носа — закапати 30 % розчином альбуциду;
 - очей — промити водою (чистими руками), закапати 30 % розчином альбуциду.
- Для оброблення носа й очей можна використовувати 0,05 % розчин калію перманганату.

У разі потрапляння біоматеріалу на халат, одяг:

- одяг зняти й занурити в один із дезінфекційних розчинів;
- шкіру рук та інших ділянок тіла в разі їх забруднення через одяг протерти 70 % розчином етилового спирту, потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом;
- забруднене взуття двічі протерти серветкою, змоченою в розчині одного з

дезінфекційних засобів.

Поверхні робочих столів наприкінці кожного робочого дня, а в разі забруднення кров'ю — слід негайно обробити дезінфекційним розчином.

Усі види використаних піпеток, пробірок, предметних скелець, гумових груш мають бути знезаражені в ємкостях із дезінфекційним розчином, а потім підлягають передстерилізаційному очищенню і стерилізації згідно з галузевим стандартом 42-21-2-85.

Медичні працівники, які за своєю професійною діяльністю мають контакт із кров'ю та її компонентами, підлягають обстеженню на наявність хронічного вірусного гепатиту В під час прийому на роботу, а потім — не рідше ніж один раз на рік. За наявності даного вірусу проводиться поглиблене клініко-лабораторне обстеження лікарем-інфекціоністом.

Тимчасово від роботи усуваються хірурги, урологи, гінекологи, стоматологи, операційні та процедурні медичні сестри, які мають порушення цілості шкірних покривів рук.

Якщо хворобу не встановлено, то медичні сестри повинні знати, пацієнти яких категорій можуть бути носіями вірусу. До них належать:

- пацієнти із недіагностованою жовтухою або захворюванням печінки;
- наркомани;
- повії;
- чоловіки-гомосексуалісти;
- особи з великим татуюванням;
- особи із синдромом Дауна;
- особи, які недавно прибули із тропічних і субтропічних країн;
- пацієнти із гемофілією і не обстежені пацієнти після переливання крові;
- пацієнти із захворюваннями нирок.

ЗАПОБІГАННЯ ПОШИРЕННЮ ІНФЕКЦІЇ

Оцінка ризику повинна враховувати всі можливі способи передавання інфекції: через колоті рани від зараженої голки; зараження за допомогою гострих інструментів у разі пошкодження шкіри; унаслідок укусів комах.

Діяльність щодо зниження ризику включає такі профілактичні заходи:

- безпечна і відповідно висока якість практичної роботи;
- дотримання універсальних запобіжних заходів;
- використання відповідного обладнання для особистого захисту;
- активна вакцинація осіб, схильних до ризику;
- обстеження і ліквідація наслідків факторів ризику.

Такі теми вводяться у відповідні програми навчання, яке слід проводити регулярно і постійно вдосконалювати. Програми заходів щодо зниження ризику потрібно всебічно оцінювати і контролювати в подальшому.

ДОТРИМУВАННЯ БЕЗПЕЧНОГО РЕЖИМУ РОБОТИ

Першим обов'язком працівників, що зазнають ризику, повинно бути забезпечення власної безпеки за допомогою використання непромокальних пов'язок, які накладають на місця порізів, саден, або на ділянках, уражених екземою тощо. Медпрацівники з обширними ушкодженнями на руках повинні пройти індивідуальну оцінку, перш ніж брати участь у процедурах. Усі працівники, що

зазнають ризику, повинні дотримуватись правил лікарні з питань використання захисного одягу. Потрібно чітко виконувати правила передавання гострих інструментів в операційних. Голки під час передавання мають завжди бути в голкотримачах, а не в руці, а гостроту леза ніколи не слід перевіряти, доторкаючись до нього рукою.

ЧИННИКИ СТРЕСУ В ОПЕРАЦІЙНІЙ

Медичні сестри, які працюють в операційній, зазнають помірної дії стресів. Специфічними чинниками стресу визнано:

- нетактовну, образливу поведінку лікарів;
- зіпсоване обладнання;
- відсутність розуміння потреби вдосконалення вузької спеціалізації медичних сестер, які пов'язані з роботою в операційній;
- порушення правил розміщення обладнання і неможливість знайти його в потрібний момент;
- невідповідність постачання медикаментів, перев'язувального матеріалу, білизни запитам роботи;
- наявність у бригаді несумлінних працівників;
- зниклі тампони або інструменти під час операції;
- зупинку серця або дихання пацієнта;
- забруднене в процесі оперативного втручання обладнання;
- недостатність розуміння адміністрацією необхідності використання в операційній спеціально підготовлених висококваліфікованих медичних сестер;
- перебіг в операційній декількох невідкладних станів.

Тести

1. Яка тривалість робочого дня встановлена для медичних працівників зайнятих у відділеннях рентгенодіагностики, судмедекспертизи:
А. 6 год
В. 5,5 год
С. 5 год
D. 4,5 год
2. В який термін з дня прийняття на роботу працівник повинен пройти навчання з охорони праці?
А. Не пізніше 1 року
В. Не пізніше 1 місяця
С. Не пізніше 1 тижня
D. В день прийняття на роботу
3. При виконанні нової роботи працівником безпосередній керівник повинен провести з ним:
А. Вступний інструктаж
В. Цільовий
С. Позаплановий
D. Первинний
4. При введенні в дію нової апаратури чи законодавчих актів з працівниками проводиться:
А. Вступний інструктаж

- В. Цільовий
 - С. Позаплановий
 - Д. Первинний
5. Кого, в першу пергу слід повідомити про нещасний випадок:
- А. Майстра цеху
 - В. Голову профспілкового комітету
 - С. Головного інженера
 - Д. Керівника підприємства, установи
6. Керівник, в першу пергу:
- А. Повідомляє власника
 - В. Профспілку
 - С. Фахівця з питань охорони праці
 - Д. Надає першу медичну допомогу
7. Виберіть одну з причин уражень електричним струмом:
- А. Порушення правил експлуатації електроустановок
 - В. Порушення санітарного режиму
 - С. Порушення правил внутрішнього розпорядку
 - Д. Збільшення вологості приміщення
8. Запобіжні клапани встановлюються на балони місткістю:
- А. Понад 20 л
 - В. Понад 50 л
 - С. Понад 100 л
 - Д. Понад 80 л
9. Де повинен бути вибитий номер балону:
- А. На верхній частині
 - В. Посередині балону
 - С. На нижній частині
 - Д. Непотрібно
10. При експлуатації балонів повністю виробити газ:
- А. Забороняється
 - В. Дозволяється
 - С. В окремих випадках
 - Д. 50% дозволяється
11. На які відстані від підлоги мають бути розміщені розетки:
- А. 2,4 см
 - В. 1,50 см
 - С. 1,60 см
 - Д. 1,80 см
12. Відносна вологість в операційній кімнаті повинна становити не менше:
- А. 50 %
 - В. 60 %
 - С. 70 %
 - Д. 80 %
13. Вакцинації проти гепатиту В підлягають медпрацівники які працюють в:
- А. Хірургічному відділенні

- В. Інфекційному
 С. Усі медпрацівники
 Д. Які мають контакт з кров'ю
14. Якщо контакт з кров'ю відбувся, необхідно:
 А. Видавити кров з рани
 В. Накласти пов'язку
 С. Обробити зеленкою уражене місце
 Д. Не обробляти уражене місце
15. Інфікування ВІЛ-інфекцію медпрацівників при виконанні професійних обов'язків класифікується як:
 А. Травмування
 В. Професійне захворювання
 С. Нещасний випадок
 Д. Катастрофа
16. При потраплянні шкідливих речовин у дихальні шляхи:
 А. Потерпілому дають пити води
 В. Дають пити молоко
 С. Виводять на свіже повітря
 Д. Зігрівають
17. Забір газу з балону
 А. Проводять у закритому приміщенні
 В. При доступі повітря
 С. Через редуктор
 Д. За допомогою шлангу
18. Захист медпрацівника при заборі крові з вени:
 А. Маска, халат, бахали, фартух
 В. Маска, рукавички, окуляри, поліетиленовий фартух
 С. Щиток, халат, рукавиці, бахали
 Д. Маска, рукавиці, халат
19. З яким інтервалом протирають фартух у разі попадання біоматеріалу?
 А. 10 хв
 В. 15 хв
 С. 7 хв
 Д. 20 хв
20. Основні правила захисту медпрацівників від інфекції:
 А. Гігієна рук, використання засобів захисту
 В. Уникання проколів, порізів рукавичок і рук
 С. Інформація про конкретні джерела інфекції
 Д. Вірні всі варіанти

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
С	Д	С	С	Д	Д	А	В	А	А
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
С	В	Д	А	В	С	С	В	В	Д

Література

І.В.Кочін, Г.О.Черняков, В.Є Букін, О.М.Савчук, “Охорона праці та безпека життєдіяльності населення у надзвичайних ситуаціях”. Київ, “Здоров’я”, 2005 р.

Тема: «Обстеження пацієнта медичною сестрою»

Актуальність теми:

Правильно лікувати хворого, запобігати ускладненням, загостренням та рецидивам хірургічних хвороб можна лише тоді, коли хвороба своєчасно і правильно розпізнана.

Виявити хворобу можна лише тоді, коли пацієнт обстежений планомірно, методично, всебічно і уважно.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен

Знати:

- суб’єктивні та об’єктивні методи обстеження пацієнта.
- лабораторні та інструментальні (рентгенологічні, ендоскопічні, ультразвукові, радіоізотопні, методи функціональної діагностики) методи дослідження.

Вміти:

- встановити проблеми (наявні чи потенційні) пацієнта, сестринський діагноз, заповнити листок сестринського оцінювання стану пацієнта.
- проводити аналіз даних суб’єктивного й об’єктивного методів обстеження пацієнта,
- підготувати пацієнта до додаткових методів дослідження;
- правильно взяти матеріал для лабораторних досліджень та транспортувати його до лабораторії;
- виконувати нескладні лабораторні дослідження (експрес-методами).

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Поняття проблема	Визначення	.
Категорії проблем	Перерахувати	
Типи проблем	Перерахувати	
Сестринський діагноз	Приклад сестринського діагнозу	
Методи сестринського обстеження пацієнтів	Перерахувати	
Додаткові методи дослідження	Перерахувати	
Лист сестринської оцінки стану пацієнта	Перерахуйте що оцінює м/с при заповненні листа сестринської оцінки стану пацієнта	

Карта ООД

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
ВИВЧИТИ: Ретельний збір та аналіз скарг. Збирання анамнезу захворювання. Збирання анамнезу життя. Методи об'єктивного обстеження. - огляд	НАЗВАТИ (ВКАЗАТИ): Ретельний збір та аналіз скарг. Збирання анамнезу захворювання. Збирання анамнезу життя. Методи об'єктивного обстеження.	

- пальпація - перкусія - аускультация. Додаткові методи обстеження: - лабораторні - інструментальні - апаратні Особливості обстеження хірургічного хворого (місцевий статус).	- огляд - пальпація - перкусія - аускультация. Додаткові методи обстеження: - лабораторні - інструментальні - апаратні Особливості обстеження хірургічного хворого (місцевий статус).	
---	--	--

Схема історії хвороби.

Суб'єктивне обстеження хворого.

1. Знайомство з хворим.
2. Заповнення паспортної частини історії хвороби.
3. Виявлення скарг хворого.
4. Виявлення даних історії даного захворювання.
5. Виявлення даних анамнезу життя пацієнта.
6. Опитування хворого по органах і системах.

Проведення огляду хворого.

I. ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО.

1. ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРОГО: ЗАДОВІЛЬНИЙ, СЕРЕДНЬОЇ ВАЖКОСТІ, ВАЖКИЙ, ДУЖЕ ВАЖКИЙ.
2. ПОЛОЖЕННЯ ХВОРОГО: АКТИВНЕ, ПАСИВНЕ, ВИМУШЕНЕ.
3. СТАН СВІДОМОСТІ: ЯСНА, СТУПОР, СОПОР, НЕПРИТОМНІСТЬ, КОМА, ГАЛЮЦИНАЦІЇ.
4. ТИП КОНСТИТУЦІЇ: НОРМОСТЕНІЧНИЙ, АСТЕНІЧНИЙ.
5. ШКІРА: КОЛІР, ДІЛЯНКИ ГІПЕРПІГМЕНТАЦІЇ, ДЕПІГМЕНТАЦІЇ, ЕЛАСТИЧНІСТЬ, ВОЛОПІСТЬ, ВИСИПАННЯ, РУБЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ, ПОСТТРАВМАТИЧНІ, ТРОФІЧНІ ВИРАЗКИ, НАБРЯКИ.
6. РОЗВИТОК ПІДШКІРНОЇ ОСНОВИ: НОРМАЛЬНИЙ, ПІДВИЩЕНИЙ, ПОНИЖЕНИЙ, КАХЕКСІЯ.

II. ОГЛЯД ОКРЕМИХ СИСТЕМ І ОРГАНІВ.

1. ОГЛЯД ГОЛОВИ: А) ВИРАЗ ОБЛИЧЧЯ;

Б) ОЧІ: ЕКЗОФТАЛЬМ, ЕНДОФТАЛЬМ.;

В) ПОВІКИ: НАБРЯК, ПТОЗ, КСАНТОМИ, КСАНТЕЛАЗМИ;

Г) СКЛЕРИ: КОЛІР;

Ґ) ЗІНИЦІ: МІОЗ (ЗВУЖЕННЯ), МІДРІАЗ (РОЗШИРЕННЯ), РЕАКЦІЯ НА СВІТЛО (ЖИВА, В'ЯЛА, ВІДСУТНЯ);

Д) НІС: ВЕЛИЧИНА, КОЛІР;

Е) ВУХА: КОЛІР;

Є) ВОЛОССЯ: КОЛІР, ЛОМКІСТЬ, БЛИСК;

Ж) ПОРОЖНИНА РОТА: ГУБИ (КОЛІР СЛИЗОВОЇ, ВОЛОГІСТЬ),

ЯСНА (КОЛІР, НАБРЯКИ), ЗУБИ (ЗДОРОВІ, КАРІОЗНІ, ВІДСУТНІ),

ЯЗИК (ВЕЛИЧИНА, КОЛІР, ОБКЛАДЕНИЙ, СОСОЧКИ ЯЗИКА),

МИГДАЛИКИ (ГІПЕРТРОФОВАНІ, АТРОФОВАНІ, ГНІЙНІ ПРОБКИ).

2. ОГЛЯД ШИЇ: ФОРМА, ПУЛЬСАЦІЯ СУДИН, ЩИТОПОДІБНА ЗАЛОЗА, ВИДИМІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ.

3. ОГЛЯД ГРУДНОЇ КЛІТКИ: А) ФОРМА (НОРМОСТЕНІЧНА, ГІПЕРСТЕНІЧНА, АСТЕНІЧНА.);

Б) СИМЕТРИЧНІСТЬ ОБОХ ПОЛОВИН;

В) МІЖРЕБЕРНІ ПРОМІЖКИ (ЗАПАДІННЯ)

Г) ПАТОЛОГІЧНІ ТИПИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ (ПАРАЛІТИЧНА, ЕФІЗЕМАТОЗНА, РАХІТИЧНА, ЛІЙКОПОДІБНА);

Г) ПАТОЛОГІЧНІ ФОРМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ЗУМОВЛЕНІ ВИКРИВЛЕННЯМ ХРЕБТА (СКОЛЮТИЧНА, КІФОТИЧНА, ЛОРДОТИЧНА);

Д) ЧИСЛО ДИХАНЬ ЗА ОДНУ ХВИЛИНУ (ТАХІПНОЕ, БРАДИПНОЕ);

Е) ЗАДИШКА (ЕКСПІРАТОРНА, ІНСПІРАТОРНА, ЗМІШАНА);

Є) ТИП ДИХАННЯ (ГРУДНИЙ, ЧЕРЕВНИЙ, ЗМІШАНИЙ);

Ж) ПАТОЛОГІЧНІ ТИПИ ДИХАННЯ (ЧЕЙН–СТОКСА, БЮТА, ГРОККА, КУССМАУЛЯ).

4. ОГЛЯД ДІЛЯНКИ СЕРЦЯ : НАЯВНІСТЬ СЕРЦЕВОГО ГОРБА, ПУЛЬСАЦІЯ В ДІЛЯНЦІ СЕРЦЯ, РОЗШИРЕННЯ ВЕН В ДІЛЯНЦІ СЕРЦЯ.

5. ОГЛЯД ЖИВОТА :

А) ФОРМА (ЗМІНА ФОРМИ ЖИВОТА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛОЖЕННЯ ХВОРОГО, СИМЕТРИЧНІСТЬ ЖИВОТА);

Б) УЧАСТЬ В АКТІ ДИХАННЯ;

В) НАЯВНІСТЬ ГРИЖІ, ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РУБЦІВ;

Г) РОЗШИРЕННЯ ПІДШКІРНИХ ВЕН ЖИВОТА;

Г) ПУЛЬСАЦІЯ В ЕПІГАСТРАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ;

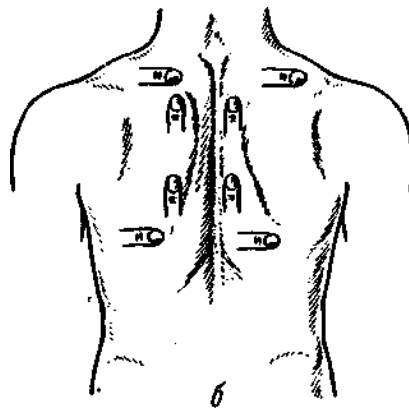
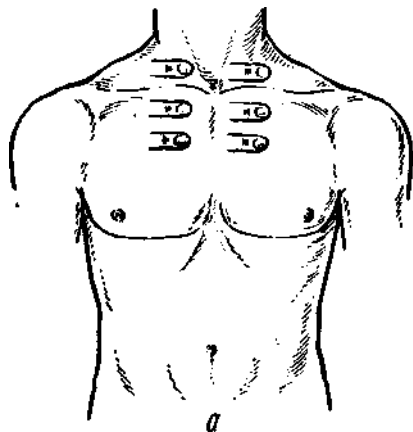
Д) ВИДИМА ПЕРИСТАЛЬТИКА ШЛУНКА, КИШОК.

6. ОГЛЯД КІСТКОВО-М'ЯЗЕВОЇ СИСТЕМИ:

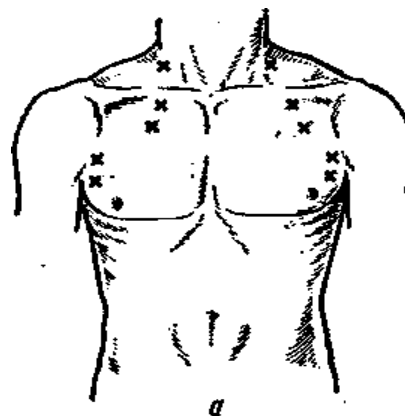
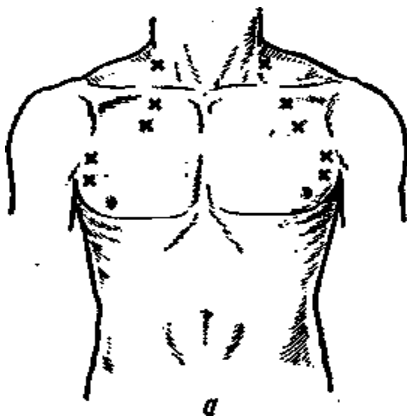
А) КІНЦІВКИ :ПРОПОРЦІЙНІСТЬ ЇХ РОЗМІРІВ, ВИКРИВЛЕННЯ;

Б) СТАН М'ЯЗІВ КІНЦІВОК ДОБРИЙ, ПОМІРНИЙ, СЛАБКИЙ, АТРОФІЯ, ГІПЕРТРОФІ);

В) СУГЛОБИ : НОРМАЛЬНА КОНФІГУРАЦІЯ, ДЕФОРМАЦІЯ, НАБРЯКИ СУГЛОБІВ, СТАН ШКІРИ НАД СУГЛОБАМИ, АМПЛІТУДА РУХІВ.



ПОРІВНЯЛЬНА ПЕРКУСІЯ: а-СПЕРЕДУ; б-ЗЗАДУ
МІСЦЯ ВИСЛУХОВУВАННЯ ЛЕГЕНЬ: а- СПЕРЕДУ ; б-ЗЗАДУ



Проведення пальпації.

1. **ВОЛОГІСТЬ ШКІРИ** — ПІДВИЩЕНА, ЗНИЖЕНА.
2. **ТУРГОР ШКІРИ** -- ЗНИЖЕНИЙ
3. **ТОВЩИНА ПІДШКІРНО- ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ** — ЗБІЛЬШЕНА, ЗМЕНШЕНА
4. **ПЕРЕФИРИЧНІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ:** ШИЙНІ, НАДКЛЮЧИЧНІ, ПАХОВІ, ПАХОВІ (ВЕЛИЧИНА, ФОРМА, БОЛЮЧІСТЬ, РУХОМІСТЬ).
5. **ПУЛЬС:** РИТМ, ЧАСТОТА, НАПОВНЕННЯ, НАПРУЖЕННЯ, ВЕЛИЧИНА.
6. **ГРУДНОЇ КЛІТКИ** — ЛОКАЛЬНА БОЛЮЧІСТЬ, ШИРИНА МІЖРЕБРНИХ ПРОМІЖКІВ, ГОЛОСОВЕ ТРЕМТІННЯ (ПОСИЛЕНЕ, ПОСЛАБЛЕНЕ), ШУМ ТЕРТЯ ПЛЕВРИ, ВЕРХІВКОВИЙ ПОШТОВХ.
7. **ЖИВОТА** – **А) ПОВЕРХНЕВА** – НАПРУЖЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, БОЛЮЧІСТЬ, НАЯВНІСТЬ ПУХЛИН, АСЦИТУ; **Б) ГЛИБОКА** - ХАРАКТЕР ПОВЕРХНІ, ВЕЛИЧИНА, ФОРМА ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, РУХЛИВІСТЬ, БОЛЮЧІСТЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Проведення глибокої пальпації органів живота за Образцовим-Стражеско.

А) Пальпація сигмоподібної кишки.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ. Пальці кладуть в лівій здухвинній ділянці на межі середньої і зовнішньої третини лінії, що з'єднує пупок з передньо-верхнім відростком клубової кістки, паралельно довжині сигмоподібної кишки.

ДРУГИЙ МОМЕНТ - під час вдиху хворого поверхневим рухом пальців правої руки в напрямку до пупка утворюють шкірну складку.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ - під час видиху пальці плавно занурюють в черевну порожнину.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ - досягнувши задньої черевної стінки, ковзають по ній перпендикулярно довжині сигмоподібної кишки в напрямку від пупка до передньо-верхнього відростка клубової кістки / ліктьовий край мізинця разом з ліктьовим краєм нігтьової фаланги четвертого пальця правої руки перекочується через сигмовидну кишку/. Сигмоподібна кишка не пальпується: при метеоризмі, у повних людей, при надмірній рухомості кишки.

Характеристики сигмоподібної кишки в нормі: гладкий, щільний циліндр товщиною у великий або вказівний палець хворого, не болісний при пальпації, без бурчання, зміщується в ту чи іншу сторону в межах 3-5см.

Б) ПАЛЬПАЦІЯ СЛІПОЇ КИШКИ.



Сліпа кишка розміщена в правій здухвинній ділянці, на межі середньої і зовнішньої третини лінії, що з'єднує пупок з передньо-верхньою вістю клубової кістки.

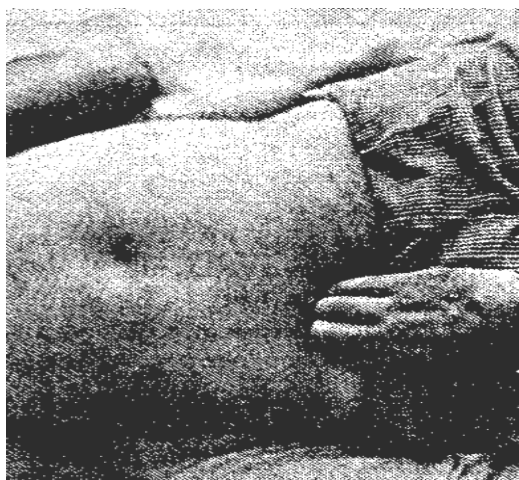
ПЕРШИЙ МОМЕНТ. Долоню кладуть на праву клубову ділянку так, щоб лінія напівзігнутих складених пальців правої руки йшла паралельно довжині сліпої кишки. Основа кисті направлена до латерального відділу живота.

ДРУГИЙ МОМЕНТ - зміщення шкіри в напрямку до пупка поверхневим рухом пальців і утворення складки.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ – занурення пальців в черевну порожнину на відосі до задньої стінки живота.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ – ковзні рухи зігнутих пальців по задній черевній стінці перпендикулярно довжині кишки. При цьому пальці перекочуються по сліпій кишці, яка відчувається у 80-85% випадків у вигляді

гладкого помірно щільного, злегка рухомого(2-2,5см), не болючого циліндра шириною 3-4см, який бурчить при натискуванні на нього.



В) ПАЛЬПАЦІЯ КІНЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЗДУХВИННОЇ КИШКИ.

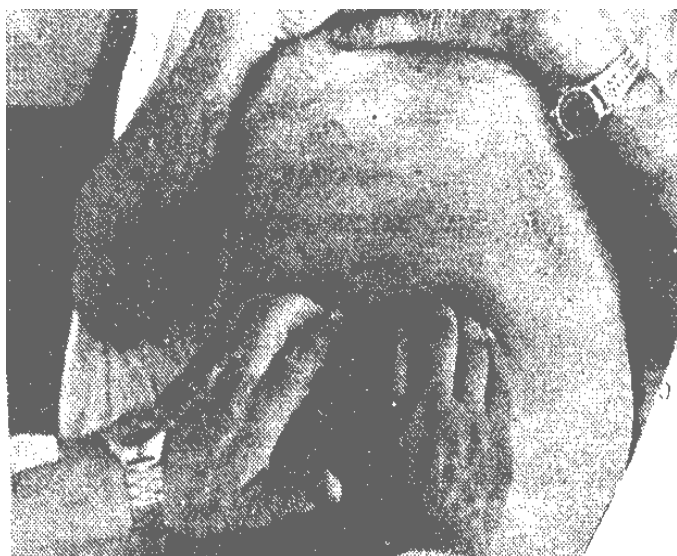
ПЕРШИЙ МОМЕНТ - напівзігнуті пальці правої руки ставлять паралельно довжині кишки / пальці кладуть трошки нижче linea interspinalis на межі між зовнішньою і середньою третиною цієї лінії/.

ДРУГИЙ МОМЕНТ -під час вдиху хворого поверхневими рухами пальців вгору утворюють шкірну складку.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ - під час видиху занурюють пальці в черевну порожнину притискають кінцевий відрізок здухвинної кишки до задньої

черевної стінки.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ - зісковзують напівзігнутими пальцями з кінцевого відрізка здухвинної кишки.



Червоподібний відросток сліпої кишки пальпується в 10% випадків вище або нижче кінцевого відрізка клубової кишки або паралельно йому, у вигляді тонкого неболючого циліндрика товщиною 1.1-1.5см без урчання.

Г) ПАЛЬПАЦІЯ ВИСХІДНОЇ ТА НИСХІДНОЇ ЧАСТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ.

При пальпації використовують бімануальну пальпацію. Кисть лівої руки підкладають під ліву, а потім і праву половини поперекової ділянки.

Напівзігнуті і зімкнуті разом пальці

правої руки розміщують в правій і лівій боковій ділянці живота, по краю прямого м'яза живота, паралельно кишці, у місці її переходу в сліпу або сигмоподібну кишку. Пальцями правої руки проводять за загальними правилами пальпацію до виникнення відчуття дотику з лівою рукою і ковзають назовні перпендикулярно осі кишки.

Г) ПАЛЬПАЦІЯ ПОПЕРЕЧНОЇ ДІЛЯНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ.

Кишка пальпується у вигляді горизонтального циліндра в мезогастральній ділянці вище пупка у 70% випадків. Поклавши обидві руки із напівзігнутими пальцями по бокам білої лінії живота і відсунувши шкіру дещо вгору, поступово занурюють руки на видосі до дотику із задньою стінкою живота. Дійшовши до задньої стінки, ковзають по ній до низу і у випадку пальпування кишки знаходять її у вигляді дугоподібного поперечного циліндра помірної щільності, товщиною 2-2,5см, що переміщується вгору і вниз, без урчання, не болючого.

Д) ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛОЖЕННЯ НИЖНЬОЇ МЕЖІ ШЛУНКА.

Метод перкуторної пальпації базується на визначенні нижньої межі шлунка за шумом плеску, який виникає тільки при одночасному знаходженні в шлунку газу і рідини.

Хворий лежить на спині. Ліктьовим краєм лівої кисті натискають на ділянку мечеподібного відростка для того щоб газ, що знаходився в шлунку розмістився попереду рідини. Шум плеску викликається швидким постукуванням чотирма напівзігнутими пальцями правої руки по стінці живота. При цьому шкіру трохи відсувають вгору і пальці не забирають від поверхні живота під час коротких поштовхів. Цей метод дозволяє судити про евакуаторну функцію шлунка. У здорових людей шум плеску викликається тільки після прийому рідини. Якщо він визначається через 7-8 год після останнього прийому рідини – це вказує на зниження евакуаторної здатності (стеноз вороторя).

Е) ПАЛЬПАЦІЯ ШЛУНКА.

Велику кривизну шлунка треба шукати по обидва боки від середньої лінії тіла на 2-3 см вище пупка. Досліджуючий чотирма складеними і напівзігнутими пальцями правої руки відтягує шкіру живота вгору на вдосі хворого, натискаючи на шкіру передньої черевної стінки.

Під час видиху пацієнта кінчики пальців зануряють в черевну порожнину і досягнувши хребта ковзають ними зверху вниз.

Велика кривизна шлунка визначається у вигляді валика, що лежить на хребті і по боках від нього. Якщо валик не промацується, зміщують пальці вище або нижче і кожен раз проробляють те ж саме, поки велика кривина не буде виявлена.

Тим же способом, але дещо вище промацується при опущенні шлунка і мала кривизна, яка також визначатиметься у вигляді валика, що проходить поперечно по хребту. Велику кривизну шлунка у здорових людей вдається промацати в 50-60% випадків, а малу кривизну - при опущенні шлунка.

Є) ПАЛЬПАЦІЯ ПЕЧІНКИ.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ - лівою рукою охоплюють нижній відділ правої половини грудної клітки, щоб обмежити її рухомість. Праву руку кладуть на ділянку правого підребір'я, перпендикулярно до краю печінки між правою парастернальною і передньою підпахвинною лініями. Середній палець знаходиться приблизно на правій середньо-ключичній лінії. Пальці розміщують на 1-2 см нижче нижньої межі печінки, знайденої при перкусії.

ДРУГИЙ МОМЕНТ - кінчиками пальців правої руки на вдосі злегка натискають на черевну стінку (не глибше ніж на 2-3 см).

ТРЕТІЙ МОМЕНТ - просять хворого зробити глибокий вдих. При цьому нижній край печінки сковзаючи вниз, попадає в штучне заглиблення утворене черевною стінкою і виявляється спереду нігтьових поверхонь фаланг. Під впливом подальшого скорочення діафрагми нижній край обходить пальці і висковзує з-під них, опускаючись далі вниз. Рука досліджувачого весь час залишається нерухомою. Пальпація поверхні печінки: 4 пальці правої руки кладуть на ділянку правого підребір'я і промацують всю доступну поверхню печінки.

Ж) ПАЛЬПАЦІЯ СЕЛЕЗІНКИ.

Пальпація проводиться в горизонтальному положенні хворого на спині або на правому боці.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ – ліву руку кладуть на ліву половину грудної клітки в ділянці УП - Х ребра і злегка натискають на неї. Цим досягається фіксація грудної клітки і збільшується дихальна екскурсія лівого куполу діафрагми. Права рука зі злегка зігнутими в останньому фаланговому суглобі пальцями кладеться перпендикулярно реберному краю в ділянці хребра.

ДРУГИЙ МОМЕНТ - кінчиками пальців правої руки на видосі злегка натискають на черевну стінку і просять хворого зробити глибокий вдих.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ - нижньопередній край селезінки попадає в заглиблення черевної стінки і опускаючись при вдосі висковзує з нього, обходячи кінці пальців. В нормі селезінка не пальпується. Якщо нижній край селезінки знаходиться біля краю реберної дуги, то вважається, що вона збільшена в 1,5 рази.

3) ПАЛЬПАЦІЯ НИРОК.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ – ліву руку підводять під поперекову ділянку нижче рівня ХП ребра, при цьому пальці складені разом. При пальпації правої нирки ліва рука лежить справа від хребта, а при пальпації лівої нирки ліву руку кладуть далі, поки кінці пальців не досягнуть лівої бокової поверхні тулуба. Праву руку кладуть на ділянку правого або лівого флангів назовні від прямого м'язу живота так, щоб кінці злегка зігнутих пальців знаходились біля реберної дуги.

ДРУГИЙ МОМЕНТ - зближення рук. Під час кожного видиху поступово занурюють кінці пальців правої руки в черевну порожнину до задньої стінки до відчуття дотику з пальцями лівої руки. Одночасно ліва рука припіднімає поперекову ділянку вперед і, відповідно, наближає нирку до пальців правої руки.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ - в той момент, коли пальці рук зблизились, хворому пропонують зробити глибокий вдих. У випадку коли нирка виявиться доступною для пальпації - на висоті вдиху нижній полюс опуститься і підійде під пальці правої руки. В нормі нирки не пальпуються.

8. Пальпація кісток і суглобів.

9. Лабораторні обстеження.

10. Дані додаткових методів обстеження.

11. Попередній діагноз.

• Матеріали для самоконтролю:

1. На що треба звертати увагу при збиранні та аналізу скарг?
2. На що треба звертати увагу при збиранні анамнезу життя та хвороби?
3. Що таке пальпація?
4. Що таке перкусія?
5. Що таке аускультация?
6. Які ви знаєте додаткові методи обстеження:
 - лабораторні
 - інструментальні
 - апаратні
7. Які особливості обстеження хірургічного хворого (місцевий статус)?

Тести до теми: “Обстеження пацієнта медичною сестрою ”

1. Які методи об'єктивного обстеження найчастіше використовуються при захворюванні органів черевної порожнини?

- A. Пальпація
- B. Перкусія, аускультация
- C. Ультразвукова діагностика
- D. R- графія органів черевної порожнини
- E. Цистоскопія

2. Які методи інструментального обстеження використовуються при захворюванні нирок?

- A. Пальпація
- B. Аускультация
- C. Перкусія
- D. Ультразвукова діагностика
- E. Цистоскопія

3. Як правильно збирається анамнез, коли хворого розпитують в такій послідовності?

- A. Анамнез життя
- B. Анамнез захворювання
- C. Скарги
- D. Спадковість
- E. Огляд

4. Які методи інструментального дослідження використовуються при захворюванні шлунка?

- A. Пальпація
- B. Аускультация
- C. Цистоскопія
- D. Ультразвукова діагностика
- E. Фіброгастроскопія

Задачі

1. Хворий звернувся зі скаргами на біль в правій здухвинній ділянці, повторну блювоту. Температура тіла 37,3гр. С. Симптоми подразнення очеревини позитивні. У хворого попередньо діагностований гострий апендицит. Які методи лабораторного обстеження потрібно застосувати у хворого?

2. Хворий звернувся зі скаргами на біль в правому підребер'ї з ірадіацією у спину, гіркоту в роті, нудоту, блювання. При об'єктивному обстеженні виявляється іктеричність склер, жовтяничність шкірних покривів. При пальпації з'являється біль у правому підребер'ї в епігастральній ділянці. Спостерігається напруження м'язів черевної стінки, збільшений та болючий жовчний міхур. У хворого попередньо діагностовано гострий холецистит. Які апаратні методи можна застосувати?

3. Хворий звернувся зі скаргами на втрату ваги, відсутність апетиту, затруднене дихання, нутужний кашель, швидку втомлюваність. При об'єктивному обстеженні: хворий блідий, шкірні покриви іктеричні. При аускультції: в правій половині грудної клітини в середніх відділах дихання відсутнє. При перкусії притуплення легеневого звуку. У хворого попередньо діагностували рак легенів. Які інструментальні методи можна застосувати?

4. Хворий звернувся зі скаргами на блювоту “кавовою гущею”, біль в епігастральній ділянці. Хворий страждає виразкою шлунка 2 роки. Які інструментальні методи дослідження можна використовувати при шлунковій кровотечі?

5. Хворий скаржиться на біль внизу живота та часте і болюче сечовиділення з домішками крові. Які інструментальні методи можна використати для діагностики захворювання?

Еталони відповідей:

1	2	3	4
A	D	C B A	E

1. Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, цукор крові, аналіз калу на яйця глистів, біохімічне обстеження крові, коагулограма, група крові та рузус-фактор.
2. УЗД, ексреторна холецистографія.
3. Оглядову рентгенографію ОГК, бронхоскопію з біопсією, бронхографію.
4. Езофагогастродуоденоскопію.
5. УЗД, цистоскопію.

Питання на систематизацію та закріплення матеріалу:

1. Якою мовою необхідно спілкуватися з пацієнтом?
2. Що таке «ятрогенія»?
3. Скільки існує етапів сестринського процесу?
4. Назвіть основний вуглевод людського організму.
5. Нічний сон – це активний чи пасивний відпочинок?
6. Що може бути джерелом стресу?
7. Запропонуйте заходи профілактики стресу.
8. Як називається I етап сестринського процесу?
9. На якому етапі сестринського процесу планується обсяг сестринських втручань?
10. Скільки годин на добу людина повинна спати?
11. Що таке пальпація, її діагностичне значення?
12. Що таке перкусія, її діагностичне значення?
13. Що таке аускультация, її діагностичне значення?
14. Що таке антропометрія, її діагностичне значення?
15. Які методи дослідження відносяться до лабораторних?

16. Які методи дослідження відносяться до інструментальних?

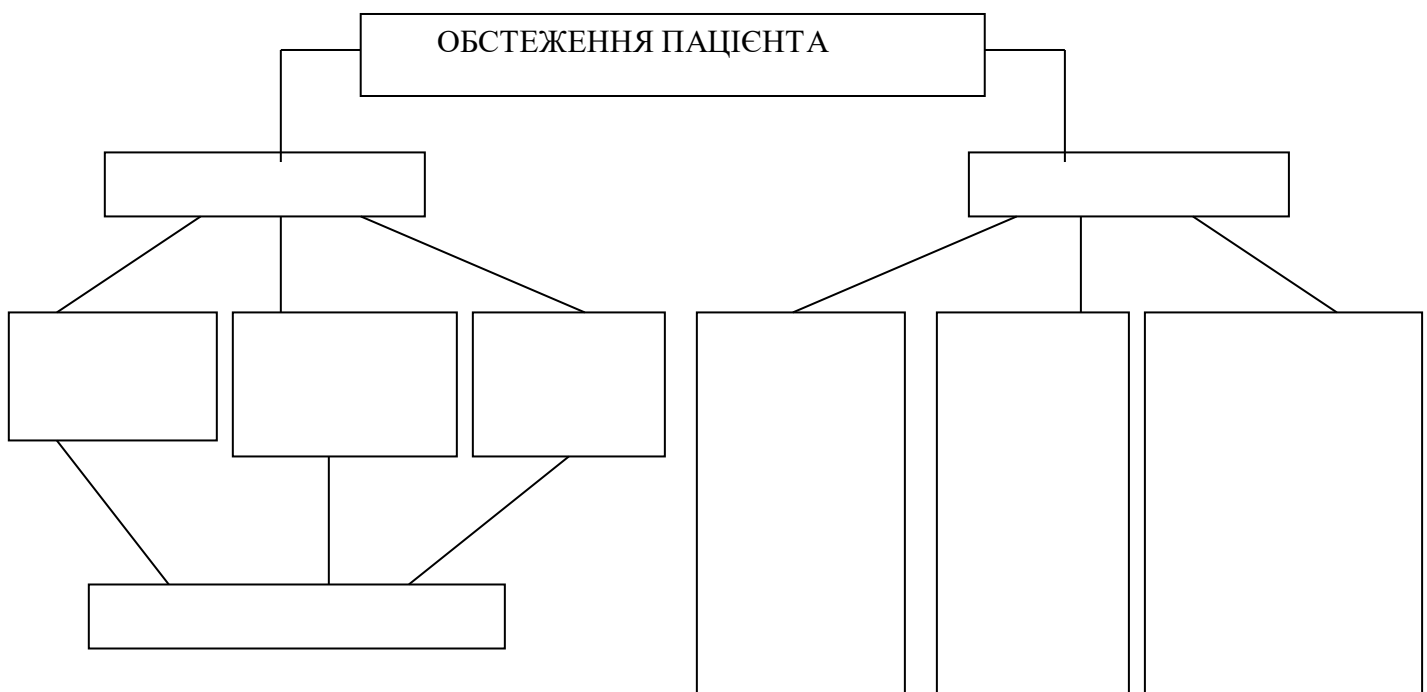
17. Яку інформацію можна отримати із загального аналізу крові?

18. В чому полягає підготовка хворого до урографії?

19. Як правильно здійснити забір крові на бактеріологічне дослідження?

20. Яку документацію повинна оформити медична сестра приймального відділення при госпіталізації

Заповніть схему «Обстеження хірургічного хворого»



Тема: «Профілактика хірургічної інфекції в діяльності медичної сестри»

Актуальність теми: відкриття Д. Лістером в 1867 році антисептичного методу здійснило революцію в хірургії, що дало можливість виділити два етапи розвитку – до антисептичний та антисептичний. На сьогоднішній день незнання антисептичного методу є несумісним не лише з хірургічною спеціальністю, але взагалі з медичною наукою, вдосконалення його залишається однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Антисептика- єдиний лікувально-профілактичний комплекс заходів, спрямованих на зменшення кількості мікробів в рані, зниження їхньої життєздатності, небезпеки проникнення в навколишні тканини і інші середовища організму, а також зняття інтоксикації, підвищення імунобіологічної активності хворого організму, його реактивності

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен:

Знати:

- визначення поняття антисептика;
- види антисептики та класифікацію їх;
- класифікацію антисептиків

Вміти:

- організувати забезпечення профілактики ранової інфекції під час проведення хірургічних операцій та досліджень.
- застосувати всі види антисептики та знищення мікробів у рані, тканинах, порожнинах, тощо.
- застосування різні види антисептики в практичній роботі.
- готувати дезрозчини

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.

У XIX ст. хірурги ще не мали уявлення про антисептику. У 1868 р. французький лікар Д. Лістер прочитав лекцію, яка справила значний вплив на тодішній стан хірургії, та опублікував її в часописі «Огляд наукових течій». У лекції автор висвітлив питання проникнення мікроорганізмів у гнійні вогнища організму людини та боротьби з ними.

За 5 років до цього молодий учений видав свою першу статтю «Про новий спосіб лікування ускладнених переломів, нарізів і т. ін.». Наступна праця мала назву «Про антисептичний принцип у хірургічній практиці (керівництво для

хірургів)», де Д. Лістер спирався на роботи Л. Пастера стосовно бродіння для розроблення питань боротьби з госпітальними ускладненнями.

Експерименти і висновки великого хіміка утвердили думку Д. Лістера щодо гниття та бродіння, як схожих процесів, які розвиваються внаслідок життєдіяльності мікроорганізмів.

Л. Пастер узяв ємкість з бульйоном, щільно закрит, відсмоктавши з неї все повітря. У такому стані бульйон залишався свіжим дуже довго. Але коли ємкість відкрили, рідина одразу почала гнити.

Тіло людини — це описана вище герметична ємкість. Воно здорове, доки в нього не проникли мікроорганізми із зовнішнього середовища. Але варто лише пошкодити шкіру і відкрити доступ мікроорганізмам усередину, як вони почнуть розвиватися і розмножуватися, спричиняючи хворобу. Саме це стає причиною запалення, гангрені, післяопераційної гарячки. Саме це зумовлює гнильний запах у хірургічних клініках. Саме з цієї причини закриті переломи загоюються швидше, ніж відкриті.

Не дозволити інфекції проникнути до організму людини — ось завдання хірургії, яке Д. Лістер сформулював так: «Треба навчитися знешкоджувати мікроорганізми ще до того, як вони почнуть розвиватись у тілі людини, знешкоджувати їх у повітрі операційної».

З цією метою Д. Лістер вирішив застосувати карболову кислоту. Він став поливати рани слабким розчином цієї кислоти та просякувати нею пов'язки. В операційній кімнаті він розпилював розчин кислоти з пульверизатора, утворюючи карболовий туман. Лікаря та його помічникам було важко дихати та працювати у такому тумані, але інфекція відступала. Після використання карболової кислоти кількість смертельних випадків у цій клініці значно зменшилася.

Колеги-недрузи з глузуванням називали метод Д. Лістера «карболовим морем». Вони звинуватили вченого в тому, що він поливає карболовою кислотою і без того ушкоджені тканини. Але минуло 2 роки, і з 40 зроблених ампутацій 34 закінчилися повним одужанням.

«Карболове море» почали застосовувати в інших клініках. Це дало змогу розширити показання до хірургічного втручання. Змінилося обладнання тих операційних, де використовували антисептику. З часом лістерівська антисептика завоювала світ.

Контрольні запитання

1. Назвіть статті Д. Лістера, які вплинули на розвиток хірургії.
2. На чій роботі спирався Д. Лістер, обґрунтовуючи необхідність боротьби з госпітальними ускладненнями? Чому?
3. Які висновки зробив Д. Лістер щодо профілактики інфекції у лікарнях?
4. Які нововведення застосовував Д. Лістер в операційній палаті?

Ситуаційна задача

«Треба навчатися знешкоджувати мікроорганізми ще до того, як вони почнуть розвиватись у тілі людини, знешкоджувати їх у повітрі операційної»

— так сказав Д. Лістер. Що мав на увазі видатний французький учений? Які ви знаєте сучасні погляди на цю проблему? Розкажіть про них детальніше.

Еталон відповіді. Д. Лістер розпилював розчин карболової кислоти в операційній пульверизатором, утворюючи карболовий туман. Даний метод викликає бронхіти у членів операційної бригади, тому з часом від нього відмовилися. Тепер використовують опромінення операційної бактеріцидними (кварцовими) лампами.

Проблема профілактики та лікування хірургічних захворювань у сучасних умовах надзвичайно актуальна. Боротьба з інфекцією в лікувальних закладах є дуже складною справою. У хірургічних відділеннях з'явилися стійкі штами мікроорганізмів до антимікробних препаратів. ВЛІ ускладнює післяопераційний період. Найважливіші збудники хірургічної інфекції — стафілокок і колібацилярна інфекція, які зазвичай виявляють на шкірі, волоссі, у дихальних шляхах. Ці мікроорганізми легко потрапляють у післяопераційну рану організму, захисні сили якого значно ослаблені. Одним із методів запобігання ВЛІ є *асептика* — метод запобігання інфікуванню операційних ран, знезаражування операційного поля і всіх предметів, що контактують із ранною. Асептичний метод проведення хірургічних втручань є основним і загальноновизнаним у сучасній хірургії. Він надійно запобігає інфікуванню під час здійснення хірургічних втручань і лікування ран. Асептика має дві основні мети:

- 1) захист організму хворого та рани зокрема від контакту із зовнішнім бактеріально забрудненим середовищем;
- 2) знищення мікроорганізмів за допомогою фізичних, хімічних, механічних та біологічних методів на всьому, що може стикатися з ранною хворого, а також на предметах, які можуть стати джерелом поширення ВЛІ.

Збудники ВЛІ можуть поширюватися повітряно-краплинним, контактним та імплантаційним шляхами. Основні чинники передачі інфекції — повітря, руки, білизна, перев'язувальний матеріал, інструментарій, апаратура тощо.

Повітряно-краплинна інфекція потрапляє в рану з повітря у разі порушення правил асептики в операційному блоці, перев'язувальних, зі слиною під час розмови, кашлю, чхання. Навіть під час негучної розмови крапельки слини з рота можуть розлітатися на 1,5—2 м, а під час голосної, збудженої — ще далі. Профілактика краплинної інфекції має надзвичайно велике значення, бо в ротовій і носовій порожнинах і глотці містяться різні мікроорганізми, зокрема патогенні, нерідко стійкі до антибіотиків. Щоб запобігти забрудненню повітря і ран краплинною інфекцією, працівники хірургічного відділення повинні носити маски; забороняються зайві розмови, не допускаються в операційну хворі на грип або гострі респіраторні вірусні інфекції. Увесь персонал хірургічного відділення повинен періодично проводити санацію ротової та носової порожнин і глотки. Враховуючи це, слід старанно опромінювати повітря бактеріцидними лампами, своєчасно та ретельно прибирати, провітрювати та дезінфікувати операційні, суворо дотримувати правил

поведінки в операційному блоці. Обов'язковим є носіння спеціальної білизни та бахіл. Необхідно систематично проводити бактеріологічний контроль для визначення ступеня забруднення повітря.

Контактна інфекція — це один із способів інфікування рани. Занесення інфекції в рану відбувається за допомогою різних предметів, які контактують з раною (рукавички, інструменти, перев'язувальний матеріал тощо).

Імплантаційна інфекція може передаватися під час імплантації органів, будь-якого оперативного втручання (із шовним матеріалом, донорськими органами). Профілактика ВЛІ полягає в стерилізації всього, що взаємодіє з раною, проводиться перед і під час операцій, перев'язок, ін'єкцій тощо.

Контрольні запитання

1. Перерахуйте основні збудники ВЛІ.
2. Назвіть основні чинники передачі ВЛІ.
3. Які заходи зменшують мікробне обсіменіння в операційному блоці?
4. Що таке контактна інфекція?

Ситуаційні задачі:

1. Група студентів присутня на операції з приводу холецистектомії. Двоє студентів розмовляють. У деяких шапочки недостатнього розміру, з-під них виглядає волосся. Під халатами шерстяні плаття, на руках прикраси, годинники. Чи можна в такому вигляді перебувати в операційній?

2. Під час бактеріологічного контролю шовного матеріалу виявлено стафілокок. Які причини його появи? Який метод стерилізації найбільш надійний?

3. У медсестри хірургічного відділення виявлено стафілокок. Чи може вона працювати в перев'язувальній?

Еталони відповідей:

1. Ні. Це різко збільшує ризик інфікування операційної рани.
2. Недотримання правил асептики та антисептики. Найбільш надійним методом є стерилізація гамма-випромінюванням.
3. Ні. Це різко збільшує ризик інфікування операційної рани.

ГІГІЄНІЧНА ОБРОБКА РУК

1. МЕТА ТА СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ

- Зниження ризику передачі до пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів та захист персоналу від мікрофлори пацієнта.
- Процедура застосовується всім медичним та немедичним персоналом ЗОЗ, що задіяний в роботі відділення: лікарі, медичні сестри, молодший медичний персонал, а також немедичний персонал.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

Антисептик для рук - спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідина, гель або піна), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

Гігієнічна обробка рук - обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук;

Диспенсер - пристрій для контрольованої видачі речовини або рідини заданою кількістю, об'ємом або вагою

Точка догляду - місце, де є три елементи: пацієнт, працівник та догляд

3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА КОМПЕТЕНЦІЇ

Загальну відповідальність за дотримання правил гігієни рук несе керівник відділу інфекційного контролю та керівник структурного підрозділу.

Персональну відповідальність за дотримання правил гігієни рук несуть усі працівники закладу охорони здоров'я.

4. ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ, СИРОВИНА, МАТЕРІАЛИ

- Диспенсер з антисептиком

5. ІНСТРУКЦІЯ

5.1. Місце проведення

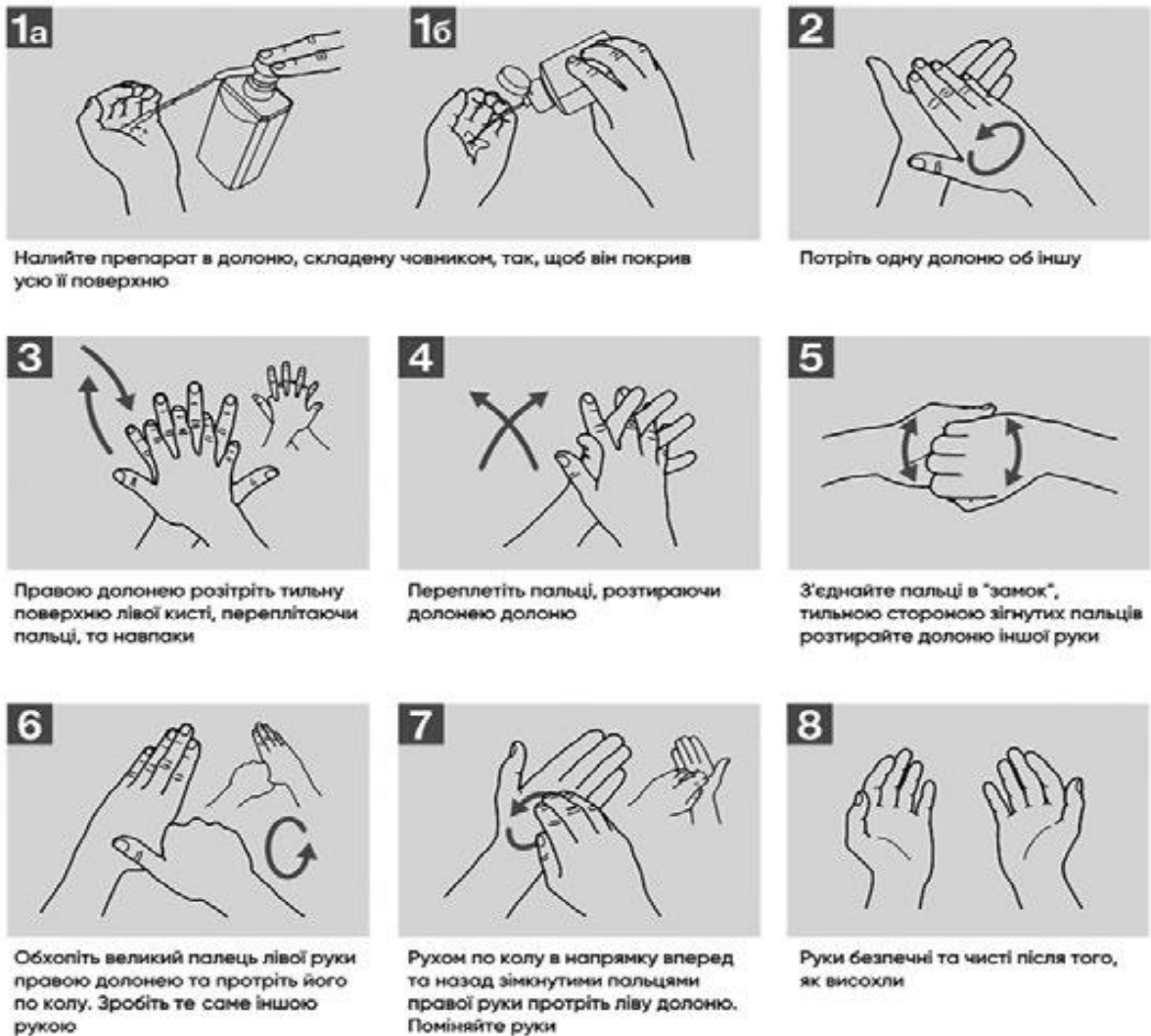
Усі точки догляду за пацієнтом.

5.2. Показання

- 1) до контакту із пацієнтом;
- 2) до асептичних процедур;
- 3) після ситуації, що пов'язана із ризиком контакту/контактом з біологічними рідинами;
- 4) після контакту із пацієнтом;
- 5) після контакту із об'єктами внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ, що перебувають у безпосередній близькості із пацієнтом.

5.3. Послідовність дій

- налити 3 мл антисептику для рук і покрити ним всі поверхні рук;
- розтирати руки до повного висихання;
- техніка та етапи гігієнічної обробки рук наведені на Схемі нижче.



5.4. Загальні правила

- Нігті мають бути натуральні, коротко обрізані та НЕ покриті будь-яким лаком.
- На руках відсутні каблучки або інші ювелірні прикраси, годинники, тощо.
- Мило і антисептик не повинні використовуватися одночасно;
- Використовуйте захисний крем або лосьйон хоча б один раз на день.

6. НАВЧАННЯ ПЕРСОНАЛУ

Навчання персоналу проводиться на початку працевлаштування й надалі не рідше 2 разів на рік.

7. ПОСИЛАННЯ

- Наказ МОЗ №1614 від 03.08.2021 Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення

ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РУК

1. МЕТА ТА СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ

- Зниження ризику передачі до пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів та захист персоналу від мікрофлори пацієнта.
- Процедура застосовується медичним персоналом ЗОЗ, що задіяний в роботі хірургічного відділення та який виконує процедури перелічені в п.5.2

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

Антисептик для рук - спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідина, гель або піна(вміст спирту не менше 65%)), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

Хірургічна антисептична обробка рук – процедура, яка забезпечує дезінфекцію поверхні шкіри від патогенної транзитної та частково резидентної мікрофлори;

Миття рук - миття рук з милом та водою;

Диспенсер - пристрій для контрольованої видачі речовини або рідини заданою кількістю, об'ємом або вагою.

3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА КОМПЕТЕНЦІЇ

Загальну відповідальність за дотримання правил хірургічної обробки рук несе керівник відділу інфекційного контролю та керівник структурного підрозділу.

Персональну відповідальність за дотримання правил хірургічної обробки рук несуть усі працівники закладу охорони здоров'я, що виконують процедури перелічених в п.5.2

4. ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ, СИРОВИНА, МАТЕРІАЛИ

- Умивальник з краном
- Тепла проточна вода
- Закриті диспенсери для рушників
- Одноразові паперові рушники
- Диспенсер для мила
- Диспенсер зі спиртовмісним антисептиком
- Рідке мило
- Ілюстрації з правилами миття рук
- Відро з педаллю для сміття

5. ІНСТРУКЦІЯ

5.1. Місце проведення

Точки, обладнані для проведення хірургічної обробки рук.

5.2. Показання

- Всі оперативні втручання, включаючи малоінвазивні.
- Введення катетера для спінальної або епідуральної анестезії.
- Пологи
- Інвазивні рентгенологічні дослідження

- Встановлення центрального венозного доступу (катетер/порт), а також встановлення внутрішньоартеріального доступу

5.3Послідовність дій

Перший етап:

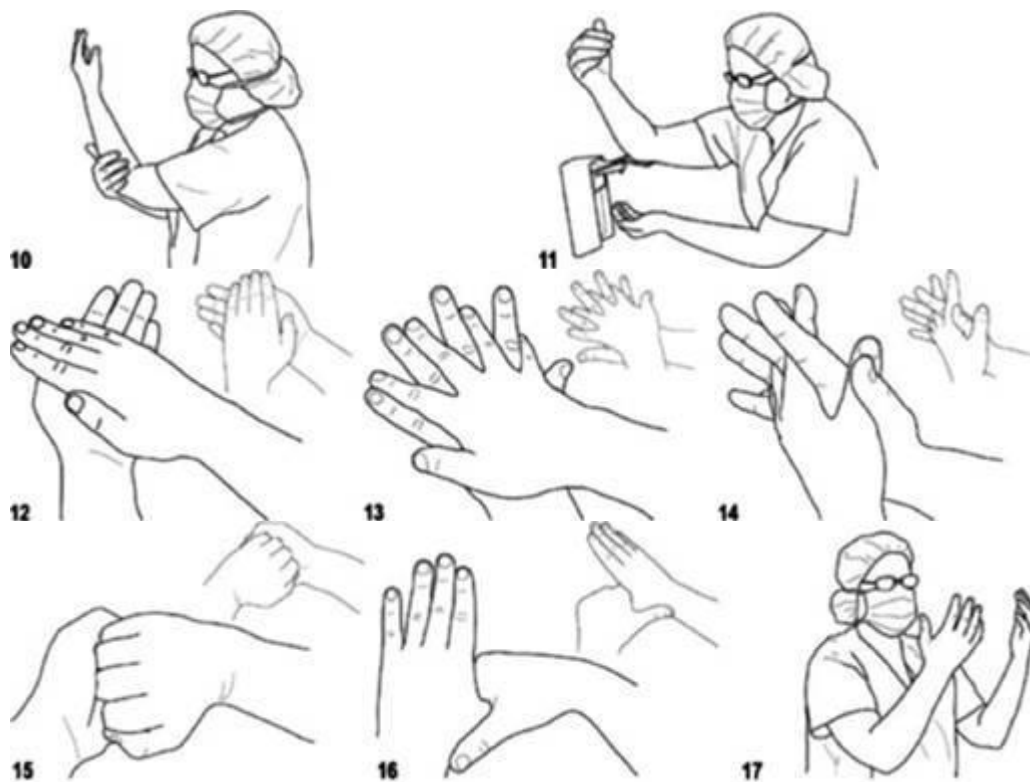
- Відкрити кран з водою, відрегулювати температуру і натиск води до комфортного або піднести руки під кран з безконтактним включенням подачі води і дочекатися теплої води;
- Змочити кисті, передпліччя до ліктьового суглоба водою;
- Взяти порцію рідкого мила, нанести і ретельно намити змочені ділянки, включаючи ліктьовий згин;
- Змити мило, даючи воді стекти від кінчиків пальців до ліктя. Руки весь час перебувають у положенні «кінчики пальців вище ліктя».
- Взяти другу порцію рідкого мила, нанести її на всі поверхні кистей, зап'ясть до середини передпліччя.
- Круговими рухами помити обидва зап'ястя і частини передпліччя (див. СОП з гігієнічного миття рук з милом), кожен етап повторюється 5-8 разів:
 - круговими рухами потерти одну долоню об іншу;
 - правою долонею розтирати тильну поверхню лівої кисті, поміняти руки;
 - розтирати долонею долоню, переплітаючи пальці;
 - з'єднати пальці в «замок», тильною стороною зігнутих пальців розтирати долоню іншої руки;
 - охопити основу великого пальця лівої руки між великим і вказівним пальцями правої руки, терти обертальними рухами.
- Поміняти руки;
- круговим рухом терти долоню лівої кисті кінчиками пальців правої руки, поміняти руки.
- Акуратно, уникаючи розбризкування, підставити кисті під воду в положенні «пальці вище зап'ясть». Повертаючи руки під струменем, домогтися повного змивання мила і піни.
- Почекати, поки надлишки води стечуть з ліктів
- Не струшуючи воду з рук, взяти дві порції серветок з диспенсера.
- Складеними рушниками промокнути воду з поверхні руки, поетапно від кінчиків пальців до ліктя
- Поміняти руки. Якщо необхідно – взяти ще серветок
- Домогтися повного висушування рук.
- Використані серветки скинути в педальне відро з відходами категорії А.
- Ліктем або з використанням останньої порції серветок закрити кран, якщо він не має безконтактного припинення подачі води.

Другий етап: Техніка хірургічної обробки рук антисептиком

- налити 5 мл антисептику в долоню лівої руки, використовуючи лікоть правої руки для натискання на ручку диспенсера (якщо диспенсер не автоматичний);
- вмочити пальці правої руки в антисептик і тримати їх 5 секунд;
- провести обробку шкіри передпліччя до ліктя (наносити антисептик слід круговими рухами охоплюючи всю поверхню шкіри; обробка проводиться до повного висихання антисептику - 10 - 15 секунд);
- налити 5 мл антисептику в долоню правої руки, використовуючи лікоть лівої руки для натискання на ручку диспенсера;
- вмочити пальці лівої руки в антисептик і тримати їх 5 секунд;
- провести обробку шкіри передпліччя до ліктя (наносити антисептик слід круговими рухами охоплюючи всю поверхню шкіри; обробка проводиться до повного висихання антисептику - 10 - 15 секунд);
- налити 3 - 5 мл антисептику в долоню, використовуючи лікоть іншої руки для натискання на ручку диспенсера;
- провести обробку рук дотримуючись стандартної процедури;
- після проведення обробки можуть бути одягнені стерильний хірургічний одяг і медичні рукавички.

Схема хірургічної обробки рук антисептиком





5.5. Загальні правила

- хірургічну обробку рук слід провести до одягання одноразової шапочки захисної від інфекційних агентів та медичної (хірургічної) маски, шляхом їх миття з милом і водою із залученням передпліччя та зап'ястків;
- перед початком процедури слід зняти кільця, наручні годинники і браслети до того як приступити до гігієни рук та видалити бруд з-під нігтів, використовуючи нігтьочистку, під проточною водою;
- штучні та нарощені нігті заборонені;
- використовувати щітки для миття рук не рекомендовано;
- заборонено використовувати хірургічний скраб для рук;
- до надягання стерильних рукавичок необхідно виконати хірургічну обробку рук із використанням антисептику для рук, що містить інгредієнти, які забезпечують довготривалий ефект відповідно до Схеми;
- необхідно дотримуватися інструкцій виробника по часу експозиції при використанні антисептика;
- наносити антисептик слід лише на сухі руки;
- при використанні антисептику для рук необхідно використовувати достатню кількість засобу, аби руки та передпліччя під час хірургічної обробки залишалися вологими, але не менше 10 мл на одну обробку.

6. НАВЧАННЯ ПЕРСОНАЛУ

Навчання персоналу проводиться на початку працевлаштування й надалі не рідше 2 разів на рік.

7. ЗАХОДИ БЕЗПЕКИ

1. Раковини необхідно спроектувати так, аби кількість брызків була мінімальною (струмінь води має бути направленим у стік) для уникнення повторної контамінації рук.
2. Для уникнення контамінації паперових рушників потрібно використання закриті диспенсери.
3. Не допускати додавання рідкого мила в частково заповнений дозатор. Дозатори необхідно промити, продезінфікувати, висушити, після чого заповнити новою порцією мила.
4. При потраплянні мила в очі чи на слизові оболонки промити водою.

8. ПОСИЛАННЯ

Наказ МОЗ №1614 від 03.08.2021 Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення.

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Поняття « Антисептика»	Дати визначення	
Види антисептики	Описати	
Класифікація антисептиків	Перерахувати групи антисептиків	
Наказ МОЗ України № 1614 від 03.08.2021р.	Описати техніку миття рук	
Типи рукавичок	Мета, призначення та правила використання	

Тема: “ Гемостаз “.

Актуальність теми:

Одним з основних завдань хірургії є зупинка кровотечі і заміщення крововтрати. Кровотечею називається витікання крові з кровоносних судин у результаті порушення цілості судинної стінки. Кровотечі виникають внаслідок механічного ушкодження стінок судин, змін або руйнування їх патологічним процесом (туберкульоз, запалення, пухлини тощо), підвищення артеріального тиску та ін. Нерідко має місце поєднання кількох факторів.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- визначення поняття;
- класифікацію кровотеч .

Вміти:

- проводити інтенсивну терапію хворим з крововтратою;
- оцінити стан хворого з крововтратою.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002 рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.

Методичні вказівки щодо самопідготовки:

План

1. Хронічне знекровлення
2. Гостра анемія
3. Геморагічний шок
4. Перша медична допомога при зовнішній кровотечі.
5. Перша медична допомога при внутрішній кровотечі.
6. Інтенсивна терапія хворих у стаціонарі.

Кровотеча може призвести до різноманітних ускладнень: хронічне знекровлення організму, гостра анемія, геморагічний шок, повітряна емболія, нагноювання ран. Крововтрата в межах 200—400 мл у дорослих не завжди супроводжується порушенням загального стану; втрата 1000—1200 мл крові небезпечна для життя. Діти дуже погано переносять втрату крові; у віці до 1

року втрата 250—300 мл крові смертельна. Має значення швидкість крововтрати, тому особливо небезпечними є кровотечі з великих судин.

Хронічне знекровлення розвивається внаслідок повільної крововтрати, що супроводжує хронічні захворювання, наприклад, кровотеча з виразки шлунка, геморою тощо. Незважаючи на значне знекровлення (втрата до 12—25 % гемоглобіну), хворі можуть протягом тривалого часу жити з вираженою анемією.

Гостра анемія розвивається внаслідок значних і швидких крововтрат. Хворі скаржаться на загальну слабкість, запаморочення, шум у вухах, потемніння і мерехтіння в очах, нудоту, сухість у роті, спрагу, задишку. Може виникнути блювання. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, обличчя змарніле, язик сухий. Клініка характеризується тяжким станом хворого, зниженням АТ, зменшення кількості еритроцитів і гемоглобіну в крові. Пульс слабкий, частий, у тяжких випадках ниткоподібний.

Під час тривалої кровотечі виникають судоми і тяжкі порушення дихання, пульс ниткоподібний, АТ не визначається. Хворий гине від паралічу дихального центру і припинення серцевої діяльності, спричинених тяжкою серцевою недостатністю і гіпоксією.

Геморагічний шок є одним із небезпечних ускладнень, що виникають внаслідок кровотечі. Для нього характерне глибоке ушкодження життєво важливих органів.

Діагноз шоку встановлюють на підставі клінічної картини. Під час огляду хворого привертає увагу блідість шкіри, холодної і вологої на дотик. Поведінка неадекватна. Незважаючи на важкий стан, пацієнт може бути збудженим або надто спокійним. Пульс частий, АТ знижений.

Відзначають еректильну і торпідну фази шоку.

Еректильна: виражене психомоторне збудження хворого. Хворі метушаться, кричать, з ними важко встановити контакт. АТ може бути нормальним або близьким до норми. Фаза короткочасна і спостерігається рідко.

У **торпідній фазі** розрізняють чотири ступені тяжкості.

Під час *шоку I ступеня* хворий притомний, шкіра бліда, дихання часте, помірна тахікардія, АТ від 100 мм. рт. ст. Крововтрата становить до 1 л.

Під час *шоку II ступеня* хворий загальмований, шкіра холодна, бліда, волога, дихання поверхневе, прискорене, тахікардія, АТ – 90\70 мм рт. ст. Приблизна величина крововтрати становить 2 л.

Під час *шоку III ступеня* свідомість пригнічена, зіниці розширені, мляво реагують на світло, АТ не перевищує 70 мм рт. ст., приблизна крововтрата становить 3 л. Шок стає незворотнім.

Під час *шоку IV ступеня* (термінальний стан) хворий непритомний, пульс і АТ не визначаються, дихання поверхневе, спочатку ритмічне, потім аритмічне, шкіра сіруватого кольору, холодна вкрита потом, зіниці розширені, реакція на світло відсутня.

Внаслідок потрапляння повітря в судини, наприклад у разі ушкодження великих вен (особливо легеневих і вен ший), може розвинутися повітряна емболія. Ступінь паталогічного впливу повітря, що потрапляє у серцево-

судинну систему, залежить від його об'єму, швидкості надходження, стану організму.

Клінічна картина: загальний стан хворого різко погіршується, виникає різкий головний біль, запаморочення, блювання. Можуть відзначатися непритомність, виражене рухове збудження, судомі сипання. Різко порушується гемодинаміка, може припинитися кровообіг, розвинути стан клінічної смерті.

Якщо емболи потрапляють до мозку, перебіг повітряної емболії нагадує клініку інсульту.

У випадку запізнілої госпіталізації хворих із кровотечею, у разі недотримання правил асептики під час надання невідкладної допомоги, виникає таке ускладнення, як нагноювання рани. Гнійні рани характеризуються запальною реакцією, набряклістю, гіперемією шкіри, болючістю. Виділення з рани збільшуються, набувають гнійного характеру зі своєрідним запахом. Загальна реакція організму: підвищення температури тіла. Лейкоцитоз, збільшення ШОЄ.

Перша медична допомога при зовнішній кровотечі.

При носовій кровотечі необхідно заспокоїти хворого. Його треба посадити. Голову хворого слід нахилити наперед. Рекомендується холод на потилицю або перенісся. При кровотечі з передньонижніх відділів носової перегородки слід видалити з носової порожнини згустки крові. Після цього хворий має притиснути крила носу до носової перегородки. Через 5 хв кровотеча припиняється. Фельдшер може виконати передню тампонаду носа тампоном з гемофобіном, розчином адреналіну гідрохлориду, тромбіном, губкою гемостатичною, геласпоном тощо. Інші заходи (припікання кровоточивого місця на носовій перегородці, задня тампонада носа, перев'язка артерій) проводить лікар.

При легеневій кровотечі спочатку слід заспокоїти хворого, надати йому положення напівсидячи, звільнити від одягу, який утруднює дихання, забезпечити доступ свіжого повітря. Для розвантаження малого кола кровообігу необхідно накладити джгути на нижні кінцівки, внутрішньовенно ввести 10 мл 2,4 % розчину еуфіліну, внутрішньом'язово — 2 мл 2 % розчину папаверину, підшкірно — 2—4 мл 2 % розчину но-шпи. Ефективним є введення гангліоблокаторів. Гіпотензивну терапію проводять під контролем АТ.

З метою припинення кровотечі вводять препарати, які посилюють згортання крові і зменшують фібриноліз. Хворого необхідно транспортувати в хірургічний стаціонар.

При шлунково-кишковій кровотечі треба заспокоїти хворого, укласти його на рівну поверхню (трохи підняти нижні кінцівки, покласти міхур з льодом на живіт, дати хворому ковтнути шматочки льоду або, увівши назогастральний зонд, промити шлунок холодною водою. Потім хворому дають пити 0,1 % розчин адреналіну гідрохлориду і 5 % розчин амінокапронової кислоти. Розпочавши інфузійну терапію протишоковими кровозамінниками, хворого транспортують у хірургічний стаціонар.

Перша медична допомога при внутрішній кровотечі.

При кровотечі в черевну порожнину хворого потрібно укласти на горизонтальну поверхню і трохи підняти його нижні кінцівки. На живіт треба покласти міхур з льодом. Розпочавши інфузію протишокових кровозамінників, хворого негайно транспортують у стаціонар.

При гострій крововтраті хворого необхідно укласти на рівну поверхню, опустивши його голову, підняти нижні кінцівки, тепло вкрити. Потім розпочинають уводити протишокові кровозамінники. Хворого негайно транспортують у стаціонар. За показаннями проводять реанімаційні заходи.

У разі ушкодження магістральної вени і загрози емболії необхідно закрити отвір у вені, опустити голову хворого і підняти його нижні кінцівки. Потім слід розпочати штучну вентиляцію легень (ШВЛ) і закритий масаж серця.

Тимчасово спинивши зовнішню кровотечу, хворого транспортують у горизонтальному положенні в хірургічне відділення.

При внутрішній кровотечі хворого госпіталізують у горизонтальному положенні, розпочавши введення кровозамінників протишокової дії (поліглюкін, стабізол, хемодекс С, лонгастерил, желатиноль, гемофузин, плазможель, рефортан®, плазмотерил та ін.). За відсутності поліглюкіну і желатинолю можна перелити 10 % розчин глюкози, сольові розчини. Реополіглюкін і його аналоги як дезагреганти не можна застосовувати при неспинній кровотечі або в разі її рецидиву.

Інтенсивна терапія хворих у стаціонарі.

Її починають з відновлення ОЦК і нормалізації гемодинаміки. Для цього застосовують кристалоїдні і білкові кровозамінники. Л.В. Усенко, Г.Л Шифрин (1995) рекомендують таку п'ятирівневу схему заміщення крові (табл 1).

При цьому вирішують дві задачі:

- 1) відновлення ОЦК і гемодинаміки, ліквідація порушень мікроциркуляції шляхом уведення кристалоїдних і колоїдних розчинів;
- 2) посилення або відновлення киснево-транспортної функції крові шляхом уведення еритроцитарної маси.

Р.Lundsgaard-Hansen (1978) розробив схему інтенсивної трансфузійної терапії, згідно з якою при крововтраті до 1 л хворих лікують без використання еритроцитарної маси, а при крововтраті до 2,5 л — без уведення альбуміну або плазми. Останні замінюють на препарати рефортан і стабізол, колоїдні властивості яких близькі до таких людського альбуміну.

При крововтраті проводять гемостатичну терапію, боротьбу з ацидозом і симптоматичну терапію, спрямовану на підтримання життєво важливих функцій організму.

За наявності кровотечі хворих транспортують у відділення інтенсивної терапії. Вони потребують постійного спостереження і догляду.

Спостереження за хворим може бути візуальним чи моніторним. На кожного хворого заводять карту погодинного спостереження, де через кожні 1—3 год протягом доби реєструють показники дихання і кровообігу, температуру тіла, кількість блювотних мас і випорожнень, їх колір і запах.

Динамічне спостереження за функціями дихальної і серцево-судинної систем здійснюється за допомогою монітору. Щодня виконують лабораторні дослідження.

П'ятирівнева схема заміщення крові.

Рівень заміщення	Величина крововтрати, % ОЦК	Загальний об'єм трансфузій, % до	Компоненти та їх співвідношення
1-й	До 10	200-300	Тільки кристалоїдні розчини чи в поєднанні зі штучними колоїдними розчинами (0.7-0.3)
2-й	11-20	200	Колоїдні і кристалоїдні розчини (0.5-0.5)
3-й	21-40	180	Еритроцитарна маса, альбумін, колоїдні і кристалоїдні розчини
4-й	41-70	170	Еритроцитарна маса, альбумін, колоїдні і кристалоїдні розчини
5-й	71-100	150	Еритроцитарна маса чи (або) свіжоцитратна кров, альбумін (плазма), колоїдні і кристалоїдні розчини (0.5-0.1-0.2-0.2)

Матеріали для самоконтролю:

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Визначення і поняття гемостазу	Дайте визначення: Що таке «гемостаз», «кровотеча» та «крововтрата»	.
Класифікація кровотеч	Скласти графологічну схему	
Інтенсивна терапія, яка проводиться хворим з кровотечами	Скласти графологічну схему «Засоби зупинки кровотеч» Алгоритм надання ПМД при зовнішній кровотечі	

Оцінити стан хворого з крововтратою	Опишіть стан пацієнта з крововтратою Що таке шоківий індекс, його практичне значення	
Ускладнення при кровотечах	Перерахуйте Вкажіть основні клінічні ознаки Тактику медичної сестри	
Догляд за пацієнтами з крововтратою	Скласти алгоритм дії	

Питання для самоконтролю:

1. Що таке фізіологічна та патологічна крововтрата?
2. Що таке гостре малокрів'я?
3. Які Ви знаєте ускладнення гострої крововтрати?
4. Що таке непритомність?
5. Назвіть основну відмінність непритомності від колапсу?
6. Назвіть основні симптоми геморагічного шоку.
7. Що таке фізіологічне переливання крові, коли і як воно застосовується?
8. Складіть схему надання першої допомоги при геморагічному шоці.
9. Випишіть рецепти на кровозупинні препарати.
10. Назвіть причини смерті при гострій крововтраті.
11. За яких умов розвивається гостра анемія і чим вона характеризується ?
12. За яких умов може виникнути повітряна емболія ?
13. За яких умов відбувається нагноювання рани при кровотечі ?

Тести для самоконтролю.

Карта №1

Назвіть ознаки для постгеморагічної анемії	
Питання	Відповіді
1. Колір шкірних покривів	1. Фізіологічного кольору 2. Гіперемовані 3. Блідість з ціанотичним відтінком 4. Бліді з жовтушних відтінком.
2. Температура тіла	1. Підвищена 2. Нормальна 3. Висока 4. Понижена.
3. Характеристика пульсу	1. Нормальний 2. Частий, слабких властивостей 3. Частий, напружений 4. Рідкий, задовільних властивостей.
4. Артеріальний тиск	1. Нормальні величини 2. Підвищений 3. Понижений 4. Прогресивно падає
5. Кількість еритроцитів та гемоглобіну	1. Нормальна 2. Підвищена 3. Знижена 4. Прогресивно падає

Карта №2

Назвіть ознаки характерні для непритомності	
Питання	Відповідь
1. Частота пульсу	1. Нормальний 2. Рідкий 3. Сповільнений 4. Частий
2. Характеристика пульсу	1. Нормальний 2. Частий, слабких властивостей 3. частий, напружений 4. Рідкий, задовільних властивостей.
3. Артеріальний тиск	1. Нормальні величини 2. Підвищений 3. Понижений 4. Прогресивно падає
4. Частота дихання	1. Нормальної частоти 2. Присокрене 3. Часте 4. Сповільнене
5. Глибина дихання	1. Нормальна 2. Поверхнєве 3. Глибоке 4. Утруднений глибокий вдих

Карта №3.

Назвіть ознаки характерні для непритомності.	
Питання	Відповіді
1. Свідомість	1. Ясна 2. Затемнена 3. Марення 4. Відсутня
2. Поведінка хворого	1. Без особливостей 2. Хворий нерухомий 3. Хворий в'ялий, загальмований 4. Хворий збуджений.
3. Контактність хворого	1. Не вступає в контакт 2. Повільно вступає в контакт 3. Хворий нав'язує своє спілкування 4. Охоче спілкується
4. Колір шкіри	1. Фізіологічного кольору 2. Гіперемовані 3. Блідість з ціанотичним відтінком 4. Бліді з жовтушних відтінком.

5. Температура тіла	1. Підвищена 2. Нормальна 3. Висока 4. Понижена.
---------------------	---

Еталони відповідей

Карта №	Відповіді
1.	3,4,2,4,3
2.	4,2,3,4,2
3	2,3,2,3,3

Задачі для самоконтролю.

Задача №1.

Після перенесеної апендектомії через дві години у хворого стала наростати загальна слабкість, запаморочення, потемніння в очах. При огляді хворий блідий, адинамічний, на питання відповідає пошепки. Пульс 130 уд/хв., слабких властивостей. АТ=80/30 мм.рт.ст. В аналізі крові НЬ=70 г/л. Що з хворим? Ваші дії.

Задача №2

У хворого обширена рана в ділянці передньої поверхні правого плеча, у верхній його третині. З рани пульсуючим струменем у вигляді фонтану виділяється кров яскраво-червоного кольору. Хворий блідий. Пульс 140 уд/хв., АТ- 80/40 мм.рт.ст.

Ваш попередній діагноз? Складіть схему надання першої медичної допомоги.

Задача №3.

Машиною швидкої допомоги до хірургічної клініки доставлено хвору, 65 років, з діагнозом “Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Профузна кровотеча”. Шкіра бліда, пульс ниткоподібний, АТ — 60/20 мм рт. ст. Яке ускладнення виникло? Яка ваша тактика?

Задача №4.

До клініки госпіталізовано потерпілого, який після ножового поранення в ділянку шиї знепритомнів. На момент огляду стан потерпілого тяжкий, виражене рухове збудження, судомні сіпання; на шиї — пов'язка, кровотеча з рани відсутня. Яке ускладнення можна запідозрити?

Задача №5.

До поліклініки звернувся чоловік зі скаргами на загальну слабкість, шум у вухах, потемніння і мерехтіння в очах, періодичні кровотечі під час акту дефекації. Шкіра бліда, пульс — 90 за 1 хв, АТ — 90/60 мм рт. ст., еритроцити — $1,9 \times 10^{12}/л$. Під час ректального дослідження виявлено 4 гемороїдальних вузли, один з яких кровоточить. Яке ускладнення виникло у хворого?

Еталони відповідей.

1. У хворого гостра післяопераційна внутрішня кровотеча. Необхідно негайно повідомити лікаря і направити хворого в операційну для проведення ревізії рани чи повторного оперативного втручання.

2. Артеріальна кровотеча з плечевої артерії. Необхідно негайно:

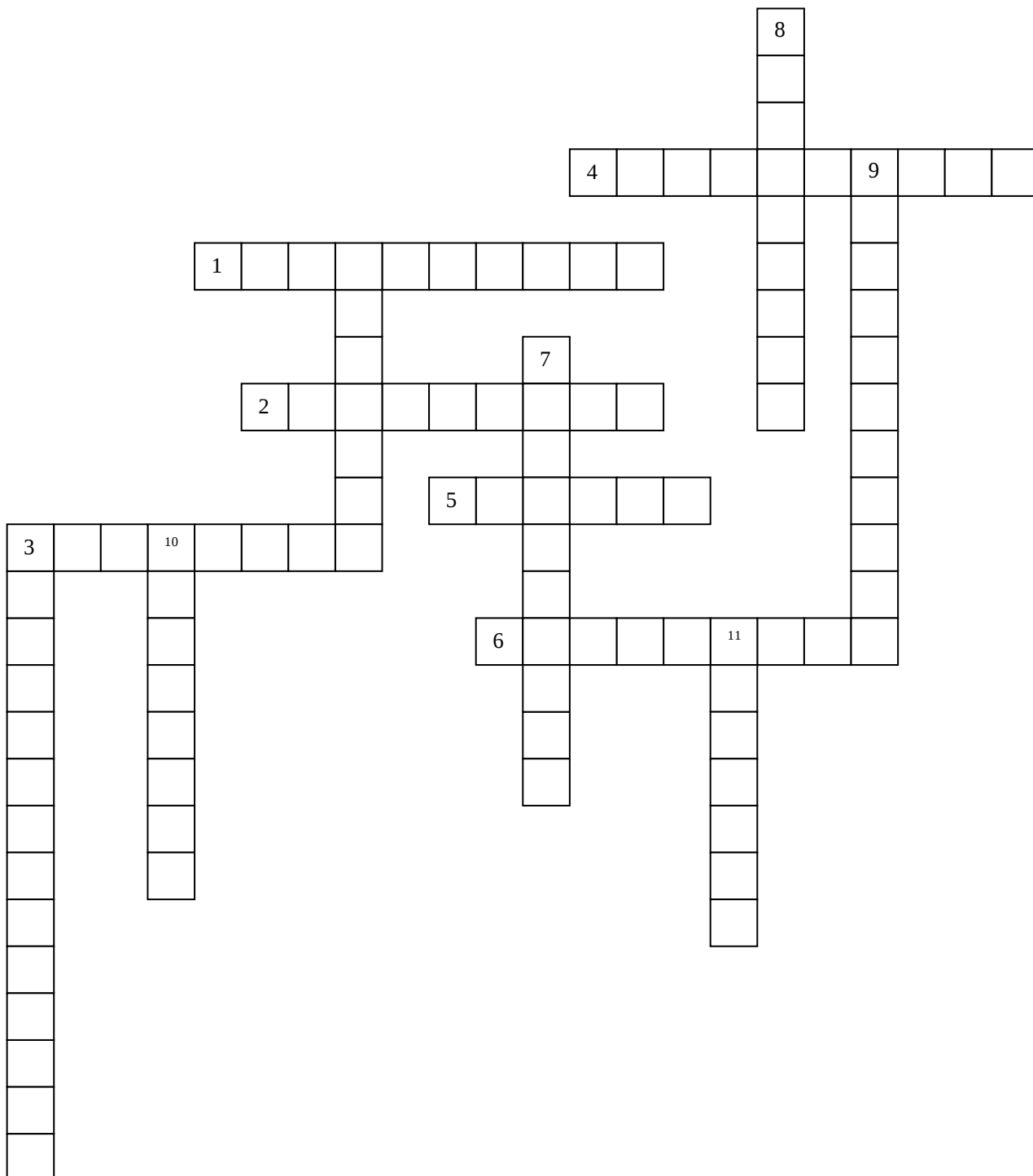
- накласти артеріальний джгут вище рани;
 - ввести знеболюючі засоби;
 - накласти на рану асептичну пов'язку;
 - здійснити венепункцію і проводити трансфузію протишокових кровозамінників;
 - негайно транспортувати потарпілого в лікувальний заклад;
 - постійно контролювати пульс, АТ, ЧД хворого.
- 3.Кровотеча з виразки дванадцятипалої кишки. Післягеморагічний шок. Необхідно негайно транспортувати хвору в реанімаційне відділення. Накласти міхур з льодом на епігастральну ділянку, здійснити венипункцію і проводити інфузію протишокових кровозамінників (поліглюкіну, реополіглюкіну, реоглюману, реосорбілату), а також кровозупинних засобів (амінокапронової кислоти, дицинону, хлористого кальцію, вікасолу). При подальшому зниженні АТ ввести дофамін в/в. При необхідності проводити підготовку хворого до екстреного оперативного лікування.
- 4.Повітряна емболія. Необхідно надати хворому горизонтального положення на правому боці з опущеним головним кінцем і негайно транспортувати хворого у відділення реанімації.
5. Післягеморагічна анемія. Порекомендувати хворому стаціонарне лікування у відділенні проктології.

Питання до кросворда “Кровотечі”

1. Дифузне просочування кров'ю тканин.
2. Витікання крові з кровоносних судин в результаті порушення цілості судинної стінки.
3. Кровотеча, яка настає відразу ж після поранення.
- 3/. Кровотеча при ушкодженні паренхіматозних органів.
4. Маткова кровотеча.
5. Згустки крові, які утворюються в результаті випадіння фібрину.
6. Кровотеча, яка відбувається без виражених клінічних проявів.
7. Кровотеча у грудну порожнину.
8. Природжене захворювання, при якому різко сповільнюється зсідання крові.
9. Кровотеча, яка характеризується швидким, у вигляді пульсуючого струменя, витіканням яскраво-червоної крові.
- 10.Кровотеча в пізні строки після поранення.
- 11.Препарат вітаміну “К”

КРОСВОРД

«К р о в о т е ч і»



Тема: “ Тактика медичної сестри при гемотрансфузіях”.

Актуальність теми:

Інфузійно – трансфузійна терапія займає важливе місце в сучасній медицині. Велике значення має вона в анестезіології, реанімації та інтенсивній терапії. Цей метод має за мету введення в організм парентеральним шляхом крові, її препаратів та кровозамінників.

Переливання крові і кровозамінників називається трансфузією. Зараз переливання крові вважається пересадкою тканин, а показання до неї вважаються такими ж важливими, як і операція. Трансфузію роблять лікарі, але середній медичний персонал повинен володіти її технікою, щоб при необхідності вміти надати першу медичну допомогу, уникнути ускладнень.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- історію переливання крові;
- поняття про донорство;
- шляхи введення інфузійних розчинів;
- визначення групи крові за допомогою цоліклонів;
- класифікацію кровозамінників та їх застосування .

Вміти:

- проводити інфузію в периферійні вени;
- визначити групу крові за допомогою цоліклонів;
- підготувати необхідні препарати для надання першої медичної допомоги при можливих ускладненнях при переливанні крові;
- виписати рецепти на необхідні препарати.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

План

1. Місце інфузійно-трансфузійної терапії в сучасній хірургії та медицині.
2. Визначення групи крові за стандартними сироватками.
3. Визначення групи крові за допомогою цоліклонів.

1. Місце інфузійно-трансфузійної терапії в сучасній хірургії та медицині.

Метод складається з введення в організм рідин парентеральним шляхом. Застосовується для профілактики порушень і нормалізації функцій організму.

Шляхи введення інфузійних засобів:

1. В/в - пункція центральних та периферійних вен.
2. В/а - застосовується для швидкого притоку крові до серця і зниженні артеріального тиску при поширених геморагічних і гіповолемічних шоках.
3. В/кістковий - в губчасті кістки; при неможливості в/в шляху.

Види інфузій:

- а) одномоментні;
- б) тривалі (характеризується тим, що у вені тонкий пластиковий катетер залишається до повного закінчення всього курсу в/в інфузії).

I. Краплинні (за допомогою систем) .

II. Струминні (застосовується для швидкого відновлення ОЦК).

2. Переливання крові - метод заміщення крововтрати, стимуляції захисних сил організму, зменшення інтоксикації та зупинки кровотечі.

Основи ізосерології.

Існує більше 30 систем груп крові. Ці системи використовуються в трансплантології.

Система АВ 0 і система резус.

В клініці використовується система АВ 0 і система резус.

а) Визначення групової належності за допомогою поліклонів.

б) Визначення групової належності за стандартними сироватками.

В еритроцитах містяться аглютиногени А і В. В сироватці крові є аглютиногенні антитіла - аглютиніни α і β . При зустрічі *in vitro* аглютиніну α і аглютиногену А чи аглютиніну β і аглютиногену В відбувається аглютинація - реакція між сироваткою і еритроцитами, яка приводить до склеювання еритроцитів. На основі цих даних групи крові характеризуються за кількістю в них аглютинінів сироватки і аглютиногенів еритроцитів.

1. Перша група крові характеризується тим, що в її еритроцитах відсутні аглютиногени, а в сироватці є два аглютиніни – α і β . **Повна формула першої групи крові 0 (I) α β .**
2. 2) В крові другої групи еритроцити мають тільки один аглютиноген А, а в сироватці є тільки один аглютинін β . **Повна формула крові II групи А (II) β .**
3. III група крові характеризується тим, що еритроцити містять тільки один аглютиноген В, а її сироватка містить тільки один аглютинін α . **Повна формула - В (III) α .**
4. 3) IV група крові відрізняється тим, що її еритроцити містять два аглютиногени А і В, а сироватка зовсім не містить аглютинінів. **Повна формула крові IV групи крові АВ (IV).** Людей з I групою крові - 41 %, А (II) - 38%, В (III) - 18% , АВ (IV) - 3%.

Для визначення груп крові людини необхідно встановити в ній кількість аглютиногенів.

Забезпечення для визначення груп крові за системою АВ О з допомогою стандартних сироваток.

1. Два ко мплекти стандартних гемаглютинізуючих сироваток 0 (I), А (II), В (III) груп двох різних серій і одна ампула сироватки АВ (IV).
2. Флакон з ізотонічним розчином NaCl та піпетка.
3. Чисто вимита суха тарілка.
4. Предметне скло.
5. Стерильні списоподібні голки (скарифікатори)
6. Стерильні ватні кульки.
7. 96 % етиловий спирт.

Визначення проводять у приміщенні з хорошим освітленням і t° від 15° до 25° С . Спочатку визначають придатність стандартних сироваток .

Ознаки придатності стандартних сироваток:

1. Сироватка повинна бути прозорою, без ознак гниття .
2. Кожна ампула стандартної сироватки повинна мати паспорт-етикетку, де вказано:
 - а) групу крові;
 - б) номер серії;
 - в) титр (не нижче 1:32) ;
 - г) термін придатності;
 - д) місце виготовлення.

Порядок визначення:

Тарілку ділять на 4 квадрати і за годинниковою стрілкою позначають їх **0(I), А(II), В(III), АВ(IV)**. Відповідно до кожного сектора тарілки за допомогою піпетки наносять по одній краплі сироваток двох серій. Шкіру нігтьової фаланги IV пальця лівої кисті обробляють спиртом і роблять прокол шкіри голкою. Першу краплю крові знімають марлевою кулькою, наступні різними кутиками предметного скла вносять поступово в краплини сироваток і добре змішують. Крапля крові повинна бути в 5 - 10 р. менша, ніж крапля сироватки. Потім шляхом похитування тарілки добре перемішують кров з сироваткою. Через 5 хвилин додають краплю 0.9 % розчину NaCl в кожне заглиблення, потім перемішують шляхом похитування тарілки і проводять оцінку реакції аглютинації. При позитивній реакції аглютинації пластівці еритроцитів не зникають при додаванні 0.9 % розчину NaCl. При негативній реакції краплі сироватки на тарілці прозорі, рівномірно рожевого кольору, не містять пластівців.

Можливі наступні 4 комбінації реакції аглютинації:

1. Всі 4 сироватки в обох серіях не дають аглютинації. Досліджувана кров 0(I)групи.
2. Реакція аглютинації негативна з сироватками А (II) і АВ (IV) груп і позитивна з сироватками 0 (I) і В (III). Досліджувана кров А (II) групи.
3. Реакція аглютинації негативна з сироватками В (III) і АВ (IV) груп і позитивна з сироватками 0 (I) і А (II) груп . Досліджувана кров В (III) групи.
4. Сироватки 0 (I), А (II), В (III) груп дають позитивну реакцію в обох серіях. Кров належить АВ (IV) групі.

Реакція аглютинації стандартними сироватками				Група досліджуваної
$\alpha\beta$	B	α	0	
-	-	-	-	0$\alpha\beta$(I)
+	-	+	-	Aβ(II)
+	+	-	-	Bα(III)
+	+	+	-	A(IV)

Визначення групової належності крові по системі АВ(0) з допомогою цоліклонів анти-А та анти-В.

Цоліклон анти-А	Цоліклон анти-В	Група досліджуваної крові
-	-	0(I) $\alpha\beta$
+	-	A(II) β
-	+	B (III) α
+	+	AB (IV) 0

Помилки при визначенні групової належності крові.

Можливі у випадках, коли при фактичній наявності аглютинації вона не виявляється чи виявляється при її фактичній відсутності. Не виявлена аглютинація може бути зумовлена:

1. Слабкою активністю стандартної сироватки чи низькою аглютинабельністю еритроцитів (титр сироватки нижче 1: 32).
2. Надмірною кількістю досліджуваної крові, яка додається до стандартної сироватки вище 1:5).
3. Сповільненою реакцією аглютинації при високій t зовнішнього середовища (вище 25° C).

Виявлення аглютинації при її фактичній відсутності може бути обумовлено:

1. Псевдоаглютинацією - підсихання краплі сироватки і створення "монетних"

стовпчиків еритроцитів.

2. Виявлення холодової аглютинації при t ° нижче 15° C.

Визначення резус-фактора експрес-методом.

Для цього використовують антирезус-сироватку АВ (IV) групи, розведеної 20-30% розчином альбуміну, який використовується як конглютин (речовина, яка сприяє агрегації еритроцитів при кімнатній t °) .

Краплю стандартної сироватки (антирезус) АВ (IV) наносять на предметне скло і паралельно наносять краплю резус-негативної сироватки АВ (IV) групи, яка не містить антитіл. До них додають в 5 разів меншу краплину досліджуваної крові. Перемішують кутом предметного скла протягом 5 хв., додають по 1 краплині 0.9% розчину NaCl і дивляться на результат. При

наявності аглютинації з антирезус-сироваткою і відсутності з контрольною сироваткою кров резус-позитивна. При відсутності аглютинації з двома сироватками кров резус-негативна.

Визначення резус-фактора за допомогою моноклональних антитіл. Визначення резус-належності крові за допомогою моноклональних антитіл слід проводити в два етапи: спочатку кров хворого досліджують за допомогою реагенту моноклональних антитіл анти-Rh₀ (D), якщо отримують негативну реакцію з цим реагентом, то додатково проводять дослідження такої крові з моноклональним стандартним реагентом анти-Rh₀ (DC) і стандартною сироваткою Rh₀ (DCE). Моноклональні антитіла використовують у реакціях прямої аглютинації *на площині, у пробірках, у мікроплаті*. Визначення антигену D, C, E можна проводити в крові взятій у консервант; у крові, взятій без консерванту; у крові, взятій із пальця.

1. Реакція аглютинації на площині. На пластину або предметне скло наносять велику краплю (0,1 мл) реагенту, поряд наносять маленьку краплю (0,01-0,03 мл) досліджуваної крові і змішують їх. Реакція аглютинації починає відбуватися через 10-15 с. Чітку аглютинацію видно через 30-60 с. Результат реакції варто враховувати через 5 хв після змішування реагенту з кров'ю. Наявність аглютинації свідчить про те, що досліджувана кров є резус-позитивною.

2 Реакція аглютинації в пробірках. Для цього відмивають еритроцити з досліджуваної крові і готують з них 5% суспензію у фізіологічному розчині. На дно пробірки вносять по 1 краплі реагенту (близько 0,1 мл) і додають 1 краплю 5% суспензії еритроцитів. Вміст пробірки ретельно перемішують струшуванням і інкубують (витримують) 30 хв при кімнатній температурі. Після цього пробірку центрифугують при 1500-2000 об/хв протягом 1 хв. Обережно потрушуючи пробірку, оцінюють її вміст. При негативному результаті реакції осад еритроцитів легко розбивається і утворює гомогенну непрозору суспензію. При позитивному результаті осад не розбивається, а залишається у вигляді одного або декількох великих згустків (аглютинатів) на фоні прозорої рідини.

3. Реакція аглютинації в мікроплаті. В лунку мікроплати вносять 1 краплю (0,05 мл) реагенту і змішують з краплею 5% суспензії еритроцитів, відмитих у фізіологічному розчині. Залишають на 45-60 хв для інкубації при кімнатній температурі. Результат реакції оцінюють за рисунком осаду, який утворився на дні лунки. При негативному результаті осад рівномірний, гомогенний, при позитивному він розташовується нерівномірно, краї його нерівні.

Основними причинами помилок при визначенні резус-фактора можуть бути: знижена активність антирезусних сироваток, реагенту моноклональних антитіл, порушення пропорції досліджуваної крові і сироватки, невідповідність температурного режиму, зменшення експозиції (менше 10 хв), відсутність контрольних і специфічних проб.

Слід зазначити, що окремі люди з резус-негативною кров'ю є носіями деяких специфічних Rh-антигенів. В зв'язку із цим. при переливанні крові слід

проводити пробу на резус-сумісність.

Не допускається переносити в карту стаціонарного хворого відомості з паспорта або інших документів про групи крові і резус-належність, тому що у них можуть бути внесені недостовірні дані.

Матеріали для самоконтролю:

1. Які функції крові?
2. Які властивості крові?
3. Як протікає реакція гемаглютинації?
4. Що таке система груп крові АВО?
5. Що таке аглютиногени?
6. Що таке аглютиніни?
7. Які варіанти реакції гемаглютинації можливі при визначенні груп крові за допомогою стандартних сироваток?
8. Які варіанти реакції гемаглютинації можливі при визначенні груп крові за допомогою поліклонів анти-А та анти-В?
9. Що таке резус фактор?
10. Що таке резус-конфлікт?
11. За яких умов виникає резус-конфлікт?
12. Які клінічні ознаки резус-конфлікту?

Тести

1. Яка група крові містить в еритроцитах аглютиногени А і В:
 - А. Перша група
 - В. Друга група
 - С. Третя група
 - Д. Четверта група
 - Е. Немає такої групи
2. Еритроцити першої групи крові містять:
 - А. Аглютиноген В
 - В. Аглютиноген А
 - С. Еритроцити не містять аглютиногенів
 - Д. Еритроцити містять аглютиногени А і В
 - Е. Немає вірної відповіді
3. На першому етапі резус-конфлікту відбувається:
 - А. Зміна групи крові
 - В. Гемоліз еритроцитів
 - С. Утворення антирезус-аглютинінів
 - Д. Виявлення резус-позитивних людей
 - Е. Вірної відповіді немає
4. Панаглютинація це явище:
 - А. Резус конфлікту
 - В. Утворення анти-резус аглютинінів
 - С. Аглютинація будь-якої крові в стандартних сироватках
 - Д. Зміна групи крові
 - Е. Вірної відповіді немає
5. Еритроцити другої групи крові містять:

- A. Аглютиноген В
 - B. Аглютиноген А
 - C. Не містить аглютиногенів
 - D. Містить аглютиногени А і В
 - E. Немає вірної відповіді
- 6 Вкажіть вірно написану четверту групу крові по системі аглютиноген-аглютинін:
- A. Ав
 - B. 0ав
 - C. Ва
 - D. АВ0
 - E. вАО
- 7 Сироватка третьої групи крові містить:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиноген АВ
 - D. Аглютинін в
 - E. Вірної відповіді немає
- 8 Яка група крові містить в еритроцитах аглютиноген В, в плазмі аглютинін а:
- A. Перша
 - B. Друга
 - C. Третя
 - D. Четверта
 - E. Немає такої групи
- 9 Сироватка першої групи крові містить аглютиніни:
- A. Альфа
 - B. Бета
 - C. Альфа і бета
 - D. Не містить аглютининів
 - E. Не має вірної відповіді
- 10 Сироватка четвертої групи крові містить:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиногени АВ
 - D. Аглютинін В
 - E. Вірної відповіді немає
- 11 Еритроцити четвертої групи крові містять:
- A. Аглютиноген В
 - B. Аглютиноген А
 - C. Еритроцити не містять аглютиногенів
 - D. Еритроцити містять аглютиногени АВ
 - E. Вірної відповіді немає
- 12 Вкажіть вірно написану другу групу крові по системі аглютиноген-аглютинін

- A. Ав
 - B. 0ав
 - C. Ва
 - D. АВ0
 - E. Ва0
- 13 Сироватка першої групи крові містить:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиногени АВ
 - D. Аглютинін В
 - E. Вірної відповіді немає
- 14 Чому немає ускладнення при переливанні до 500мл 0/1/ групи крові хворим з А/2/ і В/3/ групами крові:
- A. Антитіла альфа і бета з'єднуються з розчиненими в плазмі А і В антигенами але аглютинації немає
 - B. Відсутність антигенів А і В у крові, що переливається
 - C. Мала концентрація антитіл у крові
 - D. Донор 0/1/ групи – «універсальний донор»
 - E. Переливається невелика група крові
- 15 Еритроцити третьої групи крові містять:
- A. Аглютиноген В
 - B. Аглютиноген А
 - C. Еритроцити не містять аглютиногенів
 - D. Еритроцити містять аглютиногени АВ
 - E. Вірної відповіді немає
- 16 Яка група крові містить в плазмі аглютиніни а і в ,в еритроцитах аглютиногенів немає:
- A. Перша
 - B. Друга
 - C. Третя
 - D. Четверта
 - E. Немає такої групи
- 17 Резус позитивною вважають кров коли:
- A. Плазма крові містить резус фактор
 - B. Еритроцити містять резус фактор
 - C. Еритроцити не містять резус-фактор
 - D. В плазмі крові є антирезус-антитіла
 - E. Сироватка крові містить резус-фактор)
- 18 Сироватка крові третьої групи містить аглютиніни:
- A. Альфа
 - B. Бета
 - C. Альфа і бета
 - D. Не містить аглютининів
 - E. Вірної відповіді немає
- 19 Еритроцити людини можуть містити:

- A. Аглютинін а
 - B. Аглютинін в
 - C. Аглютиноген А
 - D. Аглютиноген В
 - E. Аглютиноген А, В, резус-фактор
- 20 Сироватка четвертої групи крові містить:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиногени АВ
 - D. Аглютинін а
 - E. Вірної відповіді немає
- 21 Вкажіть вірно написану четверту групу крові по системі аглютинін-аглютиноген:
- A. АВ
 - B. 0AB
 - C. Ва
 - D. АВ/0/
 - E. Ав
- 22 Еритроцити другої групи крові містять:
- A. Аглютиноген В
 - B. Аглютиногени АВ
 - C. Аглютинін а
 - D. Аглютинін в
 - E. Вірної відповіді немає
- 23 Еритроцити третьої групи крові містять:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиногени А і В
 - C. Аглютинін а
 - D. Аглютинін в
 - E. Вірної відповіді немає
- 24 Сироватка другої групи крові містить аглютиніни:
- A. Альфа
 - B. Бета
 - C. Альфа і бета
 - D. Не містить аглютинінів
 - E. Вірної відповіді немає
- 25 Еритроцити четвертої групи крові містять:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютинін а
 - C. Аглютинін в
 - D. Аглютиніни а і в
 - E. Вірної відповіді немає
- 26 Вкажіть вірно написану третю групу крові по системі АВО/аглютиноген- аглютинін:
- A. АВ

- B. ав
 - C. Ва
 - D. Ав
 - E. Вав
- 27 Сироватка крові третьої групи містить аглютиніни:
- A. Альфа
 - B. Бета
 - C. Альфа і бета
 - D. Сироватка не містить аглютининів
 - E. Немає вірної відповіді
28. Яка група крові містить в еритроцитах аглютиноген А, в плазмі аглютинін в:
- A. Перша
 - B. Друга
 - C. Третя
 - D. Четверта
 - E. Немає такої групи
- 29 Еритроцити першої групи крові містять:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиногени АВ
 - D. Аглютинін в
 - E. Вірної відповіді немає
- 30 Плазма крові людини може містити:
- A. Аглютинін а
 - B. Аглютинін а і в
 - C. Аглютиноген А
 - D. Аглютиноген В
 - E. Резус-фактор
- 31 Еритроцити першої групи крові містять:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиногени АВ
 - D. Аглютинін а
 - E. Вірної відповіді немає
- 32 Сироватка другої групи крові містить:
- A. Аглютиноген А
 - B. Аглютиноген В
 - C. Аглютиногени АВ А
 - D. Аглютинін а
 - E. Вірної відповіді немає
- 33 Резус негативною вважають кров коли:
- A. Еритроцити містять негативний резус- фактор
 - B. Сироватка містить негативний резус- фактор
 - C. Плазма містить негативний резус-фактор

- D. Еритроцити не містять резус-фактор
 Е. Вірної відповіді немає
- 34 Про що свідчить реакція аглютинації при визначенні групи крові:
 А. Про підняття згортання
 В. Про імунізацію резус - фактором
 С. Про склеювання еритроцитів і їх гемоліз
 D. Про одногрупну кров
 Е. Про резус-сумісність

Задачі

1. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію у стандартних сироватках 0/I/, А/II/, В/III/ груп. До якої групи належить кров?
2. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію з цоліклоном анти В. До якої групи належить кров?
3. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію з цоліклонами анти А та В. До якої групи належить кров?
4. При визначенні груп крові не виявлено аглютинації з цоліклонами анти А і В. До якої групи належить кров?
5. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію з цоліклопом анти А. До якої групи належить кров?
6. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію у стандартних сироватках 0/I/іА/II/,В/III/. До якої групи належить кров?
7. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію у стандартних сироватках 0/1/ та А/II/ груп. До якої групи належить кров?
8. При визначенні груп крові виявлено аглютинацію у стандартних сироватках 0/1/ та В III груп крові. До якої групи належить кров?
9. При визначенні груп крові у стандартних сироватках ав/1/,В/2/,А/3/груп аглютинації не виявлено. До якої групи належить кров?

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
D	C	C	C	B	D	E	C	C	E	D	A	E	B	A	A	B
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
A	E	E	D	E	E	B	E	C	A	B	E	B	E	E	D	C

1. Четверта
2. Третя
3. Четверта
4. Перша
5. Друга.
6. Четверта
7. Четверта
8. Друга.
9. Перша

Гемотрансфузія може спричиняти тяжкі ускладнення через помилкове уведення несумісної крові (за групою і резус-фактором), порушення асептики і техніки переливання (повітряна емболія), переливання недоброякісної крові (інфікованої та неправильно збереженої тощо). Порушення техніки гемотрансфузії може призвести до повітряної емболії (закупорки кров'яними згустками) судин легенів, серця, головного мозку. Ці тяжкі ускладнення супроводжуються зупинкою дихання, серцевої діяльності та призводять до швидкої смерті хворих.

У цих випадках потрібне негайне проведення штучної вентиляції легенів і зовнішнього масажу серця. Хворих забезпечують достатньою кількістю кисню. Переливання несумісної крові може трапитись у разі неправильного визначення групи крові або резус-фактора реципієнта. Після переливання несумісної крові швидко (через 2—3 хв) виникають симптоми гемотрансфузійного шоку внаслідок гемолізу еритроцитів. Хворі скаржаться на біль у попереку, загальну слабкість, стають неспокійними. Спостерігається почервоніння обличчя, тремтіння, прискорення пульсу, дихання і задишка. У подальшому знижується АТ, погіршується серцева діяльність, хворий непритомніє.

Профілактика ускладнень передбачає суворе дотримання правил визначення групи крові та резус-фактора, здійснення проб на сумісність під час підготовки та переливання крові. Посттрансфузійні реакції після переливання крові характеризуються короткочасним тремтінням, серцебиттям, головним болем, підвищенням температури. Розрізняють легкий, середній і тяжкий ступені реакцій. Легкий ступінь характеризується підвищенням температури тіла на 1°C, іноді легким тремтінням. За наявності реакції середнього ступеня спостерігають короткочасне тремтіння, блювання, загальну слабкість, підвищення температури тіла на 1-1,5 °C. За наявності тяжкого ступеня реакції відмічають ціаноз, порушення серцевої діяльності, тяжкий загальний стан хворого.

Посттрансфузійні реакції розвиваються внаслідок переливання недоброякісної, перегрітої, інфікованої, денатурованої крові.

З метою профілактики цих ускладнень слід суворо дотримувати правил зберігання крові та ретельно визначати придатність крові перед переливанням.

Для лікування тяжких посттрансфузійних реакцій призначають серцеві засоби, застосовують детоксикаційну терапію — повторні кровопускання, переливання кровозамінних розчинів. У разі бактеріального забруднення вдаються до антибіотиків і сульфаніламідних препаратів. У разі середніх і легких посттрансфузійних реакцій хворих зігрівають, вводять серцеві, наркотичні засоби. Необхідний старанний контроль за функцією нирок і проведення повторних аналізів крові та сечі. Під час переливання великих доз крові, заготовлених на розчинах, що містять натрію цитрат, може розкинутись

інтоксикація — цитратний шок. Для профілактики рекомендується вводити 10 мл 10 % розчину кальцію хлориду на 500 мл крові, що переливається.

Контрольні запитання:

1. Які ви знаєте можливі ускладнення під час гемотрансфузії?
2. Які виникають наслідки у разі порушення техніки гемотрансфузії?
3. Які причини гемотрансфузійного шоку?
4. Опишіть клініку та невідкладну допомогу у разі гемотрансфузійного шоку.
5. Назвіть гемотрансфузійні реакції після переливання крові та їх причини.
6. Опишіть клініку посттрансфузійних реакцій та невідкладну допомогу при них.

Тести для самоконтролю:

1. Що таке група крові?
 - A. Набір лейкоцитарних антигенів
 - B. Сироваточні білки
 - C. Набір еритроцитарних антигенів
 - D. Набір набутих антитіл
 - E. Набір імунних антитіл
2. Яке значення антигенів і антитіл системи АВО в гемотрансфузійній практиці:
 - A. Характеризують стан організму
 - B. Виявляють сумісність крові, що переливають
 - C. Не мають принципового значення
 - D. Дозволяють виявити необхідний об'єм гемотрансфузії
 - E. Вірно все вищеперераховане
3. Як називається реакція антиген-антитіло при визначенні резус-фактора крові:
 - A. Псевдоаглотинація
 - B. Панаглотинація
 - C. Ізоаглотинація
 - D. Гетероаглотинація
 - E. Гомоаглотинація
4. Який температурний режим (в градусах по Цельсію) необхідний при визначенні групи крові по системі АВО:
 - A. 5-8
 - B. 12-14
 - C. 15-25
 - D. 26-38
 - E. 46-48
5. Під час визначення групи крові по системі АВО може спостерігатися панаглотинація при:
 - A. Додаванні ізотонічного розчину натрію хлориду
 - B. Недотриманні температурного режиму
 - C. Використанні прострочених сироваток
 - D. Гемолізі крові

- Е. Підвищеним вмістом іонів кальцію у тестових реактивах
6. Помилки при визначенні групи крові найбільш часто пов'язані з:
- А. Порушенням температурного режиму реакції
 - В. Неправильним співвідношенням тестових реактивів і крові
 - С. Використанням тестових реактивів з простроченим терміном придатності
 - Д. Порушенням техніки і недотриманням часу протікання реакції
 - Е. Порушенням всього вищеперерахованого
7. Забір крові для визначення сумісності по системі АВО і резус-фактору проводиться із:
- А. Пальця на предметне скло
 - В. Вени в меланжер
 - С. Пальця на предметне скло з додаванням цитрату натрію
 - Д. Вени в суху пробірку
 - Е. Вени в пробірку з ізотонічним розчином хлориду натрію
8. При переливанні група крові:
- А. Досліджується перед першою гемотрансфузією
 - В. Досліджується перед кожною гемотрансфузією
 - С. Не досліджується, досить даних у паспорті
 - Д. Не досліджується, досить даних у історії хвороби
 - Е. Не досліджується, досить даних анамнезу
9. При переливанні крові хворим, які знаходяться у стані наркозу:
- А. Проби на сумісність проводяться у повному об'ємі
 - В. Не проводиться біологічна проба
 - С. Проводиться тільки біологічна проба
 - Д. Визначається сумісність тільки по системі АВО
 - Е. Визначається сумісність тільки по резус-фактору
10. Гемотрансфузійний і акушерський анамнези перед переливанням крові дозволяють:
- А. Недопустити можливі гемотрансфузійні ускладнення
 - В. Екстренно підібрати донорську кров
 - С. Визначити резус-належність і групу крові хворого
 - Д. Виявити спадкові захворювання
 - Е. Оформити історію хвороби
11. При підготовці хворих до гемотрансфузії необхідно:
- А. Зробити загальний аналіз сечі
 - В. Зробити загальний аналіз крові
 - С. Зібрати гемотрансфузійний анамнез
 - Д. Зібрати акушерський анамнез
 - Е. Виконати все вищесказане
12. Вкажіть допустимі методи гемотрансфузії:
- А. Внутрішньовенні, внутрішньоартеріальні, внутрішньокісткові
 - В. Підшкірні, внутрішньовенні, внутрішньоартеріальні

- С. Внутрішньовенні, перидуральні, ентеральні
- Д. Внутрішньовенні, підшкірні, ендолімфатичні
- Е. Внутрішньоартеріальні, внутрішньокісткові, ендотрахеальні

13.Що роблять з флаконом, який звільнився після переливання крові і її компонентів:

- А. Його миють і здають у лабораторію
- В. Викидають
- С. Залишають 10-15мл крові у флаконі і зберігають 2 доби
- Д. Залишають 10-15мл крові у флаконі і зберігають 30 діб
- Е. Залишають 10-15мл крові у флаконі і зберігають до виписки

хворого

14.У виняткових випадках допустимо переливання крові О(І) групи реципієнтам з кров'ю інших груп, але кількість крові, що переливається не повинна бути більше:

- А. 100мл
- В. 200мл
- С. 300мл
- Д. 400мл
- Е. 500мл

15.Реінфузія крові, що витекла в черевну порожнину можлива тільки при:

- А. Проникаючому пораненні з пошкодженням кишки
- В. Тупій травмі живота з розривом сечового міхура
- С. Пошкодженням паренхіматозних органів
- Д. Вогнестрільному пораненні з пошкодженням шлунка
- Е. Всіх вищеперерахованих випадках

16.Чи можна дітям у виняткових випадках переливати кров універсального донора:

- А. Так
- В. Ні

17.Що із перерахованого не є показанням до переливання крові:

- А. Гостра крововтрата
- В. Гнійна інтоксикація, хронічне малокрів'я
- С. Важка операція з крововтратою
- Д. Важке порушення функції печінки і нирок
- Е. Травматичний шок

18.На протязі якого часу після гемотрансфузії необхідно проводити динамічний нагляд за хворим:

- А. Хворий нагляду не потребує
- В. 1год
- С. 2год
- Д. 3год
- Е. 5год

19.Яка дія на організм перелитої донорської крові:

- А. Замісна, кровозупиняюча
- В. Дезінтоксикаційна

- C. Стимулююча, живильна
 - D. Імунобіологічна
 - E. Вірно все вищесказане
20. Вкажіть стабілізатор крові:
- A. Глюцир
 - B. Протамін сульфат
 - C. 0,9% розчин натрію хлориду
 - D. Натрію ацетат
 - E. Натрію бікарбонат
21. Чим відрізняється плазма крові від сироватки:
- A. В сироватці відсутні лейкоцити і тромбоцити
 - B. В сироватці відсутній фібриноген
 - C. В сироватці немає аглютиногенів
 - D. В сироватці немає гама-глобулінів
 - E. Сироватка містить консервант
22. Використання для гемотрансфузії трупної крові вперше запропонували:
- A. Спасукокоцький, Кочергін
 - B. Філатов, Богораз
 - C. Федоров, Єганський
 - D. Шамов, Юдін
 - E. Петровський, Вишневський
23. Які ускладнення можливі на протязі першої доби після технічно правильно проведеної гемотрансфузії:
- A. Пірогенні реакції
 - B. Тромбоемболія
 - C. Гостре розширення серця
 - D. Гостра ниркова недостатність
 - E. Гостре порушення мозкового кровообігу
24. Вкажіть пізні ускладнення після гемотрансфузії:
- A. Гемотрансфузійний шок
 - B. Тромбоемболія
 - C. Анафілактичний шок
 - D. Алергічні реакції
 - E. Гостра ниркова недостатність
25. З гемостатичною метою при кровотечі краще переливати:
- A. Тромбоцитарну або лейкоцитарну масу
 - B. Поліглюкін або реополіглюкін
 - C. Плазму або цільну кров
 - D. Гемодез
 - E. Еритроцитарну масу
26. Причиною пострасфузійних реакцій може бути:
- A. Попереднє емоційне турбування хворого
 - B. Гнійничкові захворювання у хворого
 - C. Недотримання температурних умов при зберіганні крові
 - D. Гемотрансфузія після прийому їжі

- Е. Гемотрансфузія в нічний час
27. Вкажіть ранні симптоми ускладнень, викликаних переливанням несумісної крові:
- А. Гіпотермія, апатія
 - В. Анурія, гемоглобінурія
 - С. Анізокорія, брадикардія
 - Д. Брадикардія
 - Е. Відчуття жару, болю у попереку, животі, за грудиною.
28. Вкажіть препарати і компоненти крові:
- А. Поліглюкін, поліфер, альвезин
 - В. Плазма, альбумін, лейкоцитарна маса
 - С. Амінокровин, амінопептид
 - Д. Глюгіцир, цитроглюкофосфат
 - Е. Амінокапронова кислота, желатиноль
29. Вкажіть термін придатності нативної плазми і лейкоцитарної маси:
- А. 1 доба
 - В. 7 діб
 - С. 14 діб
 - Д. 21 доба
 - Е. Місяць
30. При використанні якого препарату менша вірогідність розвитку білкової несумісності:
- А. Цільної крові
 - В. Нативної плазми
 - С. Еритроцитарної маси
 - Д. Альбуміну
 - Е. Сироватки
31. Що раціональніше перелити при хронічній анемії:
- А. Тромбоцитарну масу
 - В. Альбумін, протей
 - С. Лейкоцитарну масу
 - Д. Еритроцитарну масу
 - Е. Цільну кров
32. Яку пробу на індивідуальну сумісність проводять при переливанні плазми:
- А. На групову сумісність
 - В. На резус-сумісність
 - С. Біологічну
 - Д. Все вищеперераховане
 - Е. Проби не проводяться
33. Чим проводиться біологічна проба при переливанні плазми:
- А. Не проводиться
 - В. Проводиться струминно по 30-50мл трьохкратно
 - С. Проводиться крапельно по 30-50мл трьохкратно
 - Д. Проводиться струминно по 10-25мл трьохкратно

- Е. Проводиться крапельно по 10-25мл трьохкратно
34. Назвіть імунний препарат крові:
- А. Альбумін
 - В. Гама-глобулін
 - С. Фібриноген
 - Д. Протеїн
 - Е. Тромбін
35. Який механізм лікувальної дії гемодинамічних кровозамінників:
- А. Знижують АТ
 - В. Підвищують вміст білка в крові
 - С. Утримують рідину в судинному руслі
 - Д. Стимулюють функцію печінки
 - Е. Стимулюють ретикулоендотеліальну систему
36. Який механізм дії дезінтоксикаційних кровозамінників:
- А. Підвищують осмотичний тиск
 - В. Зв'язують токсини в крові
 - С. Знижують АТ
 - Д. Стимулюють гемопоез
 - Е. Підвищують вміст білка в крові
37. Які препарати мають осмодіуретичну дію:
- А. Поліглюкін, желатиноль, реополіглюкін
 - В. Лацисоль, лактосол, дисоль
 - С. Поліфер, реоглюман
 - Д. Манітол, сорбітол
 - Е. Амінопептид, амінозол, поліамін
38. Які ускладнення можуть виникати при переливанні кровозамінників:
- А. Алергічні реакції
 - В. Пірогенні реакції
 - С. Токсичні реакції
 - Д. Всі вищеперераховані реакції
39. Із якого розрахунку у флакон додають інсулін при в/в введенні розчину глюкози:
- А. 1 ОД інсуліна на 1г сухої речовини глюкози
 - В. 1 ОД інсуліна на 2г сухої речовини глюкози
 - С. 1 ОД інсуліна на 3г сухої речовини глюкози
 - Д. 1 ОД інсуліна на 4г сухої речовини глюкози
 - Е. 1 ОД інсуліна на 6г сухої речовини глюкози
40. При одномоментних гемотрансфузіях, що перевищує 50% вихідного ОЦК хворого, може розвинутися синдром масивних гемотрансфузій внаслідок:
- А. Цитратної інтоксикації
 - В. Калієвої інтоксикації
 - С. Аміачної інтоксикації
 - Д. Неправильно підібраної донорської крові
 - Е. Все вірно, крім п.4

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
C	B	C	C	B	E	D	B	A	A	E	A	C	E	C

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	D	D	E	A	B	D	A	E	C	C	E	B	B	C

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
D	C	D	B	C	B	D	D	D	E

Ситуаційні задачі

1. На другий день після переливання одногрупної крові у хворого підвищилася температура тіла, з'явилися тремтіння, свербіж шкіри, відчуття жару. Яке ускладнення виникло у хворого? Яка ваша тактика?

2. Хворому перелито 250 мл крові 0(1) групи, резус-позитивної з урахуванням усіх правил переливання крові. Через 10 хв з'явилися тремтіння та головний біль, підвищення температури тіла до 38,5 °C. Які ваші дії?

3. Хворому з шлунково-дуоденальною кровотечею почали переливання одногрупної крові. Підчас проведення біологічної проби з'явилися симптоми гемотрансфузійного шоку. Які ваші дії при цьому?

Еталони відповідей:

1. Алергічна реакція на перелиті білки плазми крові. Повідомити лікаря. Згідно його призначень ввести хворому антигістамінні засоби (димедрол, супрастин, тавегіл), жарознижуючі засоби (аспірін, парацетамол). Місцево: протирання шкіри меновазіном або 1-2% розчином оцту.
2. Пірогенна реакція середнього ступеня важкості на переливання крові. Повідомити лікаря. Згідно його призначень ввести хворому антигістамінні засоби (димедрол, супрастин, тавегіл), жарознижуючі засоби (аспірін, парацетамол), знеболюючі засоби (аналгін, баралгін, седалгін).
3. Припинити проведення біологічної проби, перетиснувши затискач на системі. негайно повідомити лікаря. До його приходу виміряти пульс, АТ, температуру тіла хворого. Згідно його призначень, а при відсутності лікаря і розвитку ознак гемотрансфузійного шоку самостійно ввести в/в: реополіглокін, поліглокін чи інші кровозамінні засоби, знеболюючі засоби (аналгін, омнопон), адреналін, преднізолон, при різкому падінні АТ – мезетон або дофамін.

Питання на систематизацію та закріплення матеріалу:

1. Який механізм дії перелитої крові?
2. Які показання і протипоказання до переливання крові?
3. Компоненти крові та їхні класифікаційні характеристики.
4. Покази та протипокази до застосування компонентів крові.
5. Ускладнення та їх корекція після використання компонентів крові.
6. Що таке кровозамінники. На які групи по своїй дії вони поділяються?

7. Які компоненти білкових кровозамінників здійснюють живильну функцію?
8. Які кровозамінники відносяться до гемокоректорів, гемодилутантів?
9. Які розчини кровозамінників застосовуються для корекції рН крові?
10. Ускладнення внаслідок помилок, допущених при серологічній підготовці до переливання крові.
11. Ускладнення, зумовлені помилками в техніці переливання крові і порушенні асептики.
12. Ускладнення, викликані недостатнім обстеженням донора, протипокази до переливання.
13. Гемотрансфузійний шок – клініка, лікування.
14. Цитратний шок – клініка, профілактика.

Тема: “ Знеболювання в діяльності медичної сестри”

Актуальність теми:

Знеболювання – це сукупність заходів, які застосовуються при хірургічних операціях для зняття больового відчуття. Больове подразнення, що сприймається рецепторами, формується як первинна больова реакція в згір'ї, підзгір'ї і сітчастому утворі. У корі великого мозку формується якість больового відчуття. Больова реакція відбувається з участю ендокринної, симпатoadреналової і вегетативної нервової систем.

Залежно від показань операції проводять під загальним наркозом і місцевою анестезією.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- визначення поняття знеболювання;
- історію виникнення та застосування знеболювання;
- теорії наркозу;
- основні речовини для наркозу(інгаляційні,внутрішньовенне, нейрелептичні, міорелаксанти, наркотичні анальгетики, антидоти);
- можливі ускладнення інгаляційного наркозу;
- препарати, які застосовують для місцевого знеболювання.

Вміти:

- оцінити стан хворого після наркозу;
- надати першу медичну допомогу при ускладненнях наркозу;
- проводити інфільтраційну місцеву анестезію.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

Анестезіологія – це наука, яка вивчає способи захисту організму від операційної травми.

Історія:

В стародавні часи для зняття болю застосовували: дурман, індійські коноплі, екстракт беладони, алкоголь, опій. Ці засоби приймали в середину, втирали в шкіру.

У 1776р. хімік Прістлі синтезував закис азоту – знеболюючий засіб, який і дотепер широко використовується в анестезіологічній практиці.

9 квітня 1779р. Інший хімік Деві вперше випробував дію закису азоту на собі.

На американському континенті приблизно в середині ХІХ століття дантист Хорас Уеллс почав використовувати закис азоту, як анестетик в стоматології.

1842р. хірург Лонг запропонував і виконав кілька операцій під ефірним наркозом.

Однак, пріоритет в застосуванні ефірного наркозу належить американському досліднику Мортону, який 16 жовтня 1846 р. в Бостонській університетській клініці публічно провів ефірний наркоз. Операцію по видаленню гемангіоми ший виконував хірург Уоррен. Ця дата визнана днем народження анестезіології.

Першим в Росії застосував наркоз М.І. Пирогов.

Розвиток місцевої анестезії розпочався у 1905р., коли для знеболювання почали застосовувати новокаїн, особливо після розробки Вишневським методу місцевої анестезії 0,25% розчином новокаїну. Особливо великих успіхів було досягнуто після того, як хірурги почали використовувати для ендотрахеального наркозу курареподібні речовини.

Апаратура для наркозу.

Основне призначення наркозних апаратів –

- створення газової суміші
- точне дозування анестетиків
- уведення в ДШ пацієнта необхідної кількості кисню.

Наркозні апарати дозволяють проводити вентиляцію ручним способом і автоматично за допомогою апаратів ШВЛ. До складу наркозного апарату входять:

- ✓ Дозатор газових анестезинів
- ✓ Випаровувач рідких анестезинів
- ✓ Дихальний блок:
 - адсорбер

- дихальний клапан
- дихальний мішок.

Залежно від конструкції і особливостей роботи дихальні апарати можна використовувати різні дихальні контури.

Відкритий контур: пацієнт вдихає атмосферне повітря, яке проходить через випаровувач, і видихає в зовнішнє середовище.

Напіввідкритий контур: пацієнт вдихає суміш кисню з наркотичним засобом з апарата, і видихає в зовнішнє середовище.

Напівзакритий контур: вдих здійснюється як при напіввідкритому контурі, видих – частково в атмосферу, частково в апарат.

Закритий контур: вдих здійснюється з апарата, видих – тільки в апарат.

Препарати для наркозу

1. Рідкі інгаляційні речовини:

- Ефір (діетиловий ефір)
- Хлороформ (трихлорметан)
- Фторотан (галотан, флюотан, наркотан)
- Метоксіфлюран (пентран, інгалан)
- Ентран (енфлюран)

2. Газоподібні інгаляційні анестетики:

- Закис азоту
- Циклопропан (триметилен)

3. Внутрішньовенні речовини:

- Барбітурати (гексенал, тіопентал натрія)
- Пропанідід – небарбітуровий анестетик ультракороткої дії
- Оксипутірат натрія (ГОМК)
- Кетамін
- Деприван (пропофол)

Підготовка хворого до наркозу

1. Оцінити загальний стан пацієнта
2. Ознайомитись з анамнезом
3. Оцінити анестезіологічний ризик
4. Вибрати методи анестезії та премедикації
5. Провести психоемоційну підготовку хворого

Премедикація – введення лікарських засобів перед операцією з метою зменшення інтра- та післяопераційних ускладнень.

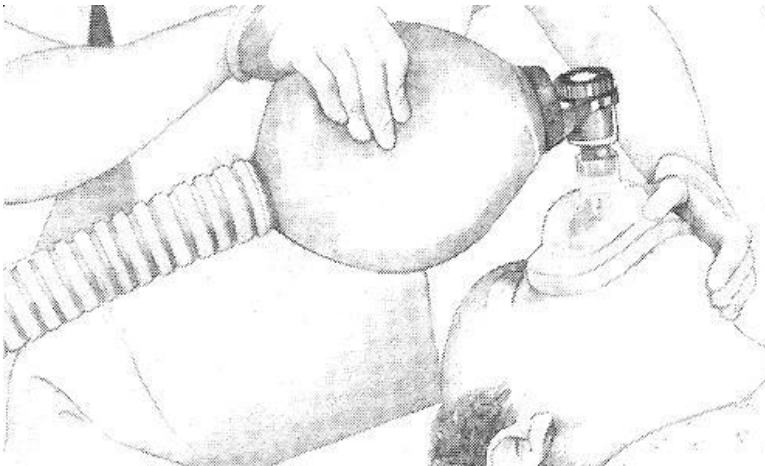
Премедикація дозволяє:

- ↓ емоційне збудження
- ↓ секрецію залоз

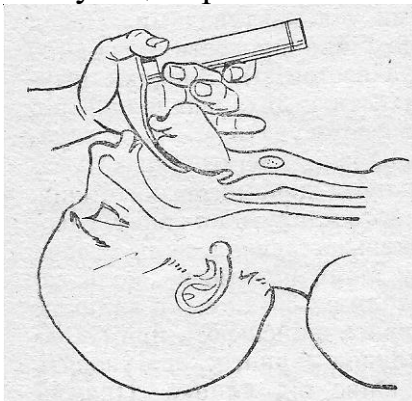
- ↓ реакцію на зовнішні подразники
- запобігати алергічним реакціям на препарати, які будуть використовувати під час анестезії.
- Досягти нейровегетативної стабілізації
- Створити оптимальні умови для дії анестетиків

Основні групи препаратів, які використовуються для премедикації:

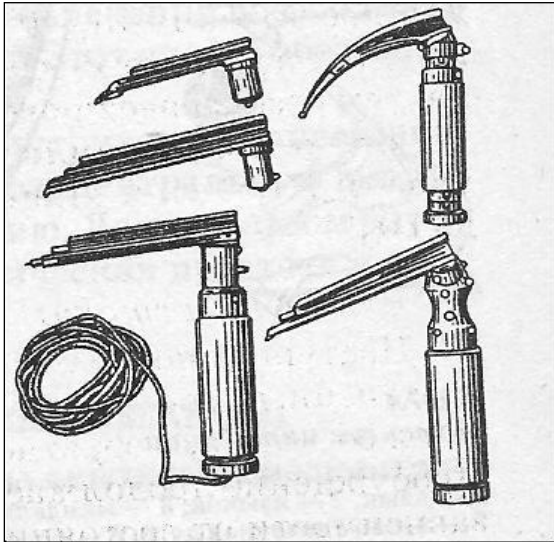
- Снодійні засоби: барбітурати
 - Транквілізатори (діазепам, феназепам)
 - Нейролептики (аміназин, дроперидол)
 - Антигістамінні (димедрол, супрастин)
 - Наркотичні анальгетики (промедол, морфіну гідрохлориду, омнопон)
- ШВЛ за допомогою маски.



- Інтубація трахеї



- Для інтубації трахеї потрібні ларингоскоп та інтубаційні трубки



Місцева анестезія

Місцеве знеболювання – штучно викликана зворотня втрата больової чутливості в певній ділянці людського організму з повним збереженням свідомості.

Сутність місцевої анестезії полягає в блокуванні больових імпульсів з ділянки де проводиться хірургічне втручання, яке здійснюється на різних рівнях, починаючи з нервових рецепторів і завершуючи сегментами спинного мозку. Відповідно до рівня, де відбувається блокування, виділяють такі види місцевої анестезії:

- Термінальна (блокада рецепторів)
- Інфільтраційна (блокада рецепторів і дрібних нервів)
- Провідникова (блокада нервів і нервових сплетінь)
- Епідуральна і спинномозкова анестезія (блокада на рівні корінців спинного мозку)

Блокування нервових імпульсів може викликати не тільки дія фармакологічних речовин, а і фізичні фактори:

- Холод (поверхнева анестезія – «заморожування» - при використанні хлоретила)
- Електроанальгезія
- Електроakupунктура

Однак, найбільше розповсюдження, безумовно, має фармакологічна місцева анестезія.

Місцеві анестетики та їх використання

1. Термінальна анестезія – найпростіший метод. Використовують в офтальмології, стоматології, ларингології. Препарати:

- Дикаїн
- Піромекаїн
- Хлоретил

2. Інфільтраційна анестезія – дуже розповсюджений метод анестезії.

Використовується при невеликих нетравматичних операціях (видалення ліпоми, грижесічіння), а також у випадках, коли наркоз є небезпечним для пацієнта. Ніколи не повинна використовуватись в

гнійній хірургії (порушення норм асептики) і в онкології (порушення норм аластики)! Препарати:

- Новокаїн 0,25-0,5%
- Лідокаїн
- Бупівакаїн

Для посилення ефекту в розчин додають судиннозвужуючі препарати (адреналін).

Принципи інфільтраційної анестезії розроблені видатним хірургом А.В.Вишневським (так званий метод «тугого повзучого інфільтрату»).

3. Провідникова анестезія – анестетик підводиться безпосередньо до нервового стовбура або сплетіння проксимальніше місця майбутньої операції. Препарати:

- Новокаїн 1-2%
- Лідокаїн 1-2%
- Бупівакаїн

Найчастіше використовують такі види провідникової анестезії:

- За Оберстом-Лукашевичем (при операціях на пальцях)
- За Усольцевою (операції на кисті)
- Блокада плечового сплетіння (операції на верхній кінцівці)
- Блокада стегнового, сідничого та запираючого нервів (операції на нижніх кінцівках).

4. Епідуральна і спинномозкова анестезія. Препарати:

- Новокаїн
- Лідокаїн
- Бупівакаїн

Ще одним, видом місцевої анестезії, що часто використовується, є новокаїнові блокади.

5. Новокаїнова блокада – це підведення низько концентрованого розчину новокаїна в клітковинні простори для блокади проходячих там нервових стовбурів з метою досягнення знеболюючого ефекту.

Загальні правила виконання блокад

1. Уточнення алергологічного анамнезу, особливо відносно місцевих анестетиків
2. Зазвичай використовують 0,25% розчин новокаїну
3. Для блокади застосовують спеціальні голки, довжиною 10-20см і шприц на 10-20мл
4. Під час виконання блокади поршень шприца періодично підтягують на себе для контролю пошкодження судини
5. Після блокади хворий транспортується в кріслі або на каталці

Найбільш розповсюджені види блокад:

Шийна вагосимпатична блокада

Показання: проникаючі поранення грудної клітки (для попередження плевропульмонального шоку)

Міжреберна блокада

Показання: переломи ребер, особливо множинні

Паравертебральна блокада

Показання: переломи ребер, виражений больовий корінцевий синдром (при дегенеративно-дістрофічних захворюваннях хребта)

Паранефральна блокада

Показання: ниркова колька, парез кишечника, гострий панкреатит, гострий холецистит, гостра кишкова непрохідність

Тазова блокада (за Школьніковим-Селівановим)

Показання: перелом кісток тазу

Блокада коріння брижейки

Показання: застосовується для профілактики післяопераційного парезу кишечника, як завершальний етап при всіх травматичних хірургічних втручаннях на органах черевної порожнини

Блокада круглої зв'язки печінки

Показання: гострі захворювання органів гепато-дуоденальної зони (гострий холецистит, печінкова колька, гострий панкреатит)

Короткий пеніцеліново-новокаїновий блок

Показання: при відокремлених запальних процесах (фурункул, запальний інфільтрат)

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Поняття знеболювання	Дати визначення	.
Вивчити історію знеболювання	Історичний розвиток знеболювання	
Основні речовини для наркозу (нейролептики, інгалаційні, в/в, антидоти, міорелаксанти, наркотичні анальгетики)	-Скласти графологічну схему -Виписати рецепти	
Можливі ускладнення при інгалаційному наркозі	Скласти графологічну схему	
Медикаменти, які застосовуються для підготовки хворого до операції	Перерахувати	
Медикаменти, які застосовуються для премедикації за 30 – 40 хв до операції	Перерахувати	
Мета проведення премедикації напередодні і перед операцією	Написати про механізм дії препаратів, які застосовуються для премедикації	

Питання до кросворда:

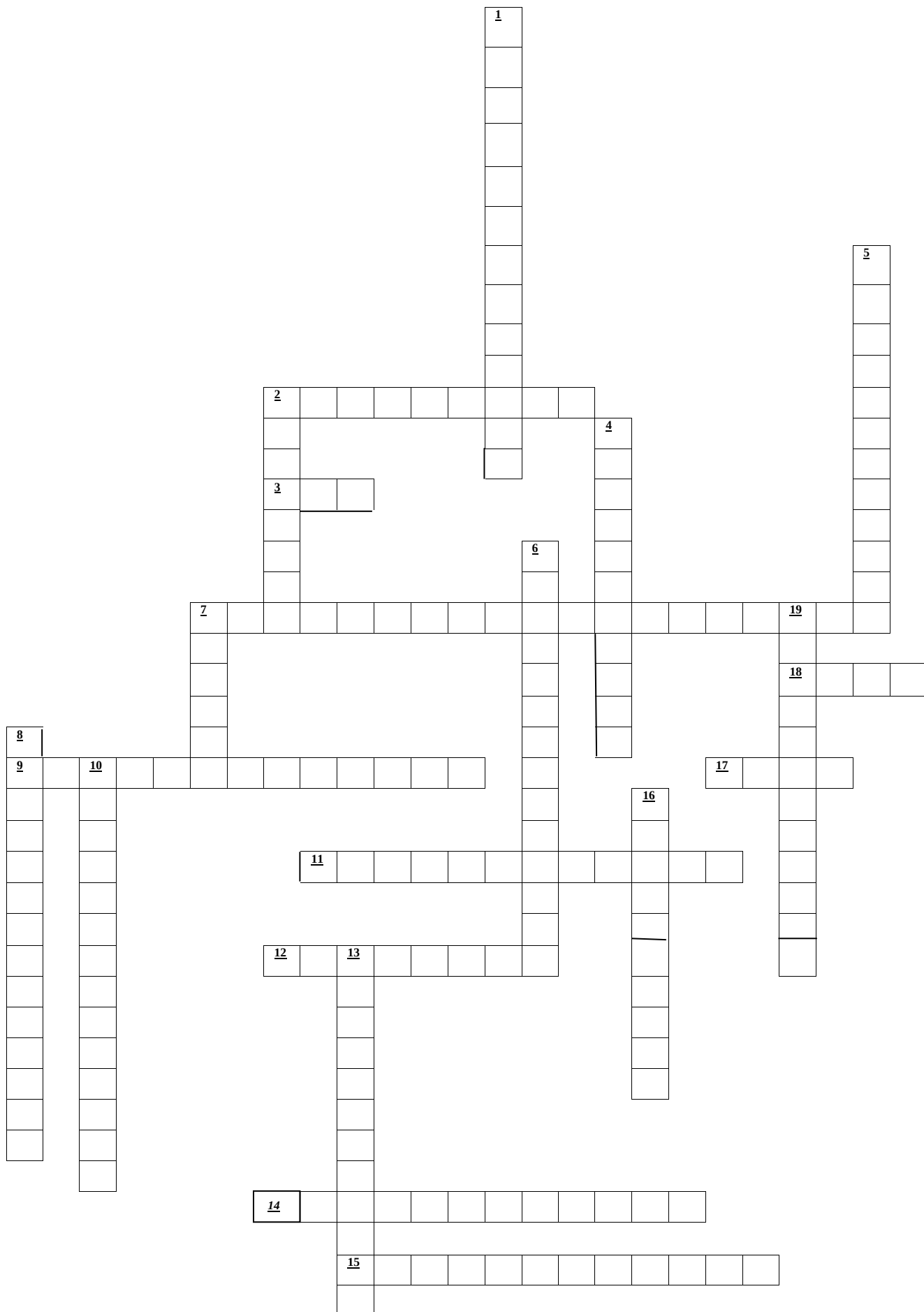
По горизонталі:

2. При якій стадії ефірного наркозу не можна оперувати?
3. За допомогою яких апаратів нагнітають наркотичну суміш в дихальні шляхи?

7. Метод внутрішньовенної анестезії, при якому в організм вводиться суміш нейролептика та наркотичного анальгетика?
9. Спосіб проведення наркозу, при якому вдих відбувається з баллона, видих частково в адсорбер, частково в атмосферу?
11. Як називається ускладнення інгальційного наркозу, який виникає внаслідок гіпоксії, подразнення слизової оболонки анестетиками, кров'ю, блювотними масами?
12. Як називається ускладнення інгальційного наркозу, ознаками якого є: тахіпное, тахікардія, спочатку підвищений, а потім знижений АТ, ціаноз?
14. Різновид наркозу, при якому в організм вводиться суміш седативних засобів з наркотичними анальгетиками?
15. Як називається наркоз, при якому введення препаратів відбувається через дихальні шляхи?
17. Особливе відчуття, яке виникає внаслідок дії травмуючого фактора і характеризується відповідними реакціями та рефлекторними змінами?
18. Цей препарат належить до рідких наркотичних речовин, та є прозорою легкою рідиною із своєрідним запахом і пекучим смаком?

По вертикалі:

1. Це курареподібна речовина, яка ізолювано викликає напруження м'язів, завдяки блокаді нервово-м'язового імпульсу?
2. Вид наркозу, при якому ми вводимо пацієнту 2 препарати одним і тим самим шляхом?
4. Як називається регіонарна місцева анестезія, при якій препарат вводять над твердою мозковою оболонкою?
5. Це ускладнення виникає внаслідок попадання у просвіт дихальних шляхів блювотних мас?
6. Наука про захист організму від операційної травми та її наслідків, контролем та керуванням життєво важливими органами під час оперативного втручання?
7. Штучно викликане гальмування ЦНС, що супроводжується втратою свідомості, чутливості, м'язового тону і т.д.?
8. Вид місцевої анестезії, при якому під тиском анестезуючих речовин нагнітають у тканини препарат?
10. Тяжкий ступінь анемії, захворювання нирок з порушенням їх функцій, захворювання серцево-судинної системи в стадії декомпенсації, це є ... до наркозу.
13. Це медикаментозна підготовка хворого до наркозу, її проводить постова медсестра за 30-40 хв до операції?
16. Як називається стадія ефірного наркозу, якщо при ній біль відсутній, свідомість спутана, больова чутливість послаблена, можна проводити короточасні операції?
19. Сукупність заходів, які застосовують при хірургічних маніпуляціях з метою виключення больових відчуттів?



Відповіді:

По горизонталі:

2. Збудження
3. ШВЛ
7. Нейролептанальгезія
9. Напівзакритий
11. Ларингоспазм
12. Гіпоксія
14. Атаральгезія
15. Інгаляційний
17. Біль
18. Ефір

По вертикалі:

1. Міорелаксанти
2. Змішаний
4. Епідуральна
5. Регургітація
6. Анестезіологія
7. Наркоз
8. Інфільтраційна
10. Протипоказання
13. Премедикація
16. Анальгезія
19. Знеболювання

Матеріали для самоконтролю:

1. Що вивчає «анестезіологія»?
2. Які ви знаєте види знеболювання?
3. Які ви знаєте речовини, що використовуються для наркозу?
4. Які препарати вводять з метою премедикації?
5. Назвіть стадії та рівні ефірного наркозу.
6. Які ознаки II стадії?
7. Які основні етапи ендотрахеального наркозу?
8. Назвіть види дихальних контурів.

Тести для контролю.

1. Для інгаляційного наркозу використовують один з анестетиків:
 - A. Дикаїн
 - B. Ксикаїн
 - C. Новокаїн
 - D. Наркотан
 - E. Совкаїн.
2. Загальна анестезія досягається дією анестетиків на:
 - A. Певні структури ЦНС
 - B. Периферичний відділ нервової системи

- С. Продовгуватий мозок
- Д. Глибокі больові рецептори
- Е. Поверхневі больові рецептор

3. В II стадії інгаляційного наркозу спостерігається:

- А. Нормальний АТ
- В. Нормальний пульс
- С. Нормальний колір шкіри
- Д. Гіперемія шкіри
- Е. Рухове збудження

4. Для інгаляційного наркозу використовують:

- А. Закис азоту, циклопропан, фторотан
- В. Гексенал, тіопентал натрію, кеталар
- С. Хлоргідрат, нарколан
- Д. Арфонад
- Е. Пентамін, бензогексоній

5. В чому перевага в/в наркозу перед іншими видами анестезії:

- А. Можливість дозування
- В. Відсутність стадії збудження
- С. Проведення його без підготовки хворого
- Д. Нешкідливість для хворого
- Е. Можливість швидкого пробудження

6. Ви працюєте в операційнім відділенні анестезистом. Який із запропонованих засобів підготуєте для інгаляційного наркозу:

- А. Дикаїн
- В. Ксикаїн
- С. Диплацин
- Д. Закись азоту
- Е. Мілаксен.

7. Ви працюєте в операційній анестезистом. Який із запропонованих препаратів застосуєте для внутрішньовенного наркозу:

- А. Новокаїн 2%
- В. Тіопентал натрію
- С. Дикаїн
- Д. Трилен
- Е. Хлоралгідрат

8. Ви працюєте анестезистом в операційній. Який із вказаних препаратів необхідно використати для інтубаційного наркозу:

- А. Новокаїн
- В. Лістенон
- С. Димедрол
- Д. Промедол
- Е. Анальгін

9. Який медичний препарат не використовують для проведення премедикації?

- A. Димедрол
- B. Омнопон
- C. Анальгін
- D. Фенобарбітал
- E. Дроперидол

Еталони відповідей.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D	A	E	A	B	D	B	B	C

Ситуаційні задачі:

1. У хворого, 56 років, з інфарктом міокарда після введення фентанілу з метою знеболювання настала зупинка серця. Яка ваша тактика?
2. Під час операції на тлі глибокого наркозу у хворого утруднилося дихання, особливо вдих. Як треба діяти в цьому випадку?
3. Під час операції, яку проводили під масковим наркозом, у хворого почалося блювання. Яка ваша тактика?

Еталони відповідей.

1. Припинити наркоз, забезпечити подачу кисню, провести вентиляцію легень ручним способом або за допомогою апарата і застосувати закритий масаж серця (ритмічні, поштовхоподібні натискування долонею на груднину). При неефективності ввести внутрішньосерцево розчин норадреналіну і гідротартрату або адреналіну гідрохлориду.
2. Передозування наркотичної речовини. Слід негайно припинити подачу наркотичної речовини, забезпечити достатній приплив кисню і почати штучну вентиляцію легень.
3. Під час появи блювання слід негайно зняти маску, повернути голову хворого набік і опустити головний кінець стола. Підставити лоток, відкрити рота і очистити ротову порожнину від блювотних мас тампонами або електровідсмоктувачем.

Тема: «Неоперативна та оперативна хірургічна техніка».

Актуальність теми:

Професійна діяльність медичної сестри передбачає не тільки надання допомоги, а і подальше лікування та догляд за хірургічними хворими як в амбулаторних так і стаціонарних умовах. Тому підготовка майбутніх медичних сестер не може бути повноцінною без знань неоперативної хірургічної техніки, а саме десмургії та оперативної хірургічної техніки

Навчальні цілі заняття.

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен:

Знати:

- поняття про пов'язку та перев'язку;
- види пов'язок;
- правила бинтування;
- основні типи бинтових пов'язок;
- мету, принципи та правила транспортної іммобілізації;
- мету лікувальної іммобілізації.
- предмет та завдання оперативної хірургії
- визначення поняття «операція» та вимоги до її виконання, види операцій, етапи, основні вимоги до її проведення
- сучасний хірургічний інструментарій його призначення та застосування

Вміти:

- накладати бинтові пов'язки: на голову й шию, грудну клітку і плечовий суглоб, ділянку живота і таза, верхню та нижню кінцівки;
- застосувати биндажі та суспензорій, оклюзійну пов'язку, еластичні і трубчасті бинти.
- накладати гіпсові пов'язки.
- скласти набори інструментів

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ Інтернетвидання

Матеріали для самопідготовки:

План

1. Поняття про пов'язку і перев'язку.
2. Мета і завдання при накладанні пов'язок, результат, який необхідно досягти.
3. Види пов'язок.
4. Основні перев'язувальні засоби та матеріали.
5. Основні типи бинтових пов'язок. Правила накладання бинтових пов'язок.

1. Десмургія (грец. desmos – зв'язка, пов'язка, ergon –дія) - вчення про пов'язку.

Пов'язка є важливим засобом для закриття рани або ушкодженої ділянки тіла з метою запобігання або лікування ранової інфекції, створення певного тиску на ту чи іншу ділянку з гемостатичною або іншою метою, забезпечення нерухомості (іммобілізації) її. У вузькому значенні під пов'язкою розуміють

засіб для закріплення чи утримання на рані перев'язного матеріалу. Можливе і таке визначення: **пов'язкою** називається закріплений на тілі хворого з лікувальною метою перев'язний матеріал.

Перев'язка - це заміна пов'язки. Складається з таких етапів:

- a) зняття раніше накладеної пов'язки;
- b) туалет шкіри навколо рани (гоління волосся, оброблення спиртом, ефіром та ін.);
- c) різні лікувальні маніпуляції (промивання рани антибіотиками, застосування антибіотиків, ферментів, мазей, висічення некротичних тканин, зняття швів та ін.)
- d) накладання нових пов'язок.

Накладання пов'язок - складна і відповідальна процедура. Неправильно накладена пов'язка може привести до серйозних ускладнень і мати такі самі наслідки, як і погано виконана операція

Пов'язки найчастіше накладаються при пораненнях, виразках і норицях. При травмах правильно накладена пов'язка має особливо велике значення. Вона попереджує інфікування рани. Сприяє зупинці капілярної і незначних венозних кровотеч, зменшує кількість больових імпульсів із ушкодженої ділянки, що є профілактикою травматичного шоку і т.п.

Тому знання десмургії займає важливе місце в діяльності середнього медпрацівника як у відділеннях хірургічного профілю при лікуванні захворювань і травм, так і при наданні першої медичної допомоги на місці пригоди або нещасного випадку. Від кваліфікації медпрацівника, в т.ч. медсестри залежить наскільки швидко і правильно це буде зроблено і від чого в кінцевому результаті залежить інколи і життя хворого.

Класифікація пов'язок передбачає розподіл їх за матеріалом, функціональним призначенням, етапністю надання першої допомоги. Залежно від виду матеріалу виділяють дві великі групи пов'язок. Це м'які пов'язки та тверді (або такі, що твердіють). До м'яких пов'язок належать пов'язки з марлі, бинтові, тканинні, марлево-клеюльні, пластирні та ін. До твердих зараховують шинні (тверді) пов'язки та пов'язки з гіпсу, крохмалю й нових полімерних матеріалів (фіброглас, смола), що в процесі накладання стають твердими.

У десмургії для накладання пов'язок використовують велику кількість різноманітних матеріалів. Загальні вимоги до матеріалу для м'яких пов'язок, які безпосередньо контактують зі шкірою чи рановою поверхнею такі: висока капілярність, гігроскопічність, еластичність, достатня міцність, біологічна інертність, здатність зберігати свої властивості після стерилізації, низька собівартість.

Усі види матеріалів, що використовуються для перев'язування, можна розділити таким чином: тканини (гігроскопічна марля, суворе полотно, тилексол - бавовняна тканина з дуже високими дренажними властивостями), бинти (марлеві різної ширини, еластичні, трубчасті), індивідуальні перев'язні пакети, волокнисті матеріали (вата, лігнін), пластикатні матеріали (ліфузол, акутол, ліквідопласт та ін), клеол, лейкопластир та ін.

Матеріали для твердих пов'язок: дерев'яні, металеві та з дроту шини, матеріали, що тверднуть - гіпс, крохмаль, фіброгласи тощо.

Всі бинтові пов'язки поділяються на такі типи:

1. **Колова (циркулярна) пов'язка.** Вона складається із кількох циркулярних ходів бинта, розташованих точно один над другим. Звичайно цю пов'язку накладають на частини тіла, форма яких наближається до циліндричної (голова, плече, променево-зап'ястковий суглоб, нижня третина гомілки, фаланги пальців).
2. **Спіральна пов'язка** застосовується при пораненні тулуба і кінцівок, коли тканини ушкоджені на великому протязі. Перші закріплюючі тури проводять поза зоною ушкодження. Ділянки тіла, що мають циліндричну форму (тулуб, плече, нижня третина гомілки в передпліччя) бинтують таким чином, щоб кожний наступний тур бинта прикривав попередній на $1/2$ або $2/3$ його ширини на всьому протязі. Якщо звичайний спіральний хід бинта не відповідає поверхні тіла, що бинтується (верхній край бинта щільно прилягав до тіла, а нижній відстав), накладають спіральну пов'язку з перегинами. Звичайно такі пов'язки застосовують при бинтуванні стегна, середньої і верхньої третини гомілки, передпліччя, необхідно пам'ятати, що перегини бинта повинні розтошовуватися на одній прямій лінії, найкраще збоку від місця ушкодження. Перегини бинта роблять доти, доки бинтують частину тіла, що має форму конуса. Спіральна пов'язка з перегинами міцно фіксує перев'язувальний матеріал, не сповзає і має акуратний вигляд.
3. **Повзуча пов'язка** нагадує спіральну. Після закріплюючих турів ходи бинта ведуть гвинтоподібно, так, щоб вони не доторкувались один до одного. Проміжки між турами бинта приблизно рівні ширині бинта. Таку пов'язку застосовують для тимчасового утримання асептичної пов'язки на кінцівках при ушкодженнях на значному протязі. Пізніше стерильний матеріал остаточно фіксують спіральною або іншою пов'язкою.
4. **Хрестоподібна, або восьмиподібна пов'язка** отримала свою назву тому, що ходи бинта нагадують хрест або вісімку. Пов'язка зручна при бинтуванні потиличної ділянки, задньої поверхні шиї, грудної клітини, кисті підколінної ямки, гомілково-ступневого суглоба та ін.
5. **Колосоподібна пов'язка** отримала назву від характерного малюнку, який виходить у місці перехресту ходів бинта. Пов'язку накладають на ділянку плечевого, кульшового суглобів та ін. Колосоподібна пов'язка нагадує дещо змінену восьмиподібну, в якій ходи бинта при перехрещуванні не прикривають попередні повністю, а розташовані вище і нижче їх.
6. **Черепашача пов'язка** накладається на ділянку колінного-ліктьового і гомілково-ступневого суглобів. Якщо ушкоджена ділянка кінцівки розташована над суглобом, то накладають збіжну (східну) черепашачу пов'язку. Це пояснюється тим, до закріплюючі тури не можна накладати

на ділянку ушкодження. Якщо ушкодження локалізується поряд з колінним суглобом, то краще застосувати розбіжну (розхідну) черепашачу пов'язку. В такому випадку закріплюючі тури накладають над надколінником, а наступні - нижче і вище попереднього, поступово зміщуючи кожний хід бинта на гомілці в дистальному, а на стегні - в проксимальному напрямку. Тури бинта перехрещуються в підколінній ямці, пов'язку закінчують коловими ходом бинта на стегні.

- 7. Повертаюча пов'язка** накладається на виступаючі частини тіла: дистальні відділи кінцівок, кінцеві фаланги пальців, голову, куксу кінцівок.

Правила накладання м'якої бинтової пов'язки.

Правильно накладена пов'язка не турбує хворого, акуратна, міцно і довго фіксує перев'язувальний матеріал. Для досягнення такого результату при бинтуванні необхідно дотримуватись таких вимог:

Вимоги до потерпілого:

1. В момент бинтування м'язи потерпілого повинні бути повністю розслаблені. При пораненні грудної клітки, живота, верхньої третини стегна пов'язку необхідно накладати в горизонтальному положенні хворого, а при бинтуванні голови, шиї, руки, гомілки - в сидячому положенні. Якщо хворий без свідомості, його бинтують в горизонтальному положенні. Найбільш зручно накладати пов'язку тоді, коли частина тіла, що бинтується, знаходиться на рівні грудей медпрацівника. В інших випадках необхідно або нахилитися, або піднімати руки вгору, що значно втомлює.
2. Пов'язку накладають в тому положенні кінцівки, в якому вона буде знаходитись потім. Для плечового суглобу це буде незначне відведення плеча, для ліктьового - згинання передпліччя під кутом 90° в середньому положенні між супінацією і пронацією. При бинтуванні кисті її надають положення незначного тильного згинання і променевого відведення. Положення пальців таке, яке буде, якщо охопити кистю невеличкий м'ячик.

Ділянку кульшового суглоба бинтують у випрямленому положенні кінцівки (під кутом біля 180°), колінного суглоба - дещо зігнутому положенні (біля 170°), гомілково-ступневого - під кутом 90° .

Вимоги до того, хто бинтує:

1. При наданні допомоги необхідно спостерігати за виразом обличчя потерпілого, щоб уникнути непотрібного травмування.
2. Бинтування починають із закріплюючого туру.
3. Звичайно бинтують від периферії до центру, за током крові в венозному руслі і лімфи. Виключення складають пов'язки на кисть, ступню і на пальці.
4. Тури бинта накладають при рівномірному постійному його натягу. В такому випадку не буває складок і перетяжок.
5. Звичайно, бинтують по відношенню до того, хто бинтує зліва/направо, розташовуючи головку бинта в правій рулі, а початок бинта - в лівій.

Справа наліво накладають пов'язку на ліве око, ліву молочну залозу, пов'язку Дезо на праву руку і т.п.

6. Головка бинта завжди повинна котитися по поверхні тіла, яка бинтується.
7. При накладанні пов'язок, крім повзучої, кожен наступний тур прикриває попередній на 1/2 або 2/3 його ширини. Якщо бинт закінчився, то під його кінець підкладають початок нового і закріплюють коловим туром, після чого бинтування продовжують.
8. Після закінчення бинтування кінець бинта можна пришити нитками. Частіше, кінець бинта розрізають по довжині на 10-30 см на 2 клапті однакової ширини, кінці бинта перехрещують між собою обводять навколо сегмента, що бинтується і зав'язують вузлом на протилежній стороні від рани. Бинтування можна закінчити фіксуючи кінець бинта англійською шпилькою.

ООД до самостійної роботи

№ п/п	Завдання	Вказівки до завдання		Контрольні запитання	Література
		Знати	Вміти		
1.	Техніка накладання основних видів м'яких пов'язок.	Основні види м'яких пов'язок.	Накладати основні види м'яких пов'язок.	1. Хворий упав з велосипеда, ударився головою об тротуар. В тім'яній ділянці мається рана. Які види пов'язок ви за пропонуєте? 2. У хворого розкрито карбункул на потилиці. Яку пов'язку ви запропонуєте? 3. У хворого зламана нижня щелепа. Якими пов'язками можна виконати транспортну іммобілізацію? 4. У хворого мається рана в пахвинній ділянці. Якою пов'язкою можна її закрити? 5. У хворого забита рана колінного суглоба. Якою пов'язкою можна її закрити?	✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік. ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок).

				6. У хворого роз тяжіння зв'язок гомілковостопного суглобу. Яку пов'язку треба накласти? 7. У хворого термічний опік правої кисті. Які пов'язки можна застосувати?	Тернопіль 2002 рік. ✓ інтернетвидання
2.	Проби на якість гіпсу.	Методику виконання проб на якість гіпсу.	Виконувати проби на якість гіпсу.	1. При замочуванні гіпсового бинта відчувається запах тухлих яєць. Чи можна його використовувати? 2. Гіпсова кулька, випущена з руки на висоті 1 м, розбилась об підлогу. Чи можна вживати цей гіпс?	
3.	Основні види гіпсових пов'язок.	Основні види гіпсових пов'язок.	Накладати гіпсові пов'язки.	1. У хворого відкритий перелом правої гомілки. Яку гіпсову пов'язку треба використати для іммобілізації перелому і догляду за раною? 2. У хворого перелом плеча, ускладнений запаленням ліктьового суглобу. Яку гіпсову пов'язку слід застосувати для іммобілізації перелому і вільного доступу до суглобу.	
4.	Принципи транспортної іммобілізації.	Принципи транспортної іммобілізації.	Правильно проводити транспортну іммобілізацію.	1. Скільки суглобів Треба іммобілізувати при переломах? 2. Функціонально вигідне положення: - для верхньої кінцівки? - для нижньої кінцівки? 3. У хворого перелом ключиці. Назвіть: - усі можливі види транспортної іммобілізації; - види лікувальної іммобілізації. 4. У хворого перелом плеча. Назвіть всі можливі види транспортної іммобілізації. 5. Транспортна іммобілізація при переломі кісток передпліччя? 6. Транспортна іммобілізація: - при переломі стегна? Переломі кісток гомілки?	

Контрольні запитання.

1. Що таке пов'язка?
2. Що таке перев'язка?
3. Яка мета медсестри при накладанні пов'язок?

4. Перелічити м'які пов'язки, які ви знаєте?
5. Що таке захисні пов'язки?
6. Що таке закріплюючі пов'язки?
7. Які закріплюючі пов'язки ви знаєте?
8. Назвати основні перев'язувальні засоби та матеріали?
9. Які основні типи бинтових пов'язок розрізняють?
10. Перелічити правила накладання бинтових пов'язок.

Клінічна задача № 1.

Хворому С. 28 років, проведений розтин гнійного ліктьового бурситу, сумку суглоба промили антисептиками, дренувати турундою з гіпертонічним розчином хлористого натрію і прикрили марлевою серветкою.

Яку закріплюючу пов'язку ви накладете?

Клінічна задача № 2.

Хворій внаслідок варикозного розширення вен нижніх кінцівок проведена операція - венектомія великої підшкірної вени на правому стегні і гомілці. Рани зашили, обробили їх розчином йодонату, прикрили серветками.

Яку бинтову пов'язку необхідно накласти на нижню кінцівку для закріплення перев'язувального матеріалу?

Еталони відповідей.

Клінічна задача № 1

Хворому необхідно накласти черепащачу збіжну пов'язку на ліктьовий суглоб в напівзігнутому положенні.

Клінічна задача № 2.

На початку бинтування для утримання перев'язувального матеріалу на значному протязі кінцівки необхідно застосувати повзучу (змієвидну) пов'язку. Після цього накласти спіральну пов'язку з перегинами бинта на гомілку, черепащачу збіжну пов'язку на ділянку колінного суглоба та спіральну пов'язку на стегно, при необхідності з перегинами бинта.

Тести для самоконтролю.

1. Циркулярною називається пов'язка, наступні тури якої:
 - А. Закривають попередні на 1/2
 - В. Закривають попередні на 2/3
 - С. Закривають попередні повністю
 - Д. Відступають від попередніх на ширину бинта
 - Е. Накладаються один на одного по східному типу
2. Повзучою (змієвидною) називається пов'язка, наступні тури якої:
 - А. Закривають попередні на 1/2
 - В. Закривають попередні на 2/3
 - С. Закривають попередні повністю
 - Д. Відступають від попередніх на ширину бинта
 - Е. Накладаються один на одного по розхідному типу
3. Вкажіть правило, якого потрібно дотримуватися при бинтуванні:
 - А. Знаходитись позаду хворого, щоб не дихати йому в обличчя
 - В. Дивитись на обличчя хворого і бинтувати
 - С. Дивитись тільки на частину тіла, яку бинтуємо

- D. Слідкувати за діями помічника і бинтувати
 - E. Дивитись на обличчя хворого і частину тіла, що бинтуємо
4. Яке із вказаних правил бинтування правильне:
- A. Котити бинт, попередньо відмотавши, черевцем до тіла
 - B. Котити бинт без відмотування черевцем до тіла
 - C. Котити бинт, попередньо відмотавши, спинкою до тіла
 - D. Котити бинт без відмотування спинкою до тіла
 - E. Розкочувати бинт по тілу великим і вказівним пальцями
5. Перев'язувальний матеріал повинен задовільняти всім потребам, крім:
- A. Гігроскопічності
 - B. Еластичності
 - C. Можливі стерилізації без втрати якості
 - D. Подразнюючої дії на тканини
 - E. Капілярності
6. Складовими частинами для приготування клеолу можуть бути всі, крім:
- A. Етилового спирту
 - B. Хлоргексидина біглюконату
 - C. Каніфолі
 - D. Скипидару
 - E. Ефіру
7. Якщо липкий пластир погано приклеюється до шкіри, його протирають ваткою, змоченою:
- A. Первомуром
 - B. Хлоргексидина біглюконатом
 - C. Ізотонічним розчином натрію хлориду
 - D. Ефіром
 - E. Розчином глюкози
8. Чи слід голити волосся з волосяних частин тіла перед накладанням лейкопластирної пов'язки?
- A. Так
 - B. Ні
9. Пращеподібна пов'язка не застосовується для утримання перев'язувального матеріалу в ділянці:
- A. Носа
 - B. Підпахової ямки
 - C. Підборіддя
 - D. Вушної раковини
 - E. Потилиці
10. Вкажіть один із суттєвих недоліків пращеподібної пов'язки:
- A. Складна у виконанні
 - B. Потребує великої витрати матеріалу
 - C. Не створює герметичного закриття рани
 - D. Застосовується тільки при незначних пошкодженнях
 - E. Незручна для хворого

11.3 допомогою якої пов'язки можуть втримати перев'язувальний матеріал в ділянці промежини:

- A. Пращеподібної
- B. Східної черепащачої
- C. Розхідної черепащачої
- D. Т-подібної
- E. Колосоподібної

12.Для підтримки мошонки після операції на ній застосовується пов'язка:

- A. Пращеподібна
- B. Східна черепащача
- C. Розхідна черепащача
- D. Колосоподібна
- E. Суспензорій

13.На конусоподібні частини тіла (передпліччя, гомілка) накладається пов'язка:

- A. Черепащача східна
- B. Черепащача розхідна
- C. Хрестоподібна
- D. Спіральна з перегинами бинта
- E. Повертаюча

14.Перев'язувальний матеріал на грудній клітці закріплюється пов'язкою:

- A. Колосоподібною
- B. Черепащачою
- C. Повертаючою
- D. Спіральною
- E. Вельпо

15.Чи можна закріпити перев'язувальний матеріал на грудній клітці восьмиподібною пов'язкою?

- A. Так
- B. Ні

16.В ділянці потилиці задньої поверхні шиї перев'язувальний матеріал закріплюють пов'язкою:

- A. Повертаючою
- B. Восьмиподібною
- C. Колосоподібною
- D. Черепащачою
- E. Повзучою

17.При бинтуванні ділянки плечового суглоба застосовують пов'язку:

- A. Волову
- B. Спіральну
- C. Повертаючу
- D. Змієподібну
- E. Колосоподібну

18.Черепащача пов'язка накладається на:

- A. Підборіддя

- В. Промежину
- С. Куксу кінцівки
- Д. П'ятку
- Е. Кисть

19. Яка закріплююча пов'язка накладається на ділянку надколінника при зігнутій в колінному суглобі нижній кінцівці:

- А. Спіральна
- В. Черепащача
- С. Повзуча
- Д. Повертаюча
- Е. Хрестоподібна

20. Якою пов'язкою утримується перев'язувальний матеріал на куксі кінцівки:

- А. Циркулярною
- В. Колосоподібною
- С. Повертаючою
- Д. Черепащачою
- Е. Спіральною

21. Яка пов'язка раціональніша для закріплення зігріваючого компресу на вухо:

- А. Шапочка Гіппократа
- В. Вуздечка
- С. Чепець
- Д. Вузлової
- Е. Неополітанська

22. Чи можливо використати з гемостатичною метою вузлову пов'язку при кровотечі із враженої скроневої артерії?

- А. Так
- В. ні

23. Показанням до іммобілізації верхньої кінцівки пов'язкою Дезо, є перелом:

- А. Шийних хребців
- В. Ключиці
- С. Грудини
- Д. II-III ребер
- Е. Кісток передпліччя

24. Чи допустима іммобілізація верхньої кінцівки пов'язкою Дезо після вправлення вивиху плеча?

- А. Так
- В. Ні

25. Після вправлення вивиху плеча кінцівку можна іммобілізувати пов'язкою:

- А. Колосоподібною
- В. Вельпо
- С. Восьмиподібною
- Д. Черепащачою
- Е. Теденіановською

26. Чи можна перев'язувальний матеріал на I пальці закріпити колосоподібною пов'язкою?
- Так
 - Ні
27. Пов'язка типу "панцерна рукавичка" накладається у випадку:
- Ураження шкіри всіх пальців
 - Переломів фаланг пальців
 - Після вправлення вивиху основної фаланги I пальця
 - Панариції вказівного пальця
 - Абсцесу долонної поверхні кисті
28. Для зняття пов'язки, яка присохла до рани, використовують:
- Ефір
 - Перекис водню
 - Спирт
 - Скипидар
 - Клеол
29. Лейкопластирна пов'язка не використовується для:
- Лікування методом витягування при переломах
 - Фіксації перев'язувального матеріалу на рані
 - Зближення країв рани
 - Окклюзії проникаючої рани грудної клітки
 - Кінцевого гемостазу
30. Вкажіть найбільш грубу помилку при накладанні пов'язки на ділянку шиї:
- Дуже вільна
 - Не закріплена
 - Дуже туга
 - Використаний широкий бинт
 - Накладена з великим числом турів

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
С	D	E	D	D	B	D	A	D	C	D	E	D	D	A
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	E	D	B	C	E	A	B	A	B	A	A	B	E	C

План

- Поняття про хірургічну операцію та оперативну хірургію. Види хірургічних операцій.
- Загальний хірургічний інструментарій: для розсічення, зшивання, захоплювання і фіксації тканин, розширення рани і припинення кровотечі.
- Спеціальний хірургічний інструментарій для операцій на окремих органах.
- Елементи операцій: розсічення тканин, гемостаз, фіксація тканин, видалення патологічного вогнища, з'єднання країв рани та її дренирування.

Хірургічна операція — це механічний вплив на органи і тканини, їх роз'єднання з метою оголення ураженого органа і виконання на ньому лікувальних або діагностичних маніпуляцій.

Оперативна хірургія — учення про хірургічні операції, присвячене розробці способів виконання оперативних втручань.

Залежно від терміну проведення розрізняють екстрені, планові та термінові операції.

Екстреними (негайними) називають операції, які проводять практично зразу ж після встановлення діагнозу. Як правило, такі операції необхідно виконати протягом 2 год після госпіталізації хворого. Екстрені операції проводять при кровотечі, гострому апендициті, гострому холециститі та ін.

Плановими називають операції, результати яких практично не залежать від терміну їх виконання. Перед такими операціями проводять повне обстеження хворого. Обов'язковою є передопераційна підготовка. До планових відносять операції з приводу грижі, що вправляється, варикозного розширення вен нижніх кінцівок, неускладненої виразкової хвороби шлунка тощо.

Термінові операції виконують протягом 1—7 діб після госпіталізації хворого або встановлення діагнозу. Перед операцією хворого обстежують, проводять передопераційну підготовку. Так, у разі припинення кровотечі і коли є загроза її рецидиву хворого можна оперувати після стабілізації лабораторних показників.

Залежно від мети операції поділяють на діагностичні і лікувальні.

До *діагностичних* операцій відносять біопсії, спеціальні діагностичні (ендоскопічні лапаро- і торакоскопії, бронхоскопія, цистоскопія тощо) і традиційні оперативні втручання.

Лікувальні операції поділяють на радикальні і паліативні.

Радикальною називають операцію, після якої хворий повністю виліковується (видалення доброякісної пухлини, апендектомія, холецистектомія та ін.).

Паліативною називають операцію, яка не виліковує хворого, але полегшує його страждання і подовжує життя. Так, у пізніх стадіях раку прямої кишки створюють штучний задній прохід, виводячи на шкіру сигмоподібну ободову кишку.

Розрізняють *одномоментні*, а також *дво-, три- чи багатомоментні* операції (апендектомія, як правило, — одномоментна операція, пластичні операції, як правило, багатомоментні) та повторні, які виконують на тому самому органі з приводу тієї самої патології (планова релапаротомія при гнійному перитоніті).

Реконструктивні операції дозволяють відновити форму чи функцію органа (частини тіла).

Так, видаливши стравохід у хворого на рак (операція Торека), виконують пластику стравоходу тонкою кишкою (операція Рі — Герцена — Юзіна).

Пластична операція — це художнє відновлення форми відсутнього або спотвореного органа, виправлення асиметрій. Так, косметичні операції дозволяють виправити форму носа чи вух, усунути зморшки та ін.

Розрізняють **загальний і спеціальний хірургічний інструментарій**. Загальний хірургічний інструментарій призначений для розсічення і зшивання тканин, припинення кровотеч, розширення ран та ін.

Спеціальний хірургічний інструментарій застосовують для операцій у грудній порожнині, на судинах, для нейрохірургічних втручань та ін. Для всіх цих операцій є спеціальні набори.

Загальний хірургічний інструментарій використовують для операцій на органах черевної порожнини і кістках, для трахеотомії та ін. Випускають великий і малий хірургічні набори.

Для розсічення м'яких тканин застосовують скальпелі, ножі і ножиці.

Скальпелі бувають гострокінцеві, прямі і черевцеві. Випускаються також скальпелі зі знімним лезом, виготовленим з високоякісної сталі. За довжиною леза загальні хірургічні черевцеві скальпелі поділять на великі (довжина леза — 50 мм) і середні (довжина леза — 40 мм).

Ножі застосовують при операціях на кінцівках (при ампутаціях, резекціях суглобів) та інших операціях, пов'язаних з розсіченням великих груп м'язів і сухожилків.

Для захоплення і фіксації м'яких тканин застосовують пінцети (анатомічні, хірургічні, зубчасто-лапчасті), гачки пластинчасті (Фарабефа), зубчасті (Фолькмана). Анатомічні пінцети мають насічки на кінцях, хірургічні — зубчики. Під час роботи в глибині порожнини застосовують довгі пінцети. Хірургічними пінцетами користуються для захоплення шкіри і її фіксації, анатомічними — під час проведення операцій на внутрішніх органах.

Гачки для розширення ран бувають різних розмірів. Вони можуть бути гострими і тупими. Гострі зубчасті гачки застосовують для розширення рани шкірних покривів. У глибині рани користуються тупими гачками Фарабефа і тупими зубчастими гачками.

Зонди застосовують для дослідження фістул, роз'єднання тканин (апоневрозу, рубців). Вони бувають гудзикуватими і жолобуватими. М'які тканини розсікають скальпелем по жолобу зонда. Для роз'єднання тканин користуються зондом Кохера.

Для припинення кровотеч застосовують кровоспинні затискачі Кохера, Більрота, Пеана. Затискачі Кохера прямі, з нарізкою і зубцями на кінцях. Затискачі Більрота не мають зубців. Затискачі Пеана мають поперечні насічки. Затискачі можуть бути прямими і зігнутими, різної довжини. Для захоплення судин, оболонок мозку та інших ніжних тканин користуються спеціальними затискачами типу "Москіт" з тонкими браншами.

Цапки застосовують для фіксації білизни і серветок навколо операційної рани.

Корнцанг нагадує затискач Пеана великих розмірів. Ним операційна сестра подає інструментарій, серветки тощо.

Для з'єднання тканин користуються голками і голкотримачами. Лігатурні голки Дешана і Купера застосовують для проведення лігатур навколо кровоносних судин.

Хірургічні голки бувають різних розмірів (№ 1—№ 12), загнуті і прямі, ріжучі і круглі. Тригранні ріжучі голки застосовують для зашивання шкіри, апоневрозів. Випускають їх різних розмірів (№ 1—№ 12). Товсті круглі голки (№ 2—№ 8) призначені для обколювання судин, тонкі (№ 1—№ 8) — для зашивання ран шлунка і кишок. Прямі голки використовують рідко. Для зашивання кровоносних судин користуються спеціальними атравматичними голками без вушка, із впаяною ниткою.

Голкотримачі бувають різної форми і довжини. Найчастіше застосовують голкотримачі Гегара і Матьє.

Спеціальний інструментарій. Набір для операцій на органах черевної порожнини. У ньому є загальний інструментарій для розсічення та зашивання тканин і припинення кровотечі. Для захоплення очеревини і фіксації її до серветок користуються затискачами Микулича з кремальєрою, нарізкою і зубцями на кінцях.

Операційну рану черевної стінки розширюють за допомогою ранорозширювачів Госсє, Микулича або Зауєрбаха.

Для відведення печінки застосовують спеціальні печінкові дзеркала — великі і середні.

Під час операцій на порожнистих органах застосовують шлункові та кишкові затискачі (еластичні і жорсткі). Для операцій на шлунку і кишках розроблені спеціальні затискачі. Кишкові затискачі бувають прямі і зігнуті, еластичні і жорсткі. На внутрішній поверхні робочої частини затискачів є поздовжні нарізки для надійної фіксації кишки. Для операцій на жовчному міхурі і жовчних протоках використовують зігнуті затискачі, ложки і щипці для видалення жовчних каменів.

За допомогою пластинки Ревердена і лопаточки Буяльського шлунок, кишки та інші органи захищають від поранення голкою під час зашивання черевної порожнини.

Для пункцій черевної порожнини застосовують троакари. Вони складаються зі стилета з рукояткою і порожнистої трубки діаметром 1, 2, 2,5 і 4 mm.

Під час операцій на прямій кишці користуються ректальним дзеркалом для розширення заднього проходу і вікончастими затискачами Люєра для захоплення гемороїдальних вузлів. На робочій поверхні губок затискачів є кільцеподібні канавки, які забезпечують надійну фіксацію вузлів. Огляд прямої кишки здійснюють за допомогою ректороманоскопа.

Для трахеотомії застосовують однозубі гострі гачки, якими фіксують трахею, розширник трахеотомічної рани Труссо і трахеотомічні канюлі Люєра. Трахеотомічні канюлі складаються з двох трубок і щитка з прорізами для фіксації. Внутрішню трубку слід періодично виймати і прочищати.

Для операцій на органах грудної порожнини також використовують спеціальний інструментарій. Для резекції ребра користуються распаторами і

спеціальними ребровими гострозубцями, призначеними для відокремлення окістя. Останні можуть бути прямими, зігнутими і типу Дуаєна (правий і лівий). Для перекушування ребер застосовують гострозубці різної конструкції і реброві ножиці, для розведення й фіксації країв рани при торакотоміях використовують спеціальні гвинтові ранорозширювачі.

Для операцій на легенях призначені спеціальні довгі кровоспинні затискачі (прямі і типу затискачів Федорова), для захоплювання легень — вікончасті щипці Люера або Фрідріха.

У легеневій хірургії застосовують спеціальні апарати: УБК-25 — для ушивання кукси бронха і УКЛ-60 — для ушивання кореня легені танталовими скобками.

Під час операцій на серці застосовують спеціальні дзеркала, вальвулотомі, комісуротомі і розширювачі різної конструкції (для розширення отворів серця), а також апарат для ушивання вушка серця, за допомогою якого можна одномоментно накласти на вушко серця лінійний двобічний шов танталовими скобками.

Під час операцій на кінцівках користуються ампутаційними і двосічними ножами. Для розсічення сухожилків, щільних фасцій і суглобової сумки застосовують резекційний ніж, для вичленення фаланг і пальців — фалангеальний ніж. Для зміщення і фіксації м'яких тканин і запобігання випадковому ушкодженню їх пилкою під час ампутації застосовують ретрактори.

Ретрактори складаються з чашоподібних стулок, з'єднаних шарніром.

Під час операцій на кістках для відокремлення окістя застосовують распатори, долота, остеотомі металеві і молотки (дерев'яні, текстолітові та металеві), які призначені для довбання і розсічення кісток; для розпилювання кісток призначені медичні пилки: рамкова (для великих кісток), ножова (для ампутації дрібних кісток) і дротяна пилка Джіглі; з метою фіксації кісток використовують щипці Фарабефа і Ольє, які мають на робочій поверхні зубці; для вишкрібання кісткових порожнин і видалення дрібних кісткових уламків призначені гострі кісткові ложки Фолькмана; для скушування ділянок кістки — гострозубці Лістона і Люера; коловоротом з набором фрез і свердел користуються для просвердлювання кістки.

Для операцій на нирці застосовують дзеркало-лопатку для відведення нирки; для захоплювання і затиснення ниркової ніжки призначені зігнуті затискачі Федорова. Для видалення каменів користуються спеціальними щипцями.

Для спорожнення і промивання сечового міхура застосовують уретральні катетери. Випускають м'які гумові, металеві і напівжорсткі шовкові катетери. Еластичні катетери мають різні діаметри (від 2,66 до 6,66 мм). Випускають їх семи номерів (за шкалою Шар'єра). Металеві уретральні катетери для чоловіків — зігнуті, для жінок — прямі, менших розмірів. Чоловічі катетери залежно від діаметра випускають семи номерів (від 2,5 до 6,5 мм), жіночі — чотирьох (від 2,5 до 5,5 мм), дитячі — теж чотирьох номерів (від 1,5 до 3,5 мм).

Для огляду сечового міхура і дослідження функцій нирок користуються цистоскопами, що мають оптичну систему.

Для катетеризації сечоводів застосовують сечовивідні катетери, виготовлені з бавовняної або шовкової тканини, просоченої спеціальним лаком. Катетери вводять за допомогою катетеризаційних цистоскопів. Для дроблення каменів у сечовому міхурі призначені літотриптори.

Для лікування звужень сечівника широко застосовують зігнуті металеві й еластичні бужі. Металеві бужі випускають дванадцяти номерів за шкалою Шар'єра — від № 16 (діаметр 5,33 мм) до № 27 (діаметр 9 мм). Під час нейрохірургічних операцій для свердління отворів у кістках черепа застосовують коловороти з набором фрез і свердел або електротрепан. Гострозубці Єгорова—Фрейдіна і Дальгрена призначені для резекції кісток.

Для скушування дужок хребта застосовують спеціальні потужні гострозубці з подвійною передачею типу Лістона і Люера.

Кістки розпилюють витими дротяними пилами.

Кровотечі із судин мозку спиняють, користуючись кровоспинними затискачами типу "Москіт" і металевими кліпсами, які накладають за допомогою спеціального інструмента на судини.

У нейрохірургії широко застосовують електрокоагулятори і електроаспіратори з трубками різної форми й діаметра.

До набору інструментів для операцій на головному мозку входять спеціальні ножиці, шпатель, ложки для видалення пухлин та ін.

Хірургічна операція складається з 3 етапів:

- 1) оперативний доступ;
- 2) оперативний прийом;
- 3) завершення операції.

Оперативний доступ має бути анатомічним, фізіологічним, косметичним. Як роз'єднують тканини? Тканини роз'єднують поступово, шар за шаром. Шкіру і м'які тканини розсікають черевцевим скальпелем, абсцеси — гострокінцевим.

Під час розсічення шкіру фіксують великим і вказівним пальцями лівої руки. Скальпель тримають у правій руці як писальне перо або столовий ніж. Розсікаючи шкіру, скальпель спочатку ставлять вертикально, а потім під кутом, і плавно розсікають шкіру та підшкірну жирову клітковину. Спиняють кровотечу, захоплюючи ушкоджені судини затискачами Кохера або Більрота, після чого їх лігують. Фасції розсікають обережно, розсічення апоневрозу в ділянці судини і нервів здійснюють за допомогою жолобуватого зонда. М'язи роз'єднують тупим способом за ходом волокон, рідше розсікають. Очеревину розсікають дуже обережно, між двома пінцетами. Кістки роз'єднують за допомогою спеціальних пилок, доліт і остеотомів.

Для з'єднання тканин використовують голкотримач і хірургічні голки, механічні, зшивальні апарати та скобки. Для з'єднання шкіри застосовують шовк, у глибині рани на м'язи і фасції накладають, як правило, кетгутові шви. Для зшивання судин користуються капроновими швами. Застосовують переважно вузлові шви або безперервний шов.

Оперативний прийом — основна частина операції (видалення органа — ектомія, його частини — резекція). При завершенні операції потрібно максимально відновити цілість тканин. Для цього рану пошарове зашивають. За необхідності в рані залишають тампони і її не зашивають.

На шкіру накладають вузлові шви. Зашивати шкіру слід старанно, захоплюючи підшкірну жирову клітковину, щоб запобігти утворенню порожнин і забезпечити щільне прилягання країв рани. Шви накладають на відстані 1 —2 см один від одного, відступивши на 1 см від країв рани. Спочатку роблять укол голкою на голкотримачі через шкіру, потім виводять її з боку рани на протилежний бік. Вузлові шви зав'язують збоку від рани.

Безперервний шов застосовують для зашивання очеревини, стінки кишок або шлунка, фасції й апоневрозу. Для накладання безперервного шва потрібна довга нитка (відповідно до розмірів рани). Спочатку вколюють голку, виводять її з одного краю рани і зав'язують нитку вузлом. Потім зашивають рану, як при накладанні вузлового шва, або накладають шви збоку рани (кушнірський шов). Рідше застосовують П-подібний і матрацні шви. Закінчуючи шов, зав'язують кінець нитки з петлею попереднього стібка. Нитки зав'язують простим, морським або подвійним хірургічним вузлом. Капронові і кетгутові нитки для міцності зав'язують двічі.

Контрольні запитання.

1. Визначення і завдання оперативної хірургії і топографічної анатомії.
2. Етапи розвитку оперативної хірургії і топографічної анатомії. Роль М.І. Пирогова у становленні дисципліни.
3. Поняття про хірургічну операцію. Вимоги до виконання, етапи, види.
4. Науково-технічний прогрес у розробці питань оперативної техніки, перспективи розвитку. Використання ультразвуку, лазеру, клейових композицій, металу з пам'яттю, стентів, магнітів, досягнень генетики.
5. Сучасні нано-, мікрохірургічні, малоінвазивні та рентгенендоваскулярні операції, ендоскопічні операції, операції із застосуванням оптичних відеоапаратів, дистанційних відеоманіпуляторів, операційних роботів.
6. Зшивальна апаратура. Інструменти і техніка для мікро- і ендоскопічної хірургії.
7. У зошиті складіть класифікацію хірургічних інструментів за їх призначенням, випишіть інструменти, які належать до кожної з груп.
8. Перечисліть кровоспинні затискачі різних моделей.
9. Назвіть відомі Вам: а) хірургічні ножиці; б) скальпелі; в) пінцети; голкотримачі; д) хірургічні голки.
10. Назвіть основні прийоми утримування інструментів: скальпеля, пінцета, ножиць, затискачів.
11. Намалюйте схему розташування учасників хірургічної бригади при серединній лапаротомії (а) та операції на правій верхній кінцівці (б). Умовно позначте: хірурга “х”, операційну сестру “о/с”, першого асистента “Іа”, другого асистента “Іа”.

12. Намалюйте в зошиті схему інструментального столика з розташованими на ньому інструментами.

13. Опишіть правила підготовки голкотримача до роботи.

Тестові запитання для самоконтролю.

1. Що називають оперативним прийомом?

1) Спосіб пошарового з'єднання тканин.

2) Спосіб виконання тимчасової і кінцевої зупинки кровотечі.

3) Спосіб ліквідації патологічного вогнища, особливості техніки даної операції.

4) Спосіб доступу до патологічного вогнища.

2. Перечисліть основні етапи хірургічного втручання:

1. _____; 2. _____; 3. _____.

3. На які групи можна розділити хірургічні втручання за характером і метою операції?

1) _____; 2) _____.

4. Які операції розрізняють за терміном виконання?

1) _____; 2) _____; 3) _____; 4) _____.

5. Який з наведених моментів не є основним етапом операції:

1) оперативний доступ; 2) гемостаз; 3) вихід з операції;

4) оперативний прийом.

6. Вкажіть, як правильно захоплюють голку голкотримачем 1) _____ та яке співвідношення довжини кінців нитки в голці при цьому 2) _____?

7. Назвіть інструмент необхідний для фіксації білизни навколо операційного поля?

1) затискач Кохера; 2) цапка; 3) корнцанг; 4) пінцет.

8. Перечисліть три головні способи тримання в руці скальпеля:

1) _____; 2) _____; 3) _____.

9. Як потрібно тримати в руці скальпель (1) та пінцет (2) при роз'єднанні щільних тканин?

10. Перерахуйте кровоспинні затискачі та опишіть їх характеристики.

11. Що таке атравматична голка?:

А) голка з нерозрізаним вушком; В) голка з розрізаним вушком; С) голка із запресованою лігатурою; Д) голка з круглим поперечним перетином.

12. Після виконання розрізу операційна сестра поклала скальпель у правий нижній кут інструментального стола. Чи правильно вчинила операційна сестра?

Ситуаційні задачі:

1. У пацієнта неоперабельна пухлина. Чи може бути виконана радикальна операція даному хворому?

2. При профілактичному медичному огляді виявлено грижу. Яка операція за терміном може бути виконана пацієнту?

3. В лікарню доставлено пацієнта з пораненням серця. Яку операцію за терміновістю буде виконано пацієнту і за яким показанням?

4. Для виконання операції на черевній порожнині справа і внизу живота

хірург “правша” розташувався зліва біля пацієнта, І асистент – по праву руку від хірурга, ІІ асистент – навпроти, а операційна сестра – по ліву руку від хірурга. Чи правильно розташована бригада біля пацієнта? При не згоді запропонуйте свій варіант.

5. Для фіксації білизни при обкладанні операційного поля хірург підшив кутики білизни до шкіри після попереднього знеболення шкіри. Чи правильно зробив хірург? В разі не згоди з хірургом запропонуйте власний варіант фіксації білизни.

6. Операційна сестра на прохання хірурга подати тупфер захопила марлеву кульку корнцангом і подала хірургу. Чи вірно вчинила сестра? При негативній відповіді запропонуйте свій варіант.

Тема: «Лікування хворого в хірургічному відділенні. Діагностика хірургічних захворювань»

Актуальність теми :

Правильно лікувати хворого, запобігати ускладненням, загостренням та рецидивам хірургічних хвороб можна лише тоді, коли хвороба своєчасно і правильно розпізнана.

Виявити хворобу можна лише тоді, коли пацієнт обстежений планомірно, методично, всебічно і уважно.

Навчальні цілі заняття.

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- методику обстеження хірургічного хворого;
- деонтологічні аспекти;
- лабораторні та інструментальні(рентгенологічні, ендоскопічні, ультразвукові, радіоізотопні, методи функціональної діагностики) методи дослідження;
- організацію хірургічного відділення, його структуру, розміщення, палати, перев'язочні, режим роботи, прибирання;
- лікарський план обстеження й лікування хворого та його значення для роботи молодшого медичного персоналу;
- санітарно-гігієнічні вимоги до медичного персоналу та хворих;
- особливості організації харчування хірургічних хворих.

Вміти:

- підготувати хворого до спеціальних досліджень;
- доглядати за хірургічними хворими.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т. Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.

- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ Інтернетвидання

План

1. Загальноклінічні методи обстеження хворих. Організація та послідовність проведення діагностики.
2. Підготовка хворого до спеціальних досліджень.
3. Діагностичні завдання в роботі фельдшера. Визначення стану хворого для надання невідкладної медичної допомоги або проведення реанімаційних заходів.
4. Необхідна документація діагностичних даних. Роль середнього медперсоналу у веденні медичних карток і виконанні призначень лікаря.

Методика обстеження хірургічних хворих.

Успішне лікування хворих неможливе без встановлення правильного діагнозу. Фельдшер повинен уміти обстежити хворих, які вперше звернулися за медичною допомогою, і встановити попередній діагноз.

Обстеження хворого з хірургічною патологією — складний процес, мета якого — встановлення діагнозу, оцінка стану всіх органів і систем організму. Обстеження хворого з хірургічною патологією має певні особливості. У зв'язку зі швидким перебігом деяких захворювань і можливістю розвитку важких ускладнень необхідно якомога швидше встановити діагноз і розпочати лікування хворого. Методику обстеження хворих із хірургічною патологією можна подати у вигляді такої схеми:

Обстеження хворого розпочинають із з'ясування паспортних даних. Необхідно уточнити прізвище, ім'я та по батькові хворого, вік, професію, місце проживання, дату і час госпіталізації, ким направлений хворий, попередній діагноз.

Далі уважно вислуховують скарги хворого.

Виділяють 3 групи скарг:

- скарги на біль;
- скарги загального характеру;
- скарги, зумовлені порушенням функцій внутрішніх органів.

За наявності скарг на біль уточнюють її локалізацію, іррадіацію, тривалість (постійний, періодичний, нападopodobний), інтенсивність (сильний, слабкий, заважає або не заважає роботі, сну), характер (ниючий, ріжучий, колючий, тупий, гострий).

З'ясовують, коли з'являється біль (під час ходьби, їди, нервового збудження, у певному положенні тіла та ін.), як при цьому змінюється загальний стан пацієнта (слабкість, непритомність, порушення сну, зменшення апетиту та ін.), які явища супроводжують біль (нудота, блювання, відчуття нестачі повітря, серцебиття).

Розрізняють вісцеральний і соматичний біль. Вісцеральний біль виникає внаслідок подразнення вегетативної нервової системи, соматичний — унаслідок подразнення соматичних нервів.

Вісцеральний біль проявляється колікою (печінковою, нирковою, кишковою та ін.) різної інтенсивності, має розлитий невизначений характер, локалізується в ділянці ураженого органа, іррадіює в певну ділянку тіла.

Так, для печінкової коліки характерна іррадіація вгору — у праву лопатку, плече і праву надключичну ділянку, для ниркової — униз, у праве стегно і статеві органи. Хворі, як правило, ібуджені, нерідко спостерігаються нудота і блювання.

Соматичний біль, на відміну від вісцерального, постійний, має ючну локалізацію і супроводжується напруженням м'язів. Хворі звичайно лежать у ліжку нерухомо, оскільки будь-яка зміна положення тіла посилює біль.

Локалізація болю залежить від стадії і перебігу захворювання, наявності ускладнень. Біль може бути постійним або періодичним. Постійний біль характерний для гострих запальних процесів, але він може спостерігатися також при защемленнях і порушеннях цілості внутрішніх органів. Переймоподібний біль, що періодично посилюється і супроводжується блюванням, характерний для гострої механічної непрохідності кишок.

Інтенсивність болю може бути різною — від незначного ниючого чи стисного до дуже сильного, що спричинює різке погіршення стану хворого і навіть шок. Сильний біль спостерігається при перфорації і ушкодженні органів черевної порожнини, їх завороті, защемленні та ін.

Слід пам'ятати, що поява сильного болю в животі, який супроводжується різким погіршенням стану хворого, є одним із загрозливих симптомів, що свідчить про катастрофу в черевній порожнині. Цих хворих треба негайно госпіталізувати.

До скарг загального характеру відносять скарги на слабкість, підвищену втомлюваність, схуднення, головний біль, порушення сну, зниження апетиту та працездатності. Певні особливості мають скарги, зумовлені порушенням функцій внутрішніх органів (органів дихання — задишка, ядуха, кашель; органів травлення — відрижка, гикавка, нудота, блювання).

Блювання найчастіше зустрічається при гострих захворюваннях органів черевної порожнини. Воно може бути одноразовим (рефлекторного характеру), наприклад, при гострому апендициті, і повторним, наприклад, при гострому холециститі і панкреатиті. При гострому панкреатиті блювання може бути нестримним. Блювання є симптомом гострої кишкової непрохідності.

Дослідження випорожнень має велике значення при гострих захворюваннях і ушкодженнях органів черевної порожнини. Так, при механічній непрохідності нижніх відділів товстої кишки припиняється відходження газів, випорожнень немає. Припинення відходження газів спостерігається також при перитоніті і паралітичній непрохідності кишок.

Слід зазначити, що часті рідкі випорожнення можуть спостерігатися при гострому апендициті в дітей, інвагінації кишок, тромбозі мезентеріальних судин, пневмококовому перитоніті тощо.

Велике діагностичне значення має наявність у калі крові, слизу, глистів. Дьогтьоподібні випорожнення бувають при гастро-дуоденальних виразкових кровотечах, цирозі печінки, ерозивному гастриті, виразках кишок, тромбозі мезентеріальних судин та інших захворюваннях. Виділення крові через пряму кишку спостерігається при інвагінації кишок, заворотах і вузлах сигмоподібної кишки, пухлинах товстої кишки.

Після з'ясування скарг хворого слід деталізувати анамнез захворювання, з приводу якого виконується хірургічне втручання. Необхідно встановити, коли з'явилися перші симптоми захворювання, особливості його перебігу (послідовність розвитку окремих симптомів, періоди загострення і ремісії).

Слід ознайомитися з результатами проведених раніше досліджень (лабораторних, інструментальних, рентгенологічних, ендоскопічних). Треба з'ясувати, які методи лікування застосовувалися раніше і чи були вони ефективними, а також причину госпіталізації хворого (погіршення стану, для уточнення діагнозу та ін.).

Початок захворювання може бути гострим, раптовим. Можливе загострення хронічної хвороби. Так, перфорація виразки шлунка або дванадцятипалої кишки може бути першим проявом захворювання. У разі перфорації хронічної виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки анамнестичні дані можуть значно полегшити діагностику.

Не слід переоцінювати анамнестичні дані, до яких треба ставитися критично. Так, у хворих на виразкову хворобу шлунка або дванадцятипалої кишки може розвинутися не тільки перфорація виразки, а й інші гострі захворювання органів черевної порожнини, зокрема гострий холецистит або гострий апендицит.

Дуже важливо знати, які лікувальні заходи були проведені перед госпіталізацією хворого. Так, введення наркотичних анальгетиків може змінити (навіть стерти) клінічну картину гострого захворювання органів черевної порожнини, а приймання проносних — різко погіршити перебіг хвороби.

Під час збирання анамнезу життя з'ясовують короткі біографічні дані, освіту, особливості фізичного і розумового розвитку, професію (з якого віку працює, умови праці, тривалість робочого дня і графік робочого процесу, наявність несприятливих професійних факторів), умови життя, режим харчування, шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, з якого віку і як часто), перенесені захворювання і травми. Уточнюють алергологічний і спадковий анамнез.

Об'єктивне обстеження хворого включає огляд, пальпацію, перкусію та аускультацию. Огляд хворого є простим, але достатньо інформативним методом обстеження. Необхідно звернути увагу на ходу хворого, вираз його обличчя, положення тіла, вираз очей, колір шкіри і склер. Після того, як хворий роздягнувся, треба порівняти здорову й уражену ділянки тіла, а також перевірити, чи є на тілі висипання і синці.

Положення в ліжку лежачих хворих може бути активним, пасивним чи вимушеним. Активним називається таке положення, коли хворий може

самостійно рухатися — вставати, сідати. Якщо ж хворий самостійно не може змінити своє положення в ліжку, то таке положення називається пасивним. Вимушеним називається таке положення, яке хворий займає для полегшення своїх страждань. При гострих запальних процесах, перфораціях порожнистих органів хворий займає вимушене положення в ліжку. Він лежить на спині або на боці. При розривах селезінки або печінки спостерігається симптом "іванця-киванця": хворий лежить у ліжку тільки на лівому (при розривах селезінки) або правому (при розривах печінки) боці.

Температура тіла при хірургічній патології може бути нормальною і навіть зниженою. Високою температурою (39—40 °C) супроводжуються запальні процеси різної локалізації і сепсис.

Слід звернути увагу на стан свідомості хворого. У клінічній практиці розрізняють такі форми розладів свідомості: ступор (це стан оглушення, коли хворий погано орієнтується в просторі і повільно, із запізненням відповідає на запитання), сопор (це стан сплячки, з якого хворого можна тимчасово вивести голосним запитанням, після чого він знову засинає), непритомність (раптова короточасна втрата свідомості, зумовлена гострим недокрів'ям головного мозку), кома (непритомний стан, який характеризується тривалою втратою свідомості, відсутністю реакції на зовнішні подразники, втратою рефлексів і чутливості, розладом дихальної і серцевої діяльності). Поява у хворого галюцинацій (уявлень, не пов'язаних з реальними обставинами) називається маренням. Марення буває буйним і тихим.

Далі звертають увагу на конституціональні особливості хворого. Розрізняють нормостенічну, гіперстенічну та астенічну конституцію. Після закінчення загального огляду хворого слід оглянути окремі частини його тіла: голову, шию, грудну клітку, живіт, кінцівки та ін. Звертають увагу на стан шкіри і слизових оболонок. Шкіра може бути нормального забарвлення, блідою, ціанотичною, гіперемійованою (гіперемія, або почервоніння, шкіри), жовтяничною. На шкірі хворого можна виявити висип, рубці, гнійні ураження. Надмірне накопичення рідини в тканинах і позаклітинному просторі називається набряком. Ступінь його може бути різним — від незначних набряків під очима вранці після сну до анасарки (набряк усього тіла). Накопичення рідини в плевральній порожнині називається гідротораксом, у порожнині перикарда — гідроперикардом, у черевній порожнині — асцитом. При виснажливих захворюваннях, злоякісних пухлинах чи білковому голодуванні виникають кахектичні набряки.

Потім проводять обстеження за системами.

Під час дослідження серцево-судинної системи визначають пульс, вимірюють АТ. Необхідно виключити стенокардію та інфаркт міокарда, що можуть супроводжуватися сильним болем у черевній порожнині. При захворюваннях серця треба пам'ятати про можливість тромбозу та емболії мезентеріальних судин.

При важких захворюваннях серцево-судинної системи слід оцінити стан хворого і вибрати найбільш раціональний метод лікування, а в разі неминучості операції провести відповідну передопераційну підготовку.

Велике діагностичне значення має визначення частоти пульсу. Брадикардія рефлекторного характеру (вагусний пульс) спостерігається при вузлоутвореннях і заворотах кишок у перші години захворювання. Для гострих запальних процесів, перитоніту і гострих кровотеч характерне прискорення пульсу. Невідповідність між частотою пульсу і температурою тіла — дуже несприятлива ознака.

Зменшення наповнення і прискорення пульсу, артеріальна гіпотензія свідчать про важкий стан хворого, що найчастіше є наслідками шоку, гострої крововтрати та інтоксикації.

Під час дослідження органів дихання звертають увагу на частоту і глибину дихання. Легені досліджують за допомогою перкусії та аускультації. Своєчасна діагностика запальних і специфічних захворювань легень і плеври (наприклад, туберкульозу) необхідна для правильної оцінки стану хворого, вибору раціонального методу знеболювання, проведення відповідної передопераційної підготовки і післяопераційного лікування.

Дослідження органів травлення починають з огляду язика. При гострих захворюваннях органів черевної порожнини внаслідок зневоднення і порушення саливації язик стає сухим. При перитоніті та гострій механічній непрохідності кишок язик також сухий.

Під час огляду живота звертають увагу на його форму, участь дихання, локалізацію зовнішніх черевних гриж. Живіт може бути рівномірно здутим (наприклад, при паралітичній непрохідності кишок унаслідок розвитку перитоніту). Для гострого панкреатиту характерний обмежений парез поперечної ободової кишки. При часткових заворотах тонкої кишки, заворотах сигмоподібної кишки, вузлоутвореннях кишок виявляють асиметрію живота. У хворих з механічною кишковою непрохідністю можуть кон-туруватися роздуті перистальтичні петлі кишок.

Визначення рухливості черевної стінки під час дихання має важливе діагностичне значення. При перфораціях порожнистих органів живіт унаслідок напруження м'язів передньої черевної стінки трохи втягнутий і не бере участі в акті дихання. При розвитку гострого запального процесу в черевній порожнині спостерігається обмеження рухливості передньої черевної стінки відповідно до локалізації патологічного процесу. При розлитому гнійному перитоніті живіт не бере участі в акті дихання.

Під час огляду шкіри живота можна виявити розширені вени, що свідчить про портальну гіпертензію. Петехії та крововиливи можуть спостерігатися при захворюваннях крові і судин.

Досліджуючи сечову систему, слід оглянути поперекову ділянку і ділянку сечового міхура. При запаленні навколонирикової клітковини, пухлинах, гідротата піонефрозі можуть спостерігатися випинання в поперековій ділянці. При затримці сечі сечовий міхур переповнений, збільшений,

Визначають симптом Пастернацького (болючість під час постукування поперекової ділянки) з обох боків. Слід пам'ятати, що болючість у поперековій ділянці може спостерігатися при гострому панкреатиті і ретроцекальному апендициті.

Під час пальпації за ходом сечоводу можна виявити різку болючість (за наявності каменя або запалення).

Спеціальні методи дослідження (цистоскопія, хромоцистоскопія, екскреторна урографія) показані при захворюваннях і ушкодах жінках сечової системи.

Під час дослідження прямої кишки уважно оглядають її стінки, передміхурову залозу, сечовий міхур і прямокишково-маткову (прямокишково-міхурову) западину (дугласів простір). При гострій кишковій непрохідності виявляють звуження прямої кишки (симптом Обухівської лікарні) і кров'янисті виділення (інвагінація, заворот сигмоподібної кишки, тромбоз мезентеріальних судин, пухлини та ін.).

Пальпацію слід проводити теплими руками, обережно, намагаючись не викликати у хворого неприємних відчуттів і сильного болю. За допомогою пальпації можна виявити болючість у різних ділянках тіла, місцеве підвищення або зниження температури, патологічні утворення, визначити ступінь напруження м'язів.

За допомогою пальпації досліджують голосове дрижання, серцевий поштовх, стан периферійних лімфатичних вузлів та ін. Під час пальпації визначають також товщину підшкірної жирової клітковини (на животі над правим підребер'ям).

Необхідно провести дослідження периферійних лімфатичних вузлів. Спочатку пальпують лімфатичні вузли на шиї, потім у над- і підключичних ямках, пахвових і пахвинних ділянках. Визначають величину лімфатичних вузлів, їх форму, рухливість, болючість, характер поверхні.

Під час пальпації грудної клітки можна виявити локальну болючість. Пальпація дозволяє визначити ширину міжребрових проміжків і напрямки ребер, виявити їх патологічну рухливість, голосове дрижання, верхівковий серцевий поштовх.

У клінічній практиці використовують поверхневу та глибоку пальпацію живота. Фельдшер повинен сісти справа від хворого, на рівні його ліжка. Хворий має лежати не напружуючись, на невисокій подушці, руки покласти вздовж тулуба, ноги не повинні звисати з ліжка або упиратися в його спинку. Живіт хворого оголюють від мечоподібного відростка до лобка. Пальпацію виконують теплими сухими руками. Руку кладуть на живіт і м'яким, обережним натискуванням обстежують його. Хворий під час обстеження повинен спокійно і рівно дихати. При захворюваннях органів черевної порожнини за допомогою поверхневої пальпації визначають локалізацію болю. Поверхнева пальпація живота дозволяє також виявити напруження черевної стінки, асцит, грижі, пухлини в черевній стінці та черевній порожнині. Звичайно поверхневу пальпацію починають з лівої пахвинної ділянки, рухаючись проти годинникової стрілки до правої пахвинної ділянки. Якщо локалізація болю відома, то пальпацію живота слід починати з безболісних ділянок. При патологічних змінах можуть спостерігатися резистентність черевної стінки та напруження м'язів живота. Під час діагностики захворювань органів черевної порожнини важливо виявити

больові точки на передній стінці живота (під мечоподібним відростком, у надчеревній ділянці, у правому підребер'ї тощо).

При перитоніті виникає симптом Щоткіна—Блюмберга, який виявляють таким чином: обережно натискають кінчиками пальців на черевну стінку, після чого пальці швидко відривають від поверхні живота (при перитоніті біль у цей момент значно сильніший, ніж під час натискування на черевну стінку). Глибоку пальпацію проводять за методикою, розробленою В.П. Образцовим і М.Д. Стражеском. Глибока пальпація живота дозволяє обстежити поверхню органів черевної порожнини, визначити їх розміри, рухливість і болючість. При вираженому напруженні м'язів живота глибоку пальпацію виконати важко. Глибоку пальпацію краще проводити під час видиху, коли м'язи черевної стінки розслаблюються. При цьому пальці з кожним видихом занурюються разом із черевною стінкою все глибше і ковзають по нерухомому органу або орган ковзає під нерухомими пальцями під час дихання.

Пальпацію органів черевної порожнини починають з кишок, зокрема сигмоподібної кишки (пальпується тяж циліндричної форми з гладкою поверхнею завтовшки з палець, не болючий, рухливий). Під час обмацування сліпої кишки можна виявити утворення циліндричної форми завтовшки до 2—3 см, яке в нормі не болюче, еластичне. Шлунок розміщений у надчеревній ділянці. У горизонтальному положенні хворого нижня межа шлунка розташована на 2—3 см вище від пупка, а у вертикальному — на кілька сантиметрів нижче.

Під час пальпації печінки визначають її величину, розміщення нижнього краю, особливості поверхні.

Фельдшер повинен сісти справа біля ліжка хворого, покласти чотири пальці лівої руки на поперекову ділянку, а долоню правої руки — на черевну стінку по середньоключичній лінії. Тиснути на черевну стінку потрібно не сильно, на вдиху, з кожним вдихом усе більше заглиблюючись у підребер'я. У нормі нижній край печінки на висоті вдиху пальпується на 1—2 см нижче від ребрової дуги по середньоключичній лінії. Він м'який, гострий, рівний і неболючий.

Жовчний міхур у здорових людей не пальпується.

Під час пальпації селезінки хворий повинен лежати, краще на правому боці. У здорової людини селезінка не пальпується, її можна виявити тільки в разі збільшення органа.

Пальпацію нирок виконують у горизонтальному і вертикальному положеннях хворого. У здорових людей пропальпувати нирки теж не вдається. Під час пальпації в надлобковій ділянці можна виявити сечовий міхур (якщо він наповнений сечею).

Важливим об'єктивним методом обстеження хворих є **перкусія**. Розрізняють два види перкусії: безпосередню та опосередковану. Під час безпосередньої перкусії постукування виконують одним або кількома пальцями безпосередньо по тілу хворого. Під час опосередкованої перкусії постукують не по тілу хворого, а по пальцю або плесиметру, прикладеному до відповідної

ділянки тіла. Перкусія дає змогу виявити пневмоперитонеум, метеоризм, випіт, кров, шлунково-кишковий вміст (при перфораціях і розривах порожнистих органів). Велику роль відіграє визначення печінкової тупості. Її відсутність свідчить про пневмоперитонеум. При метеоризмі внаслідок паралітичної непрохідності кишок спостерігаються рівномірне підвищення тимпанічного тону і згладженість печінкової тупості.

Одним з методів обстеження хворого є **аускультация**. Цей метод інформативний при перитоніті, аневризмах і стенозі артерій, кишковій непрохідності.

Обов'язково необхідно оцінити загальний стан хворого. Він може бути задовільним, середньої важкості, важким або вкрай важким.

Визначення status localis (місцеві зміни) є особливістю обстеження хворого з хірургічною патологією. Місце розвитку патологічного процесу потрібно уважно оглянути (виявити припухлість, рану, випинання, новоутворення, деформацію, виразку; визначити їх локалізацію, розміри, колір шкірних покривів у даній ділянці і вираженість судинного малюнка). Під час пальпації необхідно визначити болючість, місцеву температуру, характер межі патологічного процесу, пульсацію магістральних артерій. Досліджують також лімфатичні вузли. У разі виявлення новоутворення необхідно визначити його консистенцію (м'якоеластична, щільноеластична, кам'янистої щільності), характер поверхні (гладенька, горбувата), рухливість. За допомогою перкусії виявляють зміни перкуторного звуку (тимпаніт, притуплення).

Для виявлення судинних шумів у ділянці новоутворення і деяких симптомів (перистальтики кишечника, ослаблення дихальних шумів, шуму плеску) проводять аускультацию.

Ураховуючи скарги хворого, дані анамнезу захворювання і життя, а також результати об'єктивного обстеження хворого, встановлюють попередній діагноз. У діагнозі вказують основне захворювання і його ускладнення, а також супутні захворювання.

Диференціальна діагностика — це аналіз виявлених симптомів і синдромів, порівняння їх з подібними проявами інших захворювань. Вона складається з 5 основних етапів:

1. Виявлення провідних симптомів або синдромів у клінічній картині захворювання в даного хворого.
2. Урахування всіх можливих захворювань, які характеризуються такими самими провідними симптомами або синдромами.
3. Порівняння клінічної картини в обстежуваного хворого з клінічною картиною інших захворювань, з якими проводиться диференціальна діагностика.
4. Послідовне виключення захворювань на підставі невідповідності їх ознак із тими проявами, що спостерігаються у даного хворого.
5. Встановлення остаточного діагнозу захворювання на підставі

скарг хворого, даних анамнезу та об'єктивного обстеження хворого, а також результатів додаткових обстежень. У ньому зазначають основне захворювання, супутні захворювання, ускладнення.

Застосовують такі додаткові методи обстеження хворих:

I. Лабораторні методи:

1. Клінічні аналізи.
2. Біохімічні аналізи (дослідження вмісту різних хімічних речовин: білірубину, креатиніну, білка, іонів).
3. Цитологічне дослідження (визначення кількості і виду клітин).
4. Гістологічне дослідження (морфологічне дослідження біопта-ту, яке дозволяє точно визначити характер патологічного процесу).
5. Бактеріологічне дослідження (виявлення патогенних мікроорганізмів).
6. Серологічні й імунологічні дослідження. Найчастіше проводять клінічний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі.

II. Рентгенологічні методи.

1. Рентгенографія.
2. Рентгеноскопія.
3. Рентгенологічне дослідження з введенням контрастної речовини.
4. Рентгенологічне дослідження з подвійним контрастуванням.
5. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, сечовидільної системи.
6. Комп'ютерна томографія.

III. Ультразвукове дослідження. Його проводять за допомогою спеціальних апаратів — ехоскопів. Завдяки використанню доплерівського ефекту в апаратах останнього покоління стало можливим обстеження судин.

IV. Ендоскопічне дослідження. Ендоскопічні методи застосовують для огляду внутрішньої поверхні порожнистих органів, а також зовнішньої поверхні органів і тканин, які розміщені в порожнистих і клітковинних просторах. Існують ендоскопи двох видів: жорсткі — з металевими оптичними трубками і гнучкі — з трубками зі скловолокна, які складаються з великої кількості найтонших світлопровідних ниток (тому вони одержали назву фіброскопії). Для обстеження хворих використовують гастроскопію, бронхоскопію, ректороманоскопію, трансверзоколоно-скопію, торакоскопію, медіастиноскопію, цистоскопію тощо.

V. Електрофізіологічні методи. До них відносять електрокардіографію, фонокардіо- і фоноангіографію, реографію, міогастрографію, електроенцефалографію тощо.

VI. Радіоізотопне дослідження. Сцинтиграфія, або сканування, дозволяє визначити просторовий розподіл радіоактивного ізотопу в органі. Під час обстеження хворих із захворюваннями щитоподібної залози використовують радіоактивний ^{131}I .

Перспективним методом є дослідження ядерно-магнітного резонансу. Метод базується на реєстрації електромагнітних хвиль.

Він дозволяє одержати зображення м'яких тканин, розрізнити сіру і білу речовини мозку, пухлинні і здорові клітини.

Медична карта стаціонарного хворого. Вона складається з таких частин:

1. Паспортна частина.
2. Скарги.
3. Історія хвороби (anamnesis morbi).
4. Історія життя (anamnesis vitae).
5. Об'єктивне обстеження хворого.
6. Описання органа або частини тіла, де локалізується патологічний процес (status localis).
7. Попередній діагноз: основне захворювання, супутнє захворювання, ускладнення. Після встановлення попереднього діагнозу і його обґрунтування складають план обстеження і лікування хворого. Ознайомившись із планом обстеження хворого, медична сестра або фельдшер проводять підготовку хворого до спеціальних досліджень.
8. Результати додаткових досліджень і висновки консультантів.
9. Клінічний діагноз: основне захворювання, супутнє захворювання, ускладнення.
10. Передопераційний епікриз.
11. Протокол операції.

Протокол № _____	
Дата _____	Початок _____ Кінець _____
Операція _____	
Хірург _____	
Асистенти _____	
Операційна сестра _____	
Анестезіолог _____	
Вид знеболювання _____	
Хід операції _____	

Щоденник спостережень.

Дата	Температура тіла вранці	Температура тіла ввечері	Текст щоденника	Призначення
				Підпис

13. Епікриз. Медична сестра та фельдшер організовують консультації спеціалістів, готують хворих до спеціальних обстежень, клеюють в історію хвороби бланки з даними клінічних аналізів і додаткових досліджень,

Основні лабораторні показники (у нормі)

Показник	Норма
Загальний аналіз крові	
Еритроцити	Чоловіки - $4,0-5,0 \cdot 10^{12}/л$, жінки $3,9-4,7 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобін	Чоловіки — 135—180г/л, жінки – 120-140г/л

Колірний показник	0,85-1,15
Ретикулоцити	2-10%
Тромбоцити	180,0-320,0 • 10 ⁹ /л
Лейкоцити	4,0-9,0 • 10 ⁹ /л
Базофіли	0 - 0,065 * 10 ⁹ /л (0-I %)
Еозинофіли	0,02-0,30 • 10 ⁹ /л (0,5-5,0 %)
Паличкоядерні нейтрофіли	0,04-0,30- 10 ⁹ /л (0-6%)
Сегментоядерні нейтрофіли	2,0-5,50 • 10 ⁹ /л (47-72 %)
Моноцити	0,09-0,60 * 10 ⁹ /л (3-11 %)
Лімфоцити	1,2-3,0 * 10 ⁹ /л (19-37 %)
Швидкість осідання еритроцитів (ЩОЕ)	Чоловіки — 2—10 мм/год, жінки — 2—15 мм/год
Гематокрит	Чоловіки - 40-48 %, жінки - 36-42 %
Біохімічний аналіз крові	
Загальний білок	65-85 г/л
Альбуміни	35-50г/л (52-65 %)
Глобуліни	23-35 г/л (35-48 %)
Коефіцієнт А/Г	1,2-2,0
Білірубін загальний	8,5—20,5 мкмоль/л
Вільний (непрямий, некон'югований)	1,7—17,211 мкмоль/л
зв'язаний (прямий, кон'югований)	0,85—5,1 мкмоль/л
Глюкоза крові	3,3—5,5 ммоль/л
Залізо	8,53—28,06 мкмоль/л
Калій плазми	3,8—5,2 ммоль/л
Натрій —" —	138—217 ммоль/л
Кальцій —" —	0,75—2,5 ммоль/л
Магній —" —	0,78-0,91 ммоль/л
Фосфор (неорганічний) сироватки	0,646-1,292 ммоль/л
Хлориди	97—108 ммоль/л
Азот залишковий (небілковий)	14,28—25 ммоль/л
Сечовина	3,33—8,32 ммоль/л
Креатинів	53—106,1 ммоль/л
Креатин	Чоловіки — 15,25—45,75 мкмоль/л, жінки — 45,75—76,25 мкмоль/л

Сечова кислота	Чоловіки — 0,12—0,38 мкмоль/л, жінки — 0,12—0,46 мкмоль/л
Лактатдегідрогеназа (ЛДГ)	До 7 ммоль/(год-л)
Альдолаза	0,2—1,2 ммоль/(год-л)
Альфа-амілаза (діастаза)	12—32 г(год-л)
Аспартатамінотрансфераза (АЛТ)	0,1—0,68 ммоль/(год-л)
Холінестераза	160—340 ммоль/(год-л)
Лужна фосфатаза	0,5—1,3 ммоль/(год-л)
Креатинкіназа	0,152—0,305 ммоль/(год-л)
Ліпаза	0,4—30 ммоль/(год-л)
Коагулограма	
Протромбіновий індекс	80-100 %
Час рекальцифікації плазми	60-120с
Тромботест	IV—•V ступінь
Фібриноген	5,9—11,7 мкмоль/л
Фібриноген В	Негативний
Фібринолітична активність	183-263хв
Толерантність плазми до гепарину	3-6 (7-11) хв
Час згортання крові за Лі — Уайтом	5-10 хв

Контрольні запитання:

1. Перерахуйте методи обстеження хворих з хірургічною патологією.
2. Які основні групи скарг хворого ви знаєте?
3. Які основні моменти анамнезу хвороби необхідно виявити?
4. Які особливості анамнезу життя хворого необхідно виявити?
5. Назвіть схему об'єктивного обстеження хворого.
6. Які особливості проведення аускультативного обстеження хворого?
7. Розкажіть методику пальпації органів живота.
8. Які дані виносять в місцевий статус?
9. Які лабораторні методи використовують в хірургії?
10. Перерахуйте додаткові методи обстеження.

Ситуаційні задачі:

1. Ви виявили на дорозі хворого без свідомості. Перерахуйте етапи суб'єктивного та об'єктивного обстеження такого хворого. Ваша тактика.

2. Ви проводите об'єктивне обстеження хворого із скаргами на болі в правій половині живота. З якої ділянки живота розпочнете обстеження?
3. Хворий 40 р. звернувся в медпункт із скаргами на сильні болі в правій половині живота, в поперековій ділянці справа, які віддають в калитку, стегно, часте болюче сечопускання невеликими порціями, блювоту. В анамнезі нирковокам'яна хвороба. Об'єктивно: хворий неспокійний, стогне. Шкіра бліда. Температура тіла 36,6⁰С, пульс 92 п/хв. При обстеженні дихальної та серцево-судинної систем патології не виявлено. Язик обкладений, сухий. Живіт дещо піддутий, болючий при пальпації в правій вздухвинній ділянці, симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького позитивний справа. Ваш попередній діагноз. Ваша тактика.

Еталони відповідей:

1. При відсутності свідомості суб'єктивне обстеження хворого неможливе. Необхідно негайно перевірити пульс на сонній артерії, дихання, зіниці. Забезпечити прохідність дихальних шляхів, при необхідності провести знеболення та інфузію кровозамінників і негайно транспортувати хворого в стаціонар.
2. З ділянки найбільш віддаленої від болючої.
3. Правобічна ниркова коліка. Ввести пацієнту знеболюючі та спазмолітичні засоби і госпіталізувати його в хірургічний (урологічний) стаціонар.

Тема: Догляд за хворими в передопераційному періоді**Актуальність теми:**

Заключним, кульмінаційним етапом лікування більшості хірургічних хворих є проведення операцій. Ряд хірургів вважають, що кожне оперативне втручання – це агресія, яка проводиться з гуманною метою – врятувати життя хворого.

Без сумніву, операція - це важливий і серйозний момент у лікуванні і оздоровленні хворого. Але якби тільки від неї залежало швидке видужання пацієнта, то кожна правильно, технічно бездоганно виконана операція закінчувалася б успішно. Але це не завжди так і справа не лише в самій операції. Є й інші причини, які впливають на ступінь операційного ризику. Серед них - ретельна передопераційна підготовка, основною метою якої є попередження можливих ускладнень і стабілізація функцій всього організму і окремих його систем. В здійсненні такої підготовки велика роль належить середньому персоналу.

Навчальні цілі:

1. Мати уяву про передопераційний період.
2. Знати мету передопераційної підготовки.
3. Знати загальні принципи підготовки хворих до операції.
4. Знати особливості підготовки до операції хворих з анеміями, порушеннями в згортанні крові, серцево-легеневою недостатністю, з цукровим діабетом, зі стенозом воротаря, захворюваннями товстої кишки тощо.
5. Вміти здійснювати підготовку органів і систем хірургічного хворого до операції.
6. Вміти проводити гігієнічні заходи і підготовку операційного поля.
7. Вміти проводити проби на чутливість до лікарських речовин.
8. Вміти проводити премедикацію та транспортування хворих в операційну.

Підготовка до операції дітей.

Перед операцією необхідно визначити зріст, масу тіла дитини і їх відповідність віку, оглянути порожнину рота (рухомі молочні зуби краще видалити).

Обстеження дитини зводять до мінімуму, щоб менше травмувати його психіку. Дітей необхідно відволікати від хвороби, розповідати їм казки, давати іграшки, що легко миються (м'які іграшки в хірургічному відділенні заборонені). Важливо слідкувати за гігієнічним режимом дітей, вмивати їх, підмивати, часто провітрювати палату. Зверненням медсестри повино бути рівним, ласкавим, неприпустимий крок – залякування. Дуже важлива робота з батьками, які часто залякують дітей “уколом”, тим самим підриваючи довіру до медсестри. Перед неприємною маніпуляцією необхідно м'яко пояснити дитині її характер, так як при несподіваному проведенні маніпуляції у дітей можливі нервові зриви.

Діти раннього віку погано переносять голодування, їх годують, звичайно, їжею до 22⁰⁰ год – на передодні операції, а вранці в день операції дають їм солодкий чай. Грудну дитину перестають годувати за 4-5 год до операції. Премедикацію необхідно проводити так, щоб доставити дитину в операційну в сплячому стані. Інколи за 1 год. до операції застосовують пероральну премедикацію. Новонародженим перед операцією вводять вікасол, так як у них знижене згортання крові. Напередодні для операції кишківник очищають клізмою (послаблюючі протипоказані).

Перед оперативним втручанням на шлунку вранці за 2 год до операції проводять його промивання. Необхідно теж пам'ятати, що діти погано переносять переохолодження як при підготовці до операції, так і під час її виконання і в після операційному періоді.

б). Підготовка до операції хворих похилого та старечого віку.

Загальні принципи підготовки хворих до операції однакові для всіх, незалежно від віку, але внаслідок зниження компенсаторних можливостей організму і меншому супротиву до операційної травми люди похилого і старечого віку потребують більш ретельного обстеження і необхідної медикаментозної підготовки. Ці хворі складають “контингент ризику”, так як у них основне захворювання часто комбінується з 2-3 супутніми: діабетом, атеросклерозом, ІХС, хронічними захворюваннями легень та ін. Підготовка їх до операції тривала, включає введення біогенних стимуляторів, комплексу вітамінів (декамевіт, оваденіт), антикоагулянтів.

Досить часто у хворих похилого віку зустрічається варикозне розширення вен нижніх кінцівок, що може бути джерелом тромбоемболій. Перед операцією їм рекомендується бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом. При діабеті вводять інсулін, при захворюваннях серця - корглікон, дигоксин, кокарбоксілазу. Необхідна ретельна корекція порушення обміну.

Слід пам'ятати про зниження опірності організму у людей похилого віку, вплив переохолодження, вразливість їх психіки. Для таких хвороб особливе значення має дихальна гімнастика, як важливий профілактичний засіб післяопераційних пневмоній. Хворі похилого віку не рідко страждають

закрепами внаслідок недостатньої функції кишечника. Перед операцією їм призначають відповідну дієту, відповідно ставлять очисні клізми. Санітарну обробку хворих проводять у тепловій душовій кімнаті. Якщо призначена ванна, то температура води не повинна перевищувати 36-37 °С.

Премедикація барбітурами і морфіном не бажана, краще застосовувати промедол або пантогон.

в). Підготовка до операції ослабленого хворого.

Підготовка хворих з хронічними захворюваннями, часто виснажених, зневоднених, потребує спеціальних заходів, які залежать від характеру захворювання і стану хворого. При зневодненні вводять 0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рінгера-Локка, “Дисоль”, “Трисоль”, при виснаженні – глюкозу, вітаміни, білкові гідролізатори, жирові емульсії. При захворюваннях серцево-судинної системи вводять серцеві глікозиди. При хронічних захворюваннях легень проводять санацію бронхіального дерева: інгаляції ефедрину, трипсину, антибіотиків. Хворих (особливо тих, що палять) навчають відкашлюватись: вранці в день операції вони повинні відкашлювати все харкотиння. Для покращення його відходження застосовують інгаляції з гідрокарбонатом натрію, постуральний дренаж: хворому рекомендують займати вранці в ліжку те положення, в якому краще всього відходить харкотиння. Для підвищення захисних сил організму проводять імунізацію стафілакоковим анатоксином, імуноглобуліном, вводять пірогенал по 10 мг в/в, продігіозан по схемі (0,2 мл, 0,5 мл і 1 мл з інтервалом 3-5 днів). Дають метацин по 0,5. Для покращення функції печінки вводять вікасол, сірепар, карсил та ін. При значному виснаженні хворого і неможливості харчування звичайним способом показані живильні клізми.

Спочатку ставлять звичайну очисну клізму. Необхідно пам'ятати, що через товстий кишечник можуть всмоктуватися тільки вода, поварена сіль, глюкоза і спирт.. В зв'язку з цим у склад живильної клізми входять 0,85% розчин хлориду натрію, 5% розчин глюкози в рівних кількостях і 4-5% розчин спириту. За добу вводять до 2л цього розчину підігрітого до 37-40°C. Через пряму кишку можна вводити амінопептид, розчин БК-8. Але краще в цих випадках застосовувати парантеральне живлення. З цією метою в/в вводять по 300-500 мл альбуміну, протеїну, гідролізат казеїну та ін.

Необхідно застосовувати комплекс вітамінів. Для введення жирів вводять жирові емульсії інтраліпід і ліпофундин.

АЛГОРИТМ №1

«Попередня підготовка операційного поля»

1. Обладнання: Спирт етиловий 96⁰, лезо стерильне, безпечна бритва стерильна, пелюшка, серветки.

2. Техніка підготовки операційного поля до екстренної операції медсестрою приймального відділення чи операційною санітаркою.

Медсестра приймального передпокою після огляду хірурга і оформлення в стаціонар, прийняття вани чи душу проводять гоління операційного поля.

Після гоління волосся збирають серветками.

Шкіру обробляють 96⁰ розчином етилового спирту.

Лезо і бритву кладуть в 3 % розчин хлораміну на 60 хвилин для дезінфекції.

3. Техніка підготовки операційного поля до планової операції

1. Чергова (нічна) сестра напередодні операції ввечері пропонує хворому прийняти душ.

2. Після чого хворому міняють натільну і постільну білизну на чисту.

3. Зранку в день операції нічна (чергова) медсестра збриває волосся з операційного поля в зоні майбутнього розрізу.

а). при операції на животі голять від сосків до лона (весь живіт);

б). при операціях на легенях голять половину грудної клітки і пахвинну впадину;

в). при операціях на промежині – всю промежину і в зоні стегон.

4. В процесі гоління видаляють не тільки волосся, а й поверхневий злущений епідерміс, завдяки чому видаляється певна кількість бактерій.

5. Голити не можна ввечері, оскільки на місцях невеликих порізів утворюються кірочки, а під ними розмножуються патогенні бактерії. Шкіру після гоління протирають 96⁰ спиртом.

АЛГОРИТМ №2

«Проведення премедикації»

1. Вечірня премедикація.

Напередодні операції хворим дають:

- снодійні: фенобарбітал, еуноктин;
- нейролептики: дроперидол, пропазин, тизеруин;
- атарактики: мепротан, тазепан, реланіум;
- антигістамінні: дімедрол, тавегіл, піпольфен;
- знеболюючі (при необхідності): промедол, омнопон, анальгін, баралгін.

2. Ранішня премедикація.

За 30 хвилин до операції внутрішньом'язево вводять:

- наркотичні анальгетики: промедол 1 – 2 % - 1.0 (омнопон 1 – 2 % 1.0, морфій 1- 2 % 1.0);
- десенсибілізуючі: дімедрол 1% 1.0 (супрастин 2% 1.0, піпольфен 2% 1.0);
- спазмолітики: атропіну сульфат 0,1% 1.0.

Правило для анестезії “ Нема наркозу без атропіну!”. При екстренних операціях по життєвим показам премедикацію проводять в операційній (в/в).

АЛГОРИТМ №3

“Транспортування та перекладання хворих.”

Навчальна мета: уміння транспортувати хворих за допомогою носилок, каталки – носилок, крісла - каталки та перекладати тяжкохворого з носилок на ліжко або операційний стіл.

Виховна мета: усвідомлення значення обережного перекладання та транспортування тяжкохворих.

Початковий обсяг знань: знання способів транспортування хворих.

Оснащення:

- 1). каталка – носилки;
- 2). крісло – каталка;
- 3). носилки;
- 4). функціональне ліжко;
- 5). ковдра, простирадло, подушка.

Способи транспортування хворих. Із приймального відділення хворого, який може самостійно ходити, направляють у відділення стаціонару в супроводі медичної сестри або санітарки.

Для транспортування тяжкохворих використовують носилки, каталки – носилки, або крісла – каталки. Хворих після премедикації транспортують в операційну тільки на каталці.

Транспортування хворих за допомогою носилок, каталки – носилок, крісла – каталки:

1. Носилки застеліть ковдрою, потім простирадлом, покладіть подушку, покладіть хворого і накрийте його.
2. На носилках хворого несіть удвох або вчотирьох.
3. На рівній дорозі носилки з хворим несіть повільно, не в ногу, головним кінцем вперед.
4. Ідучи сходами вгору, хворого несіть на носилках головою вперед, причому особи, які йдуть попереду, тримають ручки носилок опущеними руками, а особи, які йдуть позаду, дещо піднімають на себе.
5. Під час спускання хворого сходами вниз несіть його ногами вперед і трохи підніміть ніжний кінець на себе.

Зручніше транспортувати хворого на каталці – носилках, яку можна закотити в кабінку ліфта і, якщо необхідно, підняти або опустити хворого на потрібний поверх.

При транспортуванні в кріслі – каталці спочатку наступіть на підставку для ніг, нахиліть крісло – каталку вперед, допоможіть хворому сісти в крісло, поставте крісло – каталку у вихідне положення і транспортуйте його.

Перекладання тяжкохворих з каталки – носилок на ліжко:

1. Щоб уникнути зайвих рухів і якомога менше турбувати хворого, попередньо подумайте, як розмістити каталку – носилки відносно ліжка.
2. Використайте один з чотирьох способів.

Перший спосіб: каталку – носилки розташуйте перпендикулярно до ліжка так, щоб її головний кінець підходив до ніжного кінця ліжка.

Другий спосіб: каталку – носилки ніжним кінцем розмістіть перпендикулярно до головного кінця ліжка.

Третій спосіб: каталку – носилки розмістіть паралельно до ліжка так, щоб її головний кінець був біля головного кінця ліжка. Тоді хворого підтягніть до краю носилок разом із простирадлом, злегка підніміть і перекладіть на ліжко.

Якщо хворий у свідомому стані, то, можливо, він може самотійно поступово пересунутись з каталки – носилок на ліжко.

Четвертий спосіб: каталку – носилки розташуйте паралельно до ліжка так, щоб її головний кінець знаходився біля ніжного кінця ліжка. Станьте вдвох або втрох між носилками та ліжком обличчям до хворого, одночасно підніміть його і, повернувшись на 180⁰С, перекладіть на ліжко.

Під час перекладання одна людина підтримує голову та груди, друга – поперек і сідниці, третя – стегна та гомілки.

Перекладати хворого з ліжка на каталку – носилки слід також одним із цих способів.

АЛГОРИТМ №4

«Проведення гігієнічної ванни.»

Навчальна мета: уміння підготувати ванну; відпустити процедуру загальної водної ванни; спостерігати за станом хворого під час процедури; і продезінфікувати ванну.

Виховна мета: усвідомлення необхідності нагляду медичної сестри за станом хворого під час приймання ванни.

Послідовність дій під час виконання процедури

Підготовка та відпуск ванни:

1. Перевірте готовність ванної кімнати та ванни до проведення процедури. Температура повітря і ванній кімнаті повинна бути не нижчою ніж 25⁰С, вікна – зачинені.

2. Заповніть ванну спочатку холодною водою, потім гарячою. Можете використати змішувач. Температуру визначте водяним термометром, не виймаючи його з води.

3. Посадіть хворого у ванну так, щоб спина опиралася в одну стінку ванни, а ноги – в другу. Якщо хворий не дістає стінки ванни, то під ноги йому підкладають підставку. Під голову хворого покладіть рушник, складений валиком, або грілку, наповнену водою кімнатної температури.

4. Відпустіть ванну відповідно до призначення лікаря (тривалість ванни та температура води). При правильно призначеній і виконаній процедурі спостерігається порожевіння та потепління шкіри. У хворого з'являється відчуття свіжості, бадьорості.

5. Під час приймання ванни не залишайте хворого одного. Стежте за загальним станом хворого, його шкірними покривами та пульсом. Якщо хворий зблід, з'явилося запаморочення, виведіть його з ванни, витріть рушником, покладіть на ліжко з трохи піднятим ніжним кінцем, розітріть

скроні й дайте на ватці понюхати нашатирний спирт. Терміново викличте лікаря.

6. Після ванни хворий повинен відпочити 30 хвилин.

1. Під час гарячої ніжної ванни тіло хворого тепло закутайте.

Дезінфекція ванни. Після використання ванну двічі протріть спеціально для цього виділеною щіткою 3% розчином хлораміну та промийте теплою водою.

АЛГОРИТМ №5

«Застосування очисної клізми»

Навчальна мета: уміння підготувати хворого до процедури; поставити очисну клізму дорослому; дитині; продезінфікувати приладдя для очисної клізми.

Виховна мета: навчитися опанувати в собі почуття відрази під час виконання процедури; усвідомити те, що процедура очисної клізми в кожному окремому випадку повинна виконуватися нестандартно.

Початковий обсяг знань: потрібно знати показання та протипоказання до застосування клізми; знати місце виконання процедури.

Оснащення:

1. Кухоль Есмарха (скляний, емальований, або гумовий) ємкістю 1 – 2 л з наконечником і краном;
2. Вода температури 28 – 32°C, 1 – 1,5л (у разі схильності до спазмів кишечника температура води – 37 – 39 °C, при атонії кишечника - 18 – 20 °C);
3. Вазелін;
4. Штатив – стойка;
5. Судно;
6. Відро або таз;
7. Гумові рукавички;
8. Фартух із пластикату;
9. Клейонка;
10. 3% розчин хлораміну;
11. Маркіровані ємкості для чистих і використаних наконечників.

Показання до застосування очисної клізми:

1. Закреп.
2. Підготовка породіль до пологів.
3. Підготовка хворих до планових операцій на органах травного тракту та органах малого таза.
4. Підготовка хворих до рентгенологічних обстежень органів травного тракту, малого таза, тазових кісток, тазового відділу хребта.
5. Підготовка хворих до ендоскопічних обстежень кишок.
6. Отруєння.

Протипоказання до застосування очисної клізми:

1. Гострий апендицит.
2. Гострі запальні процеси товстої кишки зі схильністю до кровотечі.
3. Тріщини заднього проходу.

4. Кровотеча з травного тракту.
5. Розпад пухлини прямої кишки.
6. Перші дні після операцій на органах травного тракту.
7. Випадіння прямої кишки.

Місце виконання процедури. Якщо дозволяє стан хворого, процедура очисної клізми виконується в спеціальній туалетній кімнаті, де є кушетка, штатив – стійка для підвішування кухля Есмарха, раковина, маркіровані ємкості для чистих і використаних наконечників, дезінфікуючі розчини, вазелін. Хворим, які перебувають на ліжковому режимі, процедуру виконують у ліжку.

Послідовність дій під час виконання процедури

Підготовка медичної сестри і хворого до процедури:

1. Проведіть психологічну підготовку. Поясніть сутність процедури хворому.
2. Надягніть фартух і гумові рукавички.
3. Запропонуйте хворому перед процедурою звільнити сечовий міхур.
4. Підстелити під таз пацієнта клейонку, край якої опустіть у відро.
5. Покладіть хворого на край кушетки або ліжка на лівий бік з підведеними до живота ногами.

Якщо хворому заборонено повертатись, то процедуру виконайте в положенні лежачи на спині, але під таз підкладіть валик з ковдри. Запропонуйте йому розвести в боки стегна і зігнути ноги в колінах.

Виконання процедури застосування очисної клізми.

1. Кухоль Есмарха підвісте на штатив на висоті 1 метр над хворим, налийте 1 – 1,5 л води потрібної температури відкрийте кран, заповніть гумову трубку і наконечник водою, закрийте кран. Для того, щоб легко виводився кал, можна у воду додати 25 – 50 г рицинової або маслинової олії чи 25 г мильної стружки.

2. Змастіть наконечник вазеліном.

3. Пальцями лівої руки розведіть сідниці й обертальними рухами обережно введіть в анальний отвір наконечник, спочатку в напрямку до пупка на 3 – 4 см, а потім паралельно до хребта на 8 – 10 см.

У разі наявності складок слизової оболонки або гемороїдальних вузлів наконечник проведіть обережно між ними.

Запам'ятайте! Не допускається грубе і стрімке введення наконечника, тому, що можна поранити стінку прямої кишки.

4. Відкрийте кран рідини. Регулюйте інтенсивність її поступання так, щоб не викликати сильного болю і раптового відчуття переповнення кишечника.

Якщо вода не надходить у кишечник (що видно з рівня рідини в кухлі), підніміть кухню вище і змініть положення наконечника: проведіть його глибше або злегка вийміть зовні. Якщо й це не допоможе (можливо, наконечник забитий каловими масами), вийміть наконечник, промийте його водою з кухля Есмарха й введіть знову в пряму кишку.

Іноді калові маси настільки щільні, що поставити клізму практично неможливо. У такому випадку їх видаляють пальцем в гумових рукавичках, змащених вазеліном, і лише після цього застосовують клізму.

5. Після введення води в кишечник закрийте кран і вийміть наконечник.
6. Поясніть хворому, що він повинен полежати на спині й глибоко дихати 5 – 7 хвилин для кращого розрідження калових мас.

7. Запропонуйте пацієнтові випорожнити кишечник у туалеті.

Якщо процедура виконувалась у ліжку, то швидко подайте хворому судно.

Очисну клізму вважайте успішною, якщо з водою через кілька хвилин вийдуть калові маси.

Якщо клізма не вдалася, процедуру можна повторити через кілька годин.

Запам'ятайте! Медична сестра обов'язково повинна прослідкувати за дією клізми. У разі виникнення сильного болю повідомити лікаря.

Особливості застосування клізми дітям:

1. Дітям для постановки клізм застосовуйте м'які гумові або поліетиленові наконечники.
2. Уводьте рідину повільніше без великого тиску.
3. Після видалення наконечника на кілька хвилин стисніть сідниці дитині, допомагаючи цим затримати потяг до очищення кишечника.
4. Кількість введеної дітям рідини залежить від віку: новонародженим вводять 30 мг; дитині віком 1 – 3 міс – 60 мл; 3 – 6 міс – 90 мл; 6 – 9 – 120 – 150 мл; 9 – 12 міс – 180 мл; 1 – 2 роки – 200 мл; 3 – 5 років – 300 мл; 6 – 9 років – 400 мл; 10 – 14 років – 500 мл.

Дезінфекція приладдя для очисної клізми:

1. Після використання наконечник з краном від'єднайте і занурьте в 3 % розчин хлораміну на 1 год.
2. Ретельно промийте гарячою водою (у разі потреби знежирте) і прокип'ятіть у дистильованій воді протягом 30 хвилин.
3. Кухоль і гумову трубку протріть двічі полотниною, змоченою 3 % розчином хлораміну, промийте водою та висушіть.

Алгоритм №6

“Проведення проби на чутливість до лікарських речовин”

Навчальна мета: вміння виконати внутрішньо шкірну ін'єкцію; продезінфікувати шприци та голки після використання.

Виховна мета: усвідомлення значення доброзичливої, спокійної бесіди з хворим для запобігання почуттєві страху перед ін'єкцією.

Початковий обсяг знань: потрібно знати призначення внутрішньошкірних ін'єкцій.

Оснащення:

1. стерильні шприци ємкістю 1 – 2 мл.
2. стерильні голки довжиною 15 мм, діаметром 0,4 мм.
3. стерильні ватні тампони.
4. спирт етиловий 70%.
5. лікарські препарати в ампулах, флаконах.

Для діагностичних проб використовують переважно шкіру внутрішньої (долонної) поверхні передпліччя.

Послідовність дій під час виконання процедур

Виконання внутрішньошкірної ін'єкції:

1. Підготовку рук, збирання шприца, набирання ліків проведіть за загальноприйнятими правилами.

2. Хворого посадіть або покладіть на спину.

3. Місце ін'єкції (середня третина внутрішньої поверхні передпліччя) продезінфікуйте двома стерильними ватними тампонами зволоженими 70 % етиловим спиртом.

4. Шприц візьміть у праву руку так, щоб другий палець утримував муфту голки, кінчики решти пальців підтримують циліндр.

5. Після висихання шкіри лівою рукою обхопіть перепліччя хворого знизу і злугка розтягніть шкіру або I пальцем лівої руки трохи натягніть шкіру нижче від місця ін'єкції.

6. Тримавши шприц із голкою зрізом догори й майже паралельно до поверхні шкіри, вколить голку в шкіру так, щоб занурився її зріз.

7. Лівою рукою повільно натисніть на поршень і введіть вміст шприца. При правильному введенні на місці ін'єкції утвориться білуватого кольору папула, яка нагудає лимону шкірку.

8. Після введення ліків вийміть голку і до місця ін'єкції прикладіть стерильний ватний тампон.

Тести для самоконтролю.

1. Як готують операційне поле до операції?

- A. Робиться премедикація.
- B. Ставиться постійний катетер.
- C. Промивають шлунок.
- D. Голять волосся в день операції.
- E. Голять волосся за день до операції.

2. Хто проводить премедикацію:

- A. Лікар.
- B. Анестезіолог.
- C. Постова м/с.
- D. Операційна м/с.
- E. Анестезістка.

3. Скільки максимально триває передопераційна підготовка в разі планової операції:

- A. Не більше 1 год.
- B. Не більше 2 год.
- C. 2-3 год.
- D. 1,5-2 місяці.
- E. 30 хв – 1 год.

4. Який із перерахованих препаратів входить до складу премедикації:

- A. Аміназин.
- B. Клофелін.
- C. Атропін.
- D. Фурасемід.
- E. Анальгін.

5. Скільки максимально триває передопераційна підготовка в разі екстреної операції:
 - A. 1,5-2 год.
 - B. 2-4 тиж.
 - C. 1 тиж.
 - D. 3 міс.
 - E. 1,5 міс.
6. Куди вводять премедикацію:
 - A. В/ш.
 - B. П/ш.
 - C. В/в крапельно.
 - D. В/в струменно.
 - E. В/артеріально.
7. Який з препаратів, потрібно вводити хворому з підвищеним зсіданням крові, під час передопераційної підготовки:
 - A. Амінокровін.
 - B. Гепарин.
 - C. Амінопептид.
 - D. Вікасол.
 - E. 10% розчин CaCl.
8. Яке ушкодження виразкової хвороби шлунку потребує негайної операції:
 - A. Субкомпенсований стеноз.
 - B. Декомпенсований стеноз.
 - C. Перфорація виразки.
 - D. Пенетрація виразки.
 - E. Шлунково-кишкова кровотеча.
9. Визначіть стан, при якому проведення планової операції переноситься:
 - A. Погіршення сну.
 - B. Зниження апетиту.
 - C. Сухість шкіри.
 - D. Гнійничкові висипання на шкірі.
 - E. Закрепи.
10. Час, з якого починається передопераційний період:
 - A. З моменту захворювання.
 - B. З моменту встановлення діагнозу.
 - C. З дня підготовки до операції.
 - D. З моменту звернення в поліклініку.
 - E. З дня вступу в стаціонар.

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	C	D	C	A	B	B	C	D	E

Тема: «Догляд за хворими в післяопераційний період»

Актуальність теми:

Інтенсивний нагляд та догляд за післяопераційними хворими можна доручити тільки висококваліфікованим медичним працівникам, які обізнані з основами реанімації, особливостями догляду після різних операцій і усвідомлюють свою відповідальність у практичному здійсненні відповідальних заходів.

Спостерігаючи за післяопераційними хворими, середній медичний працівник повинен першим розпізнати ознаки будь – якого ускладнення, вміти контролювати роботу різних апаратів, систем.

Завжди слід пам'ятати, що піклування про хвору людину, здатність будь – якої хвилини відгукнутись, прийти їй на допомогу є головним в роботі середнього медичного працівника.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- режим хірургічного і реанімаційного відділень;
- післяопераційні ускладнення;
- післяопераційний режим;
- дієта хворих, ЛФК.

Вміти:

- визначити режим і дієту післяопераційних хворих ;
- оцінити аналізи крові і сечі ;
- оцінити стан хворого .

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

План.

1. Післяопераційні ускладнення, їх лікування і профілактика. Контроль за станом хворого.
2. Оцінка загального стану хворого. Клінічний і моніторний нагляд за хворим.
3. Харчування хворих у післяопераційний період.

При спостереженні за прооперованими хворими потрібно орієнтуватись на критичні ознаки діяльності органів та систем, які повинні служити підставою

для вияснення причини погіршення стану хворого і надання невідкладної, допомоги.

1. Стан серцево-судинної системи:

- а) частота пульсу більше 120 ударів за 1 хв;
- б) зниження систолічного тиску до 80 мм рт. ст. і нижче , і підвищення до 200 мм рт. ст. і вище;
- в) порушення серцевого ритму;
- г) зниження центрального венозного тиску нижче 50 мм вод. ст. і підвищення до 110 мм вод. ст. і вище.

2. Стан дихальної системи:

- а) число дихальних рухів більше 28-за 1 хв.;
- б) виражене вкорочення перкуторного звуку; тупий звук над легеньми при перкусії грудної клітки;
- в) відсутність дихальних шумів в зоні притуплення .

3. Стан шкіри та слизових оболонок:

- а) виражена блідість;
- б) акроціаноз;
- в) холодний липкий піт;

4. Стан видільної системи:

- а) зменшення сечовиділення (кількість сечі менша 10 мл. на год.)
- б) анурія.

5. Стан органів травлення:

- а) різка напруга м'язів передньої черевної стінки;
- б) чорний дьогтьоподібний кал та домішки крові в калі;
- в) виражене вздуття живота , невідходження газів , відсутність перистальтичних кишкових шумів протягом більш як трьох діб.

6.Стан ЦНС:

- а) втрата свідомості;
- б) галюцинації,
- в) рухове та мовне збудження;
- г) загальмований стан.

7. Стан операційної рани;

- а) промокання пов'язки кров'ю;
- б) розходження країв рани та вихід внутрішніх органів черевної порожнини в рану (евентрація);
- в) промокання пов'язки гноєм чи кишковим вмістом.

Після наркозу хворого кладуть на ліжко без подушки, а після виходу з наркозу хворому надають позу, яка залежить від характеру операції.

Так, після операції на грудній та черевній порожнинах хворому частіше всього надають напівсидяче положення з зігнутими в колінах ногами (поза Фовлера). Положення хворого потрібно частіше міняти.

З перших же днів хворий повинен вести себе активно. Це покращує кровообіг та дихання, служить профілактикою ряду ускладнень.

Ранній післяопераційний період може бути ускладненим і неускладненим. Під час неускладненого післяопераційного періоду в організмі відбуваються зміни, зумовлені дією багатьох факторів — психологічного стресу, наркозу, післянаркозного стану, а також впливом самої операції, наявністю операційної рани, некрозом тканин у зоні оперативного втручання, порушенням дієти, вимушеним положенням тіла хворого тощо.

В організмі хворого після операції спостерігають такі зміни.

1. Порушення вуглеводного обміну, яке проявляється гіперглікемією і глюкозурією (у 90 % хворих). Гіперглікемія триває 3—4 дні, після чого кількість глюкози в крові нормалізується.

У 1-шу добу після операції резервна лужність крові зменшується, а до кінця 2—3-ї доби, як правило, нормалізується. У розвитку післяопераційного ацидозу велику роль відіграє не тільки операційна травма, а й стан хворого, характер передопераційної підготовки, голодування тощо. У більшості хворих після операції розвивається компенсований ацидоз, що перебігає без клінічних проявів, але призводить до значного зниження резервної лужності крові. Некомпенсований післяопераційний ацидоз проявляється нудотою, блюванням, метеоризмом, головним болем, безсонням, слабкістю та ін. Раннє годування хворих після операції, введення інсуліну виснаженим хворим до і після операції є найкращими методами профілактики важких форм післяопераційного ацидозу.

2. Порушення білкового обміну. Зокрема, збільшується вміст залишкового азоту і глобулінів у крові. Гіпопротеїнемія спостерігається в більшості хворих, які перенесли важкі операції, що супроводжувалися крововтратою. Найменший вміст білків спостерігається на 5—6-й день після операції. Потім білковий обмін нормалізується. Але у важкохворих цей процес розвивається дуже повільно і триває від 15 до 35 днів.

3. Порушення водно-електролітного обміну. Після операції спостерігається зневоднення організму. У здорової людини вода виділяється переважно нирковим шляхом (за добу нирки виділяють 1—1,5 л води, легені — 0,4 л, шкіра — 1 л). У післяопераційний період посилюється потовиділення, прискорюється дихання і підвищується температура тіла, що збільшує втрату води позанирковим шляхом. Унаслідок великої крововтрати тканинна рідина надходить у кров'яне русло, що теж сприяє зневодненню організму і порушенню електролітного балансу.

Зневодненню можна запобігти в разі правильної передопераційної підготовки і післяопераційного ведення хворого. Не менше ніж 3 л рідини треба ввести в організм (усередину, підшкірно, внутрішньовенно, через пряму кишку). Для профілактики гіпокаліємії та інших порушень електролітного обміну вводять рідини, які містять основні електроліти.

4. Зміни складу крові. Збільшення кількості лейкоцитів (у 2—3 рази порівняно з нормою) за рахунок нейтрофільних лейкоцитів, відносне зменшення кількості лімфоцитів і еозинофілів виявляють відразу після

операції. Після операцій середньої важкості ацидоз наростає протягом 4—5 днів, після чого поступово знижується до норми (на 10-й день).

Після важких операцій збільшення кількості лейкоцитів більш значне і тривале. Це реакція організму на всмоктування продуктів розпаду білків і проникнення в операційну рану мікроорганізмів (абсолютно асептичних операцій не буває). За наявності гнійних ускладнень кількість лейкоцитів різко зростає.

Після операцій середньої важкості кількість еритроцитів і вміст гемоглобіну зменшується на 5—7 %, а після важких — на 10—20 %. Такі зміни спостерігаються протягом 4—6 днів, а після важких операцій — і довше. Це явище зумовлено крововтратою під час операції, розведенням крові тканинною рідиною, яка надходить у кров'яне русло після крововтрати, розпадом еритроцитів перелитої крові.

Вміст гемоглобіну нормалізується в різні терміни (від 10 днів до 1—2 міс) залежно від важкості операції. Деяким хворим показані повторні переливання препаратів крові.

Кількість тромбоцитів зменшується одразу після операції. До 9—10-го дня цей показник нормалізується.

Зниження в'язкості крові і збільшення кількості протромбіну звичайно свідчать про запальні ускладнення, які супроводжуються значною ексудацією та інтоксикацією (перитоніт, плеврит тощо).

Інтенсивна терапія, яку проводять у післяопераційний період (за відсутності ускладнень), спрямована на боротьбу з болем, відновлення функцій серцево-судинної системи і мікроциркуляції, корекцію водно-електролітного балансу. Призначають дезінтоксикаційну терапію. Здійснюють контроль за функцією сечовидільної системи.

Біль зменшується, якщо хворий займає правильне положення в ліжку, носить бандаж. Протягом перших 2—3 діб після великих порожнинних операцій хворим слід уводити наркотичні анальгетики, після невеликих операцій — пенаркотичні анальгетики. Седативні засоби дозволяють підвищити поріг больової чутливості (седуксен, реланіум). Ефективним методом знеболювання в ранній післяопераційний період є перидуральна анестезія.

Розвитку **ускладнень у післяопераційний період** сприяють такі фактори: наявність післяопераційної рани, вимушене положення тіла, вплив операційної травми і наркозу. Основні ускладнення післяопераційного періоду (В. В. Петров) наведено в схемі .

У ранній післяопераційний період з боку рани можуть виникнути такі ускладнення: *кровотеча, інфікування рани, розходження швів*. Розрізняють **3 види кровотечі**: зовнішню (витікання крові в операційну рану, що проявляється промоканням пов'язки), кровотечу по дренажу (кров витікає по дренажу, який залишають у рані або в якій-небудь порожнині) і внутрішню кровотечу (кров виливається в порожнини тіла).

Рана може інфікуватися в післяопераційний період, що призводить до утворення інфільтрату чи абсцесу. З'являється біль у ділянці рани,

підвищується температура тіла. Краї рани набряклі, червоні. Під час пальпації біль посилюється.

У разі нагноєння рани з неї виділяється гній. Профілактика ранової інфекції полягає в дотриманні правил асептики й антисептики як під час операції, так і в післяопераційний період.

У післяопераційний період необхідно слідкувати за нормальним функціонуванням дренажів, здійснювати профілактику вторинної інфекції. Перев'язку обов'язково проводять на наступний день після операції. Краї рани обробляють розчином антисептика, накладають антисептичну пов'язку. Потім перев'язку проводять 1 раз у 3—4 дні. За наявності інфільтрату призначають антибіотики, на рану — УВЧ, УФ-опромінення, пов'язки з розчинами антисептиків, електрофорез розчину антисептика та ін. У разі нагноєння післяопераційної рани шви знімають через один, рану промивають 3 % розчином перекису водню, розчинами антисептиків, дренують.

Евентрація — випадання сальника або кишечника з черевної порожнини при розходженні країв операційної рани. Розрізняють повну евентрацію (коли розходяться всі шари рани передньої черевної стінки і нутрощі випадають під пов'язку) і неповну (коли нутрощі випадають під шкіру внаслідок розходження очеревини апоневрозу).

Лікування евентрації оперативне.

У післяопераційний період можливі такі ускладнення з боку серцево-судинної системи: *інфаркт міокарда, аритмії, гостра серцево-судинна недостатність*. Профілактика тромбоемболічних ускладнень полягає в ранній активізації хворих, забезпеченні стабільної гемодинаміки, корекції водно-електролітного балансу, використанні дезагрегантів та інших лікарських засобів, які поліпшують реологічні властивості крові, а також антикоагулянтів прямої і непрямой дії (у хворих з підвищеним ризиком тромбо-емболічних ускладнень).

З боку дихальної системи можливі такі ускладнення, як *гостра дихальна недостатність, післяопераційна пневмонія, бронхіт* тощо.

Профілактика цих ускладнень включає ранню активізацію хворих, антибіотикопрофілактику, адекватне положення в ліжку, дихальну гімнастику, розрідження мокротиння і застосування відкашлювальних засобів, санацію бронхіального дерева у важкохворих через інтубаційну трубку (під час ШВЛ або через спеціально накладену трахеостому при спонганному диханні), масаж, фізіотерапію, гірчичники, банки.

У післяопераційний період можливі ускладнення з боку органів травлення. Часто розвивається *паралітична непрохідність кишок*. Профілактика цього ускладнення включає ранню активізацію хворих, раціональний режим харчування, дренування шлунка, введення газовідвідної трубки. Після операції рекомендується зробити гіпертонічну клізму. Проводять перидуральну блокаду та стимуляцію моторики кишок шляхом введення 0,05 % розчину пітуїтрину. Уводять карбахолін, церукал, убретид, аміназин. Показані фізіотерапевтичні процедури (діадинамічні струми). Застосовують електростимуляцію апаратом "СНІМ". Електростимуляцію починають на 2-й

день після операції. Після цієї процедури швидко з'являється перистальтика кишок і відходять газы. Досить ефективними є інфузія сорбітолу, діадинамічні струми Бернара, тривала перидуральна анестезія, інфузія 0,25 % розчину новокаїну в корінь брижі тонкої кишки.

У багатьох хворих у післяопераційний період виникає проблема нормалізації пасажу хімусу по кишечнику.

Причинами порушення *пасажу жовчі* можуть бути не тільки особливості режиму харчування і природжена патологія товстої кишки, а й порушення моторної функції кишечнику внаслідок хронічних захворювань органів травлення. Сповільнення руху харчових мас по кишечнику призводить до різкого порушення процесів мембранного і порожнинного травлення. При цьому відбувається неповне розщеплення складових елементів харчових продуктів, посилюються процеси бродіння в просвіті кишечнику. Усмоктування продуктів бродіння в систему венозного кровообігу збільшує токсичне навантаження на печінку. Тривалий процес бродіння в кишечнику змінює звичайний склад кишкової мікрофлори. У ньому починають превалювати неклостридіальні анаероби і дріжджеподібна мікрофлора. Порушується бар'єрна функція кишечнику, виникає ризик появи бактеріальної транслокації. Це створює передумови до збільшення частоти гнійних ускладнень після планових операцій. Для профілактики порушення пасажу хімусу по кишечнику рекомендовано як у післяопераційний, так і в ранній післяопераційний період застосовувати проносні засоби, а саме форлакс. Для нормалізації процесу травлення рекомендовано застосовувати препарати для екзогенного заміщення ферментів (панкреатин, креон тощо).

Перитоніт — грізне ускладнення післяопераційного періоду. Найчастішою його причиною є недостатність швів анастомозів після резекції шлунка чи кишечнику. У таких випадках слід негайно виконати релапаротомію, ліквідувати джерело перитоніту і адекватно дрениувати черевну порожнину. Одночасно проводять масивну дезінтоксикаційну й антибактеріальну терапію.

Рання спайкова кишкова непрохідність може виникнути практично після будь-якого втручання на органах черевної порожнини. Погіршується загальний стан хворого, наростає здуття живота, посилюється біль, виникає блювання, з'являється шум плеску. Спостерігається позитивний симптом Валя. Під час оглядової рентгеноскопії виявляють чаші Клойбера. У разі виникнення спайкової кишкової непрохідності необхідно негайно провести релапаротомію.

Після операції можуть виникати ускладнення з боку сечових органів: *анурія (затримка виділення сечі нирками) та ішурія (затримка сечовипускання)*. За наявності анурії сечовий міхур порожній, позивів до сечовипускання немає. У таких випадках проводять двобічну паранефральну блокаду, діатермію на ділянку нирок. Уводять 1 мл 1 % розчину пілокарпіну, осмотичні діуретики.

Ішурія може бути зумовлена вимушеним положенням хворого в ліжку. Мають значення і нервово-рефлекторні механізми. Хворим необхідно ввести атропіну сульфат. На ділянку сечівника треба покласти грілку. За неефективності цих заходів проводять катетеризацію сечівника.

Порушення функцій печінки і нирок проявляється зниженням синтезу ферментів, наростанням диспротеїнемії, олігурією.

Грізним ускладненням післяопераційного періоду є ниркова і печінкова недостатність.

У сучасних клініках організовані спеціалізовані відділення, де проводять інтенсивне спостереження за хворими в післяопераційний період. Це відділення реанімації та інтенсивної терапії. Кваліфікований персонал здійснює комплекс лікувальних заходів, спрямованих на нормалізацію гомеостазу, лікування гострих порушень життєво важливих функцій організму та обмінних процесів у хворих, які перебувають у критичному стані.

Інтенсивне спостереження може бути візуальним, моніторним, лабораторним та комбінованим. На кожного хворого слід завести картку погодинного обстеження і листок призначень. Через кожні 1—3 год реєструють показники дихання і кровообігу, температуру тіла, діурез, кількість рідини, яку вводять в організм і яка з нього виводиться. Оцінюючи стан хворого, враховують ступінь здуття живота і напруження м'язів передньої черевної стінки, стан післяопераційної рани, наявність внутрішньої або зовнішньої кровотечі. Звертають увагу на наявність гикавки або блювання, кількість і характер випорожнень. Під час аускультації і перкусії живота можна виявити перистальтичні шуми в кишечнику, наявність газу або рідини в черевній порожнині.

Динамічне спостереження за функціями дихальної і серцево-судинної систем найчастіше здійснюється за допомогою моніторної техніки, яка дозволяє реєструвати частоту дихання, вміст вуглекислого газу, частоту серцевих скорочень, АТ і центральний венозний тиск, електрокардіограму, тиск у порожнинах серця, температуру тіла тощо. У разі проведення ШВЛ необхідно слідкувати за роботою респіратора, контролювати хвилинний об'єм дихання, частоту його, тиск на вдиху і видиху та ін.

Окрім візуального і моніторного спостереження, проводять лабораторні дослідження (можна контролювати до 55 лабораторних показників).

Інтенсивна терапія в післяопераційний період включає:

боротьбу з болем і профілактику шоку;

відновлення серцево-судинної діяльності і ліквідацію порушень мікроциркуляції.

Годування хворих проводять лише після дозволу хірурга, який робив операцію, або палатного лікаря. Хворих годують з ложки чи поїльника.

У післяопераційний період призначають відповідні дієти. Так звані нульові хірургічні дієти показані після операцій на органах травлення, а також при порушеннях мозкового кровообігу, черепно-мозковій травмі, інфекційних захворюваннях, що перебігають з високою температурою. Це рідка, напіврідка, желеподібна чи протерта їжа. У раціоні різко обмежують кількість солі. їжу дають часто і малими порціями.

Дієту № 0-а призначають, як правило, на 2—3-й день після операції. Вона включає рідкі, желеподібні страви. Дозволено знежирений немісний м'ясний

бульйон, рисовий відвар з вершковим маслом, чай з лимоном. На 3-й день дають некруто зварене яйце.

Дієту № 0-б призначають після дієти № 0-а. Хворому дають рідкі протерті каші на м'ясному бульйоні або воді з молоком, слабкі знежирені неміцні м'ясні бульйони з манною крупою, парове суфле з нежирного м'яса.

Дієта № 0-в. У раціон включають супи, пюре, парові страви з протертого вареного м'яса, парові страви із сиру, а також свіжий сир, протертий зі сметаною.

Дієта № 1-а. Призначається хворим на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії загострення, після резекції шлунка (на 4—5-й день). Усі страви мають бути рідкої або кашоподібної консистенції. У раціоні повинна бути достатня кількість білків (100 г), жирів (100 г) і вуглеводів (200 г). Їжу приймають 6—8 разів на день.

Дієта № 1-б. Призначається після дієти № 1-а. Їжа має бути протертою чи відвареною, або її готують на парі. Їжу вживають теплою, не менш ніж 6 разів на день.

Дієта № 1. Призначається хворим на виразкову хворобу шлунка в період ремісії і в післяопераційний період протягом

5—6 міс. їжа повинна бути рідкою чи кашоподібної консистенції. Їжу приймають 5—6 разів на день. Кількість білків і жирів — до 120 г, вуглеводів — 400—500 г. Обмежують кількість кухонної солі. Не можна вживати продукти, що містять багато клітковини.

Дієта Мейленграхта призначається хворим з гастродуоденальною кровотечею. Вона сприяє нейтралізації кислого вмісту шлунка, зменшенню перистальтики шлунка і кишечника, справляє позитивний вплив на згортання крові і процеси репарації. Дієта багата на молочні продукти, овочі і фруктові соки, вітаміни С і К (овочеві протерті супи, каші, картопля, молоко, вершки, м'ясо у вигляді суфле, білий хліб тощо), їжу приймають

6-8 разів на день у протертому вигляді. Кількість білків — 70-100 г, жирів - 90-100 г, вуглеводів - 300-400 г.

Дієта № 2 показана хворим на хронічний гастрит, коліт і ентероколіт у стадії загострення, а також після оперативних втручань на товстій і прямій кишках. Дієта сприяє зменшенню бродильних процесів, нормалізації моторної і секреторної функцій шлунка і кишечника. Обмежують уживання продуктів, які важко перетравлюються, містять клітковину чи подразнюють слизову оболонку. Кількість білків — 100 г, жирів — 100 г, вуглеводів — 400 г. Їжу приймають 4—5 разів на день.

Дієта № 5 показана хворим на гострий і хронічний холецистит, жовчнокам'яну хворобу, гепатит. Вона сприяє накопиченню глікогену в печінці, стимулює жовчовиділення і моторну функцію кишечника. Усі страви готують на парі або вживають відварену їжу. Кількість білків — 100—110 г, вуглеводів — 500 г, жирів — до 80 г, у тому числі 15 % — рослинні. Рекомендуються продукти, багаті на ліпотропні речовини (метіонін, лецитин) і клітковину. З раціону виключаються продукти, що містять холестерин і екстрактивні речовини (жирні сорти м'яса і риби, сало, консерви, шпинат,

щавель, рибні і м'ясні супи, гострі страви і т.д.). Їжу приймають 5—6 разів на день.

Дієта № 5-п показана хворим на гострий і хронічний панкреатит. Дієта сприяє зменшенню гіперферментації, пригніченню секреторної функції підшлункової залози, їжу приймають 6 разів на добу. Дієта містить 80 г білків, 40 г жирів і 200 г вуглеводів. У перші 2—3 дні рекомендується голод або лужна вода, у подальшому — слизові супи з різних круп (окрім пшона) на воді або неміцному овочевому відварі, нежирні сорти м'яса (курка, індичка, кролик, яловичина) у вигляді суфле, парових котлет, нежирні сорти риби (тріска, судак, сазан, окунь), некруто зварені яйця або паровий омлет, сир некислий у вигляді пасти чи парового пудингу. З овочів — картопля, морква, кабачки та цвітна капуста у вигляді пюре чи парових пудингів. Яблука тільки печені (окрім антоновських). Напої — компоти із сухофруктів чи свіжих яблук, киселі, желе, мус на ксиліті або сорбіті, настій із шипшини, лужна мінеральна вода (боржомі та ін.). При хронічному панкреатиті кількість білка збільшують до 130—140 г, жирів — до 60—80 г, вуглеводів — до 300—350 г. Їжа протерта, парова або запечена в духовій шафі.

Дієта № 5-а призначається після холецистектомії та інших оперативних втручань на печінці, жовчному міхурі та жовчних протоках. Дієта щадна, містить 90 г білків, 50—60 г жирів і 250—280 г вуглеводів. З раціону виключається рослинна олія. Кількість вуглеводів і кухонної солі обмежують, їжу готують на парі або вживають у відвареному вигляді (нежирний сир, омлет білковий паровий, суп рисовий з овочами протертий, парові м'ясні биточки, відварена риба, морквяно-яблучні биточки, яблука печені без цукру, білі сухарі, відвар шипшини, кефір, чай з молоком та ін.).

Штучне зондове харчування. Зондове ентєральне харчування застосовують, якщо хворий тривалий час непритомний, а також, коли ковтання неможливе унаслідок бульбарного паралічу, набряку язика чи гортані в післяопераційний період після резекції шлунка). Використовують суміші амінокислот, жирових емульсій, вітамінів, електролітів та ін. У деяких випадках поживні суміші вводять, обминаючи шлунок, безпосередньо в тонку кишку. Для зондового харчування використовують м'які пластмасові, гумові або силіконові трубки із зовнішнім діаметром 3—5 мм, зонди. Зондова суміш може містити 400 г теплого молока, 2 сирих яйця, 50 г цукру, 40 мл етилового спирту, сіль. Ідеальний склад суміші в енпітах (білковому, жировому, низьколак-тозному, вівсяному, рисовому тощо).

Парентеральне харчування також застосовується в інтенсивній терапії. Комплекс поживних речовин уводять в організм, обминаючи травний канал. Розрізняють повне парентеральне харчування, коли вводять усі необхідні компоненти для поповнення енергетичних витрат і підтримання певного рівня обмінних процесів, і неповне, коли парентеральне вводять лише деякі інгредієнти, продовжуючи ентєральне харчування.

За показаннями поживні суміші вводять через постійний назогастральний зонд.

Здійснюючи догляд за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, медичні сестри повинні уважно стежити за гігієною тіла хворого. Обличчя хворого протирають вологим рушником. Шкіру тіла також ретельно протирають 1—2 рази на день. Попрілості присипають тальком або дитячою присипкою, систематично протирають ці ділянки шкіри 0,1 % розчином калію перманганату. Проводять профілактику пролежнів. Щоб запобігти виникненню контракту?, нижні кінцівки вкладають у функціонально вигідне положення. Кілька разів на день слід робити пасивну гімнастику.

Для профілактики висихання рогівки в очі закапують 2—3 рази на добу по 2—3 краплі вазелінового масла. Ротову порожнину через 1—2 год протирають вологим тампоном і змащують вазеліновим маслом, розчином гліцерину чи іншими засобами. Ретельного догляду потребують носові ходи.

Слід суворо дотримуватися правил асептики під час венепункції, катетеризації судин і сечового міхура, заміни інфузійних систем і перев'язок.

У хворих, які перебувають у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, можливі мимовільні сечовипускання і дефекація. Необхідно використовувати підкладні клейонки і додаткову білизну, котрі замінюють після забруднення, та памперси, які міняють після мимовільного сечовипускання (зразу ж виконують гігієнічні процедури).

Післяопераційний догляд за дітьми.

Протягом першої години після операції пульс і артеріальний тиск вимірюють через кожні 15 хв, потім через 1 год. У дітей до одного року протягом перших 4 годин щогодинно вимірюють t° тіла, кожні 2 - 4 год проводять аерозольну терапію, кисень повинен бути зволеним і підігрітим до t° тіла, для чого у зволожувач наливають воду, температура якої 60°C . Важливо слідкувати, щоб дитина не зірвала пов'язку, не вирвала дренаж з рани. Маленьким дітям для цього надягають розпашонки з зашитими наглухо рукавами.

Післяопераційний догляд за людьми похилого віку.

У людей похилого віку відмічається схильність до тромбоемболій, атонії кишківника, легневих ускладнень, розвитку пролежнів, безсимптомного гниття рани.

Для профілактики особливо важливі:

- а) раннє вставання;
- б) активна поведінка в ліжку;
- в) дихальна лікувальна гімнастика;
- г) інгалація кисню.

Для таких хворих небезпечне перевантаження серця. В/в інфузії їм потрібно робити дуже повільно. Обов'язкове призначення комплексу вітамінів, чергування банок та гірчичників. Постійний догляд за системою зсідання крові.

Важливе значення має дотримання норм медичної етики і деонтології. Лікар, середній і молодший медичний персонал мусять виявляти співчуття до хворого, вселяти в нього надію на одужання, оберігати психіку. Персонал відділення регулярно обстежують на бактеріоносійство. Родичам не дозволяється відвідувати хворих.

Контрольні питання:

1. Що таке післяопераційний період?
2. На які підперіоди ділиться післяопераційний період?
3. Які загальні зміни в організмі відбуваються у хворого після операції?
4. На що спрямована інтенсивна терапія в післяопераційному періоді?
5. Які фактори сприяють розвитку післяопераційних ускладнень?
6. Перерахуйте можливі післяопераційні ускладнення?
7. Які особливості харчування хворих після операції?
8. Які особливості догляду за хворими в післяопераційному періоді?

I. Тестові питання для самоконтролю.

1. Яка тактика медсестри при нагноєнні рани у післяопераційного хворого:
 - A. Прикласти холод.
 - B. Ввести антибіотики.
 - C. Накласти тугу пов'язку.
 - D. Сповістити лікаря.
 - E. Змінити пов'язку.
2. Вкажіть термін закінчення післяопераційного періоду:
 - A. Після усунення ранніх ускладнень.
 - B. Після зняття швів.
 - C. Після виписки із стаціонару.
 - D. Після санаторно-курортного лікування.
 - E. Після відновлення працездатності.
3. Що із переліченого відноситься до пізніх ускладнень в післяопераційному періоді:
 - A. Асфіксія.
 - B. Гостра затримка сечі.
 - C. Нагноєння рани.
 - D. Блювання.
 - E. Кровотеча.
4. Що із перерахованого відноситься до пізніх ускладнень в післяопераційному періоді:
 - A. Внутрішня кровотеча.
 - B. Гикавка.
 - C. Гостра серцева недостатність.
 - D. Зовнішня кровотеча.
 - E. Тромбофлебіт.
5. Що з перерахованого не відноситься до профілактики пневмонії в післяопераційному періоді:
 - A. Дихальна гімнастика.
 - B. Призначення відхаркуючих засобів.
 - C. ЛФК.
 - D. Суворий ліжковий режим.
 - E. Запобігання переохолодження.

6. У хворого через кілька годин після операцій пов'язка просякла кров'ю, тактика медсестри:
- А. Ввести антибіотики.
 - В. Викликати лікаря.
 - С. Провести кварцування рани.
 - Д. Змінити пов'язку.
 - Е. Прикласти холод.
7. Профілактика тромбоемболій в післяопераційному періоді:
- А. Тривалий ліжковий режим.
 - В. Напівспиртові компреси на гомілки.
 - С. Нормалізація водносольового балансу.
 - Д. Введення антикоагулянтів.
 - Е. Гігієнічна ванна.
8. Мета введення 10% розчину натрію хлориду в післяопераційному періоді:
- А. Усунення карезу кишок.
 - В. Прискорення регенерації тканин.
 - С. Усунення больового синдрому.
 - Д. Профілактика пневмонії.
 - Е. Усунення порушення діяльності серця.
9. Яке ускладнення в післяопераційному періоді виникає на протязі першої доби:
- А. Пневмонія.
 - В. Нагноєння рани.
 - С. Кровотеча.
 - Д. Пролежні.
 - Е. Карез кишок.
10. Що називається післяопераційний періодом:
- А. Період від закінчення операції до виписування хворого із стаціонару.
 - В. Період від закінчення операції до повного видужання хворого.
 - С. Перші 7 днів після операції.
 - Д. Перших 10 днів після операції.
 - Е. Період від виписування хворого із стаціонару до повного видужання.
11. Що означає активний метод ведення хворого після операції:
- А. Введення антибіотиків.
 - В. Раннє вставання з ліжка.
 - С. Проведення дихальної та лікувальної гімнастики.
 - Д. Масаж.
 - Е. Раннє повноцінне харчування.
12. На який день (за умови нормального перебігу післяопераційного періоду) після операції на травному каналі хворому дозволяють ходити:
- А. На 1^й.
 - В. На 2^й.
 - С. На 2-3^й.

- D. На 3^й.
- E. На 4^й.

13. На який день змінюють усі шви з рани:

- A. На 3^й.
- B. На 4^й.
- C. На 5^й.
- D. На 6^й.
- E. На 7^й.

14. Які ускладнення виникають у хворого з боку сечовидільної системи після операції:

- A. Гостра затримка сечі.
- B. Пієлонефрит.
- C. Анурія.
- D. Фімоz, парафімоz.
- E. Орхіт.

15. Коли виймають дренажі і тампони, введені під час чистих операцій:

- A. Через 12 год.
- B. На 2-3^ю добу.
- C. На 4^у добу.
- D. На 5^у добу.
- E. На 6-7^у добу.

16. Визначіть, що необхідно призначити хворому в перший день після операції на травному каналі:

- A. Премедикацію.
- B. Вагу на ділянку рани.
- C. Холод на ділянку рани.
- D. Голод.
- E. Промедол в разі болю.

17. Після операції хворий протягом 10-16 год не може здійснювати акт сечовипускання. Позиви до сечовиділення збережені. Сечовий міхур переповнений. Що з хворим (А)?

Що необхідно зробити (Б) ?

- A. а) анурія;
 - б) звичайна ішурія;
 - в) енурез;
 - г) пародоксальна ішурія;
 - д) поллакіурія.
- B. а) покласти грілку на ділянку сечового міхура;
 - б) випорожнити пряму кишку клізмою;
 - в) підшкірно ввести 1мл розчину кордіаміну;
 - г) катетеризацію сечового міхура;
 - д) паранефральну блокаду.

18. Коли хворому після операції на травному каналі призначають 15^й стіл:

- A. На 2^й день.
- B. На 3^й день.

- С. На 4^й день.
- Д. На 5^й день.
- Е. Після появи перистальтики кишок.

19. Визначіть показання для зняття швів з рани на животі:

- А. 6-7^й день після накладання.
- В. Є запальні явища навколо рани.
- С. Рана нагноїлася.
- Д. Сильний біль в рані.
- Е. Наявне помірне просякання пов'язки кров'ю.

20. Які ускладнення з боку нервової системи виникають у хворого після операції:

- А. Біль.
- В. Амнезія.
- С. Шок.
- Д. Порушення сну.
- Е. Порушення психіки.

Еталони відповідей.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	Е	С	Е	Д	В	Д	А	С	В

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
В,С,Д	В	Е	А,В	В	В,Д,Е	А:б;В:а, г	Е	А,В	А,С,Д, Е

II Ситуаційні задачі.

1. Хвора М., 75 років, через 15 хв. після операції, проведеної під наркозом внаслідок гострого апендициту, посиніла. Дихання рідке, з перервами.

Яке ускладнення раннього післяопераційного періоду виникло у хворої ?
Ваші дії?

2. Хворому Л., 58 років проведена операція – резекція шлунку. Через 18 год після операції стан хворого погіршився: підсилюється біль в епігастрії, здувся живіт, з'явилась гикавка, утруднене дихання. Прослуховуються поодинокі перистальтичні шуми. Яке ускладнення виникло у хворого ?

3. Хворому С., 70 років проведена операція внаслідок защемленої пахової грижі. Після операції пройшло 20 год. Самостійне сечовипускання відсутнє, хоча є позиви.

Яке ускладнення виникло з хворого ? Яку допомогу необхідно надати йому ?

4. У хворої Н., 59 років, на сьомий день після резекції легені раптово з'явилась задишка, синюшність обличчя і плечового поясу, біль за грудиною. Хвора втратила свідомість. Дихання часте, поверхневе.

Яке ускладнення виникло у хворої?

Еталони відповідей.

1. У хворої є явище механічної асфіксії, яка виникла можливо в результаті блювання і “німої” регургітації блювотних мас у верхні дихальні шляхи або внаслідок западіння язика і нижньої щелепи. Необхідно негайно роторозширювачем відкрити рот, язикотримачем витягти язик і вставити повітровід. Провести механічну очистку порожнини рота і зіву, потім за допомогою електровідсмоктувача аспірацію вмісту верхніх дихальних шляхів.
2. У хворого після резекції шлунку виник парез кишок. Необхідно повідомити лікаря і застосувати всі відомі засоби для боротьби з цим ускладненням.
3. У хворого після операції виникла гостра затримка сечі. Необхідно негайно провести катетеризацію сечового міхура гумовим катетером. Призначення сечогінних в даному випадку протипоказане.
4. Післяопераційний період у хворої ускладнився тромбоемболією легеневої артерії. Необхідно негайно повідомити лікаря і почати реанімаційні заходи.

План

1. Організація ВРІТ у лікувальних закладах нашої країни.
2. Структура та оснащення ВРІТ.
3. Особливості роботи середнього м/персоналу у ВРІТ.
4. Гігієнічний режим у відділенні.
5. Документація ВРІТ.

1.

Служба реанімації та інтенсивної терапії може існувати у вигляді

самостійних структурних одиниць або перебувати складі анестезіологічних відділень.

Виділяють такі організаційні структури ВРІТ:

1. Відділення анестезіології та реанімації з палатами для реанімацій та інтенсивної терапії. Створюють у великих багатoproфiлтних лікарнях на 500 ліжок і більше, у яких є хірургічне відділення (не менше як 60-70 ліжок).
2. Група анестезіології – реанімації. Складається з лікаря-анестезіолога і реаніматолога та 2 медсестер-анестезистів.
3. Відділення (центр) реанімації та інтенсивної терапії. Створюють у великих населених пунктах з населенням 500 000 чоловік і більше при великих багатoproфiльних лікарнях на 800 ліжок і більше.

Основні завдання служб анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії:

- подання екстренної реанімаційної допомоги хворим, які перебувають у критичному стані;

- проведення комплексу заходів з інтенсивної терапії у хворих з порушенням життєво важливих функцій та інтенсивного нагляду за ними;
- забезпечення знеболювання та безпеки проведення хірургічних втручань, профілактика та лікування можливих порушень гомеостазу в ранній післяопераційний період;
- навчання медперсоналу лікувального закладу методів надання невідкладної допомоги та реанімаційної допомоги хворим, котрі перебувають у критичному стані.

Проведення інтенсивної терапії, реанімації та анестезіологічне забезпечення хірургічних операцій можливе лише за умови створення спеціальних відділень або блоків, палат, центрів зі своїм підготовленим медичним персоналом, діагностичною та лікувальною апаратурою, експрес-лабораторію. Існує 4 основні типи цих відділень:

- 1) багатопрофільні ВРІТ (або відділення загального профілю);
- 2) спеціалізовані ВРІТ;
- 3) палати (блоки) інтенсивної терапії;
- 4) центри реанімації;

У багатопрофільних реанімаційних відділеннях подають екстренну реанімаційну та інтенсивну допомогу хворим з різною патологією, котрі перебувають у тяжкому стані, та хворим після складних хірургічних втручань. У спеціалізованих реанімаційних відділеннях (кардіологічному, токсикологічному, нефрологічному) перебувають хворі, у котрих виявлено захворювання відповідного профілю.

Для забезпечення інтенсивної терапії після операційних втручань найчастіше організовують палати або блоки після операційної інтенсивної терапії при хірургічних відділеннях. Останнім часом у містах з населенням у 500 000 чоловік і більше створюють центри реанімації та інтенсивної терапії.

ВРІТ загального профілю. Найчастіше цей структурний підрозділ лікарні розгортають на 6-12 ліжок. Звичайно його організовують на базі великих лікувальних закладів (800-1 200 ліжок), що знаходяться у великих містах та адміністративних центрах. Створюючи їх, виходять із умовного рахунку – 1 реанімаційне ліжко на 10 000 населення.

2.

Відділення бажано розташувати поблизу операційного блоку, приймального покою. Вона складається з так званої лікувальної зони (палати інтенсивної терапії, реанімаційний зал, приміщення де застосовують спеціальні методи інтенсивної терапії – діаліз, гемосорбцію, маніпуляційну-перев'язочна), а також допоміжних приміщень (лабораторію, місця зберігання запасної апаратури медикаментів).

Існує кілька систем розгортання лікувальної зони ВРІТ:

- відкрите;
- закрите;
- комбіноване.

При відкритій системі (радіальній без ізоляції) ліжка розташовують у круглому залі вздовж стінки, а пост медичного контролю (сестринський або лікарський) знаходиться в центрі. Хворі відділені один від одного перегородками, або ж ширмами. Перевагою такого планування є можливість ефективнішого візуального нагляду за хворими, що забезпечує своєчасність подання необхідної медичної допомоги.

У цьому випадку для догляду за хворими потрібно менше медичного персоналу. Недоліком цієї системи є велика небезпека перехресного поширення інфекції. Крім того, звуки від моніторів, розмови та стогін одних хворих заважають відпочинку інших.

Закрита (децентралізована) система є оптимальнішою. При такій системі ліжка розташовують в окремих кімнатах поблизу реанімаційної зали. Застосовуючи таку систему, для нагляду за хворими доводиться залучати більшу кількість медичного персоналу, проте в цьому разі вдається запобігти перехресному поширенню інфекції та створити комфортніші умови для хворих. Існує можливість створення профільованих палат для певного контингенту хворих (наприклад, токсикологічних тощо).

При комбінованій системі у відділенні є ізольовані, одноліжкові, і 2-3 ліжкові палати.

У загальнопрофільних ВРІТ найоптимальніше розташування 6-12 ліжок. Відділення з меншою кількістю ліжок нерентабельні. У разі розташування більше ніж 15 ліжок не вдається підтримувати належний рівень медичного обслуговування. Для розташування необхідних апаратів, їх легкого переміщення. Вільного нагляду за хворими, створення можливості підходу кількох чоловік для проведення реанімаційних заходів згідно з нормативами ГОСТу на кожного хворого планується 13-20 м² площі.

Як правило палати розташовані на 1-2 ліжка, які мають спеціальну конструкцію, що дає можливість змінювати положення хворого. Це має велике значення в практиці інтенсивної терапії та реанімації. На ліжка кладуть спеціальні матраси, що дає можливість запобігти виникненню пролежнів. Ліжка встановлені на колесах і обладнані спеціальними блокуючими пристроями.

Біля кожного ліжка є кілька розеток електроживлення для підключення апаратів, джерело кисню, вмикач сигналізаційної системи. Над ліжком прикріплюють спеціальну полицку для використовуваних приладів.

Відділення реанімації та інтенсивної терапії оснащується функціональними ліжками. Ліжка повинні стояти так, щоб до хворого можна було вільно підійти з трьох боків, і щоб усі вони були добре помітними із сестринського поста. Оскільки ліжка мають колесики, їх можна легко пересувати і використовувати для перевезення хворого з операційної в палату. Кожне ліжко забезпечується штативом для інфузійної системи, звукової і світлової сигналізації, індивідуальним світильником, централізованою подачею кисню, контрольно-діагностичною, дихальною і наркозною апаратурою. У палатах також є апарати, які реєструють частоту пульсу і його ритм, електрокардіограму, параметри дихання, АТ і центральний венозний тиск, тиск у легеневій артерії

та ін. В експрес-лабораторії отримують інформацію про гематокрит, вміст гемоглобіну та електролітів, ОЦК, кислотно-основний стан (КОС), рівень білірубину, сечовини, глюкози, протромбіну тощо. У палаті є набори для трахеотомії та венесекції, апарат для дефібриляції серця. Палати оснащені пересувними рециркуляцій-ними повітроочищувачами. Двері у відділення повинні бути зачиненими. У приміщеннях відділення і тамбурі встановлюють спеціальні бактерицидні ртутно-кварцові лампи низького тиску.

Необхідні лікувальні засоби та дрібний інвентар для догляду за хворими повинні знаходитися в палаті, що полегшує роботу медичної сестри та призводить до мінімуму необхідність частих переміщень. Обладнання і набори шприців можуть бути розташовані на спеціальних пересувних візках, столиках. На посту медсестри повинні бути апарати для вимірювання АТ, ЦВТ, термометри, стерильні шприци, голки, інфузійні системи та розчини, комплекси для інтубації трахії, трахеостомії, катетеризації сечового міхура, акустична та візуальна система тривоги, листок призначень та спостережень.

На посту необхідно мати достатню кількість систем для в/в інфузії. При масивних трансфузіях у холодну пору року обов'язковим є підігрівання розчинів, що переливають, за допомогою підігрітих пристроїв. Це дає змогу уникати холодових реакцій: ознобу, тремтіння, неприємних відчуттів біля серця, аритмій.

Враховуючи специфіку ВРІТ, вся апаратура та інструментарій повинні бути постійно готовими до використання.

Меблі в палаті не повинні займати багато місця, , тому краще щоб вони були вбудовані у стінку (шкафи). У них зберігають засоби особистого користування, дрібний інвентар, лікувальні засоби. Поповнення вмісту шаф здійснює щоденно маніпуляційна м/с.

Підставки для в/в інфузій прикріплюють до стелі або ліжка. Менш зручними є переносні підставки. В кожній палаті повинен бути умивальник з дез.розчином.

Для кожного хворого слід виділити індивідуальні засоби догляду за порожниною рота, таз для умивання, судно та сечоприймач, рушник. Ці засоби догляду знаходяться на полочках біля ліжок хворого.

3.

Ефективність і якість роботи у ВРІТ залежить від підготовки медичного персоналу, який працює в ньому. Робота у ВРІТ спричиняє велике психологічне та фізичне навантаження на персонал.

Медичний працівник ВРІТ здійснює складне лікування хворих, при погіршенні загального стану – негайно починає діяти самостійно: наприклад, провадить масаж серця при зупинці кровообігу (не очікуючи приходу лікаря). Він самостійно може виконувати дуже складні і відповідальні маніпуляції: спостереження за основними параметрами гомеостазу (АТ, пульс, ЦВТ, частота дихання), п/ш, в/м ін'єкції, в/в інфузії, венепункції, контроль та оцінку балансу рідин; катетеризацію сечового міхура; визначення групи крові, резус-фактора, переливання крові та її компонентів; проведення інгаляцій, киснетерапії; відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів через ніс, рот,

ендотрахеальну або трахеостомічну трубку; інтубацію трахеї; відсмотування ексудату з плевральної порожнини; підготовку, стерилізацію та обслуговування апаратів для ШВЛ, зняття ЕКГ, моніторування; зовнішній масаж серця та ШВЛ при серцево-легеневій реанімації; асистування при плевральній пункції, венесекції, торакопомії, артеріосекції; забір матеріалів для посівів, тощо.

4.

Хворих, які були оперовані з приводу перитоніту, гнійних захворювань і післяопераційних ускладнень, розміщують в ізольованих палатах. Там повинна бути добра вентиляція, що забезпечується вентиляційними установками з бактеріальними фільтрами, кондиціонерами. Необхідно проводити ретельну дезінфекцію предметів догляду за хворими. З метою профілактики внутрішньолікарняної інфекції за можливості слід дотримуватися системи циклічності заповнення палат.

Прибирання приміщень проводять вологим способом не рідше ніж 2 рази на день з використанням дезінфекційних засобів. Для дезінфекції виробів медичного призначення, білизни і санітарно-технічного обладнання застосовують такі сучасні дезінфектанти, як хлорангін, гембар, декопекс, лізоформін, бацилоцид, дисмозолон пур, мікробак-форте, саніфект-128, клорсепт, дескозал тощо.

Генеральне прибирання проводять 1 раз на тиждень. Постільну білизну міняють щодня.

5.

У відділенні реанімації та інтенсивної терапії медична сестра веде таку документацію:

- аркуш призначень та спостережень;
- карту реанімації та інтенсивної терапії;
- журнал реєстрації хворих;
- журнал чергової медичної сестри;
- журнал обліку сильнодіючих лікарських засобів.

Основним документом, з яким медична сестра працює протягом усього робочого дня, є аркуш призначень та спостережень. Вона одержує його від палатного лікаря після огляду хворих. Медична сестра повинна відразу перевірити всі призначення та уточнити незрозумілі моменти (нечітке дозування препаратів, спосіб та час введення ліків). Одержавши в маніпуляційній або в старшій медичній сестри необхідні препарати, вона розпочинає виконання призначень. В аркуш або картку призначень записують абсолютно все: що хворому вводять, які маніпуляції виконують. У разі невиконання призначень зазначають прізвище лікаря, який відмінив призначення, та причину цього. Наприкінці зміни або чергування медична сестра підраховує водний баланс хворого (кількість уведеної, випитої та виділеної рідини). Ці відомості вона передає лікареві палати та медичним сестрам, котрі заступають на чергування, у присутності завідуючого відділенням і старшої медичної сестри. Неприпустиме оформлення документації по пам'яті.

Контрольні питання:

1. Які основні завдання служб анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії?
2. Які основні типи ВРІТ ви знаєте?
3. Де розташовують ВРІТ?
4. Які ви знаєте системи розгортання ВРІТ?
5. Яка апаратура та інструментарій повинні бути постійно на посту медичної сестри?
6. Які дії може виконувати медичний працівник при погіршенні стану хворого?
7. Яку документацію ведуть у ВРІТ?

Тести для самоконтролю.

1. Для забезпечення адекватного дихання і газообміну у ВРІТ застосовують:
 - A. Введення повітроводу.
 - B. Дихальні аналептики.
 - C. Прошивання язика.
 - D. Введення гангліоблокаторів.
 - E. Перерозгинання голови.
2. Моніторне спостереження хворих у ВРІТ:
 - A. Підвищує якість спостереження.
 - B. Підвищує кількість викликів до хворого.
 - C. Ускладнює обслуговування хворих.
 - D. Знижує якість спостереження.
 - E. Приводить до помилок в оцінці стану пацієнта.
3. ВРІТ розгортають переважно на:
 - A. 1-2 ліжка.
 - B. 3-5 ліжок.
 - C. 6-12 ліжок.
 - D. 15-20 ліжок.
 - E. 20-30 ліжок.
4. Де розташовують ВРІТ:
 - A. На першому поверсі лікарні.
 - B. В окремому корпусі лікарні.
 - C. Поблизу операційного блоку.
 - D. В окремому крилі лікарні.
 - E. На найвищому поверсі лікарні.
5. Які система розгортання лікувальної зони ВРІТ є найоптимальнішою:
 - A. Відкрита.
 - B. Закрита.
 - C. Комбінована.
 - D. Змішана.

6. У пацієнта, який знаходиться у ВРІТ з травматичною комою раптово виникла зупинка дихання. Які дії середній медичний персонал може виконувати самостійно:
 - А. Негайно розпочати ШВЛ методом “рот в рот”.
 - В. Під’єднати апарат для ШВЛ.
 - С. Виконати конікотомію.
 - Д. Виконати трахеостомію.
 - Е. Провести інтубацію трахеї.
7. У хворого, який знаходиться у ВРІТ, після резекції шлунка виникла затримка сечопускання: які дії середній медичний персонал може виконувати самостійно:
 - А. Негайно викликати лікаря.
 - В. Ввести пацієнтові фуросемід.
 - С. Здійснити катетеризацію сечового міхура.
 - Д. Провести епіцистотомію.
 - Е. Ввести хворому спазмолітики.
8. У пацієнта, який знаходиться у ВРІТ після інфаркту міокарда виникла асистолія. Яку дію самостійно медичний персонал не повинен виконувати:
 - А. Прекардіальний удар.
 - В. ШВЛ і непрямий масаж серця.
 - С. ЕКГ-контроль.
 - Д. Внутрішньосерцеву пункцію.
 - Е. В/в інфузію розчинів.

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8
А	А	С	С	В	А	С	Д

Ситуаційна задача.

Хворому, 60 років, проведено хірургічне втручання з приводу розлитого перитоніту. Як проводити детоксикацію й антибактеріальну терапію?

Еталон відповіді.

З допомогою перитонеального діалізу та парентеральним шляхом.

Тема: «Закриті механічні ушкодження Догляд за хворими»

Актуальність теми :

Травми або ушкодження – це функціональні чи анатомічні зміни в організмі, які виникають внаслідок дії різних агентів зовнішнього середовища.

Потерпілі від травм становлять значну частину (35 – 40 %) хірургічних хворих. Тому одним із важливих завдань хірургії є профілактика і лікування травм.

Рани займають одне з перших місць в хірургічній патології. Усі рани поділяються на випадкові та операційні (умисні).

У випадковій рані міститься раньовий вміст: згустки крові, некротичні тканини, сторонні предмети (кляпті одягу, раннячі предмети) і різні мікроорганізми. Тому несвоєчасна хірургічна допомога потерпілому може призвести до тяжких ускладнень, що можуть загрожувати життю хворого.

Навчальні цілі заняття.

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен :

Знати:

- види травматизму;
- визначення;
- клінічну картину травм;
- лікування різних видів закритої травми;
- визначення поняття рани;
- причини ран;
- класифікацію ран;
- особливості догляду;
- клініку отруєних, укушених та вогнепальних ран .

Вміти:

- оцінити стан хворого;
- надати першу допомогу;
- проводити диференційний діагноз;
- оцінити вид рани;
- обробляти рани;
- проводити лікування ран.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ Інтернетвидання

План.

1. Поняття про травму. Види травматизму та його профілактика.
2. Організація травматологічної допомоги.
3. Обстеження травматологічних хворих.

Анатомічні або функціональні порушення, які виникають у тканинах чи внутрішніх органах унаслідок дії факторів зовнішнього середовища, називаються **травмою**, або **ушкодженнями**. Дія може бути механічною (удар, здавлювання, розтягнення), фізичною (тепло, холод, електричний струм, радіоактивне випромінювання), хімічною (кислоти, луги, отрути), психічною (переляк, страх).

Травматологія — учення про ушкодження, їх лікування і профілактику.

Ортопедія — учення про лікування і профілактику природжених і набутих захворювань опорно-рухового апарату.

Сукупність травм певних груп населення, які виникають на певній території за визначений проміжок часу, називається **травматизмом**.

Розрізняють виробничий і невиробничий травматизм. Травма вважається виробничою, якщо людина була травмована на робочому місці під час виконання службових обов'язків, а також по дорозі на роботу чи з роботи. Якщо потерпілий працює на державному підприємстві, то з 1-го дня йому оформлюють листок непрацездатності зі 100 % оплатою. У разі невиробничої травми листок непрацездатності видають із 6-го дня, і оплачується він відповідно до прийнятих у галузі правил — з урахуванням стажу роботи, посади та ін. На перші 5 днів видається довідка про тимчасову непрацездатність у зв'язку з травмою, яка не оплачується. Розрізняють сільськогосподарський, промисловий, транспортний, військовий, побутовий і спортивний травматизм.

Травматизм займає третє місце серед причин непрацездатності. Смертність від травм наприкінці 80-х років в Україні становила близько 230 на 100 000 населення, у США — близько 80, в європейських країнах — близько 40—50. Приблизно половину випадків становить побутовий травматизм, близько 40 % - транспортний і 5—6 % — виробничий.

Травма може бути одиничною, множинною, поєднаною і комбінованою. Одинична, або ізольована, травма — це ушкодження одного органа або кінцівки в межах одного сегменту. Множинна травма характеризується ушкодженням багатьох ділянок тіла в межах однієї системи. Поєднана травма — це ушкодження опорно-рухового апарату і внутрішніх органів. Комбінована травма виникає під дією механічних і немеханічних факторів.

Організація травматологічної допомоги. Вона складається з таких ланок: першої допомоги, евакуації потерпілого в лікувальний заклад, амбулаторного і стаціонарного лікування, реабілітації.

Першу допомогу може надати як лікар, так і фельдшер швидкої допомоги, або фельдшер медпункту на підприємстві. Вона може надаватися іншими особами в порядку само- і взаємодопомоги. На місці події слід провести транспортну іммобілізацію і знеболювання, накласти пов'язку, спинити кровотечу і провести базову серцево-легеневу реанімацію.

Евакуацією потерпілих займається служба швидкої допомоги, рідше їх транспортують працівники міліції або приватні особи (у разі дорожньо-транспортної пригоди).

Допомога 90 % травматологічних хворих надається в амбулаторіях і поліклініках. Амбулаторне лікування травматологічних хворих проводять також у спеціалізованих травматологічних пунктах, які мають відповідне оснащення (для проведення рентгенологічного дослідження і первинної хірургічної обробки рани, накладання звичайних і гіпсових пов'язок). У травматологічному пункті проводять комплексне лікування хворого до виписки на роботу. Тут також проводять реабілітаційне лікування.

Стаціонарне лікування травматологічних хворих здійснюється в спеціалізованих відділеннях міських і районних лікарень, у клініках при кафедрах травматології і ортопедії медичних інститутів, університетів і академій, науково-дослідних інститутах травматології і ортопедії.

Захворювання й ушкодження опорно-рухового апарату потребують тривалого лікування, втрачені функції відновлюються повільно. У зв'язку з цим зростає роль реабілітації. Реабілітацію проводять у травматологічних стаціонарах, травматологічних пунктах і поліклініках за місцем проживання пацієнтів, а також у реабілітаційних центрах і санаторіях.

Обстеження травматологічних хворих. Воно складається з опитування, огляду, пальпації, визначення об'єму рухів у суглобах, вимірювання довжини кінцівок і дослідження їх функцій, рентгенологічного і лабораторних досліджень.

Під час опитування хворого необхідно з'ясувати час, місце, обставини і причини нещасного випадку; силу і напрямок удару або тиску, положення тулуба і кінцівок у момент травми. Обов'язково потрібно уточнити вид травматизму. При виробничому травматизмі потрібно уточнити, чи було складено акт про нещасний випадок за формою Н-1 і чи є в травмованого екземпляр цього акту. Якщо акту у хворого немає, необхідно про це повідомити керівника підприємства.

За наявності захворювань опорно-рухового апарату необхідно з'ясувати давність хвороби, її особливості, а також, яке лікування застосовувалось і його ефективність.

Оглядаючи травматологічного й ортопедичного хворого, необхідно оголити не тільки ушкоджену, а й здорову кінцівку (щоб порівняти їх). При деформації хребта слід оглянути весь тулуб. Звертають увагу на положення хворого (активне, пасивне, вимушене), характер ходи, рухів кінцівок і тулуба, наявність їх патологічної установки.

Оглядають шкіру. Потрібно звернути увагу на колір шкіри, наявність шкірних захворювань, саден, ран, крововиливів.

Необхідно також звернути увагу на пропорційність будови тіла, форму суглобів, наявність складок у незвичних місцях та ін.

Натягнутою сантиметровою лінійкою потрібно визначити вісь верхньої кінцівки (пряма лінія, що проходить від центру головки плечової кістки спереду через виросток плечової кістки до головки ліктьової кістки) і вісь

нижньої кінцівки (пряма лінія, що проходить від верхньої передньої ості через медіальний край надколінка до першого міжпальцевого проміжку).

Відхилення поздовжньої осі кінцівки назовні називається ва-льгусним, а досередини — вару сним. Зміна положення осі кінцівки може бути зумовлена перерозгинанням або деформацією (саблеподібна, кутова тощо).

Важливе значення має характер ходи хворого. Щадна хода спостерігається за наявності болю, качина — при двобічному вивиху стегна, паралітична — при залишкових явищах поліомієліту, ушкодженні нервів тощо.

Під час пальпації можна встановити точну локалізацію болю, консистенцію тканин і форму суглобів, виявити місцеве підвищення або зниження температури, визначити ущільнення м'яких тканин і кісткових виступів, а також крепітацію і хруст відламків.

Обстежуючи хворого, слід визначити об'єм рухів кінцівок і тулуба. Визначають активні рухи в сагітальному і фронтальному напрямках, ротаційні рухи навколо осі та пасивні рухи. Амплітуду рухів у тому чи іншому суглобі вимірюють кутоміром. Визначають ступінь рухливості суглоба (суглоб нерухливий, ригідний та ін.).

При анкілозах потрібно визначити характер установки кінцівки: згинання, розгинання, приведення, відведення, ротація. При контрактурах необхідно з'ясувати їх походження (неврогенна, суглобова, м'язова, рубцева). Визначають, чи є надмірні (надмірні згинання, відведення, ротація та ін.) та патологічні рухи.

Дослідження хребта проводять у вертикальному або горизонтальному положенні. Визначають ступінь вираженості фізіологічних вигинів хребта (фізіологічний лордоз у ділянці шийних і поперекових хребців і фізіологічний кіфоз у ділянці грудних хребців). Лінія остистих відростків повинна бути рівною.

Дослідження місця ушкодження. Ушкоджену частину тіла треба порівняти із симетричною. Під час пальпації необхідно з'ясувати біль у разі навантаження на вісь. Пальпацію слід проводити дуже обережно.

Обстежуючи місце ушкодження, можна виявити низку специфічних симптомів: кісткову крепітацію, патологічну рухливість, підшкірну емфізему тощо.

Не слід забувати про можливість ушкодження судин і нервів. Звертають увагу на вираженість венозного малюнка, похолодання кінцівки, наявність набряку та збереженість іннервації дистальніше від зони ушкодження.

Додаткові методи обстеження травматологічних хворих. Рентгенологічне дослідження дозволяє з'ясувати характер ушкодження, визначити лінію перелому, наявність і характер зміщення; у складних випадках рентгенографію можна доповнити комп'ютерною томографією і дослідженням ядерно-магнітного резонансу. За допомогою лабораторних досліджень (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі та ін.) оцінюють величину крововтрати, виявляють ознаки ушкодження внутрішніх органів (гематурія, підвищення рівня креатиніну в плазмі, трансаміназ тощо). УЗД,

ендоскопічні методи (у тому числі лапаро- і торакоскопія) дозволяють виявити ушкодження внутрішніх органів.

Для діагностики ушкодження судин застосовують ангіографію, доплерографію і реовазографію.

Контрольні питання:

1. Що розуміють під поняттям травматизм?
2. Що вивчає травматологія?
3. Як організована травматологічна допомога в Україні?
4. Розкажіть особливості обстеження травматологічних хворих.

Тести для самоконтролю:

1. Обстеження потерпілого із скаргами на біль в ділянці плеча необхідно почати з:

- A. Розпитування.
- B. Рентгенологічного дослідження плеча.
- C. З'ясування рівня гемоглобіну крові.
- D. Виявлення крепітації в ділянці плеча.
- E. З'ясування патологічної рухливості кістки.

2. Які повинні бути границі транспортної іммобілізації у потерпілого при переломі плечової кістки:

- A. Пальці – лопатка здорового боку.
- B. Кисть-лопатка хворого боку.
- C. Променево зап'ястковий суглоб - лопатка хворого боку.
- D. Променево зап'ястковий суглоб – плечовий суглоб хворого боку.
- E. Передпліччя – плече хворого боку.

3. Транспортувати хворого з переломом поперекового відділу хребта необхідно на м'яких носилках в положенні:

- A. На спині.
- B. На животі.
- C. На боку.
- D. "Жабки".
- E. Не має значення.

4. Яку шину необхідно застосувати для транспортної іммобілізації при переломі стегна:

- A. Дітерікса.
- B. Кузьмінського.
- C. Сітчасту.
- D. Белера.
- E. Апарат Ілізарова.

5. Вкажіть шину, яка не застосовується для транспортної іммобілізації:

- A. Пневматична.
- B. Дітерікса.
- C. Белера.
- D. Крамера.
- E. Сітчаста.

6. В положенні "жабки" необхідно транспортувати хвору з переломом:

- A. Хребта.
- B. Лопаток.
- C. Таза.
- D. Обох стегон.
- E. Обох гомілок.

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6
A	A	B	A	C	C

- Дренування ран і порожнин тіла — сучасний метод лікування в хірургії. Види дренажів і засоби дренування з метою декомпресії та видалення вмісту гнійних ран і порожнин тіла.
- Матеріали та інструменти, що застосовуються для перев'язок.
- Проточноаспіраційне, пасивне та активне сифонне дренування грудної і черевної порожнин. Техніка введення антибіотиків через дренажі і мікроіригатори в рани та порожнини тіла.
- Ознаки, що свідчать про ефективність дренування. Догляд за дренажами. Видалення дренажу.

Дренування - це спосіб виведення із рани її вмісту, що застосовується при перев'язці гнійних ран.

Повноцінне дренування забезпечує достатнє виведення гнійного ексудату з рани, сприяє максимальному відторгненню мертвих тканин і мікробів, у результаті чого створюються сприятливі умови для процесу загоєння. У той же час дренування позбавляє мікрофлору живильного середовища і є одним із елементів фізичної антисептики.

Дренування може бути пасивним і активним.

Під час пасивного дренування відтік виділень з ранової порожнини по дренажній трубці здійснюється пасивно, якщо дренаж розміщується в найнижчій ділянці порожнини. При пасивному дренуванні відтік вмісту із рани відбувається під дією сили тяжіння, що можливо тільки при певному положенні дренажа і ділянки тіла, яку дренують. Це так званий постуральний дренаж.

При використанні марлевих тампонів і турунд відходження вмісту відбувається внаслідок капілярно-всмоктувальних властивостей дренажа. Під час активного дренування порожнин у дренажній системі створюється дозоване розрідження (проточно-аспіраційне дренування). При активному дренуванні його поєднують з промиванням порожнини рани антибактеріальними розчинами.

Дренажі бувають відкриті і закриті.

Закритий дренаж використовується для періодичного видалення виділень з рани або порожнини через герметично закриту дренажну трубку. Найчастіше закритим дренажем користуються при дренуванні плевральної порожнини для попередження потрапляння в неї повітря.

Відкритий дренаж застосовується для постійного видалення виділень з рани або порожнини через дренажну трубку, вільний кінець якої занурюють у посуд з антисептичним розчином або підключають до аспіраційної системи.

Дренування здійснюють за допомогою дренажів, виготовлених з перев'язувального матеріалу, гумових смужок, порожнистих трубок.

Трубчасті дренажі мають різні розміри та форму. Дренажі можуть бути одинарними, подвійними, множинними і складними. Дренажі виготовляють із гумових смужок і порожнистих трубок. Трубчасті дренажі мають діаметр від 2-3 до 10-20 мм і отвори на бокових стінках. Краще використовувати трубки, виготовлені із силіконової гуми, хлорвінілу, поліетилену. Поліхлорвінілові дренажі виготовляють із трубок одноразових систем для внутрішньовенних інфузій, з одного кінця яких вирізають ряд отворів з різних сторін на відстані 6-8 мм один від одного. Трубчасті дренажі діаметром 0,5-2 мм, виготовлені з поліетилену, хлорвінілу і призначені для введення в порожнину лікарських засобів і зрошення рани, називаються мікроіригаторами.

Для дренування використовують і тампони. При цьому тампонаду рани або порожнини виконують нещільно і на термін не більше ніж на добу. Тампони виготовляють із лляної тканини, бавовни, дерева (марля, вата, лігнін), а спеціальні (біологічні)— з тканин тварин.

Для кращого дренування глибоких гнійних ран дренажі вводять у рану через основний чи додатковий розріз та контрапертури. Для дренування хворим надають положення, яке сприяє видаленню вмісту рани.

Сифонний дренаж застосовують, наприклад, при дренуванні жовчовивідних шляхів. При дренуванні плевральної порожнини застосовують сифонний дренаж за Бюлау. Після резекції легені та при лікуванні емпієми плеври застосовують відсмоктувальний дренаж за методом Суботіна—Пертеса, водоструминний чи електричний вакуумний пристрій, а також сифонну дренажну систему зі зворотним клапаном пелюсткового типу, який уміщують у прозорий пластмасовий циліндр зі щільно насадженими перехідниками на кінцях.

Для дренування грудної та черевної порожнин застосовують троакарні катетери, виготовлені з полівінілхлоридної пластмаси чи силіконових гум у комплекті з троакар-стилетом для одноразового (в стерильній упаковці) чи багаторазового застосування. Ці катетери вводять одночасно з троакаром у порожнину тіла і приєднують до закритої дренажної системи після виймання троакару. Уведення гумових чи пластмасових дренажів у черевну порожнину часто поєднують із підведенням марлевих тампонів.

Застосовують також сигарні дренажі, які складаються з марлевого тампона, уміщеного в палець гумової рукавички зі зрізаним кінцем. Для поліпшення відходження вмісту в гумовій оболонці роблять кілька отворів. Сигарні дренажі, на відміну від марлевих тампонів, видаляються легко, без ушкодження тканин.

Іноді дренування застосовується для введення лікарських засобів, найчастіше антибіотиків. Для цього використовують мікроіригатори або тонкі

трубки (катетери), які залишають у порожнині після екстреної операції. Трубка виводиться назовні через окремий отвір у передній черевній стінці або через операційну рану і служить провідником для введення в порожнину антибіотиків. Якщо вільний кінець її після операції зав'язують, то для введення розчину антибіотиків трубку (катетер) після обробки етиловим спиртом проколюють голкою шприца і вводять ліки. Якщо використовують мікроіригатори, лікарські засоби вводять за допомогою шприца, дотримуючись правил асептики і не порушуючи герметичності. Після введення препарату необхідно затиснути трубку на 1—2 год, щоб він не витік.

Для полегшення подальшої заміни і стерилізації частин дренажної системи, яка розміщується поза межами рани, у дренажній системі роблять контрольні віконця з невеличких скляних чи пластмасових трубок — перехідників. Для профілактики проникнення інфекції в рану через дренаж необхідно систематично замінювати на стерильну периферійну частину дренажної системи, у тому числі градуйовану посудину для збирання гною. Дно посудини заливають розчином антисептика (фурацилін 1:5000, діюцид 1:100). За відсутності активної аспірації трубки нерідко заповнюються фібрином, змертвілими тканинами, згустками крові. Тому час від часу потрібно перевіряти прохідність дренажу. Цей контроль здійснюється шляхом стиснення трубки або введення невеликої кількості розчину антисептика. Шкіру навколо трубки щодня обробляють розчином антисептика. При перитоніті проводять перитонеальний діаліз — дренування підпечінкового і піддіафрагмового просторів, ділянки малого таза і промивання через дренажі черевної порожнини розчинами антисептиків.

Дренаж видаляють, як правило, на 8 — 14-й день після операції. Цей термін визначається клінічним перебігом ранового процесу і результатами бактеріологічного дослідження. Дренажі видаляє лікар.

Фельдшер повинен здійснювати контроль за ефективністю дренування і догляд за шкірою навколо дренажу, а також асистувати лікареві під час його видалення.

Контрольні запитання.

1. Для чого проводять дренування ран і порожнин тіла?
2. Які ви знаєте види дренування?
3. Для чого використовують закриті дренажі?
4. Як провести пастуральний дренаж?
5. Для чого використовують мікроіригатори?
6. Як проводять дренування грудної порожнини?
7. З чого складаються сигарні дренажі?
8. Як перевірити прохідність дренажу?

Тестові питання для самоконтролю.

1. Гіпертонічний розчин натрію хлориду використовують при:
 - A. Дренуванні гнійних порожнин.
 - B. Первинній хірургічній обробці рани.
 - C. Накладні розсмоктуючого компресу.

- D. Стерилізації ріжучих інструментів.
 E. В вигляді зігріваючих примочок.
2. Гнійна рана дренована тампоном з гіпертонічним розчином хлориду натрію Який вид антисептики використаний?
- A. Фізична.
 B. Хімічна.
 C. Біологічна Механічна.
 D. Змішана.
3. Кетгут застосовується для накладання швів:
- A. Зовнішніх.
 B. Внутрішніх.
 C. Очних.
 D. Косметичних.
 E. Судинних.
4. Яке лікування рани в фазі гідратації?
- A. Промивання гіпертонічним розчином NaCl.
 B. Пов'язка з маззю.
 C. Пов'язка з маззю в якій є антибіотики.
 D. Обробка йодом.
 E. Дренування.
5. Що відносять до механічного лікування гнійної рани?
- A. Некректомія.
 B. Обробка рани йодонатом.
 C. Дробне переливання крові.
 D. Вітамінотерапія.
 E. Промивання антисептиками.
6. Що відносять до фізичного способу лікування гнійної рани?
- A. Дренування рани.
 B. Промивання рани.
 C. Переливання крові.
 D. Вітамінотерапія.
 E. Видалення омертвіння.

Еталони відповідей.

1	2	3	4	5	6
A	A	B	E	A	A

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Знати характеристику укушених ран	Небезпечність і можливі ускладнення	
Знати характеристику отруєних ран	Небезпечність і можливі ускладнення	
Знати характеристику вогнепальних ран	Небезпечність і можливі ускладнення	

Тема: «Термічні ушкодження. Електротравма. Догляд за хворими»

Актуальність теми:

Опіки виникають у результаті дії високої температури на поверхню тіла людини. Загибель настає в результаті зсідання білків від безпосереднього впливу термічного фактора на тканини. Тяжкість стану потерпілого від опіку залежить від дії різних факторів :

1. Діючого реагента (гарячої пари, рідини чи хімічного розчину).
2. Тривалості дії реагента.
3. Глибини ушкодження тканин.
4. Віку і стану потерпілого.

Потерпілі від опіків становлять значну частину хірургічних хворих. Тому одним із важливих завдань хірургії є профілактика і лікування опіків. Здійснюється ретельний облік усіх опіків, вивчення причин та умов, за яких виникають опіки, і розробляються конкретні профілактичні заходи, спрямовані на зниження випадків опіків, у тому числі і хімічних опіків.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи студент повинен:

Знати:

- визначення поняття опіки;
- види опіків;
- види хімічних опіків , їх клінічну картину;
- особливості догляду;
- патогенез електротравми;
- клінічну картину електротравми .

Вміти:

- визначити площу хімічних опіків;
- оцінити стан хворого при електротравмі;
- надати першу допомогу при хімічних опіках;
- надати першу медичну допомогу при електротравмах;
- робити ШВЛ і закритий масаж серця .

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

Опікова хвороба — це сукупність клінічних симптомів і загальних реакцій організму, що розвиваються при термічних ушкодженнях шкіри і розташованих глибше тканин. Ознаки опікової хвороби спостерігаються при поверхневих опіках більш ніж 15—25 % поверхні тіла і глибоких опіках більш ніж 10 % поверхні тіла. У дітей та осіб літнього віку глибокі опіки навіть 5 % поверхні тіла можуть призвести до летального кінця. У перебігу опікової хвороби виділяють 4 періоди:

I період — опіковий шок, що починається відразу або в перші години після травми. Може тривати до 3 діб;

II період — гостра токсемія, що триває 10—15 днів після отримання опікової травми;

III період — септикотоксемія, яка триває від 2—3 тиж до 2—3 міс;

IV період — реконвалесценція, спостерігається після спонтанного загоєння ран або оперативного відновлення шкірних покривів.

Опіковий шок — це патологічний процес, який розвивається при значних термічних ушкодженнях шкіри і прилеглих тканин. Він триває до 72 год. Опіковий шок характеризується вираженою плазмовтратою, гемолізом, порушенням функції нирок. За клінічним перебігом виділяють 3 ступені опікового шоку. Опіковий шок I ступеня спостерігається в осіб молодого та середнього віку при опіках 15—20 % поверхні тіла. Клінічна картина опікового шоку така. У перші години після опіку потерпілий збуджений, недостатньо критично оцінює свій стан. Далі ейфорія зникає, спостерігається адинамія. При глибоких і значних опіках зменшення ОЦК зумовлено її депонуванням і гемолізом еритроцитів. Децентралізація кровообігу призводить до зниження тканинного і органного кровотоку. Клінічно це проявляється блідістю шкірних покривів, зменшенням погодинного діурезу (до анурії), спрагою, нудотою. У перебігу опікового шоку виділяють 2 фази. Перша фаза — еректильна (триває від 20 хв до

2 год), 2-га — торпідна.

Період токсемії триває від 2 до 15 днів. Вона проявляється пригніченням ЦНС, галюцинаціями, маренням, коматозним станом. Можуть бути блювання і судоми. Температура тіла підвищується до 39—40 °С. Пульс ниткоподібний, аритмічний. Знижується АТ. Дихання поверхнєве, прискорене. Шкіра бліда, з ціанотичним відтінком. Наростають вторинна анемія і гіпопротеїнемія. Виявляють різкий зсув лейкоцитарної формули крові вліво. Розвиваються токсичний ентерит, гепатит, міокардит, пневмонія. Спостерігаються поліурія, протеїнурія, мікрогематурія, циліндрурія.

Токсемія супроводжується гнійно-резорбтивною гарячкою, так званою ремісивною температурою (температурна крива з перепадами ввечері і зранку на 2—3 °С). Втрата білка за добу становить 50—200 г. Розвиваються опікове виснаження, порушення процесів регенерації і репарації в ранах, анемія. Можливий летальний кінець.

У період реконвалесценції відбуваються відновні процеси, нормалізується температура тіла, з'являється апетит, збільшується маса тіла хворого. При

значних і глибоких опіках цей період триває до 1,5 року. А порушення функцій внутрішніх органів спостерігаються і через 2—4 роки.

Загальне лікування при опіковій хворобі включає боротьбу з болем, лікування опікового шоку, лікування гострої токсемії, профілактику і лікування інфекційних ускладнень.

Застосовуються такі методи знеболювання: обробка ушкодженої ділянки маззю і накладання пов'язок, введення наркотичних і ненаркотичних анальгетиків, седативних препаратів» нейролептиків, виконання блоkad,

Лікування опікового шоку. Комплекс лікувальних заходів спрямований на ліквідацію болю, підтримання системної гемодинаміки, поліпшення тканинної і органної перфузії, компенсацію плазмовтрати і корекцію функцій ушкоджених органів. З метою знеболювання вводять наркотичні анальгетики в поєднанні з антигістамінними і седативними засобами. Проводять новокаїнові блокади, застосовують нейролептики. Підтримання системної гемодинаміки включає усунення гіповолемії, застосування вазопресорів, поліпшення серцевої діяльності. Для поліпшення органного кровообігу призначають еуфілін і дофамін.

Для поліпшення мікроциркуляції застосовують інгібітори протеолітичних ферментів, які пригнічують активність кінінової системи. Для корекції реологічних властивостей крові вводять середньо- і низькомолекулярні колоїдні розчини, малі дози гепарину, дезагреганти (трентал, курантил). Для компенсації плазмовтрати застосовують плазму, альбумін, стабізол, рефортан.

За наявності дихальної недостатності потерпілому дають зволожений кисень. За показаннями проводять інтубацію трахеї і ШВЛ. При опіку дихальних шляхів унаслідок наростання набряку можливий розвиток асфіксії. За показаннями виконують трахеотомію.

При гострій токсемії проводять інфузійну і дезінтоксикаційну терапію, лікування гострої ниркової недостатності і корекцію ацидозу. Об'єм інфузії за добу визначають за такою формулою:

$1 \text{ мл} \times \text{на масу тіла (у кг)} \times \text{на площу опіку (II—IV ступеня, у \%)} + 2\,000 \text{ мл}.$
При цьому половину добового об'єму переливають у перші 8 год, а на 2-гу—3-тю добу об'єм інфузії зменшують у 2—3 рази. Для поповнення ОЦК переливають кристалоїдні і колоїдні розчини. Втрати білка поповнюються шляхом введення нативної плазми, білкових препаратів (альбумін, протеїн, білкові гідролізати, суміші амінокислот) та плазмозамінних розчинів (стабізол, рефортан). Поповнення енергетичних витрат забезпечується внутрішньовенним введенням розчину глюкози і жирових емульсій. Для нормалізації водно-електролітного балансу проводять інфузії кристалоїдних розчинів. Ураховуючи високу частоту розвитку анемії, усім хворим із глибокими опіками показане переливання еритроцитної маси.

Дезінтоксикаційна терапія включає переливання великої кількості кристалоїдних розчинів, введення альбуміну, кровозамінників. При вираженій токсемії застосовують екстракорпоральні методи детоксикації (плазмаферез і гемосорбцію). За наявності олігурії і анурії призначають осмотичні діуретики (манітол). При стабільній гемодинаміці для підтримання адекватного діурезу

вводять лазикс. Оскільки при великих опіках практично завжди розвивається ацидоз, необхідно вводити 4—5 % розчин натрію гідрокарбонату. Для профілактики і лікування інфекційних ускладнень проводять антибактеріальну терапію.

Контрольні питання:

1. Які ви знаєте види термічних ушкоджень?
2. Розкажіть класифікацію опікової хвороби.
3. Назвіть основні методи лікування опікової хвороби.

Тестові питання для самоконтролю

1. На чому ґрунтується поділ опіків на поверхневі і глибокі:
 - A. На наявності загальних клінічних ознак.
 - B. На методах заживлення.
 - C. На ступенях опіків.
 - D. На глибині ушкодження.
 - E. На наданні першої допомоги.
2. Опікова хвороба у дорослих розвивається при поверхневих опіках більш:
 - A. 5% .
 - B. 10%.
 - C. 15%.
 - D. 20%.
 - E. 25-30%.
3. Опікова хвороба у дорослих розвивається при глибоких опіках більш:
 - A. 3%.
 - B. 5%.
 - C. 10%.
 - D. 15%.
 - E. 25%.
4. Виключіть невірно вказану стадію протікання опікової хвороби:
 - A. Опіковий шок.
 - B. Гостра токсемія.
 - C. Гостра ниркова недостатність.
 - D. Септикотоксемія або сепсис.
 - E. Реконвалесценція.
5. Для опікового шоку характерно:
 - A. Слабо виражена еректильна фаза.
 - B. Яскраво виражена еректильна фаза.
 - C. Відсутність торпідної фази.
 - D. Відсутність еректильної фази.
 - E. Збільшення ОЦК.
6. Чи вірно, що розрізняють три ступені опікового шоку: легку, важку і надзвичайно важку?
 - A. Так .

В. Ні.

7. Вкажіть тривалість опікового шоку?

А. 1 год.

В. 12 год.

С. 24-72 год.

Д. 1 тиждень.

Е. 1 місяць.

8. Вкажіть тривалість періоду токсемії?

А. 1 тиждень.

В. 2 тижні.

С. 3 тижні.

Д. 4 тижні.

Е. 2 місяці.

9. Вкажіть тривалість періоду септикотоксемії?

А. 1 тиждень.

В. 2 тижні.

С. 3 тижні.

Д. 1 місяць.

Е. 2-3 місяці.

10. Вкажіть тривалість періоду реконвалесценції?

А. 1 тиждень.

В. 2-3 тижні.

С. 1 місяць.

Д. 2 місяці.

Е. 3-4 місяці.

11. Вкажіть, в якому періоді опікової хвороби можливий розвиток опікового виснаження?

А. Опікового шоку.

В. Токсемії.

С. Септикотоксемії.

Д. Реконвалесценції.

Е. Опікове виснаження не розвивається.

Еталони відповідей.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
В	Е	С	С	В	А	С	В	Е	Е	С

Ситуаційні задачі.

1. Ви – фельдшер швидкої допомоги надаєте допомогу 5-річній дитині, яка 0,5 год. тому перекинула на себе кастрюлю з кип'ятком. Дитина бліда, кричить, у неї остуда, акроціаноз, було одноразове блювання. Передня поверхня тулуба і верхні кінцівки гіперемовані з ділянками відшарованого епідермісу. Що з потерпілою? Ваші дії?
2. Жінка кип'ятила білизну. При знятті виварки з плити потерпіла перекинула її на себе і отримала опіки. Передня поверхня тулуба, передпліччя і кисті

гіперемовані, ранева поверхня білісвата з поганою больовою чутливістю. Визначіть ступінь і площу опіку? Як надати першу допомогу?

Еталони відповідей.

1. У дитини поширений термічний опік тулуба і верхніх кінцівок, площа якого складає приблизно 30%, ступінь опіку попередньо можна оцінити, як І-ІІІ. Внаслідок цього в дитини виникла опікова хвороба, період опікового шоку. Необхідно негайно ввести знеболюючі засоби, дати тепле лужне пиття, на опікові рани накласти асептичні пов'язки, змочені в розчині новокаїну і доставити потерпілу в хірургічне відділення районної лікарні або спеціалізоване опікове відділення. Якщо є можливість, то вже в машині “швидкої допомоги” необхідно почати інфузійну терапію (поліглюкін).
2. У хворої термічний опік передньої поверхні тулуба, передпліччя і кистей рук. Формула опіку:

$$\frac{S = 27\%}{\text{І-ІІ-ІІІ А ст.}}$$

Потерпілій необхідно ввести знеболюючі, накласти асептичні пов'язки з розчином новокаїну, дати тепле лужне пиття і організувати транспортування в стаціонар.

Хімічні опіки виникають у разі потрапляння на шкіру різних хімічних речовин або після вживання всередину основ, сірчаної, азотної, фторидної кислот, негашеного вапна, срібла нітрату, цинку хлориду тощо. Хімічні опіки в побуті виникають рідко. Вони бувають переважно внаслідок помилкового чи навмисного вживання хімічних речовин усередину. Хімічні опіки шкіри в побуті спостерігаються ще рідше, ніж опіки слизових оболонок і трапляються у людей з підвищеною чутливістю (алергією) до таких речовин. Опікова хвороба розвивається рідко. У клінічній симптоматиці переважають місцеві зміни та інтоксикація. Це зумовлено всмоктуванням з ушкодженої поверхні агресивних речовин.

За глибиною ураження та площею хімічні опіки діляться також, як і термічні, на 4 ступені та на обмежені й поширені. Опіки стравоходу ділять на 3 ступені: поверхневий, на всю товщу слизової оболонки та на всю товщу стінки. Найбільшою мірою уражуються ділянки фізіологічних звужень у стравоході.

Поверхневі опіки І-ІІ ступеня бувають переважно у разі контакту шкіри та слизової оболонки з низькоконцентрованими кислотами та основами або довготривалої дії на шкіру керосину чи бензину. Поверхневі опіки шкіри спостерігаються найчастіше. Серед опіків стравоходу переважають глибокі. Вони виникають унаслідок дії концентрованих кислот і, особливо, основ, а також фосфору. При цьому кількісно переважають опіки ІІІ ступеня. Серед промислових опіків домінують опіки кислотами, дещо рідше – основами чи фосфором.

На відміну від термічних опіків ІІ ступеня, хімічні опіки не призводять до утворення пухирів. Опікова поверхня має чітко обмежені контури. На периферії внаслідок розтікання хімічного агента утворюються підмоклі місця.

Хімічно активні речовини за характером поділяють на такі, що зумовлюють зсідання, коагуляцію білків через швидке виведення води з тканин (кислоти, солі важких металів тощо), та на такі, що розріджують (основи). У малих концентраціях речовини, що сприяють коагуляції білків унаслідок швидкого переходу клітинної води під епідерміс, зумовлюють набряк та появу пухирів на шкірі (II ступінь опіку). У великих концентраціях вони зумовлюють сухий некроз шкіри з утворенням струпа. Речовини, які розріджують, пошкоджують епідерміс, розщеплюють білки і утворюють з жирами тканин нерозчинні мила, спричиняючи колікваційний некроз. Вони діють повільніше, ніж кислоти, але проникають глибше, утворюючи вологий білий струп, відшарування якого супроводжується появою виразок. Останні тим глибші, чим концентрованіші основи. Продукти розщеплення білків токсичні, легко всмоктуються і призводять до інтоксикації організму. Дія кислот та основ різної концентрації на слизову оболонку травного каналу зумовлює такі самі за глибиною та характером опіки її, як і на шкірі.

У разі попадання малоконцентрованих кислот чи основ усередину опіки слизової оболонки бувають поверхневі, але більші за площею. І навпаки, концентрованіші речовини спричиняють значно глибші, але дещо менші за площею опіки внаслідок різкого спазму стравоходу, який обмежує надходження розчину в дистальному напрямку. Взагалі хімічні опіки бувають переважно обмеженими (не більше 10% площі).

Тяжкість опіку визначається силою хімічного агента і його експозицією. Для дії сильної кислоти характерний розвиток некрозу та невиражених запальних явищ. Під час дії слабких кислот виникають різко виражені запальні явища та некроз. Струп утворюється відразу, він різко відмежований, щільний, спаяний з тканинами, що лежать під ним. Колір струпа буде заезжити від дії кислоти. У разі опіку сірчаною кислотою струп спочатку має білий колір, потім темнішає внаслідок перетворення гемоглобіну на гематин і стає чорним. Дія азотної кислоти призводить до утворення струпа жовтого кольору внаслідок ксантопротеїнової реакції з білками. Унаслідок дії хлоридної кислоти утворюється струп жовто-коричневого відтінку.

Клінічна картина хімічних опіків. Загальні клінічні прояви цих опіків значно менше виражені, ніж опіків термічних. Температура тіла у разі глибоких опіків кислотою майже не підвищується через сухий характер некрозу і відсутність утворення та всмоктування токсичних продуктів некрозу. Лише при поверхневих опіках з утворенням пухирів вона може короткочасно підвищуватися. Глибокі опіки основами супроводжуються значною інтоксикацією через утворення токсичних продуктів розпаду білків і всмоктування їх. Опіки слизових оболонок травного каналу мають значно тяжкий перебіг, ніж опіки шкіри.

Поверхневі опіки шкіри I-II ступеня характеризуються запаленням шкіри з гіперемією, набряком її та виникненням пухирів (при II ступені). Опікова поверхня має чіткі контури і неправильну форму, часто із слідами розчину на поверхні. Глибокі опіки шкіри кислотами, солями важких металів та фосфору супроводжуються утворенням сухого некрозу – струпа різного кольору

(залежно від виду хімічного агента). Азотна кислота утворює струп світло-жовтого кольору, сірчана – білий на початку, а пізніше чорно-бурий. Хлористоводнева кислота залишає на поверхні шкіри біло-сірий струп, основи – біло-сірий пухкий. Поверхня глибоких хімічних опіків безболісна. Відшарування струпів не супроводжується кровотечею, а як епітелій, так і сполучна тканина, регенерують уповільнено.

Опіки ротоглотки, стравоходу, рідко шлунка, передусім проявляються різким загрудинним (вздовж стравоходу) болем, блюванням слизом з кров'ю (при опіках шлунка – блюванням шлунковим вмістом), ознаками збудження, розладами функції серцево-судинної системи (тахікардія, рідше зниження артеріального тиску та шок), а пізніше – лихоманкою. Всмоктування хімічної речовини, а також продуктів білкового розпаду зумовлює інтоксикацію організму, внаслідок якої долучаються порушення функції нервової системи, печінки, нирок тощо. У хворих пригнічений стан. Характерні токсичний гепатит, нефрозонефрит, анемія тощо.

Глибокі опіки стравоходу, особливо зумовлені основами, можуть ускладнюватись некрозом та перфорацією стінки стравоходу і розвитком тяжкого гнійного (заднього) медіастиніту. Ознаками останнього є різке підвищення температури тіла та озноб, наростання болю в середостінні, поглиблення серцево-судинних і поява дихальних розладів. Такий перебіг вимагає негайного дренивання середостіння та інтенсивної терапії антибіотиками й іншими засобами.

У більшості випадків опіки стравоходу не супроводжуються його перфорацією і лікуються консервативно. На 2-3 добу починає відшаровуватися некротична слизова оболонка стравоходу і звичайно закінчується до 5-6-ї доби. За цим настає період гранулювання опікової поверхні. Репаративний процес опікових поверхонь шкіри і слизових оболонок травного каналу характеризується гіперпродукцією фіброзної тканини, що зумовлює утворення гіпертрофічних деформівних рубців із спотворенням уражених органів (вивертання повік, звуження, стриктури отворів носа, рота, глотки, стравоходу та виходу із шлунка). Такі операції та стриктури вимагають складних пластичних операцій.

Невідкладна допомога хворим з хімічними опіками полягає в якнайшвидшому усуненні і нейтралізації ушкоджувального агента. Насамперед треба промити шлунок чи обмити уражену ділянку шкіри та слизової оболонки великою кількістю проточної води. Промивати ушкоджену поверхню треба не менше ніж 10-15 хв, а якщо надання допомоги почати із запізненням – не менше як 1 год. Місця, уражені фторидною кислотою, промивають не менше як 2 – 3 год. Якщо опік спричинений органічними сполуками алюмінію, їх змивають з ураженої ділянки не водою, а етиловим спиртом або бензином. Це зумовлено тим, що під час промивання водою ці речовини спалахують. Також не можна змивати водою негашене вапно. Для цього використовують олію або масло, проводять механічне видалення шматочків вапна. Якщо опік спричинено фосфором, після промивання ураженої ділянки його залишки остаточно видаляють у темному приміщенні,

тому що на світлі частинки фосфору, які залишилися у рані, не вдається виявити. Слід пам'ятати, що на повітрі фосфор самозапалюється і може зумовити крім хімічного термічний опік, тому уражену ділянку треба занурити у воду і за допомогою палички або спеціального інструменту видалити частинки фосфору. Після промивання опікової поверхні проводять хімічну нейтралізацію агента.

Засоби, що сприяють нейтралізації агента, який спричинив опік:

1. Азотна, хлоридна, фторидна кислота — примочки з 3 % розчином натрію гідрокарбонату.
2. Карболова кислота — пов'язки з вапняним молоком або гліцерином.
3. Хромової кислота — примочки з 5 % розчином натрію тіосульфату.
4. Основи — пов'язки та примочки зі слабкими кислотами.
5. Солі важких металів — пов'язки з 3—5 % розчином натрію гідрокарбонату.
6. Фосфор — пов'язки з 5 % розчином міді сульфату.

Призначають індивідуалізовані загальні лікувальні заходи (аналгетики, протишокові, заспокійливі, дезінтоксикаційні препарати тощо).

Опіки слизових оболонок локалізуються у місцях фізіологічних звужень стравоходу, найчастіше в середньому та кардіальному відділах. Основними симптомами є сильний біль і печіння в глотці та за грудниною, які посилюються під час ковтання, слинотеча, блювання кров'янистими масами. Хворі відчувають спрагу, неспокійні, нерідко перебувають у стані шоку. Під час огляду на губах і слизовій оболонці рота і глотки видно сліди опіку. Відмічають набряк та інфільтрацію слизової оболонки зі значною ексудацією. Сильні кислоти спричиняють коагуляцію білків поверхневих шарів слизової оболонки і утворення струпа.

Після відторгнення струпа, на 7—10-й день, настає тимчасове поліпшення, проковтування їжі стає вільнішим і зменшується біль. Однак через 3—4 тиж поступово розвивається рубцеве звуження стравоходу, нарастають утруднення під час ковтання і проходження їжі, у тяжких випадках виникає повна непрохідність стравоходу.

Надаючи першу допомогу при опіках кислотою, шлунок промивають 2 % розчином натрію гідрокарбонату. При опіках основами — 1 % розчином оцтової кислоти або 2 % розчином лимонної кислоти. Щоб усунути біль, вводять наркотичні засоби. Шлунок необхідно промити через тонкий м'який зонд. Рекомендують вжити всередину 50—100 мл соняшникової або оливкової олії.

Якщо опіки глибокі, особливо з сухим некрозом, роблять ранню некротомію (розрізування струпа), часткову некректомію та застосовують некротолітичні препарати. (протеолітичні ферменти, 40% саліцилову кислоту) для прискорення відпадання некротичних мас. Очищені від змертвілих тканин поверхні пластично закривають. Обмежені ділянки опіку можуть бути вирізані в перші дні та закриті пластично клаптями шкіри. В зв'язку зі схильністю рубців, що утворюються після хімічних опіків, до гіпертрофії, запалення, деформації ними органів важливе значення має фізіотерапія. Хворим з опіками

стравоходу поряд із зазначеними вище місцевими та загальними заходами проводять антибіотичну терапію, налагоджують харчування через зонд (назогастральний). У тяжких випадках, зокрема у разі перфорації стравоходу, а також у маленьких дітей – через гастростому. Потерпілим з явищем ниркової недостатності роблять гемодіаліз тощо. Через 5-7 діб після травми розпочинають бужування стравоходу для запобігання рубцевим структурам його. У хворих з гастростомою проводять так зване перманентне бужування, або “бужування без кінця”, яке може виконувати сам хворий. Для цього буж прив’язують до кінця проведеної через ротоглотку і стравохід міцної нитки (останню проводять у шлунок шляхом проковтування намистинки, прив’язуваної до нитки), а до шлункового кінця прив’язують буж. Наслідки лікування можна оцінити лише через 2-3 міс. і пізніше. У разі розвитку рубцевого звуження стравоходу чи вихідного отвору шлунка проводять оперативні втручання (пластика стравоходу кишкою чи шлунком, пілоропластика чи навіть антрумектомія шлунка). Після опіку стравоходу чи шлунка у віддалений період нерідко розвивається злоякісна пухлина. Летальність після опіків шкіри невелика, після опіків стравоходу, особливо у дітей, - висока.

Профілактика хімічних опіків у промисловості та лабораторіях будується на суворому дотриманні працівника техніки безпеки. У побуті вона забезпечується передусім зберіганням хімічно активних речовин у недоступних для дітей місцях, чітким маркіруванням та закриттям пляшок з тими речовинами, обережним поводженням з останніми тощо.

Контрольні запитання:

1. Чим різняться опіки, спричинені основами і кислотами?
2. Які ви знаєте засоби для нейтралізації хімічного агента, що спричинив опік?
3. Опишіть клініку та діагностику хімічного опіку стравоходу.
4. Назвіть заходи надання першої допомоги при хімічному опіку стравоходу та шлунка.
5. Які ускладнення виникають під час лікування опіку стравоходу?

Ситуаційні задачі:

1. Через аварію на підприємстві потерпілий отримав опік фосфором. Якими будуть ваші дії під час надання до-помоги?
2. Чоловік, 44 років, отримав опік верхніх кінцівок карболовою кислотою. В чому полягає перша допомога?
3. В опікове відділення привезли хворого, який з метою суїциду випив розчин оцтової есенції. Якими повинні бути заходи надання допомоги?

Еталони відповідей:

1. Ділянку опіку занурити під воду і під водою промити за допомогою інструментів. Накласти на рани пов’язку з 5% розчином натрію

гідрокарбонату. Ввести пацієнтові знеболюючі засоби і транспортувати його у відділення комбустіології.

2. Промити ділянку опіку водою протягом 10-15 хв. Накласти на ушкоджені ділянки пов'язку з гліцерином. Ввести пацієнтові знеболюючі засоби і транспортувати його у відділення комбустіології.
3. Ввести хворому знеболюючі засоби (анальгін з дімедролом, кетонав або омнопон). Дати випити йому 1% розчин натрію гідрокарбонату або молока і 50-100мл соняшникової олії. Промити шлунок через тонкий м'який зонд.

Тема: «Загальні проблеми під час догляду за хворими із хірургічною інфекцією»

Актуальність теми:

До гострої хірургічної інфекції відносять гостру гнійну анаеробну, гнильну і гостру специфічну.

Хірургічна інфекція є складним процесом взаємодії мікробів з організмом людини. Залежно від вірулентності мікроорганізмів, масивності зараження і стану захисних сил організму спостерігаються різні місцеві і загальні прояви інфекції.

Аеробна інфекція є складним процесом взаємодії мікробів з організмом. Залежно від вірулентності мікроорганізмів, масивності зараження і стану захисних імунобіологічних сил організму спостерігаються різні місцеві і загальні прояви. Викликається стафілококами, стрептококами, пневмококами. У зв'язку з широким застосуванням антибіотиків питома вага стрептококів і пневмококів значно знизилася.

Захворювання, що виникають в результаті потрапляння в організм мікробактерій туберкульозу антиноміцетів, відносять до групи хронічних специфічних інфекцій, а ті, що виникають при потрапленні в організм палички Леффлера, збудників сибірки і сказу, - до групи гострих специфічних інфекцій. Специфічна інфекція належить до контагіозних, тому хворих необхідно ізолювати в окремій палаті і виділити для них предмети догляду, необхідні інструменти. Медичний персонал повинен дотримуватися суворого протиепідемічного режиму, щоб не допустити інфікування хворих. Тому необхідно знати ці захворювання, щоб запобігти їх розповсюдженню.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен:

Знати:

- визначення поняття анаеробної інфекції;
- етіологію, патогенез гнильної інфекції;

- клінічну картину.
- етіологію і патогенез аеробної інфекції;
- клінічний перебіг захворювань;
- лікування та профілактику аеробної інфекції.
- визначення захворювань, їх види, етіологію, патогенез, клінічну картину, профілактику захворювань.

Вміти:

- оцінити стан хворого;
- проводити догляд за хворим.
- проводити диференційний діагноз захворювань
- оцінити стан хворого, надати першу медичну допомогу, проводити догляд за хворим, проводити диференційний діагноз.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ Інтернетвидання

ПЛАН

1. Загальні поняття про захворювання, які викликаються анаеробною інфекцією, їх клінічна діагностика.
2. Профілактика правця.
3. Особливості індивідуального догляду за хворими з анаеробною інфекцією.

I.

Збудниками анаеробної інфекції є патогенні анаероби, які розвиваються без кисню (повітря). Найчастіше зустрічаються такі форми анаеробної інфекції, як газова гангрена і правець.

Газова гангрена. Збудниками газової гангрен є *se. perbrindens*, *se. oedemrtiens*, *Vibriion septicum* I *se. hystoliticum*.

У більшості випадків захворювання викликає комбінація цих мікробів, які виділяють сильні екзотоксини з нейротоксичними, гемолітичними і некротичними властивостями.

Велике значення для розвитку газової гангрен має наявність травмованих і некротичних м'яких тканин і порушення кровообігу. Часто захворювання виникає при сліпих, сильно забруднених і рвано-забитих ранах із значним ушкодженням м'язів. Проникаючи при пораненнях у тканини, анаеробні мікроорганізми уражають головним чином м'язи, судини.

Внаслідок некротичної дії на тканини і тромбозу судин розвивається гангрена. Анаеробна інфекція характеризується різним клінічним перебігом, пов'язаним з властивостями мікроорганізмів. Інкубаційний період триває від

кількох годин до кількох діб (3 - 4) і більше. Чим коротший інкубаційний період, тим важчий перебіг захворювання.

Анаеробна інфекція не має специфічної запальної реакції і характеризується змертвінням тканин, розвитком набряку і утворенням газу в тканинах внаслідок дії вищевказаних токсинів.

Розрізняють газову, набрякову, флегмонозну і гнильну форми анаеробної інфекції.

Клінічне картина газової гангрени залежить від ступеня вірулентності мікроорганізмів, глибини розміщення процесу і супровідної бактеріальної флори. Хворі скаржаться на розпираючий біль у ділянці рани, швидко наростає набряк кінцівки. Внаслідок збільшення об'єму кінцівки пов'язка стає тісною, і хворі просять розслабити її. Рана стає сухою, з неї виділяються пухирці газу з невеликою кількістю сукровичної рідини, набухають м'язи, що нагадують варене м'ясо. Некроз м'язів і газоутворення можуть поширюватися з надзвичайною швидкістю при блискавичній формі газової гангрени.

Шкіра стає холодною на дотик, внаслідок гемолізу появляються бронзові темночервоні плями та синюшні плями. При пальпації шкіри визначається крепітація.

Загальний стан хворого у зв'язку з важкою інтоксикацією різко погіршується. Відмічається збудження або пригнічення ЦНС. Свідомість звичайно збережена, сон відсутній, температура підвищується до 38 - 40°, пульс - до 120-160 уд/хв, порушується серцева діяльність. Артеріальний тиск знижується до 80-90 мм.рт.ст. Дихання часто поверхнєве. Відзначається лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, анемія.

Від своєчасного виявлення газової гангрени залежить не тільки збереження кінцівки, але й життя хворого. Тому середній медпрацівник повинен пам'ятати, що одним із перших симптомів анаеробної інфекції є біль у рані і сіпання м'язів. Другою ранньою ознакою є набряк, що швидко збільшується. Для контролю за наростанням набряку накладають лігатуру на кінцівку в поперечному напрямі. Врізання її в шкіру свідчить про прогресуючий набряк (симптом лігатури). Біль, набряк, підвищення температури тіла, прискорення пульсу, а потім зміни психіки (ейфорія) є ранніми ознаками анаеробної інфекції

Правець (Tetanus) гостре інфекційне захворювання, що спричиняється специфічною анаеробною (інфекцією) паличкою яка проникає в організм через ушкоджену шкіру або слизові оболонки. Захворювання викликають токсини (тетаноспазмін і тетаногемолізін), які виділяє правцева паличка. Вона широко розповсюджена в природі, особливо багато її в землі і гною. Спори правця дуже стійкі до фізичних і хімічних факторів (витримують кип'ятіння до 3-х годин. 10% спиртовий розчин йоду вбиває їх за 10 хвилин) і можуть зберігатися тривалий час. Сприятливими моментами для розвитку правця є порушення кровообігу і зниження захисних сил організму.

Правцевий токсин діє на нервову систему. Інкубаційний період триває від 3-х до 30 днів і більше.

Клініка. Продромальні явища характеризуються тягнучими болями у рані, сіпанням прилеглих м'язів і підвищеною реакцією хворого на зовнішні подразники. Самі хворі відчують як один з перших симптомів відчуття напруженості й утруднення при відкриванні рота, що виникають внаслідок прояву тонічних судом жувальних м'язів (тризм). Через деякий час скорочення жувальних м'язів може бути таким сильним, що хворий неспроможний розкрити рот. Потім виникають судоми мимічних м'язів обличчя, до надає йому стракницького вигляду (сардонічна посмішка). Поступово судоми захоплюють м'язи тулуба, кінцівок, внаслідок чого хворий приймає характерне положення: голова закинута назад, спина вигнута, хворий приймає положення "мостика" (опістотонус). Може виникати спазм м'язів глотки, міжреберних м'язів і діафрагми, (утруднене дихання). При сильних судамах можуть спостерігатися переломи кісток, відриви сухожиль. Судоми дуже болісні. Вони провокуються яким-небудь зовнішнім подразником (світло, шум) Температура 40 С і вище, пульс, дихання прискорені. Смерть настає від асфіксії і паралічу серцевого м'яза.

II.

Правець — важка інфекційна хвороба з високим (60—80 %) рівнем летальності, яку можуть спричинити травми з ушкодженням шкіри та слизових оболонок і занесенням збудника. Цій хворобі легше запобігти, ніж лікувати, оскільки навіть застосування найсучасніших методів не завжди дає змогу усунути це захворювання, а більшість реконвалесцентів залишаються інвалідизованими.

Планову активну імунізацію проти правця починають у віці 3 міс. Початковий комплекс вакцинації складається з 3 щеплень з інтервалом 30 днів АКДП—вакциною у дозі 0,5 мл. Першу ревакцинацію проводять у 18 міс, потім у віці 6 років— АП-анатоксином, у віці 11, 14 та 18 років - АП-М-анатоксином (доза 0,5 мл). За скороченою схемою повний курс імунізації включає одноразову вакцинацію АП-анатоксином у дозі 1 мл та ревакцинацію через 1—2 роки 0,5 мл АП-анатоксину, та в подальшому кожні 10 років.

Екстрена профілактика правця передбачає первинне хірургічне оброблення рани та створення специфічного імунітету проти правця.

Екстрену специфічну профілактику проводять у таких випадках:

- ушкодження з порушенням цілісності шкіри;
- обмороження, опіки II-IV ступеня;
- позалікарняні аборти;
- позалікарняні пологи;
- гангрена або некроз тканин;
- укуси тварин;
- проникаюче ушкодження травного тракту. Щепленням для закріплення активного імунітету вводять 0,5 мл АП-анатоксину підшкірно у підлопаткову ділянку. Нещепленням вводять 250 МО протиправцевого людського імуноглобуліну (ППЛІ) внутрішньом'язово у верхньозовнішній квадрант сідниці. За умов відсутності ППЛІ нещепленням вводять спочатку 1 мл АП-анатоксину, потім проводять

пробу на чутливість до чужорідного білка на внутрішній поверхні нижньої третини передпліччя: внутрішньо-шкірно вводять 0,1 мл розведеної 1:100 кінської сироватки (ампули її містяться в тій самій коробочці, що й протиправцева сироватка (ППС), вони позначені червоним кольором). Якщо через 20 хв діаметр папули в місці ін'єкції менший ніж 0,9 см і почервоніння навколо неї обмежене, то пробу вважають негативною; якщо діаметр папули більший за 0,9 см і є велика зона почервоніння — проба позитивна. За умови негативної проби вводять ППС у дозі 3000 МО за методом Безредки: спочатку 0,1 мл, а через 45 хв, якщо реакція відсутня, вводять весь залишок призначеної дози. Сироватку вводять підшкірно в іншу ділянку тіла, іншим шприцом з ампули, маркованої синім кольором. У разі позитивної проби введення ППС протипоказано.

Активно-пасивну імунізацію проводять особам, які зробили щеплення більше 2 років тому без ревакцинації. Через 30—40 днів і 9—12 міс повторюють уведення АП-анатоксину в дозі 0,5 мл. Усім, хто перехворів на правець, треба робити щеплення за загальними правилами, тому що захворювання не створює імунітету.

III.

Анаеробна інфекція належить до контагіозних, тому поранених з цією інфекцією слід ізолювати в окремій палаті, виділивши для них предмети догляду і необхідні інструменти. Використаний перев'язний матеріал і вини спалюють, металеві шини прожарюють на вогні. Інструменти дробно кип'ятять у 2% розчині натрію гідрокарбонату протягом години 2 рази через 6 годин.

Білизну, халати і ковдри замочують у 2% розчині натрію гідрокарбонату і кип'ятять протягом 2-х годин в цьому ж розчині. Медичний персонал дотримує суворий протиепідемічний режим, щоб не допустити інфікування хворих. Палату прибирають 2-3 рази в день з застосуванням 6% перекису водню.

У воєнно-польових умовах для поранених з анаеробною інфекцією організують спеціальні відділення з операційно-перев'язочним блоком. Ці поранені не підлягають дальшій евакуації до ліквідації анаеробної інфекції. При підозрі на правець треба екстрене госпіталізувати хворого в реанімаційне відділення у супроводі медпрацівника, який володіє технікою інтубації та ШВЛ. Перед транспортуванням треба ввести дроперидол, аміназин, катетеризувати вену для екстреного введення дитиліну на випадок ларингоспазму.

У відділенні хворого розміщують на м'якому ліжку (краще на надувному матраці), в ізольованій затемненій *палаті*. Персонал повинен дотримуватись тиші: різкі звуки та яскраве світло викликають у хворого нестерпні судоми. При зростанні частоти та тривалості судом вводять міорелаксанти тривалої дії та переводять хворого на ШВЛ. Застосовують курареподібні засоби, які не виключають дихання хворого: меліктин, дитилін у суміші з аміназином. При спазмах сечового міхура проводять катетеризацію. Усі маніпуляції проводять

під наркозом, найкраще застосовувати прямокишковий наркоз 2-4 % розчином хлоралгідрату. Лікування правця менш ефективне, ніж його профілактика, тому необхідно застосовувати комбіновану профілактику правця.

У зв'язку із значним зневодненням хворі парентеральне або в краплинних клізмах повинні отримувати 3-4 л. рідини. Якщо у хворого відсутнє самостійне сечовипускання, йому необхідно два рази в день випускати сечу катетером після попередньої анестезії уретри (дикаїн, новокаїн, совкаїн).

Годування хворих із судомним синдромом здійснюється через постійний тонкий зонд, вставлений через ніс. Їжу вводять в сирому вигляді. Вона повинна бути висококалорійною і багатою вітамінами. Необхідно ретельно і постійно слідкувати за регулярним стільцем, сечовипусканням, чистотою шкіри, проводити профілактику пролежнів, запалення легень .

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Назвати збудників газової гангрені ?
2. Які фактори впливають на розвиток газової гангрені?
3. Перелічити початкові симптоми газової гангрені ?
4. Що таке симптом “лігатури” ?
5. Вказати на особливість рани при газовій гангрені ?
6. Які початкові ознаки правця ви знаєте ?
7. Що таке тризм ?
8. Чому виникає опістотонус ?
9. Які особливості догляду за хворими з газовою гангреною ?
10. Які особливості догляду за хворими з правцем ?
11. Назвіть методи активної і пасивної імунізації проти правця. У яких випадках їх застосовують?
12. Сформулюйте сучасні принципи профілактики правця.
13. Що являє собою активно-пасивна імунізація?

Тестові питання для самоконтролю.

1. Збудник, що викликає правець:
 - А. Кишкова паличка
 - В. Стрептокок
 - С. Стафілокок
 - Д. Паличка газової гангрені
 - Е. Правцева паличка
2. Для правця характерні такі ознаки, крім:
 - А. Відчуття стискання пов'язкою
 - В. Тризм
 - С. Сардонічна посмішка
 - Д. Тянучі болі в рані
 - Е. Опістотонус
3. Що таке тризм:
 - А. Поява розмягчення в центрі інфільтрації
 - В. Судомні скорочення мимічних м'язів

- C. Судоми м'язів всього тіла
 - D. Поява пухирів на фоні гіперемії
 - E. Судомні скорочення жувальних м'язів
4. Що таке сардонічна посмішка.
- A. Поява розмягчення в центрі інфільтрації
 - B. Судоми м'язів всього тіла
 - C. Судомні скорочення жувальних м'язів
 - D. Поява пухирів на фоні гіперемії
 - E. Судомні скорочення мимічних м'язів
5. Що таке опістотонус
- A. Поява розмягчення в центрі інфільтрації
 - B. Тонічні судоми м'язів всього тіла
 - C. Судомні скорочення жувальних м'язів
 - D. Поява пухирів на фоні гіперемії
 - E. Судомні скорочення мимічних м'язів
6. Свідомість у хворого на правець
- A. Відсутня
 - B. Спутана
 - C. Збережена
 - D. Галюцинації
 - E. Кома
7. В якому розведенні застосовують сироватку для внутрішньошкірної проби:
- A. 1:500
 - B. 1:1000
 - C. 1:100
 - D. 1:200
 - E. 1:10
8. Яка доза протиправцевої сироватки вводиться з метою профілактики правця?
- A. 3 000 МО
 - B. 1 000 МО
 - C. 500 МО
 - D. 300 МО
 - E. 4 000 МО

Ситуаційні задачі.

1. Хворий, 24 років, проколов палець іржавим цвяхом. Які можуть бути ускладнення і як їм запобігти?
2. У лікарню доставлено дитину, 7 років, з різаною раною правої гомілки. Рану оброблено на місці пригоди 3 % розчином йоду. Яка подальша тактика медичного працівника?
3. Хворий, 37 років, отримав забій правого ліктьового суглоба. Чи треба проводити профілактику правця?

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8
Е	А	Е	Е	В	С	С	А

1. У хворого може виникнути нагноєння колотої рани, яке може ускладнюватись анаеробною газовою гангrenoю чи правцем. Необхідно провести первинну хірургічну обробку рани з промиванням її розчином перексиду водню і при відсутності протиправцевих щеплень провести повну профілактику правця протиправцевою сироваткою та анатоксином.
2. Необхідно провести первинну хірургічну обробку рани з промиванням її розчином перексиду водню і при відсутності протиправцевих щеплень провести повну профілактику правця протиправцевою сироваткою та анатоксином.
3. Ні, при відсутності пошкоджень шкірних покривів.

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Визначення поняття	Дати визначення гнійної інфекції	
Етіологія гнійної інфекції	Чим викликається гнійна інфекція ? Шляхи проникнення мікроорганізмів в організм людини.	
Клінічний перебіг гнійної інфекції	Місцеві та загальні симптоми: - бурситу - гострого остеомієліту - періоститу - артрити	
Лікування	- бурситу - гострого остеомієліту	

	- періоститу - артриту - виписати антибіотики, які застосовуються для лікування цих хвороб	
--	--	--

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Визначення поняття анаеробної інфекції	Дати визначення поняття анаеробної інфекції	
Етіологія, патогенез гнильної інфекції	Розповісти про етіологію і патогенез гнильної інфекції	
Клінічна картина	Охарактеризувати симптоми захворювання, методи дослідження анаеробної інфекції	
Профілактика та лікування	Зазначити особливості профілактики та лікування правця та газової гангрени	

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Поняття специфічної інфекції	Дати визначення	
Види інфекції	Визначити види специфічної інфекції	
Патогенез	Описати патогенез захворювань	
Клінічна картина: сибірки, дифтерії, ран, туберкульозу, актиномікозу	Охарактеризувати клініку захворювань	
Профілактика сказу	Підготуйте план бесіди	

Тема: «Догляд за онкологічними хворими»

Актуальність теми :

Актуальність онкології в Україні зумовлена високою захворюваністю та смертністю від раку, а також соціально-економічними та психологічними наслідками для пацієнтів та їхніх сімей. За даними ВООЗ, серед основних причин раку – особливості харчування, куріння, низька фізична активність, інфекційні захворювання, професійна діяльність. В Україні також спостерігається зростання захворюваності на рак серед молоді. Рак - це серйозна проблема, але не вирок. Вчасно виявлений та лікований рак може бути вилікованим, або, принаймні, хвороба може бути контрольованою. Медсестра відіграє ключову роль у профілактиці онкології, надаючи інформацію, освіту та підтримку пацієнтам щодо здорового способу життя, скринінгу та ранньої діагностики. Вона також може виявляти можливі симптоми раку та направляти пацієнтів на подальше обстеження. Медсестра може сприяти профілактиці онкології, виконуючи такі функції:

- **Надання інформації про рак:**

Медсестра може пояснити пацієнтам фактори ризику раку, як саме рак розвивається, та способи профілактики, такі як здорове харчування, фізична активність та відмова від шкідливих звичок.

- **Рекомендації щодо здорового способу життя:**

Медсестра може надавати пацієнтам індивідуальні рекомендації щодо дієти, фізичної активності, відмови від куріння та обмеження алкоголю.

- **Підтримка скринінгу:**

Медсестра може пояснити пацієнтам важливість регулярних медичних оглядів та скринінгів, щоб виявити рак на ранніх стадіях.

- **Виявлення симптомів раку:**

Медсестра може навчати пацієнтів, як розпізнавати ранні ознаки раку, і направляти їх до лікаря, якщо є підозри.

- **Підтримка та мобілізація:**

Медсестра може забезпечити емоційну підтримку та мотивувати пацієнтів до дотримання здорового способу життя та проходження профілактичних заходів.

- **Взаємодія з сім'єю:**

Медсестра може обговорювати з сім'єю пацієнта способи підтримки та мотивувати їх до дотримання здорового способу життя.

- **Навчання та консультації:**

Медсестра може проводити навчальні сесії для пацієнтів та їхніх сімей щодо профілактики раку.

- **Сприяння дослідницьким та науковим проєктам:**

Медсестра може брати участь у дослідницьких та наукових проєктах, які спрямовані на профілактику та лікування раку.

Додатково, медсестра може:

- **Покращувати якість життя пацієнтів:**

Медсестра може допомогти пацієнтам дотримуватися здорового способу життя, що може покращити їхнє фізичне та психологічне самопочуття.

- **Сприяти раковій культурі:**

Медсестра може допомогти пацієнтам краще зрозуміти рак та зменшити страх та нерозуміння, пов'язані з цією хворобою.

- **Підтримувати сім'ї:**

Медсестра може допомогти сім'ям краще зрозуміти рак та допомогти їм підтримувати пацієнтів.

Навчальні цілі заняття.

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен:

Знати:

- організацію онкологічної служби в Україні;
- визначення поняття пухлини;
- класифікацію пухлин залежно від вихідної тканини;
- значення загальної диспансеризації в ранній діагностиці пухлин;
- Необхідність хірургічного лікування.

Вміти:

- проводити диференційну діагностику пухлин;
- здійснювати догляд за онкологічними хворими.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

План

1. Передрак, його види.
2. Профілактика передракових станів.

Передрак – це різні процеси і стани, які передують злоякісним пухлинам і нерідко на них перетворюються.

Вперше використали цей термін в 1896 році на Міжнародному конгресі дерматологів у Лондоні, коли Дюбрейль назвав кератози передраком. В 1911 році Орт назвав передраком виразку шлунка. Шабад (1967 р) вважав, що рак має свій передрак, але на кожний передрак переходить в рак.

Розрізняють :

1. **Облігатний (обов'язковий) передрак** – захворювання, які обов'язково переходять у рак.

2. **Факультативний** – передпухлинні стани не обов'язково переходять у рак.

До облігатних передраків відносять :

- спадковий поліпоз товстої кишки, пігментну ксеродерму шкіри, аденоматозний поліп шлунка, мастопатії, доброякісні пухлини.

До факультативних – хронічні запальні захворювання, рубці після опіків, виразки, які погано гояться, лейкоплакії, ерозії шийки матки, поліпи.

Розрізняють 4 стадії ракової пухлини :

I ст. – дифузної гіперплазії (розростання).

II ст. – локальної проліферації – виникають мікроскопічні фокуси розростання малодиференційованих клітин.

III ст– доброякісна пухлина.

IV ст– розвитку злоякісної пухлини.

Передрак переходить у рак внаслідок прогресії, тобто постійної зміни властивостей пухлинних клітин у бік збільшення їх злоякісності. Канцерогенні чинники, які діють безпосередньо на тканину, приводять до порушення обміну речовин і поділу клітин – з'являється нове покоління клітин, на які продовжують діяти ці чинники, що супроводжуються подальшою зміною обміну в бік пухлинного.

У одних випадках перехід передракового процесу в рак може тривати довго, в інших це відбувається швидко.

Виділяють 3 етапи і 3 напрямки профілактики злоякісних пухлин.

I етап – запобігання появі атипових клітин і клітинних проліфератів, як основа для злоякісного росту. Проводять суспільну профілактику і особисто : деканцерогенція повітря, води, ґрунту, продуктів харчування. Її мета максимально уникнути впливу шкідливих чинників навколишнього середовища, боротися за нормальну екологічну обстановку.

II етап – своєчасне виявлення клітинних проліфератів (передраку)і адекватне лікування осіб із передбласноматозними станами. Хворі які не лікувались або не оздоровлені, мають постійно бути на диспансерному обліку.

III етап – запобігання прогресуванню виявленої пухлини шляхом застосування оптимальних методів лікування.

Індустріальний напрямок профілактики полягає в тому, щоб звести до мінімуму появу і вплив на людей промислових шкідливих канцерогенів.

Гігієнічний напрямок – дотримання правил особистої гігієни, боротьба із шкідливими звичками.

Клінічний напрямок - це виявлення і оздоровлення хворих із передбласноматозними станами.

В усіх медичних працівників повинна бути висока “онкологічна настороженість” .

1. Старанне обстеження кожного хворого, який звернувся з будь-якого приводу, з метою виявлення можливого онкологічного захворювання.

2. У важких випадках діагностики будь-якого захворювання слід насамперед подумати про можливість атипового чи ускладненого перебігу злоякісної пухлини. **Якщо діагноз не ясний – думай про рак.**

3. Знання передракових захворювань та їх лікування.

4. Знання симптомів і перебігу злоякісних пухлин на ранніх стадіях.

5. Хворого з підозрою на рак треба обстежити якомога в коротший термін, негайно направити до онкологічного закладу.

Мед. працівник, який вперше оглядає хворго – це вирішальна ланка у своєчасному виявленні пухлин.

Питання для самоконтролю:

1. Хто вперше використав термін “передрак”?

2. Які ви знаєте види передраку?

3. Назвіть стадії розвитку ракової пухлини.

4. Які напрямки профілактики злоякісних пухлин?

5. Що означає поняття онкологічна настороженість?

Карта ООД.

<i>Вивчити</i>	<i>Виконати</i>
1.Визначення і види передраку.	Сформлювати визначення.Навести приклади різних видів передраку.
2.Стадія розвитку пухлин.	Виписати стадії розвитку пухлин.
3.Етапи профілактики пухлин.	Записати приклади профілактики пухлин на кожному з етапів.
4.Напрямки профілактики пухлин.	Навести приклади профілактики пухлин на кожному з напрямків.
5.Поняття “Онкологічна настороженість”.	Вказати основні моменти даного поняття.

Тести для самоконтролю.

1.Облігатний передрак –це :

А. Захворювання, які не переходять у рак.

В. Захворювання, які не переходять у рак при ефективному лікуванні.

С. Захворювання, які можуть перейти у рак при відсутності лікування.

Д. Захворювання, які переходять у рак при неефективному лікуванні.

Е. Захворювання, які обов’язково переходять у рак.

2.До облігатних передраків відносять :

А. Облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок.

- В. Неспецифічних вираковий коліт.
- С. Спадковий поліпоз товстої кишки.
- Д. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок.
- Е. Хронічний безкам'яний холецистит.

3. До облігатних передраки відносять :

- А. Ішемічну хворобу серця.
- В. Гострий гнійний мезотимпаніт.
- С. Великовогнищевий інфаркт міокарда.
- Д. Пігментну ксеродерму шкіри.
- Е. Гостру емпієму плеври.

4. До облігатних передраків відносять:

- А. Аденоматозний поліп шлунка.
- В. Хронічний абсцес легень.
- С. Облітеруючий ендартеріт нижніх кінцівок.
- Д. Виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.
- Е. Післяхолецистектомічний синдром.

5. До облігатних передраків відносять:

- А. Бронхоектатичну хворобу.
- В. Дисгормональну гіперплазію молочної залози.
- С. Гострий гнійний мастит.
- Д. Рак молочної залози.
- Е. Мастоптоз правої молочної залози.

6. До факультативних передраків відносять:

- А. Лейкоплакію.
- В. Ерозію шийки матки.
- С. Поліп прямої кишки.
- Д. Хронічний анацидний гастрит.
- Е. Всі вище перераховані захворювання.

7. Онкологічна настороженість це:

- А. Старанне обстеження кожного хворого з метою виявлення можливого онкологічного захворювання.
- В. При неможливості діагностики слід подумати про атипичний перебіг злоякісної пухлини.
- С. Знання передракових захворювань та їх лікування.
- Д. Хворого з підозрою на рак треба обстежити якомога раніше і негайно направити до онкологічного закладу.
- Е. Все вище перераховане.

8. Ваша сусідка М. 32р., скаржиться на наявність пухлино подібних утворень в правій молочній залозі, які з'являються перед менструацією. Тоді ж з'являються болі в залозі, інколи виділення із соска. Яке можливе захворювання у Вашої сусідки? Що ви порекомендуєте ?

9.Ваш сусід Д. 44 р., скаржиться на періодичні ниючі болі в епігастральній ділянці, відсутність апетиту, похудіння, загальну слабкість, інколи буває блювота з'їденою їжею. Болі посилюються весною і восени, тривають біля 5 років. Яке захворювання у вашого сусіда? Що ви йому порекомендуєте?

10.Ваш знайомий М.. взявши , що Ви медичний працівник, розказав, що протягом останніх 3-5 років його турбують періодичні ниючі болі в ділянці куприка і заднього проходу. Часто бувають закрепи, інколи з'являється свіжа кров на поверхні калу. Протягом останнього року він відмічає зниження працездатності, немотивовану загальну слабкість. Яке захворювання у вашого знайомого? Що ви йому порадите?

Еталони відповідей.

1	2	3	4	5	6	7
Е	С	Д	А	В	Е	Е

8. Мастопатія правої молочної залози. Необхідно негайно звернутися до гінеколога і хірурга, пройти медичне обстеження і необхідне лікування.

9. Хронічний гастрит. Необхідно звернутися до терапевта, пройти гастродіоскопію з можливою біопсією.

10. Захворювання прямої кишки. Необхідно звернутися до хірурга-проктолога і виконати ректороманоскопію або колоноскопію.

Тема: Синдром порушення кровообігу, змертвіння, виразки, нориці.

Актуальність теми:

На базі набутих знань з анатомії, патології, сестринської справи здобувачі освіти повинні засвоїти методику обстеження хворих з природженими хірургічними захворюваннями, надання медичної допомоги, оволодіти навичками догляду за такими хворими.

Мета самостійної роботи:

1. Засвоїти клінічні ознаки цієї патології, її діагностику.
2. Оволодіти методикою догляду за хворими з природженими хірургічними захворюваннями.

Здобувачі освіти повинні знати:

1. Особливості симптоматики даних захворювань.
2. Методи надання медичної допомоги та догляду за хворими з природженими хірургічними захворюваннями.

Здобувачі освіти повинні вміти:

1. Виявити симптоматику природжених хірургічних захворювань
2. Надати першу допомогу хворим.
3. Доглядати за хворими під час лікування природжених хірургічних захворювань.

План

1. Природжені деформації і дефекти голови.
2. Пороки розвитку лиця і порожнини рота
- 3. Природжені кістки і фістули шиї**
- 4. Кривошия**
5. Природжені пороки розвитку хребта
6. Природжені пороки грудної клітки, органів грудної порожнини
7. Природжені пороки розвитку шлунка і кишок
8. Пороки розвитку сечостатевої системи
9. ПОРОКИ РОЗВИТКУ і природжені деформації кінцівок

(1) ПРИРОДЖЕНІ ДЕФОРМАЦІЇ І ДЕФЕКТИ ГОЛОВИ.

Мозкові грижі є природженим випинанням вмісту черепа, яке сполучається з порожниною його через дефект кістки.

Природжені мозкові грижі трапляються рідко: один випадок на 4000—6000 новонароджених. Найчастіше спостерігають передні мозкові грижі, які розміщуються в ділянці лобно-носового шва або внутрішнього краю орбіти. Рідше бувають потиличні бічні і грижі основи черепа.

Залежно від вмісту мозкові грижі поділяють на менінгоцеле, які складаються з мозкових оболонок, енцефалоцеле, до складу яких входять мозкові оболонки й головний мозок, і енцефалоцистоцеле, що містять мозкову тканину з порожниною, в якій є спинномозкова рідина.

Передні грижі можуть сполучатися з переднім, а задні — з заднім рогом бічного шлуночка мозку.

Мозкові грижі бувають різної величини, здебільшого округлої форми, вкриті розтягнутою шкірою. При пальпації визначається напруження, яке збільшується, коли дитина плаче чи перебуває у неспокійному стані. Часто вдається виявити дефект кістки. При широкому сполученні з порожниною черепа пухлина пульсує, при наявності рідини — просвічує. Для уточнення діагнозу застосовують рентгенографію, з допомогою якої знаходять дефект черепа.

Лікування. Мозкові грижі підлягають хірургічному лікуванню, бажано після першого року життя дитини. Операція полягає у видаленні грижі і пластичному закритті дефекту черепа. Операція протипоказана при водянці головного мозку.

(2) ПОРОКИ РОЗВИТКУ ЛИЦЯ І ПОРОЖНИНИ РОТА

На лиці і в порожнині рота спостерігаються природжені вродливості у вигляді так званих природжених щілин. В результаті затримки ембріонального розвитку можуть виникати такі вади: макростомія, заяча губа, незарощення піднебіння, колобома.

Макростомією називається незарощення кута рота, внаслідок чого виникає розширення ротової щілини, одно- або двобічне.

Заячою губою називається незарощення верхньої губи. Ця вада розвитку спостерігається в 2 рази частіше у хлопчиків і локалізується частіше зліва, ніж справа.

Розрізняють однобічну і двобічну заячу губу, просту і повну. При простій формі незарощені тільки м'які тканини губи, при повній — м'які тканини і край альвеолярного відростка, іноді й частина піднебіння.

Незарощення піднебіння спостерігається у вигляді часткового або повного дефекту, однобічного чи двобічного. Двобічне незарощення піднебіння називається вовчою пащею.

Розрізняють чотири форми: незарощення м'якого піднебіння, незарощення м'якого і частини твердого, повне однобічне і двобічне незарощення.

Внаслідок сполучення носової і ротової порожнин між собою порушуються смоктання, ковтання і мова. У новонароджених може проникнути їжа в дихальні шляхи і розвинутися аспіраційна пневмонія.

Колобома — коса бічна щілина, що йде від внутрішнього кута ока до верхньої губи. Колобома може бути частковою і повною: іноді вона проникає глибоко, захоплюючи ніздрю.

Лікування. Лікування вад розвитку обличчя оперативне. Пластичні операції при макростомії і колобомі рекомендують робити на другому році життя, при заячій губі — на 2—3-му місяці, при незарощенні піднебіння — не раніше 4—5-річного віку.

У післяопераційному періоді в перші дні треба уважно стежити за дитиною, щоб запобігти ушкодженню швів і передчасному видаленню тампонів. Призначається рідка їжа. Після їди обов'язково треба полоскати порожнину рота.

Е. (3) ПРИРОДЖЕНІ КІСТКИ І ФІСТУЛИ ШИЇ

Природжені кісти і фістули шиї утворюються внаслідок неповної облітерації первинних проток зобної і щитовидної залоз, рідше — в результаті порушення розвитку зябрових щілин, із залишків зародкового епітелію.

Природжені фістули і кісти можуть розміщатися по середній лінії або по бічній поверхні шиї.

Серединні кісти і фістули виникають в результаті неповної облітерації щитовидкової протоки, бічні — при порушенні зворотного розвитку зобно-глоткової протоки. Серединні фістули сполучаються із сліпим, отвором кореня язика, зовнішній отвір міститься трохи нижче під'язикової кістки, іноді наперед від неї.

Бічні фістули трапляються рідко; вони сполучаються з бічною поверхнею глотки. Іноді фістула не має зовнішнього отвору, але частіше він міститься біля переднього краю грудинноключичнососкового м'яза. З фістул виділяється невелика кількість слизового секрету. При нагноєнні виділення набирають слизово-гнійного характеру, навколо фістульного отвору розвивається гіперемія і набряк шкіри.

Серединні кісти локалізуються вище щитовидного хряща, бічні — між гортанню і краями грудинноключичнососкового м'яза. Кісти вистелені

епітелієм, містять серозно-слизову рідину, при пальпації мають еластичну консистенцію, кулясту або яйцеподібну форму, зміщуються при ковтанні.

Лікування — оперативне: повністю видаляють фістулу і кісту.

G. (4) КРИВОШИЯ

Кривошия (*torticollis*) — стійке скривлення ший з неприродним похилим положенням голови. Розрізняють кривошию набуту, що виникає після ушкоджень і опіків ший, спастичного скорочена грудинноключичнососкового м'яза або паралічу кивального м'яза, і природжену, пов'язану з порушенням розвитку грудинноключичнососкового м'яза, шийного відділу хребта і родовою травмою.

Кривошия здебільшого спостерігається у дівчаток, справа вдвічі частіше, ніж зліва.

В результаті вкорочення і рубцевого переродження одного з грудинноключичнососкових м'язів у хворих відмічаються нахил голови вбік, асиметрія обличчя і черепа, сколіоз хребта. При пальпації визначається різке напруження й ущільнення грудинноключичнососкового м'яза.

Лікування оперативне. Рекомендується у віці понад 1 рік зробити операцію — розсічення і незначне видалення ураженого грудинноключичнососкового м'яза. Після операції голову фіксують гіпсовою пов'язкою в положенні гіперкорекції на 3 тижні з наступним фізіотерапевтичним лікуванням.

Консервативне лікування (масаж, лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичні процедури) застосовують у маленьких дітей з легким ступенем кривоший.

(5) ПРИРОДЖЕНІ ПОРОКИ РОЗВИТКУ ХРЕБТА

Найчастішою вадою розвитку хребта є *spina bifida* — природжене незарощення дужок хребта. Ця вада розвитку припадає на одного з 3000 новонароджених і спостерігається у вигляді дефекту дужок хребців (*spina bifida occulta*) або в поєднанні з випинанням спинного мозку та його оболонок (*spina bifida aperta*).

Залежно від вмісту випинання розрізняють такі форми спинно-мозкових гриж: менінгоцеле, мієломенінгоцеле, мієлоцистоцеле.

При менінгоцеле через дефект дужок хребта випинаються оболонки спинного мозку, при мієломенінгоцеле — оболонки і спинний мозок. Мієлоцистоцеле характеризується утворенням великої пухлини, викликаній скупченням спинномозкової рідини, і часто супроводиться паралічем, кінцівок.

Spina bifida occulta здебільшого спостерігається в поперековому і крижовому відділах хребта у вигляді невеликого кісткового дефекту, вкритого стоншеною шкірою. Шкіра в центрі часто рубцево змінена, іноді відмічається волосатість і утворення ангіом.

Spina bifida може довго лишатися непоміченою і діагностується випадково під час рентгенографії у зв'язку із скаргами хворих на біль, розлади сечовипускання і статевої функції.

Спинномозкові грижі діагностуються після народження на підставі наявності (звичайно в попереково-крижовому відділі) пухлиновидного

утворення еластичної консистенції, вкритого розтягнутою стоншеною шкірою. Вони часто супроводяться паралічем кінцівок, порушенням сечовипускання і трофічними розладами.

При спинномозкових грижах нерідко розвиваються трофічні розлади, шкіра вкривається виразками з наступним інфікуванням і виникненням менінгіту.

Лікування. Невеликі дефекти дужок хребців без утворення спинномозкової грижі лікують консервативно. При спинномозкових грижах роблять операцію — виділення і часткове видалення гризового мішка, занурення нервових елементів і пластичне закриття кісткового дефекту. При паралічах і водянці головного мозку операція не показана.

(6) ПРИРОДЖЕНІ ПОРОКИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

Пороки розвитку груднини. Рідко буває повна або часткова відсутність зрощення груднини. При неправильному зрощенні груднини виникає лійкоподібна або кілевидна грудна клітка. Природжені деформації груднини лікують хірургічними пластичними операціями в тих випадках, коли вони порушують функцію органів грудної порожнини.

Пороки розвитку легень та бронхів. Зустрічаються недостатній розвиток, рідко відсутність частки або одної легені, іноді утворення додаткових часток. При порушенні розвитку бронхів виникають розширення їх (бронхоектазії), утворення кіст, які можуть призвести до розвитку нагнійних процесів у легенях.

Природжені пороки серця виникають в результаті неправильного формування серця і його судин під час внутрішньоутробного розвитку плода. Вони становлять близько 3 % захворювань серця.

Природжені пороки поділяють на дві великі групи)

1. Пороки, що характеризуються патологічним скиданням артеріальної крові в мале коло кровообігу. Це так звані бліді пороки (незарощення Боталлової протоки та ін.).

2. Пороки, що характеризуються звуженням легеневої артерії і, отже, недостатнім надходженням крові в мале коло кровообігу. Це так звані сині пороки (тетрада Фалло та ін.).

Відмічаються й інші природжені пороки: природжене звуження аорти (коарктація аорти), дефекти перегородок серця, природжені стенози клапанів і т. д.

Незарощення артеріальної (Боталлової) протоки. Артеріальна протока зв'язує у плода легеневу артерію з аортою. Після народження вона облітерується у більшості дітей протягом першого року життя. При порушенні цього процесу артеріальна протока залишається у дитини і викликає тяжкі порушення кровообігу. У зв'язку з надходженням крові з аорти в легеневу артерію при вислуховуванні серця виявляють грубий систолічний шум («машинний шум»); при пальпації в ділянці серця визначається характерне

дрижання, так зване котяче муркотання. Хворі бліді, ослаблені, відмічаються задишка і серцебиття, зниження діастолічного артеріального тиску.

Діти гинуть від порушення серцевої діяльності або септичного ендокардиту, який розвивається в ділянці протоки.

Лікування полягає в перев'язці протоки. Своєчасно виконана операція дає добрі віддалені результати і не супроводиться високою летальністю.

Ціанотичні природжені пороки серця. Характеризуються поєднанням звуження легеневої артерії, дефекту міжшлуночкової перегородки, правобічного положення аорти і гіпертрофії правої половини серця (тетрада Фалло). Внаслідок дуже недостатнього надходження крові в мале коло кровообігу виникає тяжке порушення окисних процесів в організмі з наступними дегенеративними змінами внутрішніх органів. Характерними ознаками пороку є різко виражений ціаноз, задишка, часті приступи ядухи. Багато дітей гинуть після народження. Точний діагноз встановлюється з допомогою контрастного дослідження і зондування серця.

Лікування — оперативне. Воно полягає в усуненні звуження легеневої артерії або створенні обхідних анастомозів між аортою чи верхньою порожнистою веною і легеневою артерією.

Для поліпшення результатів лікування цієї групи хворих останнім часом рекомендують робити операцію невдовзі після народження.

Коарктація аорти. Коарктацією аорти називається її природжене звуження. Хворі скаржаться на головний біль, загальну слабкість, відмічають підвищений артеріальний тиск на артеріях верхніх кінцівок при відсутності пульсу на нижніх. Відмічається розширення та пульсація міжреберних артерій та інших колатералей.

Діагноз встановлюється з допомогою рентгеноконтрастного дослідження аорти (аортографія).

Лікування оперативне. Проводиться видалення звуженої частини аорти з наступним накладенням швів, при великих дефектах — протезування.

Пороки розвитку стравоходу. Атрезія стравоходу — зарощення грудного відділу стравоходу — є дуже тяжким пороком, буває в одного на 3—4 тисячі новонароджених. Нижня частина стравоходу часто має зв'язок з трахеєю і бронхами, виникають трахеобронхостравохідні фістули.

Атрезія стравоходу розпізнається відразу після народження в зв'язку з наявністю великої кількості піни із рота та носа, ціанозу, порушень дихання. У зв'язку з тим що їжа надходить через фістулу в легені, виникає їх запалення. Діагноз підтверджується контрастним рентгенологічним дослідженням стравоходу.

Лікування атрезій стравоходу хірургічне. Під час операції відновлюють прохідність стравоходу і ліквідують фістули. В тяжких випадках накладають езофагостому на шиї та гастростому для харчування дитини.

(7) ПРИРОДЖЕНІ ПОРОКИ РОЗВИТКУ ШЛУНКА І КИШОК

Природжений пілоростеноз. Пілоростенозом називається природжене звуження пілоричного відділу шлунка. При цьому захворюванні

відбуваються гіпертрофія м'язових пучків і розростання сполучної тканини. Хворіють новонароджені і грудні діти, частіше хлопчики.

Захворювання проявляється на 2 — 4-му тижні після народження, спочатку зригуванням, а потім блюванням фонтаном майже після кожного годування, запором, швидкою втратою маси тіла. Блювотних мас багато, вони не містять жовчі. В результаті зневоднювання згущується кров, знижується вміст хлоридів, швидко розвивається виснаження. Діти мляві, сонливі, у тяжких випадках відмічається гіпохлоремічна кома.

Діагноз встановлюють на підставі характерної клінічної картини і наявності перистальтики шлунка у вигляді пісового годинника при поверхневій пальпації живота і годуванні. Рентгенологічне дослідження дає змогу відрізнити природжений пілоростеноз від інших захворювань шлунка.

Лікування пілоростенозу оперативне — пілоропластика. Під час операції розсікають гіпертрофовану стінку воротаря до слизової оболонки, що приводить до ліквідації пілоростенозу.

Пупкові свищі виникають в результаті незарощення жовткової або сечової протоки. При порушенні облітерації жовткової протоки виникає фістула в ділянці пупка з незначним відходженням слизу, в проксимальній частині виникає дивертикул клубової кишки (Меккеля дивертикул).

Лікування. Проводять повне видалення проток.

Хвороба Гіршпрунга (*megacolon congenitum*) — природжене розширення товстої кишки, виникає внаслідок порушень розвитку нервової системи товстої кишки. В результаті виникають порушення перистальтики кишки, метеоризм, хронічний запор. Діагноз підтверджується рентгенологічним контрастним обстеженням товстої кишки.

Лікування хірургічне.

Пороки розвитку прямої кишки. Найчастіше природженими пороками є атрезія анального отвору і прямої кишки (*atresia ani et recti*).

При атрезії ануса немає задньопрохідного отвору, при атрезії прямої кишки остання недорозвинена.

До рідкісних пороків розвитку належать поєднання атрезії прямої кишки і сполучення з сечовим міхуром, уретрою або піхвою.

Діагноз атрезій нескладний і встановлюється після народження під час огляду промежини. У новонароджених відмічаються повторні блювання і здуття живота. При сполученні прямої кишки з сечовим міхуром або уретрою меконій виділяється з сечею, при ректовагінальній фістулі меконій виділяється через вагіну.

Лікування. Показана термінова операція. При атрезіях задньопрохідного отвору роблять розріз прямої кишки через промежину. При атрезіях прямої кишки накладають спочатку калову фістулу на сигмовидну кишку, а потім проводять зведення прямої кишки.

Н. (8) ПОРОКИ РОЗВИТКУ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Аномалії розвитку нирок. Розрізняють аномалію числа, положення та взаємовідносин нирок.

Відсутність (агенезія) нирки спостерігається у 1 на 1000 новонароджених. При відсутності обох нирок діти народжуються мертвими. Відсутність однієї нирки часто буває з відсутністю сечового міхура, дисплазією статевих органів та іншими пороками розвитку. Дуже рідкий буває додаткова нирка.

Дистонія (ектопія) нирок — незвичайна локалізація нирок трапляється у 1 на 900 новонароджених. Розрізняють тазову, поперекову здухвинну та торакальну дистопію нирок.

При дистонії нирок хворі скаржаться на біль у ділянці локалізації нирки, який виникає під час фізичних напружень, зміни положення тіла. При пальпації дистопірована нирка може помилково прийматись за пухлину.

Діагноз встановлюють при всебічному рентгенологічному обстеженні нирок (пневморен, урографія та ін.).

Підковоподібна нирка характеризується зрощенням нирок верхніми або нижніми полюсами.

Кістозна аномалія нирок спостерігається у вигляді полікістозу обох нирок або кісти однієї нирки. Полікістоз є дуже тяжкою хворобою, часто ускладнюється запаленням, анурією та уремією. Хворі скаржаться на біль у поперековій ділянці, часто гематурію. Діагноз ґрунтується на всебічному урологічному дослідженні.

Лікування консервативне, направлене на профілактику запалення. Операція проводиться при розвитку тяжких ускладнень (піонефроз, злоякісні пухлини).

Пороки розвитку уретри. Розрізняють гіпоспадію — відсутність нижньої частини уретри та епіспадію — відсутність верхньої частини.

Гіпоспадія. Залежно від локалізації розрізняють ствову, мошонкову промежину та головчасту форми.

Епіспадія буває у 1 на 50000 новонароджених, у хлопчиків у 5 разів частіше. У хлопчиків спостерігається епіспадія головки, статевого члена і повна, у дівчаток — клітора, субсимофізарна та повна.

Лікування оперативне. Проводять пластичні реконструктивні операції.

Екстрофія сечового міхура — відсутність передньої стінки. Над лобком визначається слизова оболонка для сечового міхура з отворами сечоводів, із яких постійно виходить сеча.

Лікування оперативне. Проводять пластичне заміщення передньої стінки сечового міхура та інші реконструктивні операції.

Затримка яєчок у черевній порожнині виникає в результаті затримки опускання яєчок у мошонку. Затримка опускання обох яєчок називається крипторхізмом, одного — монорхізмом. Найчастіше яєчко затримується в паховому каналі і може зустрічатися разом з природженою паховою грижею.

При наявності природженої пахової грижі лікування оперативне. При крипторхізмі проводять низведення яєчка.

(9) ПОРОКИ РОЗВИТКУ І ПРИРОДЖЕНІ ДЕФОРМАЦІЇ КІНЦІВОК

Внаслідок порушення внутрішньоутробного розвитку виникають різні вади і природжені деформації кінцівок.

Відсутність кінцівок. Може не бути однієї верхньої (monobrachus) або нижньої (monopus) кінцівки, обох верхніх (abrachus) або нижніх (apus) кінцівок. Дуже рідко одночасно немає верхніх і нижніх кінцівок (амелія).

Гемімелією називається відсутність дистальної частини кінцівки, фокомелією — недорозвинення проксимальних відділів кінцівок.

Артрогрипоз — це природжені множинні симетричні контрактури суглобів верхніх і нижніх кінцівок, поєднані з косорукістю і клишоногістю.

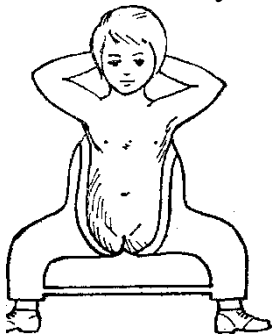
Лікування. Застосовують гіпсові пов'язки, фізіотерапевтичні методи та оперативне втручання на кістковій системі.

Вади розвитку пальців спостерігаються у вигляді синдактилії і полідактилії. Синдактилією називається зрощення двох або кількох пальців між собою, полідактилією — збільшення числа пальців. Кількість їх на одній кінцівці може досягати десяти і більше.

Лікування. При синдактилії проводять оперативно роз'єднання пальців, при полідактилії — видалення додаткових пальців.

Природжений вивих стегна відмічається у 2—3 з 1000 новонароджених; у дівчаток у 5—7 разів частіше, ніж у хлопчиків.

Мал. Лікування природженого вивиху стегна гіпсовою пов'язкою.



Природжений вивих може бути однобічним і двобічним. Однобічні вивихи трапляються в 1,5—2 рази частіше, ніж двобічні.

При Природженому вивиху стегна спостерігаються недорозвинення, сплюснення вертлюжної западини і головки стегнової кістки, суглобова сумка розтягується, кругла зв'язка атрофується.

При обстеженні виявляються вкорочення кінцівки, поворот (ротація) назовні та обмеження відведення. Верхівка великого вертела міститься вище лінії Розера — Нелатона, яка сполучає передню ось клубової кістки і сідничний горб. Під час ходьби діти шкутильгають, при двобічному вивиху хода хитка (качина). Симптом Тренделенбурга позитивний: при стоянні на хворій кінцівці і підніманні здорової таз опускається в здоровий бік, а сіднична складка виявляється вищою на хворому боці. В сумнівних випадках вдаються до рентгенографії.

Лікування. Треба якомога раніше зробити безкровне вправлення вивиху. У перші місяці життя застосовують лікування на спеціальних відвідних шинах. Дітям віком понад півроку вивих вправляють під наркозом з наступним накладенням гіпсової пов'язки на 6—7 міс. її накладають у положенні відведення і згинання у кульшовому й колінному суглобах. Після 6 років (при однобічному) і після 5 років (при двобічних вивихах) показане оперативне лікування.

Клишоногість (pes equinovarus congenitum) — природжена деформація стопи з різного ступеня супінацією і підніманням внутрішнього краю стопи. У тяжких випадках тильна частина стопи є опорою, а підошвовна обернена догори.

Лікування природженої клишоногості починається з перших днів після народження. Спочатку роблять поступову ручну редресацію, а через 3 — 4 тижні починають лікування етапними гіпсовими пов'язками, поступово виправляючи деформацію стопи. Потім користуються шинами й ортопедичними знімними апаратами.

При застарілих формах клишоногості рекомендується оперативне лікування для виправлення порочного положення стопи з допомогою клиновидної остеотомії її або артродезу в надп'яtkово-п'яtkово-човноподібному суглобі з наступною фіксацією в гіпсовій пов'язці. Після операції доцільно користуватися ортопедичним взуттям.

Кінська стопа (*pes equinus*). Кінською стопою називається деформація, при якій стопа звисає, п'ятка піднята догори, п'ятковий (ахіллів) сухожилок напружений. Кінська стопа розвивається найчастіше при м'яких паралічах і в результаті неправильної фіксації стопи в гіпсовій пов'язці.

Лікування. Застосовуються консервативні методи ванни, лікувальна гімнастика, масаж, накладення етапних гіпсових пов'язок. При стійких контрактурах показана операція — подовження п'яткового (ахіллового) сухожилка (тенотомія).

Плоскостопість. Плоска стопа характеризується сплюсненням склепіння. Захворювання бував природженим або набутим, розвивається внаслідок надмірного навантаження на стопу в молодому віці, після перенесених захворювань і травм її. Хворі скаржаться на біль у ногах, швидко стомлюваність при ходьбі і стоянні. Під час ходьби хворий злегка шкутильгає і трохи повертає стопи назовні. Діагноз плоскостопості легко встановлюється з допомогою відбитків підошви на закопченому папері.

Лікування плоскостопості консервативне. Застосовується масаж стопи, лікувальна гімнастика, ванни, рекомендується користуватися ортопедичним взуттям або спеціально виготовленими устілками для піднімання склепіння стопи, які називаються супінаторами.

Контрольні запитання.

1. Які ви знаєте природжені деформації та дефекти голови?
2. Які ви знаєте пороки розвитку лиця і порожнини рота?
3. Які ви знаєте природжені кісти і фістули шиї?
4. Що таке кривошия?
5. Які ви знаєте природжені пороки розвитку хребта?
6. Які ви знаєте природжені пороки грудної клітки, органів грудної порожнини?
7. Які ви знаєте природжені пороки розвитку шлунка і кишок?
8. Які ви знаєте пороки розвитку сечостатевої системи?
9. Які ви знаєте пороки розвитку і природжені деформації кінцівок?

Тести для самоконтролю.

1. Наука, що вивчає вади розвитку, має назву:
А. Гістологія
В. Ембріологія

- C. Ендокринологія
 - D. Геронтологія
 - E. Тератологія
2. До етіологічних факторів вад розвитку відносять всі, крім:
- A. Інтоксикації
 - B. Радіації
 - C. Спадковості
 - D. Хронічної інфекції
 - E. Гіподинамії
3. До вад розвитку відносять все, крім:
- A. Spinae bifidae
 - B. Дермоїдних кіст
 - C. Апендициту
 - D. Рахісхізису
 - E. Мегалії
4. Що не є вадю розвитку:
- A. Атрезія
 - B. Faus lurina
 - C. Ектопія
 - D. Дистопія
 - E. Атерома
5. Вкажіть період внутрішньоутробного розвитку, що найбільш небезпечний для розвитку природженої вади:
- A. 1-2-й, 4-6-й тижні
 - B. 3-й місяць
 - C. 6-й місяць
 - D. 8-й місяць
 - E. 9-й місяць
6. До вад розвитку голови і обличчя не відносяться:
- A. Розщелина верхньої губи, макростомія
 - B. Вуздечка язика і верхньої губи, колобома
 - C. Мозкова грижа, акранія
 - D. Вузловий зоб, паротит
 - E. "Вовча паща", макроглосія
7. Вкажіть оптимальні терміни оперативного лікування при атрезії анусу:
- A. В день народження
 - B. На першому місяці життя
 - C. В дошкільному віці
 - D. В шкільному періоді
 - E. В міру зростання симптомів непрохідності
8. До вад розвитку нервової системи відносять все, крім:
- A. Менінгоцеле
 - B. Макроцефалії
 - C. Варикоцеле
 - D. Гідроцефалії

- Е. Спинно-мозкової грижі
- 9. До вад розвитку кінцівки відносять все, крім:
 - А. Природженого вивиху стегна
 - В. Природженого перелому стегна
 - С. Полідактилії
 - Д. Синдактилії
 - Е. Макромелії
- 10. Що не відносять до мозкової грижі:
 - А. Варикоцеле
 - В. Менінгоенцефалоцеле
 - С. Енцефалоцеле
 - Д. Менінгоцеле
 - Е. Енцефалоцистоцеле
- 11. До вад розвитку хребта відноситься все вказане, крім:
 - А. Рихісхізису
 - В. Гідроенцефалоцеле
 - С. Мієлоцистоцеле
 - Д. Мієломенінгоцеле
 - Е. Менінгоцеле
- 12. Приховане розщеплення дужок хребців, що клінічно не проявляється:
 - А. Потребує консервативного лікування
 - В. Потребує оперативного лікування
 - С. Лікування не потребує
- 13. Вкажіть природжені пухлини крижо-куприкової ділянки:
 - А. Дермоїдна кіста, тератоїдна пухлина
 - В. Хвороба Оліппеля-Фейля
 - С. Хвостоподібні додатки
 - Д. Все вищевказане, крім п.2
 - Е. Все вищевказане, крім п.3
- 14. До вад розвитку лиця і ротової порожнини відносять все вказане, крім:
 - А. “Заячої губи”
 - В. Макростомії
 - С. “Вовчої пащі”
 - Д. Викривлення носової перетинки
 - Е. Розщелини лиця
- 15. До варіантів “вовчої пащі” відносяться всі, крім:
 - А. Незарощення м’якого піднебіння
 - В. Незарощення м’якого піднебіння з твердим
 - С. Незарощення м’якого піднебіння і частини твердого
 - Д. Одностороннього незарощення м’якого і твердого
 - Е. Піднебіння
 - Ф. Двохстороннього незарощення м’якого і твердого
 - Г. Піднебіння
- 16. До вад розвитку ший відноситься все, крім:
 - А. Вузлового зобу

- В. Природжених нориць
 - С. Природжених кіст
 - Д. Кривошії
 - Е. Лімфаденіту
17. До вад розвитку груднини відносяться всі, крім:
- А. Незрошення груднини
 - В. Повної відсутності груднини
 - С. Воронкоподібних грудей
 - Д. Подвоєння груднини
 - Е. Вказаного в п. 3 і 4
18. До природжених вад серця відносять всі вказані, крім:
- А. Незарощення боталової протоки
 - В. Незарощення міжпередсердної перегородки
 - С. Декстрапозиція серця
 - Д. Відсутність передсердь
 - Е. Незарощення міжшлуночкової перегородки
19. Вкажіть природжені вади крупних судин:
- А. Варикозне розширення підшкірних вен
 - В. "Голова медузи"
 - С. Звуження аорти, транспозиція судин
 - Д. Ендартеріт
 - Е. Несправжня аневризма
20. До природжених вад легень відносять все вказане, крім:
- А. Додаткових долей
 - В. Недорозвитку легені або її долі
 - С. Природжених кіст і бронхоектазів
 - Д. Ателектазів легень
 - Е. Трахеальних бронхів
21. Чи вірно, що повне незарощення ductus omphaloentericus проявляється кишковою норицею в ділянці пупка?
- А. Так
 - В. Ні
22. Неповна облітерація ductus omphaloentericus веде до утворення:
- А. Черв'якоподібного відростка сліпої кишки
 - В. Дивертикула Меккеля
 - С. Дивертикула 12-палої кишки
 - Д. Сечової нориці
 - Е. Дивертикула сечового міхура
23. Повне незарощення урахусу проявляється:
- А. Норицею кишки в ділянці пупка
 - В. Сечовою норицею в ділянці пупка
 - С. Дивертикулом Меккеля
 - Д. Дивертикулом сечового міхура
 - Е. Жовчною норицею

24. Чи вірно, що однією з причин утворення дивертикулу сечового міхура є неповна облітерація урахуса?
- A. Так
 - B. Ні
25. Хвороба Гіршспрунга проявляється:
- A. Тривкими проносами
 - B. Тривкими закрепам
 - C. Неутриманням калу
26. До вад розвитку заднього проходу і прямої кишки не відноситься:
- A. Атрезія заднього проходу
 - B. Атрезія прямої кишки
 - C. Атрезія заднього проходу і прямої кишки
 - D. Атонія сфінктеру ануса
 - E. Атрезія заднього проходу з ректовагінальною норицею
27. До вад розвитку нирок відносять:
- A. Відсутність однієї нирки
 - B. Підковоподібну нирку
 - C. Кістозну нирку
 - D. Все вищевказане
 - E. Все вищевказане, крім п. 3
28. Епіспадія і гіпоспадія – це вади розвитку:
- A. Сечоводів
 - B. Лоханок
 - C. Сечового міхура
 - D. Сечовивідного каналу
 - E. Нирок
29. Крипторхізм – це затримка опускання:
- A. Одного яєчка
 - B. Обоих яєчок
30. Затримка яєчка в черевній порожнині або в паховім каналі називається:
- A. Монорхізмом
 - B. Крипторхізмом
31. Повну відсутність однієї або кількох кінцівок називають:
- A. Ектомелією
 - B. Гемімелією
 - C. Фокомелією
32. Природжене зрощення пальців між собою називається:
- A. Макромелією
 - B. Макродактилією
 - C. Полідактилією
 - D. Синдактилією
 - E. Фокомелією

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ

1	2													
Е	Е													
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
С	Е	А	Д	А	С	В	А	В	С	Д	Д	В	А	Д
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Д	С	Д	А	В	В	А	В	Д	Д	Д	В	А	В	Д

Література

1. Роздольський І.В. Посібник з хірургії. К. Здоров'я. 2003 р. с. 271-273.
2. Скрипниченко Д.Ф. "Хірургія", К., "Вища школа" 1992 р. стор. 360-366.

Тема: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями голови»

Актуальність теми:

У всіх розвинутих країнах світу сучасний травматизм являє собою надзвичайно важливу соціальну проблему. Спостерігається його неупинний ріст на протязі останніх десятиріч як в мирний час, так і під час воєнних дій. Відповідно цьому збільшується і кількість черепно-мозкових травм.

Закриті ушкодження черепа виникають в результаті тупої травми при падінні і ударі головою об твердий предмет або землю, від дії вибухової хвилі, при ударі по голові або її здавленні. Прогнозується, що в умовах сучасної війни травми черепа і головного мозку можуть скласти 15-30% всіх поранень.

Навчальні цілі:

1. Мати уяву про черепно-мозкову травму.
2. Знати види черепно-мозкової травми та їх основні клінічні ознаки.
3. Знати клінічні ознаки перелому склепіння та основи черепа.
4. Вміти надати невідкладну допомогу при закритій черепно-мозковій травмі.
5. Вміти здійснювати догляд за хворими з черепно-мозковою травмою, захворюваннями голови і шиї.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т. Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002 рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

План

1. Особливості обстеження голови та шиї.
2. Ушкодження м'яких тканин і кісток черепа.

3. Відкрита і закрита черепно-мозкова травма (переломи скелетів і основи черепа, струс, забій і здавлювання мозку).
4. Рани м'яких тканин лиця.
5. Переломи нижньої щелепи.
6. Переломи виличної кістки та виличної дуги.
7. Переломи кісток носа.
8. Переломи верхньої щелепи.

Обстеження голови та шиї починають з їх огляду.

Під час огляду голови потрібно звернути увагу на її форму, пропорційність кісток мозкового і лицевого черепа (збільшення об'єму голови або окремих частин може бути при аденомі гіпофіза), стан очних яблук (двобічний екзофтальм може бути при захворюванні щитоподібної залози, одnobічний — при патологічному процесі в орбіті; енофтальм, міоз, птоз — при стисненні симпатичного нерва пухлиною — синдром Горнера) і кон'юнктиви, форму зіниць. Слід оглянути внутрішню поверхню губ, зуби, ясна і язик, зокрема його вуздечки.

Під час пальпації верхньої і нижньої щелеп можна визначити локалізацію патологічного процесу, виявити патологічну рухливість. За наявності пухлини визначають її розміри, консистенцію, характер поверхні. Пальпація інфільтрату дозволяє визначити поширення запального процесу, наявність флуктуації.

Рентгенологічні методи. Виділяють 3 групи методів нейрорентгенодіагностики:

- 1) звичайну рентгенографію (краніографія, спондилографія, томографія) і крупнокадрову рентгенографію;
- 2) контрастні методи, які базуються на введенні в порожнину органа чи судину повітря або контрастних речовин, що містять йод (пневмоенцефалографія, пневмовентрикулографія, пневмоцистернографія, мієлографія, ангіографія);
- 3) комп'ютерну томографію (дозволяє отримати пошарове зображення структур головного мозку в аксіальній проекції).

Електрофізіологічні методи. Електроенцефалографія — реєстрація електричної активності біопотенціалів головного мозку.

Реоенцефалографія дозволяє досліджувати церебральну гемодинаміку при ураженні судин головного мозку. Метод базується на реєстрації зміни електричного опору тканин мозку, зумовлених пульсовим коливанням крові.

Електроміографія дозволяє шляхом реєстрації електропотенціалів м'язів виявити порушення нервово-м'язової системи.

Ультразвукові методи. Застосовують доплерографію.

Радіоізотопні методи. Проводять позитронно-емісійну томографію, енцефалосцинтиграфію, енцефалоангіосцинтиграфію.

Ядерно-магнітно-резонансні методи (ЯМР-томографія, ЯМР-спектрографія) дозволяють визначити об'єм і поширення пухлини мозку, виявити вогнищеві ішемічні його ураження.

За допомогою спинномозкової пункції отримують спинномозкову рідину, визначають прохідність лікворних шляхів.

Офтальмоскопія дає можливість виявити зміни очного дна, які часто зустрічаються при захворюваннях нервової системи.

Ушкодження м'яких тканин голови і кісток черепа можуть бути закритими (забій, крововилив) і відкритими (рани).

Забій виникає при ударі твердим предметом. Він буває підшкірним (обмежений крововилив) і підпапоневротичним (розмитий крововилив, який характеризується наявністю флуктуації).

Крововилив під окістя черепа, який виникає під час пологів, називається кефалгематомою. Вона розміщується в ділянці лобової або тім'яної кістки і має вигляд обмеженого еластичного утворення з вираженою флуктуацією. Протягом перших днів після пологів гематома трохи збільшується, потім поступово розсмоктується.

Лікування кефалгематом консервативне. Застосовують стисні пов'язки. На 3 — 5-й день виконують пункцію гематоми.

Рани м'яких тканин голови бувають різної форми і розмірів залежно від характеру травми: різані, рубані, колоті, забиті, вогнепальні та ін. Рани можуть бути проникними (при ушкодженні кісток черепа і твердої мозкової оболонки) і непроникними. При дії ріжучих предметів або інструментів утворюються різані рани з рівними гладенькими краями, які сильно кровоточать. Може бути ушкоджена лише шкіра або рана проникає через су-хожилковий шолом до кістки.

Колоті рани можуть мати глибокий канал, який доходить до кістки. При таких ранах обов'язково проводять рентгенологічне дослідження.

Скальповані рани характеризуються вираженою кровотечею, проте сухожилковий шолом не травмується.

Вогнепальні рани черепа і головного мозку поділяють на 3 групи: рани м'яких тканин (без ушкодження кістки); непроникні рани черепа (екстрадуральні) — перелом кістки без ушкодження твердої мозкової оболонки; проникні поранення черепа і головного мозку з ушкодженням кістки, мозкових оболонок і речовини мозку.

Фельдшер проводить туалет рани м'яких тканин голови, накладає асептичну пов'язку, з метою гемостазу — стисну. Хворого необхідно госпіталізувати, виконавши транспортну іммобілізацію. У стаціонарі проводять рентгенографію черепа. Перед операцією потрібно широко вибрити волосся навколо рани, продезінфікувати шкіру. Під місцевою інфільтраційною анестезією рану розширюють гачками та оглядають її. Видаляють сторонні тіла, вирізують краї і дно рани до кістки (із розсіченням сухожилкового шолому). За відсутності ушкодження кісток накладають шви. Інфіковані рани зашивати не слід.

Переломи кісток черепа. Розрізняють переломи склепіння та основи черепа.

Переломи склепіння черепа виникають унаслідок сильних ударів, які супроводжуються стисненням і розривом кісток черепа.

Діагностика закритого перелому часто важка. Діагноз встановлюють за наявності деформації черепа, втиснень чи виступів, рухливості і крепітації кісткових відламків.

При відкритому переломі діагноз уточнюють під час первинної хірургічної обробки рани (зондувати рану не можна). При закритих переломах хворого транспортують у травматологічне відділення, наклавши на місце перелому міхур з льодом та виконавши транспортну іммобілізацію. При відкритому переломі фельдшер повинен провести туалет рани, накласти асептичну пов'язку і транспортувати хворого в травматологічний стаціонар. Якщо в рану випадає речовина мозку, потрібно накласти пов'язку, змочену теплим розчином антисептика (фурациліну).

При переломі передньої мозкової ямки основи черепа виникають тріщини, які поширюються на орбіту і кістки носа. При переломі середньої мозкової ямки ці тріщини поширюються на піраміду скроневої кістки і ділянку слухового ходу, а при переломі задньої мозкової ямки — на великий потиличний отвір. Такі переломи супроводжуються забоєм головного мозку, тому їх клініка залежить від важкості черепно-мозкової травми. Характерні лікворея з носа і вуха, крововиливи в параорбітальну клітковину (симптом окулярів) і кон'юнктиву очного яблука, екзофтальм. Унаслідок розриву і стиснення черепних нервів з'являються симптоми, характерні для ушкодження лицевого, слухового та інших нервів.

Перша медична допомога полягає в туалеті рани, накладанні асептичної пов'язки, тампонаді зовнішнього слухового ходу і носового ходу стерильною турундою (не закапуючи при цьому розчини антисептиків). Після виконання транспортної іммобілізації хворого направляють в нейрохірургічне відділення.

У нейрохірургічному відділенні проводять первинну хірургічну обробку рани, декомпресійну трепанацію черепа, дегідратаційну терапію, антибіотикотерапію. Хворі потребують зондового харчування. Потрібно слідкувати за функцією кишечника і сечового міхура.

При ушкодженні склепінная черепа (без ушкодження речовини головного мозку) призначають дегідратаційну терапію, виконують спинномозкову пункцию.

Рани м'яких тканин лица можуть бути забитими, різаними, колотими і рваними. Кожне з цих ушкоджень може поєднуватися з переломом кісток лицевого скелета, а при останніх двох видах ран утворюються дефекти м'яких тканин.

Забиті рани лица зустрічаються часто. Вони супроводжуються утворенням саден і гематом, поступово наростаючим набряком і сильним та тривалим болем. Рани часто забруднені. Там можуть міститися рентгеноконтрастні сторонні тіла (наприклад, шматочки дерева, скла). Садна шкірних покривів лица швидко епітелізуються, і сторонні тіла можуть деякий час нічим себе не проявляти. Іноді хворі забувають про отримане ушкодження, і тільки коли з'являються набряк та інфільтрація тканин, утворюються нориці з гнійними виділеннями, які тривало не загоюються, вони звертаються

до лікаря. Наявність стороннього тіла є показанням до оперативного втручання. Забиті рани лица можуть супроводжуватися струсом головного мозку, переломами кісток лицевого скелета, переломами кісток черепа.

Рвані рани лица в умовах мирного часу зустрічаються порівняно рідко, але звичайно супроводжуються значним ушкодженням м'яких тканин лица. Рани дуже болючі, мають неправильну форму, нерівні краї, сильно кровоточать, зіяють. До цього виду ушкоджень можна віднести і рани від укусів зубами, які супроводжуються, як правило, утворенням значних дефектів нижньої і верхньої губи, кінчика і крила носа, вушної раковини. До кусаних ран відносять і ушкодження слизової оболонки ротової порожнини і язика. Ці рани дуже болючі, можуть нагноюватись і ускладнюватись утворенням абсцесів і флегмон.

Різані рани лица зустрічаються порівняно рідко. Вони сильно кровоточать, зіяють, не дуже болючі. До найбільш серйозних ушкоджень відносять різані рани кінчика носа, вушної раковини, привушної залози (з ушкодженням її паренхіми та головної вивідної протоки чи лицевого нерву).

До ранніх ускладнень ушкоджень м'яких тканин лица слід віднести сильну кровотечу, шок і асфіксію внаслідок гострого набряку тканин дна ротової порожнини та кореня язика; до пізніх — нагноєння ран з утворенням абсцесів і флегмон, у тому числі анаеробних.

Перша медична допомога хворим з ушкодженнями м'яких тканин лица включає припинення кровотечі, профілактику асфіксії і шоку. Кровотечу часто вдається спинити за допомогою тугої пов'язки чи шляхом тампонади рани. Якщо кровоточить велика судина, слід накладити кровоспинний затискач чи перев'язати її. При кровотечі з язика треба підтягнути його вперед: кровотеча при цьому звичайно припиняється чи помітно сповільнюється. Потім потрібно звільнити ротову порожнину від згустків крові і накладити шви на рану. Стеногічна форма асфіксії (стиснення трахеї) може розвиватися при ушкодженнях м'яких тканин дна рота, коли набряк чи гематома поширюється на шию. У таких випадках негайно проводять трахеостомію. Хворі потребують термінової госпіталізації. З метою профілактики шоку вводять болезаспокійливі засоби, спиняють кровотечу.

Ранову поверхню покривають асептичною пов'язкою, вводять протиправцеву сироватку та анатоксин, після чого хворого направляють до хірурга для первинної хірургічної обробки рани і накладання швів. За необхідності виконують пластичні операції.

Показання до госпіталізації: поєднані ушкодження головного мозку, переломи кісток черепа і лицевого скелета, кровотеча з великих судин, ушкодження привушної залози та її головної вивідної протоки, рани кінчика і крил носа, вушних раковин і губ, порушення анатомічної цілості лицевого нерву, нагноєння гематом з утворенням флегмон.

Частота **ушкоджень лицевих кісток** в умовах мирного часу останніми роками постійно зростає. Зазвичай це побутові травми.

Переломи нижньої щелепи складають більше половини усіх ушкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки. Розрізняють переломи тіла, підборідного

відділу, кута, гілки та альвеолярної частини щелепи. Вони можуть бути одиничними, подвійними, множинними та осколковими, зі зміщенням і без зміщення відламків. Переломи нижньої щелепи бувають одно- чи двобічними.

Хворі скаржаться на порушення функції жування та розлади мовлення, біль, рідше - на утруднене ковтання. Під час обстеження хворого нижню щелепу охоплюють знизу пальцями правої руки, при цьому великий палець треба помістити на правий кут щелепи, а вказівний — на лівий. При зближенні пальців (стисненні щелепи) виникає біль у місці перелому. Потім вказівний палець розміщують на жувальній поверхні зубів, а великим пальцем охоплюють основу нижньої щелепи. Легкі рухи руки супроводжуються крепітацією, визначається рухливість відламків. Так визначають локалізацію перелому кісток.

Вказівними пальцями чи мізинцями, введеними в зовнішній слуховий хід хворого, перевіряють синхронність рухів головок щелепи. Відставання однієї з них свідчить про перелом у ділянці виросткового відростка. Якщо під час пальпації виявляють "порожню" суглобову западину, то це свідчить про перелом у ділянці шийки нижньої щелепи, ускладнений вивихом її головки.

До ранніх ускладнень переломів нижньої щелепи відносять травматичні контрактури.

Двобічні переломи підборідного відділу щелепи можуть ускладнюватися западанням язика й асфіксією. При ушкодженнях судинно-нервового пучка можливі кровотеча та сильний біль. У подальшому можуть розвиватися травматичний остеомієліт, навколощелепні флегмони. Можливі такі ускладнення, як неправильне зрощення кісткових відламків, утворення несправжнього суглоба, формування стійкої рубцевої контрактури.

Перша медична допомога включає припинення кровотечі, знеболювання, профілактику асфіксії, транспортну іммобілізацію щелепи.

Асфіксія розвивається при переломі підборідного відділу нижньої щелепи, коли западає язик. При вогнепальних ушкодженнях цієї ділянки слід прошити язик, відступивши на 2 см від його кінчика. Потім треба підтягнути язик уперед міцною лігатурою, прикріпивши її до раніше накладеної підборідної пращоподібної пов'язки чи до шиї. Видаливши згустки крові, вибиті зуби і сторонні тіла з ротової порожнини, можна запобігти обтураційній асфіксії. Якщо вхід до гортані закритий клаптем м'яких тканин, то розвивається клапанна асфіксія. Підшивання клаптя виключає цю загрозу. Аспіраційна форма асфіксії розвивається в разі затікання крові чи блювотних мас у дихальні шляхи. У разі загрози асфіксії необхідно терміново госпіталізувати хворих. Транспортують їх обов'язково в положенні обличчям униз.

Лікування хворих, як правило, стаціонарне. Протягом 10 — 14 днів хворий повинен носити шини. У цей період велику увагу слід приділяти туалету ротової порожнини. Через 1 тиждень можна дозволити під час приймання їжі знімати гумову міжщелепну тягу із зачіпних петель шин. Через 2 тижні шини можна зняти.

Переломи виличної кістки та виличної дуги зустрічаються досить часто. При переломах виличної кістки хворі скаржаться на втрату чутливості шкіри

в підочноямковій ділянці, виникнення "сходинки" в ділянці нижньоочномкового краю, крововилив у склеру, гематому повік. Перелом виличної дуги супроводжується деформацією обличчя, порушенням функції нижньої щелепи (хворий не може відкрити рот). Перкуторно визначається звук "розбитого горщика" (симптом Малевича). У разі ушкодження передньої стінки гайморової пазухи та розриву її слизової оболонки з відповідної половини носа з'являються кров'янисті виділення.

Можливі такі ускладнення: травматичні гайморити та неврити підочноямкового нерва, диплопія, стійка контрактура нижньої щелепи.

Хворого направляють до стоматолога для оперативного вправлення відламків (амбулаторне чи в стаціонарі).

Переломи кісток носа зустрічаються рідко і супроводжуються бічним чи передньозаднім зміщенням. Характеризуються сильною, але нетривалою кровотечею, порушеннями дихання, утворенням гематом повік (симптом окулярів). При вбитих переломах кісток носа можливий прорив (перфорація) передньої черепної ямки чи лікворея; у таких хворих спостерігається "укорочення" спинки носа. При усіх переломах кісток носа пальпаторно виявляють крепітацію. При свіжих переломах (до розвитку набряку) діагноз не становить труднощів. Усі переломи кісток носа є відкритими.

Перелом кісток носа може ускладнитися сильною кровотечею (дуже рідко — профузною). Для її припинення проводять передню (в окремих випадках задню) тампонаду. При вбитих переломах кісток носа тампонада верхнього носового ходу протипоказана, оскільки можливе висхідне інфікування та менінгеальні ускладнення.

Переломи верхньої щелепи зустрічаються рідко, але останніми роками їх частота значно зросла у зв'язку зі збільшенням дорожньо-транспортного травматизму. Можливі такі варіанти ушкодження верхньої щелепи:

- частковий перелом чи повний відрив альвеолярного відростка щелепи;
- перелом на місці з'єднання щелепи з лобовою та виличною кістками;
- перелом через корінь носа, очну ямку і виличну дугу.

Клінічна картина кожного з цих видів перелому різна. Усі хворі скаржаться на загальну слабкість, головний біль, біль під час ковтання. Лице "подовжується" внаслідок зміщення відламків щелепи донизу, утворюється відкритий прикус. При другому та третьому типах переломів виникає симптом окулярів. При третьому типі перелому загальний стан хворого дуже важкий, він непритомніс. Пульс рідкий, АТ знижений, розвивається шок. Цей тип перелому часто поєднується з переломом основи черепа і, як правило, супроводжується ушкодженням головного мозку. Можливі кровотечі і лікворея з носу та вух. Пальпаторно визначається рухливість верхньої щелепи, яка супроводжується посиленням болю та крепітацією.

Переломи верхньої щелепи можуть у ранні терміни ускладнюватися сильною кровотечею, шоком; у пізні — неправильним зрощенням відламків, порушенням прикусу, травматичним остеомієлітом.

Першу медичну допомогу надає фельдшер. Хворому пропонують щільно стиснути зуби, нижню щелепу прибинтовують у такому положенні. Хворого

транспортують у відділення щелепно-лицевої хірургії тільки в положенні лежачи. При часткових переломах альвеолярного відростка щелепи та при вивихах окремих зубів хворих лікують амбулаторно, в інших випадках показане стаціонарне лікування.

Контрольні питання:

1. Які види черепно-мозкової травми ви знаєте ?
2. Перелічити клінічні ознаки перелому основи черепа.
3. Чому при ліквореї з вух категорично заборонено проводити їх тампонаду ?
4. Яка тактика медпрацівника при закритій черепно-мозковій травмі ?
5. Особливість догляду за хворими з черепно-мозковою травмою ?
6. Які особливості ран м'яких тканин голови ви знаєте?

Тестові питання для самоконтролю.

1. Вкажіть симптом забою м'яких тканин голови:
 - A. Блювання
 - B. Втрата свідомості
 - C. Амнезія
 - D. Анізокорія
 - E. Підшкірна гематома
2. Яка перша допомога і які рекомендації ви даєте хворому з черепно-мозковою травмою (струсом мозку):
 - A. Застосування холоду на голову
 - B. Застосування кровоспинних засобів
 - C. Обмеження вживання рідини
 - D. Дотримання безсольової дієти
 - E. Застосовування протишокових препаратів
3. В якому положенні транспортують хворого з черепно-мозковою травмою:
 - A. Напівсидячому
 - B. Сидячи
 - C. На боці
 - D. На спині з опущеною головою
 - E. На спині з повернутою на бік головою.
4. При переломі основи черепа "симптом окулярів" з'являється після травми:
 - A. Зразу
 - B. Через 2 год
 - C. Через 6 год
 - D. Через 12 год
 - E. Через добу і більше
5. Лікворея з вух і носа виникає при:
 - A. Забої головного мозку
 - B. Переломі основи черепа
 - C. Пораненні склепіння черепа
 - D. Струсі головного мозку
 - E. Здавленні головного мозку
6. При пораненні склепіння черепа застосовують пов'язку:

- A. Дезо
 - B. Вельпо
 - C. Бінокулярну
 - D. Чепець
 - E. Вуздечку
7. Для транспортної іммобілізації при черепно-мозкових травмах застосовують шини:
- A. Дітерікса
 - B. Єланського
 - C. Башмакова
 - D. Томаса-виноградова
 - E. ЦТО
8. Вид черепно-мозкової травми, симптомом якої є кровотеча і лікворея з носа вух:
- A. Струс головного мозку.
 - B. Здавлення головного мозку.
 - C. Перелом основи черепа.
 - D. Внутрішньо-черепна кровотеча.
 - E. Перелом склепіння черепа.
9. “Симптом окулярів” спостерігають при:
- A. Струсі мозку.
 - B. Забитті мозку.
 - C. Переломі основи черепа.
 - D. Здавленні мозку.

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Е	А,С,Д	В,С,Е	Е	В	Д	В,С	С	С

II Ситуаційні задачі.

1. Ввечері в приймальне відділення районної лікарні доставлений потерпілий після автодорожньої аварії. Стан важкий. Без свідомості. Пульс 120 ударів за 1 хв. АТ = 110/70 мм.рт. см. Дихання поверхневе, 24 за 1 хв. Зіниці широкі, не реагують на світло. Із правого слухового проходу кровотеча. Чергують терапевт і фельдшер, хірурга немає.

Що з потерпілим ? Яка лікувальна тактика в даному випадку ?

2. У потерпілого рот напіввідкритий, нижня щелепа зміщена вліво, у ділянці кута щелепи рвана рана.

Назвіть попередній діагноз ? Яку першу медичну допомогу необхідно надати ?

Еталони відповідей:

1. У потерпілого можливо перелом основи черепа. Необхідно негайно викликати хірурга. До його прибуття зробити загальний аналіз крові, сечі (взяти катетером) і рентгенографію черепа в 2-х проекціях. Так як у потерпілого в любий момент може настати зупинка дихання, потрібно бути готовим до реанімаційних заходів. Тампонувати правий слуховий прохід не

потрібно, а можна дренувати його марлевою турундою, змоченою в антисептичному розчині.

2. У потерпілого вивих нижньої щелепи і рвана рана м'яких тканин обличчя. Необхідно накласти тиснучу асептичну пов'язку на рану, провести іммобілізацію нижньої щелепи за допомогою пов'язки "вуздечка" або пращоподібної і негайно доставити потерпілого в лікувальний заклад.

Тема: Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями ший.

Актуальність теми:

На базі набутих знань з анатомії, патології, загального догляду за хворими здобувачі освіти повинні самостійно ознайомитися з діагностикою пухлин стравоходу, оволодіти методикою дослідження хворих, які страждають на таку патологію, навичками догляду за цією категорією хворих.

Навчальні цілі:

Здобувачі освіти повинні знати:

1. Чинники, що сприяють виникненню пухлин стравоходу.
2. Основні клінічні прояви злоякісних новоутворень стравоходу.
3. Диференціальну діагностику пухлин і передпухлинних захворювань стравоходу.
4. Анатомію шийної ділянки, ендокринних органів.
5. Види зоба.
6. Особливості діагностики та профілактики різних видів зоба.

Здобувачі освіти повинні вміти:

1. Правильно зібрати анамнез захворювання.
2. Назвати передпухлинні захворювання стравоходу.
3. Вчасно запідозрити онкологічне захворювання.
4. Виявити симптоматику зоба, тиреотоксикозу.
5. Надати медичну допомогу хворим на ці захворювання.
6. Проводити профілактику зоба, тиреотоксикозу.

Мета самостійної роботи:

1. Ознайомитися з клінікою злоякісного новоутворення стравоходу.
2. Засвоїти діагностику злоякісного новоутворення і передпухлинних захворювань стравоходу.
3. Сформуванати навички догляду за онкологічними хворими.
4. Ознайомитися з етіологією, патогенезом різних видів зоба.
5. Засвоїти клінічні ознаки різних видів зоба, їх діагностику.
6. Оволодіти методами профілактики зоба та тиреотоксикозу.

Карта ООД

№ п/п	Завдання	Вказівки до завдання	Контрольні питання	Література
----------	----------	----------------------	--------------------	------------

		Знати	Вміти		
1.	Вади розвитку шиї	Клініку, діагностику, методи лікування природжених вад розвитку шиї.	Діагностувати вади розвитку шиї, визначити лікувальну тактику.	1. До медичної сестри звернулася мати з 2 - річною дитиною. На шиї дитини по середній лінії, в під'язичній ділянці визначається отвір діаметром 0,2 см, із скудним слизовим виділенням. При пальпації визначається тяж, що йде до під'язикової кістки. Діагноз? Ваші рекомендації? 2. До медичної сестри звернулася 30 - річна жінка із скаргами на пухлино подібне утворення на шиї, яке вона помітила 2 місяці тому. При огляді: біля внутрішнього краю груднинно-ключично-соскоподібного м'язу пальпується кульовидне щільно-еластичне утворення діаметром 1,5 см, не спаяне з сусідніми тканинами. Діагноз? Ваші рекомендації? 3. До медичної сестри звернулася мати з новонародженою дитиною, в якій ви встановили діагноз м'язевої кривошиї. Опишіть характерні симп-томи цього захворювання. Ваші рекомендації щодо лікування дитини?	✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік. ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік. ✓ інтернетви даня
2.	Гострі запальні захворювання шиї	Клініку, діагностику, лікування запальних захворювань шиї.	Діагностувати запальні захворювання шиї, визначити лікувальну тактику.	1. На якій поверхні шиї найчастіше зустрічаються фурункули та карбункули? В чому різниця між ними? Методи лікування: а/ в стадії інфільтрації; б/ в стадії абсцедування? Яку пов'язку Ви оберете після розкриття гнояка на шиї? 2. До медичної сестри звернувся хворий зі скаргами на біль в шиї, підвищення температури до 38,2°C. Хворіє третю добу. При огляді: під нижньою щелепою зліва пальпується щільне, болісне утворення 1,5 x 0,8 см. В ротовій порожнині каріозний зуб. Діагноз? Ваші рекомендації?	
3.	Пухлини шиї.	Клініку, діагностику, методи лікування пухлини шиї.	Діагностувати пухлини шиї, визначити лікувальну тактику.	1. До медичної сестри звернулася жінка з 3 місячною дитиною, в якій на боковій та задній поверхні шиї велика синьо-червона пляма. Діагноз? Ваші рекомендації? 2. У хворого діагностовано ліпому шиї. З якої тканини ця пухлина? Доброякісна чи злоякісна? Лікування?	

4.	Набір інструментів для трахеотомії.	Хірургічний інструментарій	Скласти набір інструментів для трахеотомії.	1. Виберіть спеціальний інструментарій, необхідний для трахеотомії: - гачок Фарабефа - дріль - спиця Кіршнера - 1 - зубий гачок - кісткоутримувач - розширювач Труссо - трахеостомічна канюля - ендотрахеальна трубка	
----	-------------------------------------	----------------------------	---	---	--

Злоякісне новоутворення стравоходу — одне з найтяжчих захворювань травного каналу, яке займає 2-ге—3-тє місце серед онкологічної патології. Захворювання спостерігається частіше за все у чоловіків літнього та старечого віку. Відомо, що у його розвитку виділяють патологічні стани, частина з яких перебігає безсимптомно — лейкоплакія, хронічний езофагіт тощо. Інші супроводжуються вираженою симптоматикою — опіки гарячою стравою, хімічними сполуками, поліпи, виразки стравоходу, папілома, дивертикул. Існуючи багато років і не будучи радикально виліковними, ці захворювання призводять до розвитку раку стравоходу. Особливе значення має вживання грубої, недостатньо пережованої їжі, яка спричиняє часті незначні пошкодження слизової оболонки стравоходу, вживання алкогольних напоїв, гарячих, гострих, копчених страв, а також куріння, жування тютюну, наса, бетеля.

Злоякісні пухлини стравоходу локалізуються переважно в грудній і черевній частині стравоходу; майже завжди це плоскоклітинний рак.

Розрізняють три форми злоякісного новоутворення стравоходу:

1. Скір, який визначається швидким інфільтративним ростом без чітких меж і переходить у здорову стінку стравоходу.
2. Мозкоподібний рак — відрізняється швидким ростом, утворює глибокі нориці і росте в просвіт стравоходу.
3. Папілярний рак — характеризується повільним перебігом, має вигляд дрібних папіломатозних утворень, спочатку незначно проростає у слизову оболонку, але в подальшому проникає в усі шари стравоходу та сусідні органи.

Рак проростає стінку стравоходу, поширюється на навколишні органи — трахею, бронхи, діафрагму, перикард. Метастазує в лімфатичні вузли, середостіння, ший, органи черевної порожнини, по кровоносній системі у печінку, хребет, інші органи.

Клінічну картину раку стравоходу вивчено досить добре: першими симптомами є утруднене проходження їжі по стравоходу і порушення ковтання (дисфагія). Вони спочатку мають непостійний характер. Через прогресування хворому стає важче ковтати їжу, зокрема й рідку, розвивається повна непрохідність стравоходу. Пізніше з'являється біль за грудниною, який супроводжує езофагіт, потім біль посилюється і не припиняється навіть у стані

спокою, що зумовлено спазмами стравоходу, виразкою і розпадом пухлини та проростанням її в сусідні органи. Поступово біль посилюється, іррадіює в попереk, хребет, спину. При цьому біль настільки виражений, що хворі для його зменшення займають положення на боку з приведеними до живота ногами.

Через утруднене проходження їжі по стравоходу та біль, що виникає при цьому, хворі значно зменшують кількість уживаної їжі, виснажуються, швидко втрачають масу, у них розвивається загальна слабкість, анемія, адинамія.

Одним із типових ускладнень є проростання пухлиною великих судин, унаслідок чого виникає масивна кровотеча.

Діагноз злоякісного новоутворення стравоходу на перших стадіях установити важко. Під час рентгеноскопії і рентгенографії в ділянці пухлини виявляють звуження стравоходу з нерівними контурами. У сумнівних випадках діагноз уточнюють за допомогою езофагоскопії з наступною біопсією пухлини або цитологічним дослідженням виділень стравоходу.

Лікування хірургічне. Залежно від локалізації пухлини видаляють уражений відділ стравоходу з наступним відновленням прохідності, накладають анастомоз між стравоходом і шлунком або тонкою кишкою, у разі значних уражень видаляють стравохід з наступним пластичним заміщенням його тонкою або товстою кишкою. Якщо зробити радикальну операцію неможливо, накладають шлункову фістулу (гастростому) для годування хворих. У цих випадках хворий отримує їжу через гумозу трубку, введену в шлунок через шлункову фістулу.

Контрольні запитання.

1. Назвіть передпухлинні захворювання стравоходу.
2. Назвіть чинники ризику розвитку раку стравоходу?
3. Які ви знаєте форми злоякісного новоутворення стравоходу?
4. Розкажіть про симптоматику злоякісного новоутворення стравоходу.
5. У чому полягає лікування злоякісного новоутворення?

Ситуаційні задачі.

1. У хірургічне відділення доставлено хворого, 75 років, з клінікою непрохідності стравоходу. Під час езофагоскопії виявлено пухлину в стадії розпаду, що займає нижню третину стравоходу. Яка тактика лікування хворого?
2. Хвора, 62 років, перебувала на диспансерному обліку з приводу алкоголізму та хронічного езофагіту. Протягом останніх 2 міс з'явився загруднинний біль постійного характеру, який посилюється під час ковтання. Хвора стала апатичною, адинамічною, схудла на 6 кг. Який ваш попередній діагноз? Якими спеціальними дослідженнями ви зможете підтвердити діагноз?

Еталони відповідей:

1. При можливості оперативного лікування видаляють уражений відділ стравоходу з наступним відновленням прохідності, накладають анастомоз між стравоходом і шлунком або тонкою кишкою, у разі значних уражень

видаляють стравохід з наступним пластичним заміщенням його тонкою або товстою кишкою. Якщо зробити радикальну операцію неможливо, накладають шлункову фістулу (гастростому) для годування хворих. У цих випадках хворий отримує їжу через гумозу трубку, введену в шлунок через шлункову фістулу.

2. Новоутворення стравоходу. Діагноз можна підтвердити під час рентгеноскопії і рентгенографії стравоходу. У сумнівних випадках діагноз уточнюють за допомогою езофагоскопії з наступною біопсією пухлини або цитологічним дослідженням виділень стравоходу.

Зобом називають обмежене або дифузне збільшення щитоподібної залози, не пов'язане із запальним процесом чи новоутворенням.

Розрізняють спорадичну форму, яку зустрічають скрізь у невеликій частини населення, і ендемічну форму зоба, яку спостерігають серед значної частини населення в певних географічних районах, насамперед у гірських місцевостях і вздовж річок, що течуть з цих гір.

Розвиток спорадичного зоба пов'язаний з порушенням функцій нервової системи, гіпофіза, статевих залоз та іншими чинниками.

Основною причиною ендемічного зоба є недостатність йоду в даній місцевості і порушення його засвоєння організмом. Крім того, на розвиток захворювання впливають інфекційно-токсичні чинники, надлишок кальцію в продуктах і воді, порушення санітарно-гігієнічних умов.

У збільшенні розмірів щитоподібної залози виділяють 5 ступенів:

I ступінь — щитоподібна залоза візуально не визначається, пальпується її перешийок і слабо — бічні частини;

II ступінь — залоза легко прощупується, але контури шийі змінені незначно, залоза помітна під час ковтання;

III ступінь — збільшення щитоподібної залози помітне не тільки під час ковтання, змінені також контури шийі («товста шия»);

IV ступінь — виражений зоб, різко змінена конфігурація шийі;

V ступінь — зоб великих розмірів.

Збільшення залози I—II ступенів слід вважати гіперплазією; III, IV, V ступені є вираженим зобом.

За характером збільшення розрізняють:

а) дифузну форму, за якої щитоподібна залоза збільшена рівномірно;

б) вузловий зоб, коли в тканині щитоподібної залози пальпується один або декілька вузлів;

в) змішану форму, за якої пальпується вузол і ділянки рівномірно збільшеної тканини щитоподібної залози.

За функціональним станом виділяють:

1. **Еутиреоїдний (простий) зоб** — функція залози де порушена, хворий не скаржиться.

2. **Гіпертиреоїдний зоб** — відмічаються симптоми тиреотоксикозу. Щитоподібна залоза виділяє надмірну кількість гормону тироксину. Хворі скаржаться на дратівливість, прискорене серцебиття, поганий сон, схуднення,

пітливість, швидко стомлюваність. Об'єктивні ознаки: виснаження, тремтіння пальців, підвищена нервова збудливість, блиск очей, тахікардія, збільшення основного обміну.

3. Гіпотиреоїдний зоб — функція щитоподібної залози знижена. Хворий млявий, повільний, відмічається слабкий ріст волосся, зниження пам'яті, зменшення основного обміну тощо.

В осередках ендемічного зоба здійснюються такі заходи: оздоровлення і створення для населення найбільш сприятливих санітарно-гігієнічних та культурно-побутових умов, проведення санітарно-освітньої роботи, заходів щодо поліпшення житлових умов, упорядкування водопостачання і каналізації, забезпечення санітарної охорони селищ, ліквідацію заболоченості і розвиток плодоовочевого господарства з метою зміни режиму харчування тощо.

Специфічна йодна протизобна профілактика включає:

- а) колективну профілактику;
- б) індивідуально-специфічну профілактику.

Найбільш дієвим засобом протизобної колективної профілактики є забезпечення населення повноцінною сіллю. В ендемічних областях і районах продаж нейодованої солі категорично забороняється. Йодування солі здійснюється шляхом додавання до неї калію йодиду з розрахунку 10 г на 1 т солі. Споживаючи йодовану сіль, населення одержує необхідну для організму кількість йоду, що запобігає захворюванню.

Лікування. Консервативному лікуванню підлягають тільки дифузні форми зоба III, IV, V ступенів. Хворим з вузловими формами зоба показано хірургічне лікування. Ефективним є застосування розчину калію йодиду, розчину Люголя.

Тиреотоксикоз (базедова хвороба) є складним нейроендокринним захворюванням. У його етіології основне місце займає психічна травма, потім — порушення функцій статевих залоз, грип, інфекція.

Через гіперфункцію щитоподібної залози гормони, що надходять у надмірній кількості в кров, спричиняють в організмі спочатку функціональні, а потім і органічні зміни. Особливо сильно це позначається на нервовій і серцево-судинній системах печінці. При первинному тиреотоксикозі симптоми захворювання виявляються раніше, ніж виявляється зоб, або разом з ним. При вторинному — клінічна картина розвивається вже на тлі наявного еутиреоїдного, вузлового або змішаного зоба. За ступенем важкості виділяють важку, середню і легку форми.

Легкий ступінь характеризується підвищеною збудливістю, пітливістю, незначною стомлюваністю, зниженням працездатності хворих. Відмічають тахікардію до 100 за 1 хв, збільшення основного обміну на 25 % понад норму.

Середній ступінь характеризується вираженішими порушеннями: значним зниженням працездатності, збільшенням основного обміну на 45 %, тахікардією до 120 за 1 хв (без явищ недостатності кровообігу).

При тяжкому ступені спостерігаються глибокі нервові, серцево-судинні та обмінні розлади з різним ступенем порушення кровообігу, різким зниженням працездатності аж до інвалідності, виснаженням.

Збільшення щитоподібної залози при базедовій хворобі, як правило, буває двобічним. Внаслідок розладів нервової системи виникають очні симптоми: екзофтальм - випинання очних яблук: симптом **Штельвага** - рідке мигання, що зумовлює особливий виражений (нерухомий) погляд; симптом **Грефе** - відставання верхньої повіки від верхнього краю зіниці при погляді вниз; симптом **Мебіуса** — порушення конвергенції (сходження) - при наближенні предмета по середній лінії до очей останні розходяться; симптом **Меліхова** - гнівний погляд; симптом **Резенбаха** - тремтіння повік при їх змиканні: симптом **Зенгера** - припухлість і мішкоподібне звисання повік. До додаткових симптомів відносять "руку мадонни" -руки з довгими і тонкими пальцями.

Слід пам'ятати, що у хворих на тиреотоксикоз можуть виникати так звані базедоподібні (тиреотоксичні) ознаки ураження шлунково-кишкового тракту, які характеризуються болем у різних ділянках живота і можуть симулювати гострі захворювання органів черевної порожнини (апендицит, панкреатит, перфоративна виразка). В подібних випадках ретельно зібраний анамнез і всебічне обстеження хворого дозволяє попередити помилку в діагностиці і лікуванні таких хворих. Важливе значення у визначенні захворювання щитоподібної залози має сканування за допомогою I¹³².

Лікування. В початкових і легких стадіях захворювання лікування, як правило, консервативне. Його проводить терапевт або ендокринолог. Хворому необхідно створити повний фізичний і психічний спокій. Поряд із цим застосовують препарати йоду (розчин Люголя, таблетки Шерешевського - по 1 табл. 2 рази на день протягом 20 днів), анттитиреоїдні препарати (дийодтирозин по 0.05 г 2-3 рази на добу, мерказоліл по 0,005 г 2-3 рази на добу і 6-метилтіоурацил по 0,25 г 2-3 рази на добу). Крім цього, призначають резерпін по 0,1-0.25 мг 2-3 рази на день, броміди, валеріану, анти-аритмічні серцеві засоби (індерал по 20-40 мг 2-3 рази на день, обзидан і ін.). У тяжких випадках тиреотоксикозу застосовують радіоактивний йод. Ним лікують хворих, яким операція протипоказана і які не погоджуються на неї, а також хворих з рецидивами тиреотоксикозу після операції. Радіоактивний йод не можна використовувати для лікування хворих на вторинний тиреотоксикоз, у вагітних і неповнолітніх. Хворим призначають висококалорійну, збалансовану дієту.

При неефективності консервативної терапії хворим призначають оперативне лікування. Слід пам'ятати що передопераційна підготовка у хворих на тиреотоксикоз є важливим фактором зниження післяопераційної летальності та інших тяжких ускладнень. Характер і тривалість її залежить від ступеня тиреотоксикозу й індивідуальних особливостей хворого. Досить часто консервативне лікування, яке проводять в ендокринологічних відділеннях, є одночасно і передопераційною підготовкою. Пацієнти повинні бути приведені

після передопераційної підготовки до еутиреоїдного (нормального) стану функції щитоподібної залози.

Хірургічному лікуванню підлягають хворі з первинним тиреотоксикозом середнього і тяжкого ступенів після неефективного консервативного лікування їх протягом 3-6 місяців, з також усі хворі з вторинним тиреотоксикозом.

Методом вибору хірургічного втручання у хворих на тиреотоксикоз є операція за О.В. Ніколаєвим (субтотальна субфасціальна резекція щитоподібної залози). Ускладнення під час операції трапляються рідко. Протягом року після хірургічного втручання у 80% пацієнтів щитоподібна залоза функціонує нормально, у 15% вона постійно послаблена, а у 5% залишається тиреотоксичною. Хворий після операції підлягає диспансерному спостереженню.

Контрольні запитання

1. Які ви знаєте форми зоба?
2. Що вам відомо про патогенез зоба?
3. Які ви знаєте ступені зоба відповідно до розмірів щитоподібної залози?
4. Які ви знаєте форми зоба за функціональним станом?
5. Які заходи включає профілактика зоба?
6. Назвіть методи лікування зоба.
7. Які причини виникнення тиреотоксикозу?
8. Які клінічні ознаки тиреотоксикозу ви знаєте?
9. Назвіть основні методи лікування тиреотоксикозу.

Ситуаційні задачі.

1. До поліклініки звернулася жінка, 38 років, зі скаргами на швидку стомлюваність, непрацездатність, збудливість, пітливість. Під час опитування з'ясувалося, що вона 8 років прожила у гірській місцевості. Яку хворобу можна запідозрити? Які дослідження треба провести для підтвердження діагнозу?
2. До поліклініки звернулася жінка, 42 років, зі скаргами на пухлиноподібне утворення на передній поверхні ший, яке помітне не тільки під час ковтання. Під час опитування з'ясувалося, що в хворої протягом останніх 2 міс погіршився сон, вона схудла, стала збудлива. Під час огляду: витрішкуватість, тремтіння пальців, прискорене серцебиття. Який ваш діагноз? Яке лікування?

Еталони відповідей.

1. У хворої можна запідозрити тиреотоксикоз легкого ступеня. Діагноз підтверджують результати сканування залози радіоактивним ^{131}I (виявляють посилене накопичення ^{131}I у вузлі), УЗД, термографії, рентгенографії ший з контрастуванням стравоходу, пункційної біопсії.
2. У хворої можна запідозрити зоб III ступеня, вторинний тиреотоксикоз середнього ступеня. Хворій необхідно створити повний фізичний і психічний спокій. Поряд із цим застосовують препарати йоду (розчин Люголя, таблетки Шерешевського - по 1 табл. 2 рази на день протягом 20

днів), анти тиреоїдні препарати (дийодтирозин по 0.05 г 2-3 рази на добу, мерказоліл по 0,005 г 2-3 рази на добу і 6-метилтіоурацил по 0,25 г 2-3 рази на добу). Крім цього, призначають резерпін по 0,1-0.25 мг 2-3 рази на день, броміди, валеріану, анти-аритмічні серцеві засоби (індерал по 20-40 мг 2-3 рази на день, обзидан і ін.). Хворій призначають висококалорійну, збалансовану дієту. При неефективності консервативної терапії пацієнтці призначають оперативне лікування.

Література

1. І.В.Роздольський. Посібник з хірургії.К.Здоров'я.2003 р. с. 300-301.
2. Кіт О.М. Медсестринство в хірургії. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002 р., с.325-326.
3. Скрипниченко Д. Ф. Хірургія. — К.: Вища шк., 1992. — С. 409—410.
4. Слинчак С. М. Онкология. — К.: Вища шк., 1989. — С. 137—147.
5. Скрипниченко Д. Ф. Хірургія. — К.: Вища шк., 1992. — С. 399—405.
6. Тимофеев Н. Н. Хирургия в практико сельского фельдшера. — М.: Медицина, 1988. — С. 99—103.
7. І.В.Роздольський. Посібник з хірургії.К.Здоров'я.2003 р. с. 302-303.
8. Кіт О.М. Медсестринство в хірургії. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002 р., с.326-329.

Тема: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та пошкодженнями органів грудної клітки»

Актуальність теми:

Рак легень є однією з найчастіших локалізацій злоякісних пухлин людини. Основною властивістю пухлин є їх здатність до нестримного росту за рахунок розмноження клітинних елементів, їх відносна відокремленість, “ автономність “ в організмі. Численні клінічні і патологоанатомічні спостереження свідчать про те, що останнім часом це захворювання трапляється частіше. Уражає він переважно осіб чоловічої статі (90 %).

Запальні захворювання органів грудної порожнини виникає як ускладнення запалення легень, травми, сепсису, запальних процесів верхнього відділу черевної порожнини, при ангіні, грипі, після різних операцій у порожнині рота під загальним знеболюванням. Плеврит часто має туберкульозну етіологію. Гематогенний шлях розвитку захворювання спостерігається при септикопіємії внаслідок гематогенного поширення інфекції з різних гнійних вогнищ в організмі або емболії при септичному ендокардиті, тромбофлебіті. Легеневі нагноєння викликаються різними мікроорганізмами, переважно стафілококами, пневмококами і

стрептококами. Частіше уражаються особи чоловічої статі (70 – 80 %), вік хворих різний, але здебільшого захворювання спостерігається в 20 – 40 років.

Навчальні цілі заняття.

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен:

Знати:

- причини розвитку захворювання ;
- перебіг захворювань ;
- диференційну діагностику.

Вміти:

- оцінити стан хворого ;
- проводити догляд за хворим.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ інтернетвидання

Піоторакс (гнійний плеврит) розвивається як ускладнення гнійних процесів і запалення легенів, грипу, інфекційних захворювань, сепсису у разі інфікування ексудату при плевриті. Мікроорганізми проникають у плевру лімфогенним і гематогенним шляхами, під час прориву абсцесу легені.

Розрізняють розлитий (дифузний) і обмежений (осумкований) піоторакс.

Захворювання починається гостро, з різкого підвищення температури тіла й ознобу. Хворі скаржаться на біль у грудях, сухий кашель і загальну слабкість. Їх стан різко погіршується, з'являється задишка і ціаноз губ, характерною є висока температура тіла (+39 °С...+40 °С) зі зниженням уранці до субфебрильної.

Під час перкусії в ділянці емпієми відмічають притуплення тону, під час вислуховування — ослаблене дихання. У крові — високий лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної форми вліво, нерідко спостерігають токсичну зернистість лейкоцитів.

Під час рентгенологічного дослідження виявляють рідину в плевральній порожнині. Діагноз піотораксу підтверджують за допомогою пункції.

Лікування хірургічне. Проводять торакотомію і дренажування плевральної порожнини. Установлюють підводний дренаж або об'єднують його з триампульною системою для активної аспірації гною, що сприяє розправленню легені.

Хворого з обмеженим піотораксом лікують пункціями. Після евакуації гною в плевральну порожнину вводять антибіотики, до яких чутлива бактеріальна флора.

Хворим призначають загальнозміцнювальне лікування, серцеві засоби, переливання крові, інгаляцію кисню. Їжа хворих має бути висококалорійною і повинна містити достатню кількість вітамінів.

Абсцес легені належить до гнійних процесів. Розрізняють абсцес гострий і хронічний, поодинокий і множинний, абсцес легені без пневмонії, з пневмонією, гангрену та некроз легені.

Частіше уражаються особи чоловічої статі, вік хворих різний, але здебільшого захворювання спостерігається у віці 20—40 років.

Гнійний процес у легені найчастіше розвивається після пневмонії як ускладнення бронхоектазії, хронічного бронхіту і пневмосклерозу. Рідше нагноєння виникає унаслідок закупорки просвіту бронха стороннім предметом, аспіраційними масами, слизом, пухлиною (бронхогенний рак, аденома бронха), поранень і травм легені, а також тромбозу легеневих судин. Особливо часто абсцес легені розвивається після операцій у порожнині рота під наркозом.

Гематогенний шлях розвитку абсцесу легені спостерігається при септикопемії, емболії внаслідок гематогенного поширення інфекції з гнійних вогнищ в організмі, при септичному ендокардиті, тромбофлебіті.

Легеневі нагноєння спричиняються різними мікробами, переважно стафілококами, пневмококами і стрептококами.

При абсцесі легені спочатку виникає запальна інфільтрація тканин, потім — розпад легеневої тканини й утворення гнійної порожнини, оточеної щільною грануляційно-волокнистою стінкою. Після прориву абсцесу в просвіт бронха, відшарування гною і некротичних мас стінки абсцесу спадаються, відбувається поступове очищення і загоєння його порожнини вторинним натягом з утворенням рубцевої тканини.

Гострий абсцес. Клінічна картина залежить від стадії і перебігу хвороби. У початковій стадії гострого абсцесу переважають явища загальної гнійної інтоксикації. Стан хворих тяжкий, вони скаржаться на головний біль, біль у грудній клітці, загальну слабкість. Температура тіла висока, зі значними коливаннями, ввечері сягає $+39^{\circ}\text{C}$... $+40^{\circ}\text{C}$ і знижується вранці до субфебрильної. Під час об'єктивного обстеження спостерігають синюшність шкіри, задишку, відставання грудної клітки на боці ураження під час дихання. Під час перкусії легені у ділянці абсцесу виявляють укорочення перкуторного звуку. Пульс частий, тони серця приглушені. Під час дослідження крові відмічають лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво, збільшену ШОЕ. Під час рентгеновського дослідження визначають затемнення в легені частіше за все округлої форми, з нечіткими краями і проясненням у центрі. Через 5—10 днів настає прорив абсцесу в бронх, основними симптомами якого є кашель з виділенням гнійного мокротиння, іноді кровохаркання і легенева кровотеча.

Після нападу сильного кашлю виділяється значна кількість гнійного мокротиння з неприємним запахом, яке містить велику кількість лейкоцитів, еритроцитів та еластичних волокон. Унаслідок випорожнення вмісту абсцесу через дренальний бронх стан хворих значно поліпшується. Температура

тіла знижується до субфебрильних цифр, зменшуються лейкоцитоз і ШОЕ, поступово нормалізується діяльність серцево-судинної, центральної нервової та дихальної систем.

За сприятливого перебігу кількість мокротиння поступово зменшується. Загальний стан хворих поліпшується, і настає рубцювання порожнини абсцесу.

Лікування гострого абсцесу в закритий період включає загальнозміцнювальні заходи й антибактеріальну терапію (антибіотики та сульфаніламідні препарати). Хворих розміщують у просторах, добре провітрюваних палатах. Пацієнти повинні одержувати їжу високої енергетичної цінності, що містить достатню кількість білків і, вітамінів. Необхідно суворо дотримуватися постільного режиму.

Після прориву абсцесу слід максимально сприяти якнайшвидшому очищенню порожнини гнояка за допомогою внутрішньотрахеальних уведень розчинів і аерозолів-антибіотиків. Ефективним є бронхоскопічний метод лікування, коли за допомогою бронхоскопа здійснюють старанний туалет бронхів з наступним введенням у порожнину абсцесу антибіотиків. У цих випадках слід застосувати дренаж, змінюючи положення хворого для кращого відходження мокротиння, і лікувальну фізкультуру.

Хірургічне лікування показане при гостро прогресуючих формах абсцесу легені, якщо консервативні заходи не дають ефекту.

Симптоми *хронічного абсцесу* легені такі самі, що й гострого: після прориву в бронх спостерігають кашель з виділенням гнійного мокротиння, кровохаркання і легеневу кровотечу, під час загострення — підвищення температури тіла до $+38^{\circ}\text{C}$... $+39^{\circ}\text{C}$, загальну слабкість, головний біль, лейкоцитоз, збільшену ШОЕ. Часто спостерігають деформацію пальців у вигляді барабанних паличок. Під час рентгенологічного дослідження в ділянці абсцесу виявляють щільні волокнисті стінки, у прилеглій легеневій тканині — пневмосклеротичні і запальні зміни.

Через тяжкі патологоанатомічні зміни вилікування при хронічному абсцесі легені можна досягти лише після її резекції. Залежно від розмірів ураження видаляють сегмент, частку або всю легеню. Резекція легені показана через 1,5—2 міс від початку захворювання, якщо консервативне лікування не дало ефекту. Видалення легені у цих хворих є єдиним рятувальним заходом.

Контрольні запитання.

1. Які ви знаєте гнійні запальні захворювання грудної клітки ?
2. Розкажіть про етіологію та патогенез гнійного плевриту.
3. У чому полягає клініка гнійного плевриту?
4. Опишіть методи діагностики гнійного плевриту.
5. Які розрізняють види абсцесу легенів?
6. Опишіть клініку гострого абсцесу легенів.
7. Опишіть клініку і методи діагностики хронічного абсцесу легенів.

Ситуаційні задачі.

1. Робітник механічного цеху звернувся до пункту охорони здоров'я з приводу різкого болю в грудях, сухого кашлю, загальної слабості, високої

температури тіла. Хворий розповідає, що протягом тижня його стан уранці поліпшувався, але наприкінці кожного дня температура тіла сягала 39 °С, стан різко погіршився. Яка ваша тактика?

2. Хворий, 42 років, викликав швидку допомогу через різкий біль у грудях, загальну слабкість і підвищення температури тіла до 39,8 °С. Під час обстеження спостерігають синюшність шкіри, задишку, відставання правої сторони грудної клітки під час акту дихання. Під час перкусії легенів у ділянці нижньої частки правої легені виявляють укорочення перкуторного звуку, під час аускультії — жорстке дихання. Яка ваша тактика?

3. До ФАП доставлено хворого з різким болем у грудях, кашлем з виділенням гнійного мокротиння, підвищенням температури тіла до 38,5 °С, загальною слабкістю. Із анамнезу відомо, що 2 міс тому хворого було госпіталізовано з діагнозом «гострий абсцес правої легені». Яка ваша тактика?

Еталони відповідей

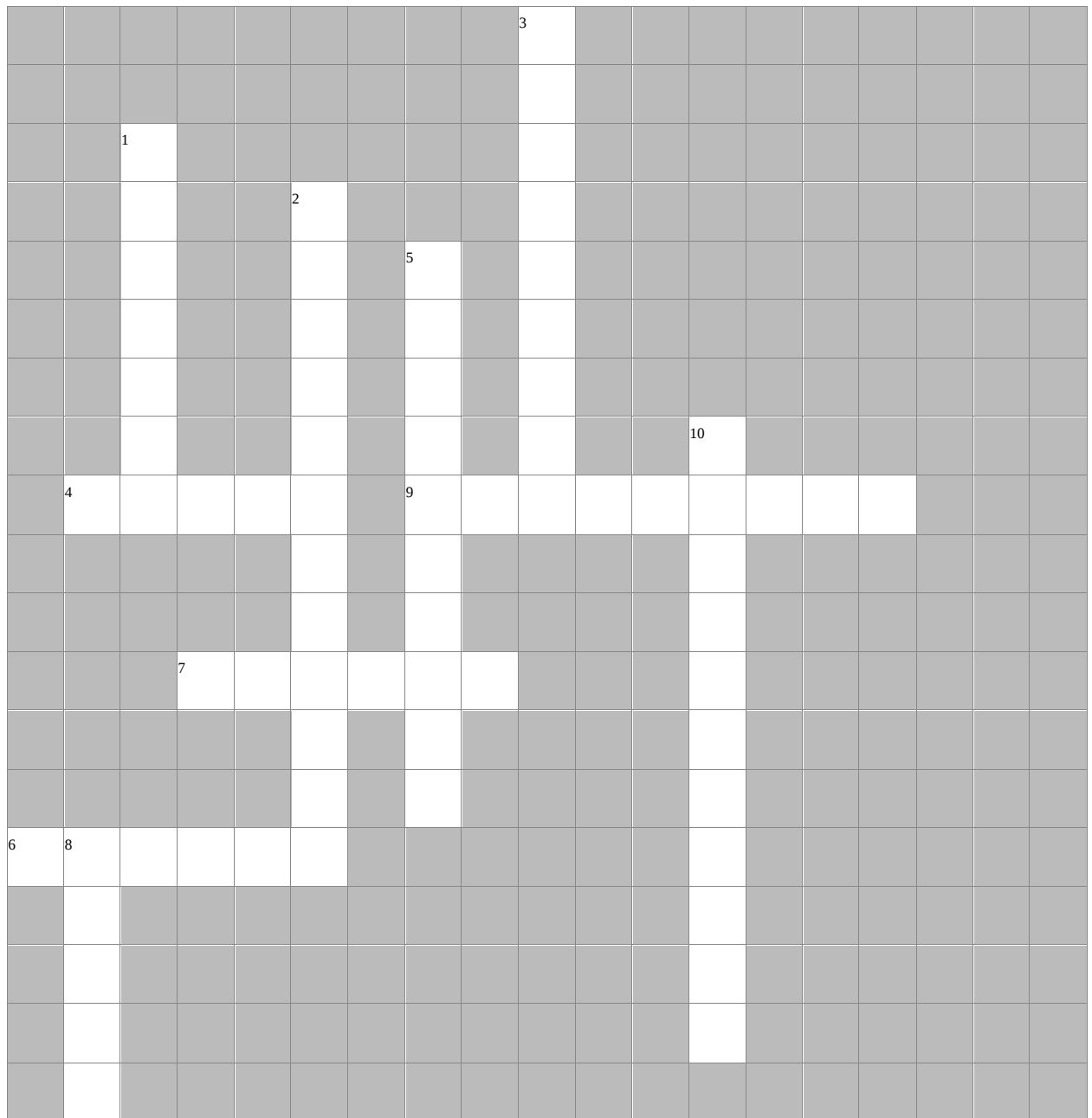
1. Запідозрю у робітника абсцес легені. Направлю його на рентгенографію органів грудної клітки і консультацію до хірурга.
2. У хворого правобічна плевропневмонія. Емпієма плеври з права?
Необхідно негайно транспортувати його у лікувальний заклад, провести оглядову рентгенографію органів грудної клітки і консультацію хірурга та терапевта. Внутрішньом'язево ввести антипіретик та антибіотик широкого спектру дії.
3. Направити хворого для подальшого обстеження та лікування в хірургічний стаціонар з діагнозом «Абсцес легені?».

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Клінічний перебіг раку легень	Зазначити симптоми захворювань	
Визначити поняття	Дати визначення : - плевриту ; - абсцес ; - гангрена легень.	
Етіологія	Виписати причини виникнення	

Клінічний перебіг запальних захворювань ділянки грудей	Написати клінічний перебіг : - плеврит, його види ; - абсцес, його види ; - гангрена легень і її види.	
Лікування	Заповнити граф і написати основні методи лікування : - раку легень ; - абсцесу ; - плевриту ; - гангрен легень. Виписати антибіотики, які застосовують для лікування цих хвороб.	

Догляд за хворими з ушкодженнями та захворюваннями органів грудної клітки



Питання до косворда:

Догляд за хворими з ушкодженнями та захворюваннями органів грудної клітки

1. Гнійне запалення парієтального і вісцерального листків плеври?
2. Скупчення повітря в плевральній порожнині?
3. Яка пов'язка використовується при відкритому пневмотораксі?
4. Вроджена вада серця, що має 4 анатомічні компоненти, і називається тетрада (за автором)?
5. Вроджене звуження аорти, найчастіше в місці артеріальної протоки?

- 6.Гнійна порожнина в легені?
- 7.Ускладнення емпієми плеври ,при якому гній із плевральної порожнини проривається назовні?
- 8.Пасивний дренаж плевральної порожнини за...?
- 9.Пневмоторакс, при якому повітря під час вдиху залишається в плевральній порожнині?
- 10.Розкриття і дренування абсцесу легень?

Тема : «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями органів черевної порожнини»

Актуальність теми:

Черевна порожнина містить велику кількість органів, які часто травмуються, в них виникають запальні процеси, які потребують обов'язкового оперативного втручання. У зв'язку зі швидким перебігом деяких захворювань і можливістю розвитку важких ускладнень необхідно якомога швидше встановити діагноз і розпочати лікування хворого. Цьому допомагає обстеження хірургічного хворого. Деякі захворювання, такі як виразкова хвороба є причиною інвалідизації хворих. Висока частота захворювання, втрата працездатності у зв'язку із частими його загостреннями, інвалідизація людей найбільш працездатного віку, летальність від важких ускладнень (кровотеча, перфорація, малігнізація тощо) роблять проблему лікування виразкової хвороби важливим соціальним завданням. Медична сестра повинна добре знати методи обстеження хворих з абдомінальною патологією, вміти своєчасно виявити проблеми та надати якісну медичну допомогу таким хворим.

Пошкодження черевної стінки та захворювання і травми органів черевної порожнини є одним з найбільш складних розділів хірургії. Це зумовлюється наявністю великої кількості захворювань, що мають своєрідний перебіг, без достатньо виражених симптомів, а також відсутність точних інструментальних методів дослідження. Крім того, часто в лікувальні заклади потрапляють хворі з травмами та гострими захворюваннями органів черевної порожнини. Час обстеження, та передопераційна підготовка таких хворих різко скорочується, утруднюється діагностика. Результати хірургічного лікування захворювання та пошкодження черевної порожнини залежать часто від своєчасності госпіталізації таких хворих, правильності діагностики, що в свою чергу залежить від наявності ґрунтовних знань з боку лікарів та середнього медичного персоналу. Успіх операції насамперед залежить від часу її проведення: на протязі двох годин після травми – 90%, 4-х годин сподіватись на повне одужання хворих. Помилкова діагностика та затримка з проведенням операції приводять до тяжких ускладнень та летального кінця.

Методичне обґрунтування теми:

- На основі набутих знань з анатомії, фізіології, сестринської справи здобувачі освіти повинні самостійно ознайомитися з діагностикою закритих ушкоджень органів черевної порожнини, оволодіти навичками надання невідкладної допомоги при різних видах ушкоджень органів черевної порожнини.

Мета самостійної роботи:

- Ознайомитися з патогенезом закритих ушкоджень органів черевної порожнини.
- Засвоїти методи діагностики ушкоджень шлунка, кишківника, паренхіматозних органів.
- Сформувати навички надання медичної допомоги хворим із цими ушкодженнями.

Після вивчення даної теми здобувачі освіти повинні знати:

- Види ушкоджень органів черевної порожнини
- Етіологію і патогенез ушкоджень органів черевної порожнини.
- Варіанти закритих ушкоджень органів черевної порожнини
- Особливості діагностики ушкоджень органів черевної порожнини.

Після вивчення даної теми здобувачі освіти повинні вміти:

- Виявити симптоматику і правильно поставити діагноз.
- Надати ПМД і здійснити догляд за хворими із ушкодженнями органів черевної порожнини.
- Вибрати лікарські засоби для надання допомоги хворим із ушкодженнями органів черевної порожнини.

Література :

- **Основна:** О.М. Кіт, О.Л. Ковальчук, Г.Т. Пустовойт, «Медсестринство в хірургії», Тернопіль «Укрмедкнига», 2002 рік, ст 409 – 414, 428 – 429. О.Л.Ковальчук, Р.О.Сабадишин, О.В.Маркович «Медсестринство в хірургії», Тернопіль «Укрмедкнига», 2002 рік, ст. 410 – 421.
- **Додаткова:** О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й.Путинцева «Хірургія», Київ, ВСВ «Медицина», 2010 рік, ст.284 – 289, ст 391 - 393, ст. 367, ст. 373.

1. Методичні вказівки щодо самопідготовки:

Всі травматичні пошкодження живота поділяються на:

- закриті;
- відкриті

В свою чергу, відкриті пошкодження диференціюються на:

- проникаючі;

- непроникаючі.

Різниця між проникаючим і непроникаючим пошкодженням живота полягає в тому, що при проникаючому рановий канал поширюється у черевну порожнину, а при непроникаючій травмі рановий канал сліпо закінчується перед очеревиною.

Тупа травма живота з пошкодженням порожнинного органа/органів (**шлунок, дванадцятипала кишка, петлі тонких і товстих кишок, сечовий міхур**) призводить до виникнення перитоніту.

Тупа травма живота з пошкодженням паренхіматозного органа /органів (**печінка, селезінка, підшлункова залоза**) спричиняє кровотечу.

При одночасному пошкодженні порожнинних/порожнинного і паренхіматозних/паренхіматозного органів наявна клінічна картина водночас і перитоніту і кровотечі – **загальний стан пацієнтів вкрай важкий !**

Клінічна симптоматика травм живота

Одним із основних симптомів травми живота є біль.

Інтенсивність болю є різною в залежності від сили дії травматичного фактора. До інших симптомів слід віднести прогресуючу загальну слабкість, дискомфорт, головокружіння, обмеження рухової активності.

Спостерігається тахікардія, гіпотонія; виникає сухість в роті, нудота, блювання.

Досить інформативним є огляд язика потерпілого.

При наростанні симптомів перитоніту язик сухий, обкладений білими або сірими нашаруваннями.

У випадках, коли постраждалий отримав важке пошкодження, наявні клінічні ознаки шоку: прогресуюча гіпотонія, тахікардія (пульс слабого наповнення і напруження, деколи ниткоподібний або взагалі не визначається), задишка, втрата свідомості. Шкіра та слизові оболонки стають блідими, часто набувають землистого відтінку.

Потерпілий у більшості випадків намагається лягти, він займає вимушене положення на боці з приведенням колін до живота. При пальпації живота виникає різка болючість, деколи він напружений, дошкоподібний.

Аускультативно – перистальтика або ослаблена або зовсім не прослуховується.

При наявності рани на животі (відкрите пошкодження) – може бути кровотеча з неї або, що трапляється рідко, випадіння внутрішніх органів, наприклад, петель тонких кишок, фрагмента великого чепця чи сечового міхура.

УВАГА !!!

Після припинення дії зовнішньої сили (травми) з подальшим розвитком шоку, слід завжди виключити травму живота

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА

I етап надання допомоги – ретельно зібрати анамнез (якщо потерпілий без свідомості – обставини пошкодження з'ясувати у свідків):

- з'ясувати механізм травми;

- час виникнення пошкодження ?

II етап надання допомоги – виявити всі клінічні прояви (ознаки) травми живота:

- місцеві ознаки забою живота, наявність ран;
- болючий і напружений живіт;
- відсутність перистальтики, наявність перитонеальних симптомів;
- збільшення живота в розмірах;
- виявлення симптомів шоку (безпосередньо після події – розцінюється як прояв кровотечі; через декілька годин – як ознака перитоніту).

III етап надання допомоги – виконання заходів долікарської допомоги:

- надати потерпілому лежачого положення з дещо опущеною головою;
- покласти на ділянку епігастрію міхур з льодом;
- знеболити пацієнта шляхом введення 50% розчину анальгіну 2,0 мл (при евентрації внутрішніх органів);
- контроль життєво важливих функцій організму (частота дихання, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень);
- венепункція з подальшою інфузійною терапією (за показами);
- профілактика шоку, виконання протишоккових заходів (при потребі);
- седативна терапія введенням 2,0 мл реланіуму в/м (за показами);
- при відкритих ушкодженнях з евентрацією внутрішніх органів шкіру навколо рани обробити одним з антисептиків, а органи накрити асептичною серветкою зволоженою теплим (37 – 40 °C) розчином фурациліну або ізотонічного розчину натрію хлориду. Навколо евентрованих органів, поверх стерильної серветки, накласти ватно – марлевий бублик, зафіксувати пов'язкою до живота.
- не давати їжу та пиття потерпілому, тому що може виникнути потреба у виконанні невідкладного оперативного втручання.
- у лежачому положенні потерпілого слід транспортувати у хірургічний відділ найближчого лікувального закладу, причому це потрібно робити обережно, щоб не спричинити додаткових пошкоджень.

УВАГА !

Сторонні тіла, що проникли у черевну порожнину, не підлягають видаленню з огляду на небезпеку додаткових пошкоджень, кровотечі. Петлі кишки, як тонкої, так і товстої, що випали з живота через рану, не потрібно вправляти у черевну порожнину в зв'язку з небезпекою інфікування

9. Матеріали для самопідготовки студентів.

Орієнтовна карта організації самостійної роботи під час вивчення теми: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями органів черевної порожнини»

Завдання	Вказівки	Відповіді
1. Що забороняється робити хворим з “гострим животом”?	Впишіть згідно пунктів: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	
2. Дії медичної сестри при виникненні шлунково-кишкової кровотечі в стаціонарі.	Визначити послідовність дій медичної сестри.	
3.Скільки триває передопераційна підготовка у хворих з перитонітом?	Вкажіть, в якому об’ємі вона проводиться.	
4.Які групи препаратів забороняються вводити хворим з перфоративною виразкою?	Перелічити їх: 1. 2. 3.	
5. Коли з’являються перистальтика після апендектомії?	Вказати добу.	
6. Хворим з гострою кишковою непрохідністю дозволяється пити воду...	На який день	
7.Як проводиться транспортування хворих з пошкодженнями живота в стаціонар?	Вказати в якому положені	
8.Підготовка хворого до Ро-логічного дослідження шлунка	Визначення Попередня підготовка Особливості проведення	

9. Підготовка хворого до ФЕГДС	Визначення Попередня підготовка Особливості проведення	
10. Підготовка хворого до колоноскопії	Визначення Попередня підготовка Особливості проведення	
11. Підготовка хворого до холецисто- та холангіографії	Визначення Попередня підготовка Особливості проведення	
12. Підготовка хворого до іригоскопії.	Визначення Попередня підготовка Особливості проведення	
13. Підготовка хворого до УЗД органів черевної порожнини	Визначення Попередня підготовка Особливості проведення	
14. Особливості догляду за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями органів черевної порожнини	Скласти кросворд	

Контрольні запитання

1. Які ви знаєте види травм живота?
2. У чому полягає різниця між пошкодженнями паренхіматозних органів і порожнистих органів?
3. Від яких двох основних факторів залежить травматичне пошкодження внутрішніх органів живота?
4. У чому полягає особливість паренхіматозної кровотечі?
5. Які дві групи клінічних симптомів можна виділити у випадку внутрішньої кровотечі при закритих травмах живота?
6. Назвіть місцеві симптоми внутрішньої кровотечі при закритих травмах живота?
7. Яке вимушене положення хворого при внутрішньочеревних травматичних кровотечах?
8. В чому полягає суть симптому Роздольського?

9. До якої групи симптомів належать симптоми Щоткіна – Блюмберга та Роздольського?
10. Чи належить симптом перкуторного притуплення у відлогих місцях черевної порожнини до ранніх ознак внутрішньої кровотечі?
11. Яке обстеження ви проведете для раннього виявлення притуплення у відлогих місцях черевної порожнини у випадках наростаючого гемоперитонеуму?
12. Що ви застосуєте для діагностики в разі сумнівної клініки внутрішньої кровотечі?
13. Що таке лапароцентез?
14. Який стан виникає у хворого при травматичному пошкодженні порожнистих органів?
15. Під час пункції заднього склепіння піхви отримано кров. Яка подальша тактика?
16. Назвіть основні місцеві симптоми перитоніту.
17. Чи будете вводити хворим із травмою живота анальгетики, надаючи їм першу допомогу? Обґрунтуйте свою точку зору.
18. Хворого з закритою травмою живота госпіталізовано у стаціонар. Який мінімальний об'єм додаткового обстеження призначите хворому?
19. У стаціонар госпіталізовано хворого з внутрішньою кровотечею у стані шоку. Протягом якого часу хворого необхідно прооперувати. Обґрунтуйте свою точку зору.
20. У чому полягає симптом «відкритого крана» при внутрішніх кровотечах?
21. Які ви знаєте методи зупинки кровотечі із пошкодженої печінки?
22. Як проводиться дренивання черевної порожнини після операції, яка виконана у зв'язку з пошкодженням органів черевної порожнини?
23. Назвіть основні клінічні ознаки хворого із «обличчям Гіппократа».

Тести

1. Чоловіка збила машина. Свідомості не втрачав. Скарги на значну біль в лівому підреб'ї та животі. Який симптом вказує на ушкодження селезінки?
 - А Блювання "кавовою гущею"
 - В Нудота
 - С Симптом Іванця-Киванця
 - Д Головний біль
 - Е Симптом Пастернацького
2. Які голки використовуються для зшивання ран шлунка та кишківника?
 - А Голки круглі тонкі
 - В Голки Дешана лігатурні
 - С Голки ріжучі прямі
 - Д Голки Купера лігатурні
 - Е Голки атравматичні

3. Найбільш імовірно симптом Щоткіна-Блюмберга свідчить про наявність у пацієнта:
- A Гострого живота
 - B Гострої кишкової непрохідності
 - C Гострого холециститу
 - D Гострого панкреатиту
 - E Гострого апендициту
4. У пацієнта внаслідок травми живота при об'єктивному обстеженні відмічається зникнення печінкової тупості. Що стало найбільш вірогідною причиною даного ускладнення?
- A Внутрішньочеревної кровотечі.
 - B Тромбозу мезентеріальних судин.
 - C Розрив паренхіматозного органу.
 - D Розрив порожнистого органу
 - E Затримці сечовипускання.
5. Евентрація - це:
- A накопичення гною в рані
 - B вихід внутрішніх органів при розходженні швів
 - C розрив кишки
 - D заворот кишки
 - E внутрішні органи знаходяться під шкірою
6. На ФАП доставили потерпілого 50 років, який одержав закриту травму живота. Яка тактика м/с до приходу лікаря?
- A застосую міхур з льодом на живіт
 - B Прикладу грілку на живіт
 - C Введу знеболюючі
 - D Спостерігатиму за станом хворого
 - E Промію шлунок
7. Ви працюєте медсестрою хірургічного відділення і наглядаєте за післяопераційними хворими. Відомо, що одним з ускладнень у таких хворих є парез кишківника. Яких симптомів необхідно очікувати у разі виникнення такого ускладнення ?
- A Здуття живота, невідходження газів
 - B Посилення перистальтики, проносу
 - C Симптомів Валя і Обухівської лікарні
 - D Мелени
 - E Напруження м'язів живота і симптому Щоткіна-Блюмберга
8. Невідомий спричинив підлітку удар ножем у живіт. При обстеженні на передній черевній стінці рана довжиною 5 см, яка помірно кровоточить, в її отвір випала петля кишечника. Турбують біль у животі і спрага. Що саме з переліченого необхідно виконати на місці події в першу чергу:
- A вправити петлі кишечника
 - B надати положення Фаулера
 - C запропонувати ковтання кубиків льоду

- Д Накласти пов'язку на ушкоджене місце
Е покласти міхур з льодом
9. Пацієнтка Н., 49 років, через 8 годин після операції резекції шлунка, не може самостійно мочитися. Щоб допомогти їй, медична сестра створила шум хлюпання води з крану, полила статеві органи теплою водою, але ефекту не було. Що ще повинна виконати медична сестра в такому випадку:
А провести катетеризацію
В ввести спазмолітики
С ввести сечогінні
Д викликати лікаря
Е змінити положення
10. Перша медична допомога пацієнту з евентрацією внутрішніх органів:
А Промити і вправити евентровані органи
В Вправити евентровані органи без промивання
С Промити, вправити, накласти асептичну пов'язку
Д Асептична пов'язка на евентровані органи без їх вправлення
Е негайно доставити в лікарню без проведення будь-яких заходів
11. Для закритої травми живота з ушкодження паренхіматозного органу характерним є:
А Тупий біль у животі, наявність рідини (гемоперитонеум), тахікардія.
В Різкий біль у животі, брадикардія, ейфорія.
С Переймоподібний біль у животі, нестримна блювота.
Д Оперізуючий біль, нудота, блювота.
Е Симптом переміжної кульгавості.
12. Для закритої травми живота з ушкодження порожнистого органу характерним є:
А Оперізуючий біль
В Симптоми внутрішньої кровотечі.
С Симптоми розлитого перитоніту -
Д Переймоподібний біль.
Е Гематурія.
13. Що повинна зробити медсестра в передопераційному періоді хворому з гострим животом:
А Поставити клізму
В Ввести анальгетики
С Ввести спазмолітики
Д Премедикацію, поголити операційне поле, проби на антибіотики та новокаїн.
Е Підготувати шлунок та кишківник до операції
14. Поранення живота вважається проникаючим, якщо пошкоджено:
А Вісцеральну очеревину
В Внутрішні органи
С М'язи
Д Парієтальну очеревину

- Е Шкіру
15. Які ускладнення виникають у разі проникаючих поранень живота:
- А Крововилив у передню черевну стінку;
 - В Блювання;
 - С Грижа живота;
 - Д Порушення перистальтики;
 - Е Перитоніт;
16. 39 років отримав травму живота під час падіння з дерева. Хворий блідий, скарги на загальну слабкість, сильний біль у черевній порожнині. Пульс 130 уд/хв, слабкий. АТ – 90/50 мм.рт.ст. Живіт не бере участі в акті дихання, при пальпації різкий біль при м'якій передній черевній стінці. При перкусії живота відмічається притуплення у відлогих місцях. Межі приглушення змінюються залежно від положення тіла хворого. З чим пов'язані проблеми пацієнта?
- А Внутрішньочеревною кровотечею
 - В Гнійним перитонітом
 - С Гострим панкреатитом
 - Д Спастичною непрохідністю кишок
 - Е Гострим апендицитом
17. При “гострому” животі заборонено вводити знеболюючі тому що:
- А Виникає спазм судин
 - В Визначається збудження нервової системи
 - С Пригнічується дихання
 - Д Порушується функція шлунково-кишкового тракту
 - Е Виникають труднощі діагностики
18. Медична сестра надає першу допомогу пацієнту, який під час бійки отримав ножове поранення живота. У ділянці черевної стінки справа від пупка рана, з якої випала петля кишківника. Кишка на огляд не пошкоджена. Вкажіть незалежні першочергові втручання медичної сестри, які захистять кишку від здавлення та інфікування?
- А Знеболити потерпілого
 - В Заправити кишківник у черевну порожнину
 - С Накласти суху асептичну пов'язку
 - Д Накласти вологу серветку та валик
 - Е Накласти мазеву пов'язку
19. До лікарської допомога при гострому животі:
- А Ввести анагетіки
 - В Ввести спазмолітики
 - С Холод на живіт
 - Д Виконати очисну клізму
 - Е Промити шлунок
20. У хірургічному відділенні знаходиться хворий після операції резекції шлунку. Що необхідно зробити в першу чергу для профілактики застійної пневмонії?

- А Надати сидячого положення
- В Дотримуватись суворого ліжкового режиму
- С Вводити сечогінні
- Д Проводити дихальну гімнастику
- Е Часто провітрювати палату

Ситуаційні задачі

1. Хворий Т., 28 років, каретою швидкої допомоги доставлений в приймальне відділення міської лікарні, після падіння з другого поверху. Стан хворого важкий. Наявні ознаки розлитого перитоніту. Виконана оглядова рентгенографія органів черевної порожнини. Який з рентгенологічних симптомів може підтвердити діагноз розриву порожнистого органу?

Еталон відповіді: Наявність вільного газу в черевній порожнині

2. Хвору М., 25 років, кобила вдарила в живіт. Госпіталізована у хірургічне відділення з підозрою на розрив порожнистого органу. Бліда. Пульс-110 /хв. АТ-110/90 мм. рт. ст. Живіт напружений. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Аналіз крові Л-13х10⁹/л. Ер-4,1х10¹²/л. НВ-138г/л. Який метод рентгенологічного обстеження дозволить уточнити діагноз?

Еталон відповіді: Оглядова рентгеноскопія органів черевної порожнини

3. Хвора В., 48 років, побита невідомим 3 години тому та доставлена у хірургічне відділення зі скаргами на різкий біль в животі, нудоту, блювання. Риси обличчя загострені. АТ 100/60 мм. рт. ст. Позитивні симптоми подразнення очеревини. При оглядовій рентгенографії виявлено вільний газ під обома куполами діафрагми. Який метод лікування найбільш доцільний?

Еталон відповіді: Хірургічний

4. Хвора С., 76 років, госпіталізована у хірургічне відділення через 6 годин після падіння з 3 метрової висоти. Стан важкий, свідомість затьмарена, в контакт не вступає, пульс на периферії відсутній. Симптоми подразнення очеревини слабопозитивні. При оглядовій рентгенографії вільного газу в черевній порожнині не виявлено. При УЗД дослідженні виявлено вільну рідину між петлями кишківника. Який попередній діагноз можна поставити хворій?

Еталон відповіді: Розрив паренхіматозного органу.

5. Хвора М., 67 років, доставлена у хірургічне відділення в тяжкому стані. Побита невідомим 10 діб тому, за допомогою не зверталася. Раптово виникла слабкість, запаморочення, біль в лівій підреберній і поперековій ділянці. АТ

60/40 мм. рт. ст. Пульс 140/хв., слабкого наповнення. Живіт здутий. Перистальтика ослаблена. Слабопозитивні симптоми подразнення очеревини. УЗД дослідження не інформативне. Підозра на розрив селезінки. Яке обстеження буде найбільш інформативним?

Еталон відповіді: Діагностична лапаротомія.

6. Хворого С., 28 років, госпіталізовано через 1,5 год. після колото-різаного поранення в живіт зі скаргами на біль в ділянці рани та верхніх відділах живота, позитивні симптоми подразнення очеревини. Стан тяжкий. Перкуторно печінкова тупість відсутня. На оглядовій рентгенограмі наявність вільного газу в черевній порожнині. Який попередній діагноз можна поставити?

Еталон відповіді: Проникаюче поранення передньої черевної стінки.

7. Хворого Б., 37 років, госпіталізовано після удару в живіт тупим предметом. Турбують помірні болі в животі, сухість в роті, загальна слабкість. Шкіра бліда, АТ-90/60 мм. рт. ст., пульс 120/хв. Попередній діагноз- внутрішньочеревна кровотеча. Який метод дослідження потрібно використати для уточнення діагнозу?

Еталон відповіді: Лапароцентез з постановкою блукаючого катетера.

8. Хворий Т., 20 років, доставлений в приймальне відділення після травми живота на виробництві. Права половина живота відстає в акті дихання, де виявлено садна і припухлість, помірне напруження м'язів передньої черевної стінки. Перистальтика без особливостей. АТ-110/70 мм. рт. ст., пульс 84/хв. Ер-3.9х10¹²/л, НВ-110г/л, L-6,8х10⁹/л. Сформулюйте попередній діагноз?

Еталон відповіді: Гематома передньої черевної стінки.

9. Хвора Т., 28 років, госпіталізована через 7 годин після автомобільної травми. Після дообстеження встановлено діагноз- проникаюче поранення живота з ушкодженням порожнистого органа, розлитий перитоніт, перелом стегнової кістки у верхній третині із зміщенням. Яку лікувальну тактику потрібно вибрати?

Еталон відповіді: Після лапаротомії остеосинтез.

10. Хворого А., 48 років, госпіталізовано в хірургічне відділення після закритої травми живота з клінікою розлитого перитоніту. Яка лікувально-діагностична тактика?

Еталон відповіді: Екстрене оперативне лікування.

Визначте характер ушкодження.

	А. Розрив порожнистого органа	В. Розрив паренхіматозного органа
1. Перитоніт		
2. Внутрішні кровотеча		
3. Дошкоподібний живіт		
4. Живіт злегка болючий і напружений		
5. Притуплення в пологих місцях живота		
6. «Обличчя Гіппократа»		
7. Колаптоїдний стан		
8. Симптом Щоткіна - Блюмберга		

Завдання «німе фото»

1. Назвіть представлені на фото інструменти.
2. Проведіть перед стерилізаційну обробку і стерилізацію.



Тема: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та пошкодженнями прямої кишки»

Актуальність теми:

Пухлини прямої кишки займають великий відсоток серед пухлин. Основною властивістю пухлин є їх здатність до нестримного росту за рахунок розмноження клітинних елементів, їх відносна відокремленість в організмі. Розрізняють доброякісні і злоякісні пухлини.

Для доброякісних пухлин характерний повільний ріст проростаючих тканин. Вони мають капсулу, ростуть, розсуваючи тканини (експансивний ріст) і не здатні метастазувати. Доброякісні пухлини під впливом травм, гормональних порушень та інших причин можуть перетворюватися у злоякісні. Злоякісні пухлини характеризуються швидким інфільтруючим ростом з руйнуванням тканин і органів, можуть метастазувати. Частина злоякісних пухлин розвивається на ґрунті хронічних захворювань, що дістали назву передпухлинних (передракових).

Навчальні цілі:

Здобувачі освіти повинні знати:

1. Передпухлинні захворювання товстої і прямої кишки.
2. Основні клінічні прояви добро- та злоякісних пухлин.
3. Диференціальну діагностику цих захворювань.

Здобувачі освіти повинні вміти:

1. Правильно зібрати анамнез захворювання.
2. Сформулювати попередній діагноз і надати медичну допомогу за її необхідності.
3. Доглядати за онкологічними хворими.

Мета самостійної роботи:

1. Ознайомитися з клінікою доброякісних та злоякісних новоутворень товстої та прямої кишки.
2. Засвоїти методи діагностики цих новоутворень.
3. Сформувати навички догляду за онкологічними хворими.

Новоутворення товстої та прямої кишки поділяються на злоякісні та доброякісні. Серед доброякісних найбільш поширені поліпи прямої та товстої кишки. До злоякісних належить рак, тобто пухлина, яка розвивається з епітеліальних клітин.

Поліпами називають доброякісні пухлини слизової оболонки кишки, що мають будову аденоми. Вони відзначаються м'якою консистенцією, ростуть на низькій ніжці або широкій основі. Розміри її — від 0,1 до 3 см у діаметрі. Нерідко вони бувають множинними, вражають товсту і тонку кишку. Поліпи прямої кишки схильні до злоякісного перетворення, тому вважаються передраковим захворюванням. Симптомами поліпів є біль, тенезми, виділення слизу та крові під час дефекації. Іноді кровотечі бувають досить сильними і призводять до розвитку значної анемії. Діагноз ставлять на підставі дослідження прямої кишки — пальцевого, за допомогою ректального дзеркала та ректороманоскопа. Застосовують контрастне рентгенологічне дослідження товстої кишки, колоноскопію.

Лікування. Застосовують електрокоагуляцію поліпа через ректороманоскоп. При злоякісному перетворенні поліпа проводять оперативне втручання.

Рак *прямої кишки* спостерігають частіше за все у чоловіків віком 40—60 років. Розвивається на тлі поліпів, хронічного проктиту, геморою і виразок прямої кишки. Рак ампулярного та проксимального відділів її, який є залозистим раком (аденокарцинома), виходить з циліндричного епітелію слизової оболонки прямої кишки. Має вигляд великих виразок або шкіру, який циркулярне звужує просвіт прямої кишки. Метастазує в позаочеревинні лімфатичні вузли та печінку.

Характерними симптомами захворювання є закріп і пронос, виділення слизу, крові, іноді гною. Кров і слиз виділяються разом з калом, іноді спричиняють значні кровотечі. За тривалого перебігу пухлина проростає в навколишні органи (сечовий міхур, матку), розвивається кахексія.

Діагноз установлюють на підставі клінічних симптомів і даних досліджень прямої кишки (пальцевого, ректороманоскопії). Під час пальцевого дослідження визначають щільну горбисту пухлину, на пальці рукавички часто виявляють темні бурі плями і слиз. Під час ректороманоскопії встановлюють розміри і характер пухлини, в разі потреби роблять біопсію.

Лікування хірургічне. У початкових стадіях проводять радикальне видалення прямої кишки разом з пухлиною. У давніших стадіях накладають протиприродний відхідник на сигмоподібну кишку. Останню виводять через розріз передньої черевної стінки, підшивають до очеревини й апоневрозу і розкривають на 3—4-й день після операції.

Рак товстої кишки. Захворюваність на рак товстої кишки займає 3-тє місце після раку шлунка та стравоходу. Хворіють люди віком 40—60 років і старші. Локалізація раку різноманітна — сліпа кишка, ділянка печінкового, селезінкового чи прямокишково-сигмоїдального кута. За клінічним перебігом розрізняють рак правої і лівої половини товстої кишки. Рак правої половини відрізняється екзофітним ростом, не спричиняє порушень проходження калових мас по кишці.

Рак лівої половини ободової кишки характеризується інфільтративним ростом з розвитком обтурації кишки. Хворі скаржаться на біль у животі, схуднення, загальну слабкість, виділення слизу та крові з калом, закреп, метеоризм.

Діагноз підтверджується під час рентгенологічного обстеження товстої кишки з постановкою контрастної клізми; останнім часом для уточнення діагнозу широко застосовують колоноскопію.

Лікування хірургічне. Виконують резекцію товстої кишки в межах здорових тканин. При неоперабельних пухлинах накладають обхідний анастомоз між товстою та тонкою кишкою або формують штучний протиприродний відхідник для відходження калу і газу. Кал збирають у спеціальний калоприймач, який фіксують гумовим поясом до живота хворого. Необхідно систематично дезінфікувати калоприймачі антисептичним розчином. Кал не повинен потрапляти до рани і на шкіру.

Контрольні запитання

1. Які ви знаєте доброякісні та злоякісні пухлини товстої і прямої кишки?
2. Назвіть передпухлинні захворювання товстої і прямої кишки.
3. Який матеріал береться для цитологічного дослідження за підозри на пухлину?
4. Опишіть клінічну картину раку прямої кишки.
5. У чому полягає лікування раку прямої кишки?
6. Що ви знаєте про рак товстої кишки?
7. Який треба здійснювати догляд за колостомою ?

Тести для самоконтролю

1. Ваші дії при підозрі на рак прямої кишки:
 - A. Дати препарати, послаблюючої дії;
 - B. Дати знеболюючі;
 - C. Терміново госпіталізувати;
 - D. Направити до лікаря.
2. Ознаки раку прямої кишки все зазначене, крім:
 - A. Болю в ділянці заднього проходу;
 - B. Почервоніння шкіри в ділянці ануса;

- С. Тріщини;
 D. Схуднення;
 Е. Анемії.
3. Екзофітний ріст пухлини:
 А. Швидкий ріст пухлини;
 В. Повільний ріст пухлини;
 С. Ріст у просвіт прямої кишки;
 D. Ріст у навколишні тканини.
4. Ендофітний ріст пухлини:
 А. Швидкий ріст пухлини;
 В. Повільний ріст пухлини;
 С. Ріст у просвіт прямої кишки;
 D. Ріст у навколишні тканини.
5. Радикальна операція при раку прямої кишки:
 А. Накладання калової нориці;
 В. Вирізання гемороїдального вузла;
 С. Розкриття гнійника;
 D. Ампутація прямої кишки з пухлиною.
6. Паліативна операція при раку прямої кишки:
 А. Накладання калової нориці;
 В. Вирізання гемороїдального вузла;
 С. Розкриття гнійника;
 D. Ампутація прямої кишки з пухлиною.
7. Рентгенологічна ознака раку прямої кишки:
 А. “Ніша”;
 В. “Дефект наповнення”;
 С. Глибока ніша.
8. Який метод обстеження необхідно застосовувати фельдшеру на ФАП у проктологічних хворих?
 А. Пальцьове дослідження прямої кишки;
 В. Ректоскопія;
 С. Рентгенографія з барієм.

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8
D	B	C	D	D	A	B	A B

Ситуаційні задачі

- Хворий звернувся до поліклініки з приводу виділення слизу та крові з відхідника під час дефекації. Такий стан у хворого вперше, інших скарг немає. Які методи дослідження повинні бути призначені для з'ясування діагнозу?
- Хворий, 64 років, звернувся до поліклініки зі скаргами на закріп, виділення слизу, калу з кров'ю, значний біль біля відхідника. Протягом останніх 3 міс

схуд на 10 кг. Який ваш попередній діагноз? Які методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

3. Під час профогляду хворої лікар звернув увагу на щільну бугристість біля відхідника. Під час розпитування з'ясувалося, що у хворої протягом 8 міс часто бувають проноси кров'ю. Хвора бліда, анемічна. Під час пальцевого дослідження визначається щільна бугриста пухлина, яка займає 2/3 зовнішнього м'яза замикача відхідника. Які повинні бути дії в даному випадку?

Еталони відповідей

Задача № 1

Пальцеве дослідження прямої кишки. При необхідності проводять ретроскопію, аноскопію, ректороманоскопію.

Задача № 2

У хворого новоутворення прямої кишки. Для уточнення діагнозу необхідно провести пальцеве дослідження прямої кишки, ректоскопію, аноскопію, при необхідності ректороманоскопію з біопсією ділянки новоутворення.

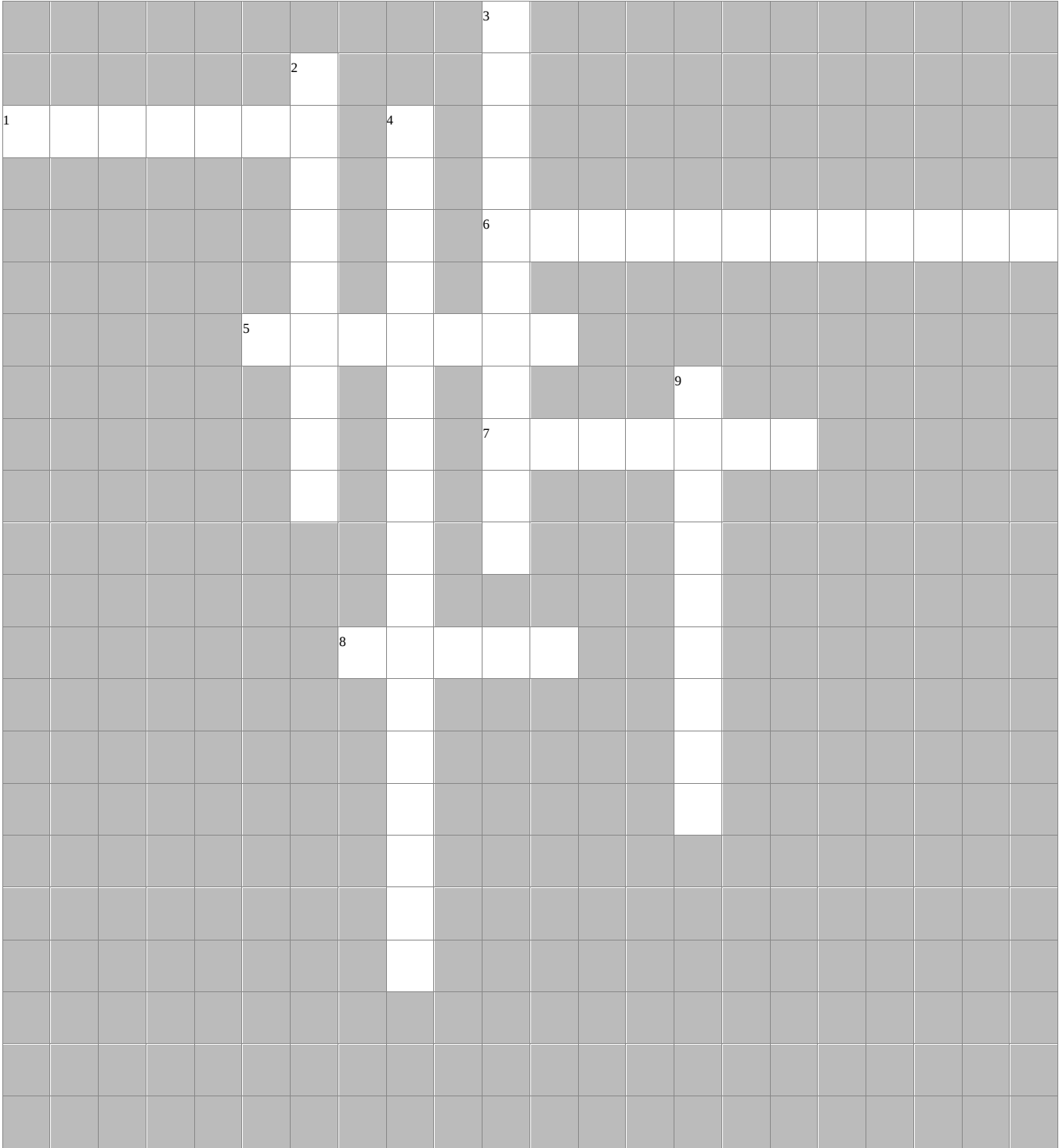
Задача № 3

У хворої пухлина прямої кишки. Для уточнення діагнозу необхідно відправити її в онкологічний диспансер чи проктологічне відділення.

Література:

Основна: *Скрипниченко Д. Ф.* Хірургія. — К.: Вища шк., 1992. — С. 513—516.
Додаткова: *Слинчак С. М.* Онкологія.— К.: Вища шк., 1989. — С. 85—87.

Догляд за хворими з захворюваннями та ушкодженнями прямої кишки



Питання до кросворду: Догляд за хворими з пошкодженнями та захворюваннями прямої кишки

- 1.Шкіру, навколо нориці, потрібно змазувати пастою (за автором)...?
- 2.Метод дослідження поліпів прямої кишки?
3. Бактеріальне запалення жирової клітковини навколо прямої кишки?
- 4.Метод інструментального дослідження прямої та дистального відділу сигмоподібної кишок?
- 5.Варикозне розширення вен прямої кишки?
- 6.Операція з приводу геморою проводиться під місцевою анестезією. Яка використовується новокаїнова блокада?
- 7.Лінійний дефект слизового покриву заднього проходу?
- 8.Доброякісне утворення на слизовій оболонці прямої кишки?
- 9.Вихід стінки прямої кишки з заднього проходу?

Тема: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та пошкодженнями органів сечостатевої системи»

На базі набутих знань з анатомії, фізіології, загальної хірургії здобувачі освіти повинні самостійно ознайомитися з діагностикою пухлин сечових шляхів, засвоїти диференціальну діагностику пухлин, оволодіти навичками догляду за цією категорією хворих.

Навчальні цілі:

Здобувачі освіти повинні знати:

1. Види пухлин сечових органів.
2. Диференціальну діагностику доброякісних і злоякісних пухлин.
3. Клінічні прояви пухлин.
4. Диференціальну діагностику пухлин сечових шляхів.

Здобувачі освіти повинні вміти:

1. Правильно зібрати анамнез захворювання.
2. Проявляти онкологічну настороженість.
3. Описати положення пухлини, її розміри, форму, рухомість, консистенцію, місце розташування.

Мета самостійної роботи:

1. Ознайомитися з диференціальною діагностикою добро- і злоякісних пухлин сечових шляхів.
2. Засвоїти клінічні особливості цих пухлин.
3. Сформувати онкологічну настороженість щодо передпухлинних захворювань сечових шляхів.

План

1. Пухлини нирок
2. Пухлини сечового міхура
3. Пухлини передміхурової залози.

Новоутворення сечових шляхів підрозділяють на доброякісні та злоякісні. *Пухлини нирок* можуть бути доброякісними (ліпома, фіброма, ангіома, міксома), вони відзначаються повільним ростом і безсимптомним перебігом. Злоякісні пухлини нирок поділяються на епітеліальні (рак) і сполучнотканинні (саркома). У дітей трапляються змішані пухлини, які досягають іноді значних розмірів.

Злоякісні пухлини швидко ростуть і метастазують у легені, печінку, кістки, лімфатичні вузли. Найчастіше спостерігається гіпернефровузливата пухлина м'якої консистенції, що нагадує за своїм виглядом надниркові залози.

До загальних симптомів більшість хворих відносить погіршення стану, загальну слабкість, відсутність апетиту, схуднення. Іноді єдиною ознакою раку нирки може бути збільшення ШОЕ. У деяких хворих захворювання може проявитися лише «безпричинним» підвищенням температури ввечері або артеріальною гіпертензією.

Основними симптомами злоякісних новоутворень є біль, пальпаторне визначення пухлини і гематурія. Біль проявляється дискомфортом у поперековій ділянці, іноді нирковою колікою, яка розвивається внаслідок обтурації сечоводів кров'ю. Особливістю ниркової коліки при злоякісній пухлині є її поява після гематурії.

Унаслідок проростання і здавлювання нервових стовбурів біль стає постійним і сильним. Гематурія розвивається внаслідок розпаду пухлини та венозного застою. Характерним є раптовий початок і швидке припинення кровотечі. Змінена пухлиною нирка пальпується лише на запавнених стадіях.

Лікування хірургічне

Пухлини сечового міхура бувають доброякісні та злоякісні. Серед доброякісних найчастіше зустрічається папілома — ніжна ворсинчаста фіброепітеліальна пухлина. Папілома нагадує водорості, має тонку ніжку і значні розгалуження. Трапляється і атипова форма з широкою і товстою основою. Особливістю папіломи є схильність її до рецидивів і кровотечі. Папілома після видалення може рецидивувати і переходити в злоякісну пухлину.

Злоякісне новоутворення сечового міхура відзначається швидким інфільтративним ростом з руйнуванням стінки міхура, проростанням у промежину, піхву, пряму кишку і метастазуванням у лімфатичні вузли, печінку, легені та інші органи. Частіше за все розвивається в похилому і старечому віці. Першим і найчастішим симптомом є гематурія. Вона супроводжується частим і болючим сечовипусканням. Діагноз пухлини встановлюється за допомогою цистоскопії, біопсії.

Лікування доброякісних пухлин оперативне, електрохірургічним методом. У випадку злоякісної пухлини видаляють стінку або весь сечовий міхур з пересадкою сечоводів у товсту кишку. У неоперабельній стадії застосовують симптоматичне лікування.

Пухлини передміхурової залози. До злоякісних новоутворень передміхурової залози відносять рак, саркому. Рак передміхурової залози

спостерігають у похилому і старечому віці. Клінічна картина характеризується безсимптомним перебігом у початкових стадіях. Потім з'являються порушення сечовипускання. Хворі скаржаться на затримку сечовипускання і необхідність натуження, тонку переривчасту струмину сечі, іноді сечовипускання краплями. Іншими симптомами є біль у промежині, в ділянці відхідника, гематурія, яка є наслідком проростання пухлини в сечовий міхур. Характерним для цього виду раку є раннє метастазування у кістки (найчастіше у кістки таза). Стан хворих швидко погіршується. Спостерігається швидке схуднення. Під час ректального дослідження пальпується щільна на горбиста поверхня передміхурової залози.

Лікування раку передміхурової залози хірургічне. Залозу видаляють, проводять гормонотерапію.

Контрольні запитання

1. Які ви знаєте новоутворення сечових шляхів?
2. Назвіть доброякісні пухлини сечових органів.
3. Охарактеризуйте симптоматику злоякісних пухлин нирок.
4. Що вам відомо про пухлини сечового міхура?
5. Які характерні ознаки раку передміхурової залози?

Тести для самоконтролю:

1. Характерна ознака аденоми передміхурової залози:
 - A. Вільне сечовипускання;
 - B. Утруднене сечовипускання;
 - C. Висока температура тіла;
 - D. Відсутність позивів на сечовипускання.
2. Основний діагностичний метод при підозрі на пухлину нирки:
 - A. Цистоскопія;
 - B. Ниркова ангіографія;
 - C. Оглядова урографія;
 - D. Аналіз сечі по Нечипоренко.
3. Ціль догляду за пацієнтом з цистостомою:
 - A. Збереження звичного режиму фізіологічних відправлень;
 - B. Відсутність дискомфорту в пацієнта;
 - C. Відновлення функції сечового міхура;
 - D. Навчання правилам користування зовнішнім катетером.
4. Втручання по попередженню розвитку інфекції сечових шляхів у пацієнта з постійним катетером:
 - A. Забезпечення пацієнту достатнього часу для сечовипускання;
 - B. Своєчасне спорожнювання дренажного мішка;
 - C. Промивання катетера розчином фурациліну 1:5000 не менш 2 разів у день;
 - D. Забезпечення комфортних умов для сечовиділення.
5. Як називається виділення крові з сечею:
 - A. Гемоглобінурія
 - B. Еритроцитурія

- C. Гематурія
 - D. Уретрорагія
 - E. Хілургія
6. Що таке дизурія:
- A. Відсутність сечовипускання
 - B. Відсутність сечовиділення
 - C. Зменшення кількості сечі, що виділяється нирками
 - D. Запізнення сечовиділення
 - E. Розлад сечовипускання
7. За умови яких захворювань і станів може виникнути гостра затримка сечі:
- A. Аденома передміхурової залози
 - B. Механічних перешкод у сечовипускному каналі
 - C. Післяопераційних станів
 - D. Недостатньої підготовки нервової системи до операції
 - E. Енурезу
8. Що таке анурія ?
- A. Припинення сечоутворення ниркою
 - B. Неможливість сечовипускання
 - C. Припинення сечовипускання
 - D. Сечовий міхур не здатний утримувати сечу
 - E. Повне припинення надходження сечі у сечовий міхур
9. Вкажіть на ознаки дизурії:
- A. Наявність білка в сечі
 - B. Часте сечовипускання
 - C. Болісність в попереку
 - D. Утруднене сечовипускання
 - E. Гематурія

Ситуаційні задачі

1. Хворий звернувся до поліклініки з приводу наявності крові в сечі. Під час опитування з'ясувалося, що у хворого ніколи не було нападів ниркової коліки. Під час пальпації нирок визначається утворення в поперековій ділянці. Які методи дослідження треба призначити для з'ясування діагнозу?
2. Хворий, 72 років, звернувся до поліклініки зі скаргами на затримку сечовипускання, біль у промежині, часто сеча виділяється з краплинами крові. Під час ректального дослідження пальпується щільна горбиста передміхурова залоза. Якими спеціальними методами дослідження ви зможете уточнити діагноз?
3. Хвора, 59 років, протягом місяця перебувала в терапевтичному відділенні з діагнозом «гіпохромна анемія невизначеної етіології». Хвора скаржиться на відсутність позивів до сечовипускання; у сечовому міхурі встановлено катетер. Останнім часом у неї з'явилися

позиви до сечовипускання. Сеча набула неприємного запаху. Поставте попередній діагноз. Яке ускладнення виникло у хворої?

4. У хворого А., 80 років постійне мимовільне виділення сечі краплями на протязі 2-х тижнів. До цього часте і утруднене сечовипускання з виділенням великої кількості сечі (до 3 л на добу), прозорої і без кольору, сухість в роті, сильна спрага. Думали про цукровий діабет, але вміст цукру в крові нормальний. Над лобком промацується кругле, еластичне, помірно болісне утворення. Яке захворювання у хворого ?
Ваша тактика ?
5. У хворого 72 років після вживання алкоголю припинилось сечовипускання, з'явилося відчуття переповнення сечового міхура, сильні потяги до сечовипускання і біль внизу живота. До цього, на протязі 3 років відмічав помірне утруднення сечовипускання, частіше нічне сечовипускання і ослаблення струменя сечі. Про яке захворювання у хворого можна подумати ? Що необхідно зробити ?

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9
В	В	D	С	С	Е	А В С	Е	В D

Задача № 1

Проводять хромоцистоскопію, оглядову рентгенографію нирок, УЗД нирок, екскреторну чи ретроградну пієлографію, при необхідності ангіографію судин нирок чи комп'ютерну томографію нирок.

Задача № 2

Провести ректоскопію з біопсією передміхурової залози.

Задача № 3

У хворої виник гострий пієлоцистит.

Задача № 4

У хворого аденома передміхурової залози III стадії, парадоксальна ішурия. Необхідно доставити його в урологічне відділення для оперативного лікування (накладання епіцистостоми).

Задача № 5

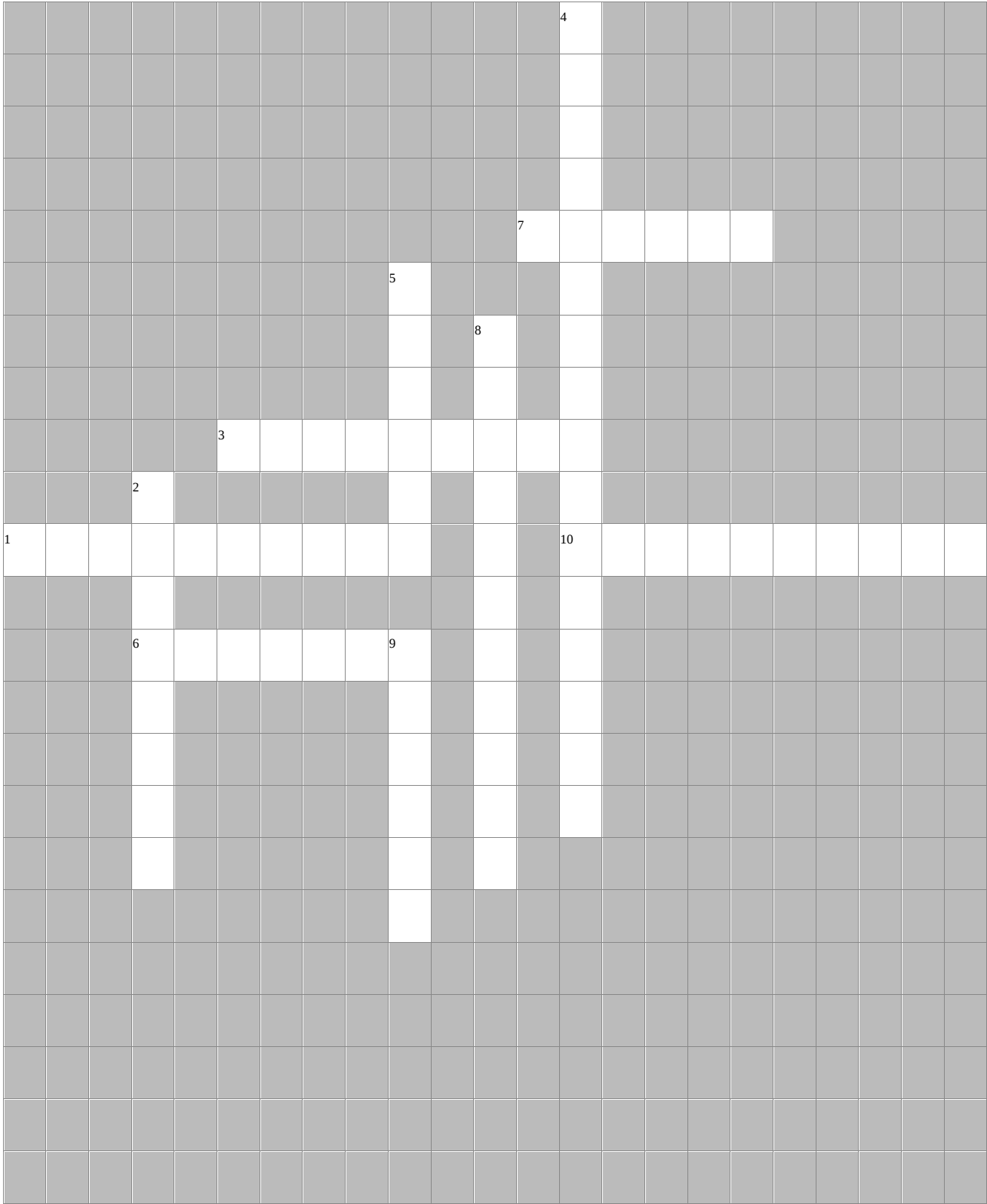
У хворого гостра затримка сечі внаслідок аденоми простати. Необхідно провести катетеризацію сечового міхура і доставити хворого в урологічне відділення.

Література

Основна: Скрипниченко Д. Ф. Хірургія. — К.: Вища шк., 1992. — С. 530—534.

Додаткова: Слинчак С. М. Онкологія. — К.: Вища шк., 1989. — С. 308—336.

Питання до кросворда: Догляд за хворими з захворюваннями та ушкодженнями органів сечостатевої системи



Питання до кросворду: Догляд за хворими з захворюваннями та ушкодженнями органів сечостатевої системи

- 1.Запальний процес навколо ниркової жирової клітковини?
- 2.Спазмолітик, який використовується під час нападу ниркової коліки?
- 3.Запалення передміхурової залози?
- 4.Метод дослідження, при якому в сечовий міхур вводять цистоскоп, а в/в – індигокармін?
- 5.Запалення сечового міхура?
- 6.Збільшення передміхурової залози за рахунок розростання її залозистої і сполучної тканини?
- 7.Сечокам'яна хвороба проявляється нападами...?
- 8.Метод подрібнення каменів в нирках за допомогою спеціальних апаратів?
- 9.При повних розривах сечоводів настає...?
- 10.Хвороба, яка супроводжується утворенням каменів у сечовидільній системі?

Тема : «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями хребта і таза»

Актуальність теми:

На базі набутих знань з анатомії, фізіології, сестринської справи здобувачі освіти повинні самостійно ознайомитися з питаннями догляду за хворими з

ушкодженнями хребта, спинного мозку і кісток таза, навчитися деонтологічним принципам у спілкуванні з цією категорією хворих.

Навчальні цілі:

Здобувачі освіти повинні знати:

1. Положення хворих при переломах хребта.
2. Види витягнення при переломах хребта, кісток таза.
3. Значення лікувальної фізкультури при переломах хребта.
4. Особливості післяопераційного догляду за хворими.

Здобувачі освіти повинні вміти:

1. Доглядати за хворими до операції та після неї.
2. Доглядати за хворими, яким не показана операція.

Мета самостійної роботи:

1. Ознайомитися з особливостями положення у ліжку хворого з ушкодженнями хребта і таза.
2. Засвоїти деонтологічні принципи спілкування з такими хворими.
3. Сформувати навички догляду за цією категорією хворих.

План

1. Догляд за хворими з ушкодженнями хребта.
2. Догляд за хворими з ушкодженнями спинного мозку.
3. Догляд за хворими з ушкодженнями кісток таза.

Догляд за хворими з ушкодженнями хребта. Хворого з переломами грудних і поперекових хребців без зміщення кладуть на живіт на жорстке ліжко з підкладеними під грудну клітку і гомілки подушками для максимального розвантаження ушкодженої ділянки. Якщо хворий погано переносить таке положення, його кладуть на спину на щит або гіпсове ліжко, під місце перелому підкладають валик, поступово збільшуючи його висоту. При переломах зі зміщенням застосовують витягнення лямками за пахвові ямки, а при переломах шийних хребців — за допомогою петлі Глісона, при цьому головний кінець ліжка піднімають на 40—50 см. Хворі погано переносять витягнення, скаржаться на тиск петлі та лямок, інколи самі їх знімають, таким чином порушуючи зростання перелому. Треба ретельно стежити за виконанням призначеного режиму, роз'яснювати хворим його необхідність.

Використовують також витягнення за тім'яні горби за допомогою спеціальної клеми. Після зняття витягнення нерідко накладають гіпсовий корсет з полівіка.

Велике значення при переломах хребців має лікувальна фізкультура: у перші дні — дихальна гімнастика, з 11-го до 20-го дня — у положенні на спині для м'язів кінцівок, потім у положенні на животі для м'язів спини і живота. Сидіти починають з 3—4-го місяця.

Підготовка до операції звичайна, догляд після операції не відрізняється від догляду за неоперованими хворими.

Догляд за хворими з ушкодженнями спинного мозку. При стисканні спинного мозку роблять операцію — ламінектомію. Під час транспортування хворого в операційну, перекладування на каталку, з каталки на операційний стіл і транспортування назад до палати необхідно діяти дуже обережно. Після операції хворого укладають на щит (якщо операція була на шийних хребцях, то подушку забирають на весь період лікування, під шийний відділ кладуть невеликий валик). Під коліна підкладають напівжорсткі подушки для того, щоб створити кут 150—155°, ступні фіксують лямками до спинки ліжка.

Першочерговою є профілактика пролежнів: слід повертати хворого через кожні 3—4 год, підтягуючи його на простирадлі до краю ліжка. У разі ушкодження шийних хребців повертають тільки таз хворого, котрий при цьому лежить на одній сідниці.

Після загоєння операційної рани рекомендують постійні теплі ванни, куди хворого поміщають на щиті. Кращим методом профілактики є підвішування хворого до рам за гребні клубових кісток, виростки стегон і кісточки. При цьому хворий не торкається ліжка спиною і сідницями, тому зручно проводити масаж, оброблення шкіри.

У разі стійкого порушення сечовипускання вводять постійний катетер і здійснюють постійне промивання сечового міхура за системою Монро: антисептичний розчин потрапляє в сечовий міхур з одноразової системи з крапельницею і трійником зі швидкістю 5—6 крапель на 1 хв. Змивне коліно трубки, з'єднане з трійником, піднімають вище рівня сечового міхура. Упродовж доби його 5—6 разів опускають донизу, щоб витекла вся промивна рідина. У разі затримки калу ставлять очисні та сифонні клізми, після цього хворого підмивають і припудрюють ділянку відхідника тальком.

Якщо хворий мерзне, то на ноги йому одягають ватні панчохи. Грілки не використовують через небезпеку опіків. Для профілактики контрактур використовують лікувальну фізкультуру і масаж.

Догляд за хворими з ушкодженнями кісток таза. При переломах тазового кільця без порушення його цілісності хворого укладають на щит з валиком під колінами, ноги його повинні бути зігнутими і розведеними у колінних суглобах. Із перших днів проводять лікувальну фізкультуру. Хворий перебуває у ліжку 4—6 тиж. При переломах з порушенням цілісності тазового кільця накладають хребтове витягнення, таз підвішують у гамаці на двох рамах Брауна. Гамак роблять з подвійної м'якої тканини, ширина якої дорівнює відстані від IX—X ребра до великих вертлюгів, на кінці гамака підшивають дерев'яні розпорки, до яких прикріплюють шнури. Судно такому хворому підкладають троє осіб. Двоє обережно піднімають таз хворого за гамак, а третій підводить судно з боку здорової кінцівки.

Карта ООД

№ п/п	Завдання	Вказівки до завдання		Контрольні питання	Література
		Знати	Вміти		

1.	Вади розвитку, природжені захворювання хребта	Вади розвитку, природжені захворювання хребта, клінічні ознаки методи діагностики, принципи лікування	Встановити діагноз природжених захворювань та вад розвитку хребта, визначити лікувальну тактику.	1. До медичної сестри звернулася мати з 3 місячною дитиною. При огляді виявлено пухлино подібне утворення в попереково-крижовій ділянці, відмічається нижній парепарез. Попередній діагноз? Ваші рекомендації? 2. При профілактичному огляді школярів Ви виявили у одного з них викривлення грудного відділу хребта випуклістю назад, у другого - викривлення випуклістю вліво. Як називаються ці дефекти? Ваші рекомендації? 3. Хворого 45 років турбують тупі болі в попереку, скутість рухів в хребті зранку. Після різких рухів та підйомі важких предметів болі стають сильними, можуть іррадіювати в ногу. Попередній діагноз? Ваші рекомендації?	✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік. ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік. ✓ інтернетвидання
2.	Транспортна іммобілізація при переломах хребта, тазу	Принципи транспортної іммобілізації при переломах хребта, тазу	Надати першу допомогу при переломах хребта, тазу	1. Назвіть усі можливі способи транспортної іммобілізації при: а)переломі шийного відділу хребта б)переломі поперекового відділу хребта в) переломі тазу	
3.	Догляд за хворими з переломами хребта, тазу.	Принципи догляду за хворими з переломами хребта, тазу.	Проводити профілактику головних ускладнень у з нерушеного на довгий строк хворого.	1. Як ви провидете профілактику: а) тромбоемболії б) пневмонії в) пролежнів г) парезу кишечника д) затримки сечі	
4.	Туберкульоз хребта	Клінічні ознаки, методи діагностики, принципи лікування туберкульозу хребта	Встановити діагноз, визначити лікувальну тактику	1. У дитини 5 років відмічаються болі в хребті, обмеження рухів, кифотична деформація грудного відділу, періодичне підвищення температури до субфебрильних цифр, дитина сильно потіє. Ваш діагноз? Принципи лікування.	

5.	Набір інструментів для люмбальної пункції	Набір інструментів для люмбальної пункції	Скласти набір інструментів для люмбальної пункції	1. Яку голку Ви використаєте для люмбальної пункції? а) Дюфо б) Касирського в) Біра г) Кера д) Туохі Положення хворого при виконанні люмбальної пункції? В якому положенні має перебувати пацієнт протягом перших 2-х годин після проведення люмбальної пункції?	
----	---	---	---	---	--

Контрольні запитання.

1. Якого положення надають хворому при переломах грудних і поперекових хребців без зміщення, зі зміщенням?
2. Яке значення при переломах хребців має лікувальна фізкультура?
3. Яка особливість догляду при ушкодженні спинного мозку?
4. Що рекомендується хворим після загоєння рани у післяопераційний період?
5. Що потрібно застосовувати у разі стійкого порушення сечовипускання ?

Тести для самоконтролю:

1. Вивих в хребті визначають по хребцю:
 - А. Вище лежачому.
 - В. Нижче лежачому.
2. Вивих до 3-х діб вважається:
 - А. Свіжим.
 - В. Не свіжим.
 - С. Застарілим.
3. Перелоμο-вивихом називається стан, який характеризується одночасним:
 - А. Переломом та зміщенням кісткових відламків.
 - В. Переломом та інтерпозицією м'язів між відламками.
 - С. Переломом з входженням відламків один в другий.
 - Д. Вивихом однієї кістки та переломом другої.
 - Е. Вивихом та переломом суглобових та білясуглобових відділів кістки.
4. Транспортувати хворого з переломом поперекового відділу хребта необхідно на м'яких носилках в положенні:
 - А. На спині.
 - В. На животі.
 - С. На боку.
 - Д. "Жабки".
 - Е. Не має значення.

5. В положенні “жабки” необхідно транспортувати хвору з переломом:

- A. Хребта.
- B. Лопаток.
- C. Таза.
- D. Обоих стегон.
- E. Обоих гомілок.

6. Причиною уповільненого зростання кісток є:

- A. Погана іммобілізація.
- B. Розвиток інфекції.
- C. Інтерпозиція м'яких тканин.
- D. Порушення кровопостачання кісткових відламків.
- E. Все вище вказане.

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6
A	A	C	B	C	E

Ситуаційні задачі.

1. Хвору, 38 років, госпіталізовано в травматологічне відділення після дорожньо-транспортної пригоди з переломом грудних хребців без зміщення із ушкодженням спинного мозку. Який буде застосовуватися метод витягнення? Як здійснювати догляд за хворою?

2. Хвора, 48 років, перебуває у травматологічному відділенні з приводу ушкодження таза без порушення цілісності тазового кільця. Як потрібно доглядати за такою хворою?

3. Чоловік, 35 років, упав з висоти 2 м. Стан тяжкий, на питання не відповідає, пульс — 120 за 1 хв. Реагує на пальпацію V—VI шийного хребця, функція верхніх і нижніх кінцівок відсутня. Дихання поверхневе. Назвіть принципи надання ПМД. Які особливості догляду за хворим?

Еталони відповідей.

Задача № 1. Головний кінець ліжка піднімають відносно нижнього на 40-50 см, а після репозиції відламків на 30 см. Витягання здійснюється під дією власної ваги тіла. Для того, щоб хворий утримувався на похилій поверхні, його прикріплюють до спинки головного кінця ліжка лямками навколо підпахових впадин.

Першочерговою є профілактика пролежнів: слід повертати хворого через кожні 3—4 год, підтягуючи його на простиралі до краю ліжка. Кращим методом профілактики є підвішування хворого до рам за гребні клубових кісток, виростки стегон і кісточки. При цьому хворий не торкається ліжка спиною і сідницями, тому зручно проводити масаж, оброблення шкіри. У разі стійкого порушення сечовипускання вводять постійний катетер і здійснюють постійне промивання сечового міхура за системою Монро. У разі затримки калу ставлять очисні та сифонні клізми, після цього хворого підмивають і припудрюють ділянку відхідника тальком. Якщо хворий мерзне, то на ноги

йому одягають ватні панчохи. Грілки не використовують через небезпеку опіків. Для профілактики контрактур використовують лікувальну фізкультуру і масаж.

Задача № 2. Хворого вкладають на щит з валиком під колінами, ноги його повинні бути зігнутими і розведеними у колінних суглобах. Із перших днів проводять лікувальну фізкультуру. Хворий перебуває у ліжку 4—6 тиж. Догляд за хворими з даною патологією включає всі елементи догляду за важкими лежачими хворими.

Задача № 3. Вкладають потерпілого спиною на щит, вводять знеболюючі засоби, накладають ватно-марлевий комір (можна фіксувати голову двома шинами), під шию підкладають валик, при необхідності вводять серцево-судинні і дихальні засоби, постраждалого тепло закутують, дають гарячий чай, каву (при відсутності ушкоджень внутрішніх органів), транспортують у хірургічне відділення в супроводі медичного працівника. Догляд за хворими з даною патологією включає всі елементи догляду за важкими лежачими хворими.

Література

Основна:

1. *Цитовская Л. В.* Руководство к практическим занятиям по хирургии. — К.: Вища шк., 1988. — С. 319—321.

Додаткова:

2. *Скрипниченко Д. Ф.* Хірургія. — К.: Вища шк., 1992. — С. 541—545.

Актуальність теми:

СТС (краш-синдром, травматичний токсикоз) розвивається, як правило в осіб, які постраждали в наслідок масових катастроф. Клінічні прояви синдрому вперше були описані М.І. Пироговим на основі спостережень, що їх він провів під час Севастопольських подій 1854 – 1855 роках.

СТС виникає тоді, коли м'які тканини тривалий час стискаються брилами зруйнованих будинків, ґрунтом під час обвалів шахт, землетрусів тощо. Так, під час землетрусу у Вірменії серед потерпілих 23,4% становили пацієнти із СТС.

Навчальні цілі:

Здобувач освіти повинен знати:

- Основні причини виникнення СТС.
- Основні клінічні симптоми СТС.
- Методи надання першої допомоги при СТС.
- Основні принципи лікування при СТС.
- Патогенез СТЗ.
- Основні клінічні ознаки.
- Невідкладну допомогу.
- Лікування.

Здобувач освіти повинен вміти:

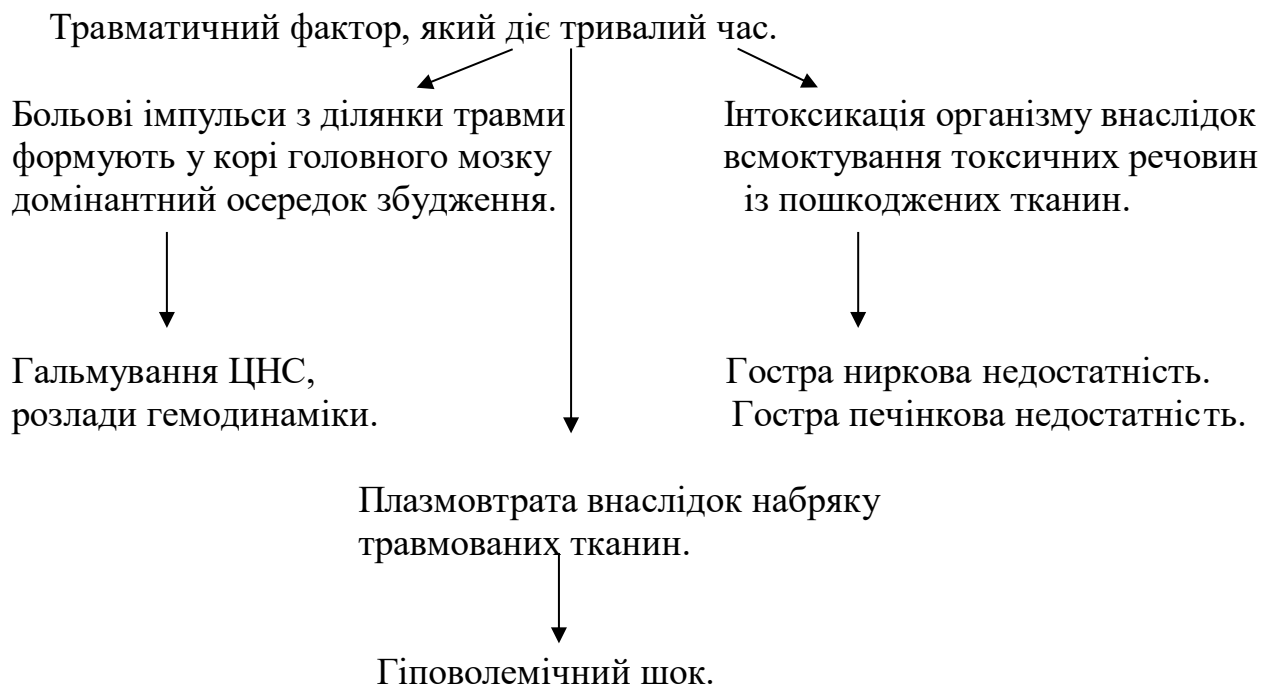
- Надавати невідкладну допомогу при СТС.
- Допомагати при проведенні лікування СТС.
- Проводити догляд за хворими.

План

- 1.Патогенз СТС.
- 2.Клінічні прояви
- 3.Перша допомога.
4. Лікування.

СТС – це важка травма, обумовлена тривалою компресією на м'які тканини організму людини. (краш-синдром, турнікетний шок, травматичний токсикоз).

Патогенез СТС.



В клінічному перебігу виділяють 3 періоди :

Ранній (1 – 3 доби) – наростання набряку і гемодинамічних розладів. Загальний стан задовільний. Скарги на загальну слабкість, нудоту, біль в пошкодженому органі, втрату ним функції. Пульс прискорений, АТ знижений.

Проміжний – гострої ниркової недостатності (з 3 по 12 добу) – загальний стан дещо поліпшується, зменшується біль і набряк уражених ділянок. АТ нормальний або дещо підвищений, температура тіла субфебрильна, пульс відповідає температурі. Поступово зменшується діурез, збільшується кількість сечовини. На розвиток гострої ниркової недостатності впливає не стільки тривалість перебування потерпілого під завалом, скільки тривалість інтервалу з моменту звільнення до проведення хірургічного втручання.

Пізній з (12 доби до 60 доби) – місцеві зміни переважають над загальними. Посилюється біль, виникають некротичні зміни травмованих тканин, або гангрена дистальних відділів кінцівки.

По переважанню місцевих змін розділяють 3 форми: **гангренозну, набрякову і змішану.**

При гангренозній формі: чітка демаркаційна лінія, проксимальніше якої гіпертермія шкіри з рельєфним набряком м'яких тканин, дистальніше – шкіра холодна і зморщена, з ділянками порушення цілості епідермісу і стійкими вдавленнями м'яких тканин у вигляді пролежнів. Рухи в суглобах відсутні. За тривалого стиснення відбувається муміфікація тканини.

При набряковій формі виникає рівномірне збільшення сегмента кінцівки в об'ємі, зникнення контурів кісткових орієнтирів, пульсація артерій на периферії не визначається.

За тяжкістю клінічних проявів відрізняють 4 форми СТЗ :

Дуже важка – при стискуванні обох кінцівок більше 8 год. Смерть настає на 1 – 2 добу після травми.

Тяжка – стискування кінцівок протягом 6 – 7 год.

Середньої тяжкості – стискування кінцівок 4-6 год. Перебігає без видимих розладів гемодинаміки, з помірними порушеннями функції нирок.

Легка – стискування 4 год. Розлади гемодинаміки і нирок виражені незначно.

Перша допомога: на місці травми і під час транспортування забезпечити основні життєві функції організму. При необхідності:

- ✓ Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
- ✓ Провести штучну вентиляцію легень і непрямий масаж серця.
- ✓ Зупинити зовнішню кровотечу.
- ✓ Акуратно вивільнити потерпілого від здавлювання.
- ✓ Ввести наркотичні анальгетики (1 мл 1% р-ну морфіну, 1 мл 2% р-ну омнопону, 1 мл 2 % р-ну промедолу).
- ✓ Ушкоджену кінцівку туго забинтувати еластичним або марлевым бинтом.
- ✓ Накласти транспортну шину (Крамера, Дітеріхса або з підручних засобів).
- ✓ Здійснити венепункцію і проводити трансфузію протишокових препаратів (поліглюкіну, реополіглюкіну, реосорбілату, 5-10 % р-ну глюкози або фізіологічного р-ну).
- ✓ Для профілактики серцево-судинної недостатності ввести серцеві препарати (камфору, кофеїн, ефедрин, норадреналін).
- ✓ Транспортують реанімобілем у реанімаційне відділення.

Лікування. Проводять у стаціонарі активну протишокову і дезінтоксикаційну терапію. Трансфузію протишокових кровозамінників, плазми, альбуміну, протеїну, гідрокарбонату натрію, глюкозо-інсулінової суміші, кортикостероїдів, допаміну, свіжозамороженої плазми, дезагрегантів, антикоагулянтів прямої дії (гепарину, гірудину, фраксипарину, кальцепарину, серцевих глікозидів, антибіотиків з метранідазолом).

Загальна кількість рідини, яку треба ввести хворому за добу повинно становити не менше ніж 3-4 л. Проводять форсований діурез. Для боротьби з

нирковою недостатністю лімфодіаліз, гемосорбцію, гемодіаліз, гемофорез, плазмофорез, гіпербаричну оксигенацію.

Місцево виконують циркулярну новокаїнову блокаду кінцівки, обкладають міхурами з льодом. При гангрені кінцівки виконують ампутацію. При набряковій формі проводять напівзакриту фасціотомію.

Питання для самоконтролю:

1. Які основні фактори викликають синдром тривалого стиснення?
2. Назвіть періоди СТС.
3. Які ви знаєте форми СТС?
4. Які основні етапи першої допомоги при СТС?
5. Які основні принципи лікування.

Тести для самоконтролю.

1. Які патофізіологічні механізми приймають участь у розвитку СТС :

- А. Травматичний шок.
- В. Гіповолемічний шок.
- С. Геморагічний шок.
- Д. Гостра ниркова недостатність.
- Е. Всі відповіді вірні.

2. Який з клінічних симптомів характерний для СТС:

- А. Диспепсія.
- В. Дизурія.
- С. Олігоанурія.
- Д. Мелена.
- Е. Гемоптоє.

3. Яка із систем організму людини найбільше вражається при СТС:

- А. Дихальна.
- В. Серцево-судинна.
- С. Травна.
- Д. Кровотворна.
- Е. Сечовидільна.

4. Скільки періодів виділяють в клінічному перебігу СТС:

- А. 1.
- В. 2.
- С. 3.
- Д. 4.
- Е. 5.

5. Хворий М., протягом 5 год знаходився у вимушеному нерухомому положенні внаслідок стискування обох нижніх кінцівок перекинутим возом з дровами. При огляді обидві ноги збільшені в об'ємі, контури кісткових орієнтирів візуально не виявляються, пульсація периферичних артерій ніг не визначається. Яка форма СТС у хворого:

- А. Набрякова.
- В. Некротична.

- С. Гангренозна.
- Д. Флегмонозна.
- Е. Змішана.

6.Хворий О., 39 років внаслідок землетрусу біля 5 год знаходився без свідомості із притиснутими стіною будинку ногами. При огляді виявлено: в середній третині обох стегон чітка демаркаційна лінія, вище якої шкіра гіперемійована, набрякла, нижче – суха, холодна, зморшкувата з ділянками порушення цілості епідермісу і вдавленнями м'яких тканин, рухи в суглобах ніг відсутні. Яка форма СТЗ у хворого:

- А. Набрякова.
- В. Некротична.
- С. Гангренозна.
- Д. Флегмонозна.
- Е. Змішана.

Ситуаційні задачі.

7.Під час прогулянки в горах Ви виявили в одній з ущелин пошкоджений автомобіль, за рулем якого знаходився чоловік, що не подавав ознак життя. Ваші дії :

8.Ви працюєте м/с в рятувальному загоні. Шукаєте потерпілих після землетрусу. Під завалами стіни будинку знайшли потерпілого, який не виявляє ознак життя. З моменту останнього поштовху землетрусу пройшло 6 год. Ваші дії.

9.Ви працюєте м/с медичного пункту заводу. Внаслідок технологічної катастрофи завалилися стіни двох цехів. З моменту катастрофи пройшло біля 3 год. Вам доставили потерпілого без свідомості. Об'єктивно: шкірні покриви бліді . Пульс 160 за 1 хв, ритмічний, слабкого наповнення. АТ – 100/60 мм. рт. ст. Дихання аритмічне 28 за 1 хв. Відкритий перелом правого стегна з артеріальною кровотечею. Ваші дії.

10.Молодий хлопець 18 р, внаслідок необережності потрапив під завал стіни будинку. Знаходився під завалом стіни будинку протягом 8 год. Доставлений на травмпункт машиною швидкої допомоги. Загальний стан хворого важкий. Пацієнт при свідомості. Шкірні покриви бліді. Пульс 110 за 1 хв. ритмічний, задовільних властивостей.

АТ 100/60 мм. рт. ст. Тони серця ритмічні, послаблені. Дихання 26 за 1 хв., ритмічний. В легенях жорстке везикулярне дихання. Що у хворого ? Ваші дії.

Еталони відповідей.

1	2	3	4	5	6
Е	С	Е	С	А	С

7.Виявити наявність або відсутність ознак клінічної чи біологічної смерті. При необхідності відновити прохідність дихальних шляхів, провести ШВЛ, непрямий масаж серця, зупинити кровотечу, ввести наркотичні анальгетики, провести транспортну іммобілізацію ушкоджених кінцівок, здійснити гемотрансфузію протишокових засобів, накласти шину Дітеріхса на праву ногу, і негайно транспортувати потерпілого у відділення реаніматології.

8. У потерпілого виявити наявність або відсутність ознак клінічної чи біологічної смерті. При необхідності відновити прохідність дихальних шляхів, провести ШВЛ, непрямий масаж серця, зупинити кровотечу, ввести наркотичні анальгетики, провести транспортну іммобілізацію ушкоджених кінцівок, здійснити гемотрансфузію протишоків засобів і негайно транспортувати хворого у відділення реаніматології або травматології.

9. Накласти артеріальний джгут на праве стегно вище місця перелому. Здійснити венепункцію, ввести в/в 1 мл 1% р-ну промедолу або іншого наркотичного анальгетика, проводити гемотрансфузію протишоків засобів, накласти шину Дітеріхса на праву ногу, і негайно транспортувати потерпілого у відділення реаніматології.

10. У потерпілого СТС. Травматичний шок, важка форма. Негайно викликати реаніматолога і транспортувати потерпілого у ВРІТ.

Література :

Роздольський І.В. Посібник з хірургії. К. Здоров'я. 2003 р. с. 175-177.

Кіт О.М. "Медсестринство в хірургії" Т., "Укрмедкнига", 2002 р. ст.196-202.

Скрипниченко Д.Ф. "Хірургія", К. "Вища школа", 1992 р. с. 292.

Цегельник В.Р. "Основи хірургічної практики", Чернівці, 2000р., с. –13- 16.

Цитовская Л.В. "Руководство к практическим занятиям по хирургии", К, "Вища школа", 1988р., с.190-204.

В.І.Стручков "Загальна хірургія" М."Медицина", 1983 р. ст .262.

М.П.Черенько. "Загальна хірургія", К."Здоров'я" 1999 р. ст 217.

Жученко С.П. "Загальна хірургія", К."Здоров'я", 1999р., с 247.

Земан М "Техника наложения повязок", С – П."Питер", 1994 р. с.90 – 197.

Тема: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями кінцівок»

Актуальність теми :

Потерпілі від травм та захворювань кінцівок становлять значну частину хірургічних хворих. Тому одним із важливих завдань хірургії є профілактика та лікування травм.

Різновиди травм верхніх і нижніх кінцівок :

1. Вивихи : плеча, передпліччя, в променевоzap'ястковому суглобі, великого пальця кисті, стегна, гомілки, в над- і під'ятковому суглобах.
2. Переломи : плечової кістки (шийки, діафізу), кісток передпліччя, ліктя – правого і вінцевого відростків, стегнової кістки, шийки стегнової кістки, діафізу, кісток гомілки, кісточок гомілки.

Потерпілі від травм лікуються в травм пунктах або травматологічному відділенні. Не можна займатися самолікуванням, бо захворювання може ускладнитися : повільне і неправильне зрощення, утворення несправжнього суглоба – псевдоартроз, больовий шок, контрактури та інші.

Гострі флебіти і тромбофлебіти є, як правило, вторинним захворюванням, тобто ускладненням будь – яких інших запальних процесів. Нерідко тромбофлебіт є наслідком внутрішньовенних введень (особливо повторних) лікарських речовин. Появленню тромбофлебіту сприяє варикозне розширення вен, зменшення току крові у венах. Найчастіше зустрічаються тромбофлебіти нижніх кінцівок у жінок. У тяжких випадках запальний процес у вені не залишається на місці, поширюється далі, внаслідок запалення ослаблених стінок судин, тромбозу. Тому потрібно знати патогенез, клініку, лікування тромбофлебіту.

Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи здобувач освіти повинен:

Знати:

- клінічну картину травм та захворювань кінцівок ;
- першу медичну допомогу ;
- лікування.
- визначення поняття;
- класифікацію тромбофлебіту.

Вміти:

- дати оцінку стану хворого;
- надати першу медичну допомогу;
- доглядати хворих під час лікування;
- накладати шини Крамера, Дітерікса.
- проводити терапію хворим з тромбофлебітами;
- оцінити стан хворого.

Література:

- ✓ О.М. Кіт О.Л. Ковальчук Г.Т.Пустовойт. «Медсестринство в хірургії» Тернопіль 2002рік.
- ✓ О.Л. Ковальчук Р.О. Сабадишин О.В. Маркович «Медсестринство в хірургії» (посібник із практичних навичок). Тернопіль 2002 рік.
- ✓ Інтернетвидання

План

1. Обстеження хворих із травмами і захворюваннями опорно-рухового апарату.
2. Панарицій, його клініка, діагностика і лікування.

Обстеження хворих і захворюваннями опорно-рухового апарату складається з опитування, огляду, пальпації, визначення об'єму рухів у суглобах, вимірювання довжини кінцівок, дослідження їх функцій. Крім того, проводять рентгенологічні і лабораторні дослідження.

Оглядаючи шкіру, визначають її колір (блідість, гіперемія, ціаноз), вологість (сухість, пітливість). Звертають увагу на наявність крововиливів, ран, саден, патологічних складок.

Оцінюють пропорційність будови тіла, оглядають суглоби і м'язи. Вісь кінцівки визначають за допомогою натягнутої сантиметрової стрічки. Вісь верхньої кінцівки — це пряма лінія, яка проходить від центра головки плечової кістки спереду, через виросток плечової кістки до головки ліктьової кістки. Вісь нижньої кінцівки проходить від передньоверхньої ості через медіальний край надколінка до першого міжпальцевого проміжку.

Відхилення від поздовжньої осі кінцівки назовні називається вальгусним, досередини — варусним. Потрібно також визначити характер ходи і виключити кульгавість.

Під час пальпації потрібно встановити точну локалізацію болючості, місцеве підвищення або зниження температури, консистенцію тканин, форму суглобів, наявність кісткових виступів і ущільнень у м'яких тканинах, крепітацію відламків.

Досліджуючи об'єм рухів кінцівок і хребта, визначають активні рухи в сагітальному і фронтальному напрямках, ротаційні рухи навколо осі. Амплітуду рухів у суглобі вимірюють кутоміром. Важливо виявити додаткові, надмірні і патологічні рухи.

Панарицій — гостре запалення тканин пальців. Найчастіше його спричинює стафілокок, що проникає в тканини при ушкодженні шкіри (поранення, садна, опіки, тріщини).

Розрізняють шкірний, підшкірний, сухожилковий, суглобовий і кістковий панарицій, а також пароніхію, піднігтьовий панарицій і пандактиліт.

У перебігу запального процесу виділяють початкову (серозно-інфільтративну) і гнійну (гнійно-некротичну) стадії.

Хворі скаржаться на біль у місці локалізації запального процесу, який посилюється під час рухів пальця. У разі нагноєння біль стає нестерпним, хворий не може спати.

Палець набряклий, шкіра гіперемійована.

При шкірному панариції гній накопичується між сосочковим шаром і епідермісом. Епідерміс відшаровується, утворюється гнійний міхур.

При підшкірному панариції найчастіше уражується долонна поверхня дистальних фаланг I -III пальців. Хворі скаржаться на нестерпний біль у ділянці запального вогнища, підвищення температури тіла. Під час огляду привертає до себе увагу різко виражене напруження і незначний набряк тканин.

Сухожилки вий панарицій (гнійний тендовагініт) може бути первинним і вторинним. Первинний розвивається внаслідок інфікування піхви сухожилка м'яза після поранення кисті. Вторинний є ускладненням кісткового або суглобового панарицію.

Накопичення гнійного ексудату в закритій порожнині призводить до порушення кровообігу в сухожилку м'яза, некрозу і секвестрації. Хворі

скаржаться на різкий біль, підвищення температури тіла, значний набряк, котрий часто поширюється на тильну поверхню пальця і кисті.

При серозно-гнійному ураженні міжфалангових і п'ястково-фалангових суглобів кисті розвивається суглобовий панарицій. Через деякий час після поранення в суглобі утворюється серозний випіт, який може перетворюватися на гнійний. З рани виділяються гній і дрібні секвестри, спостерігаються крепітація і патологічна рухливість.

Кістковий панарицій розвивається внаслідок нераціонального лікування поверхневих його форм (недостатній розріз і неповноцінне дренування). Кількість гнійних виділень зменшується. З'являються пульсівний біль, гіперемія і помірно виражений набряк тканин навколо рани, а також ознаки інтоксикації.

Пароніхія виникає внаслідок інфікування колотих ран чи тріщин шкіри в ділянці нігтьових валиків. Гнійне вогнище локалізується в товщі нігтьового валика. З'являються гіперемія, набряк і флюктуація.

Піднігтьовий панарицій розвивається в разі проникнення інфекції під нігтьову пластинку. На тильній поверхні дистальної фаланги з'являються гіперемія і набряк тканин, сильний біль, який посилюється під час натискування на нігтьову пластинку.

Пандактиліт — гнійне запалення всіх тканин пальця.

Лікування панарицію залежить від стадії запального процесу. У стадії інфільтрації проводять консервативне лікування (антибактеріальні засоби, ензимотерапія, антисептики, УВЧ, діадинамічні струми, ультразвук, рентгенотерапія).

При появі ознак нагноєння фельдшер повинен направити хворого в хірургічний стаціонар для оперативного лікування.

Карта ООД

Зміст	Вказівка	Відповідь
Ушкодження верхніх кінцівок :		
Забій	1. Клінічна картина. 2. Невідкладна медична допомога.	
Струс	1. Клінічна картина. 2. Невідкладна медична допомога.	
	1. Клінічна картина.	

Розтягнення зв'язок суглобів, їх розриви	2. Невідкладна медична допомога.	
Розриви сухожиль	1. Клінічна картина. 2. Невідкладна медична допомога.	
Розриви м'язів	1. Клінічна картина. 2. Невідкладна медична допомога.	
Вивихи	1. Клінічна картина. 2. Невідкладна медична допомога.	
Переломи	1. Клінічна картина. 2. Невідкладна медична допомога.	

Питання для самоконтролю:

1. Які особливості обстеження хворих із травмами опорно-рухового апарату?
2. Як надати першу допомогу та провести лікування при шкірному панариції?

Тести для самоконтролю.

1. Пароніхія – це запалення:
 - А. Всіх тканин пальців
 - В. Білянігтьового валика
 - С. Нігтьового ложа
 - Д. Міжфалангового суглоба
 - Е. Сухожильної піхви пальця
2. Із перелічених видів панарицію не існує:
 - А. Хрящового
 - В. Підшкірного
 - С. Кісткового
 - Д. Суглобового
 - Е. Шкірного
3. Пандактеліт – це гнійне запалення:
 - А. Нігтя

- В. Підшкірної клітковини
- С. Білянігтьового валика
- Д. Сухожильної піхви пальця
- Е. Всіх тканин пальця

4. Ускладненням підшкірного панариція ІІІ пальця кисті не є:

- А. Сухожильний панарицій
- В. Кістковий панарицій
- С. Суглобовий панарицій
- Д. Бурсит ліктьового суглоба
- Е. Флегмона передпліччя

5. Ускладнення якого панарицію є флегмона передпліччя:

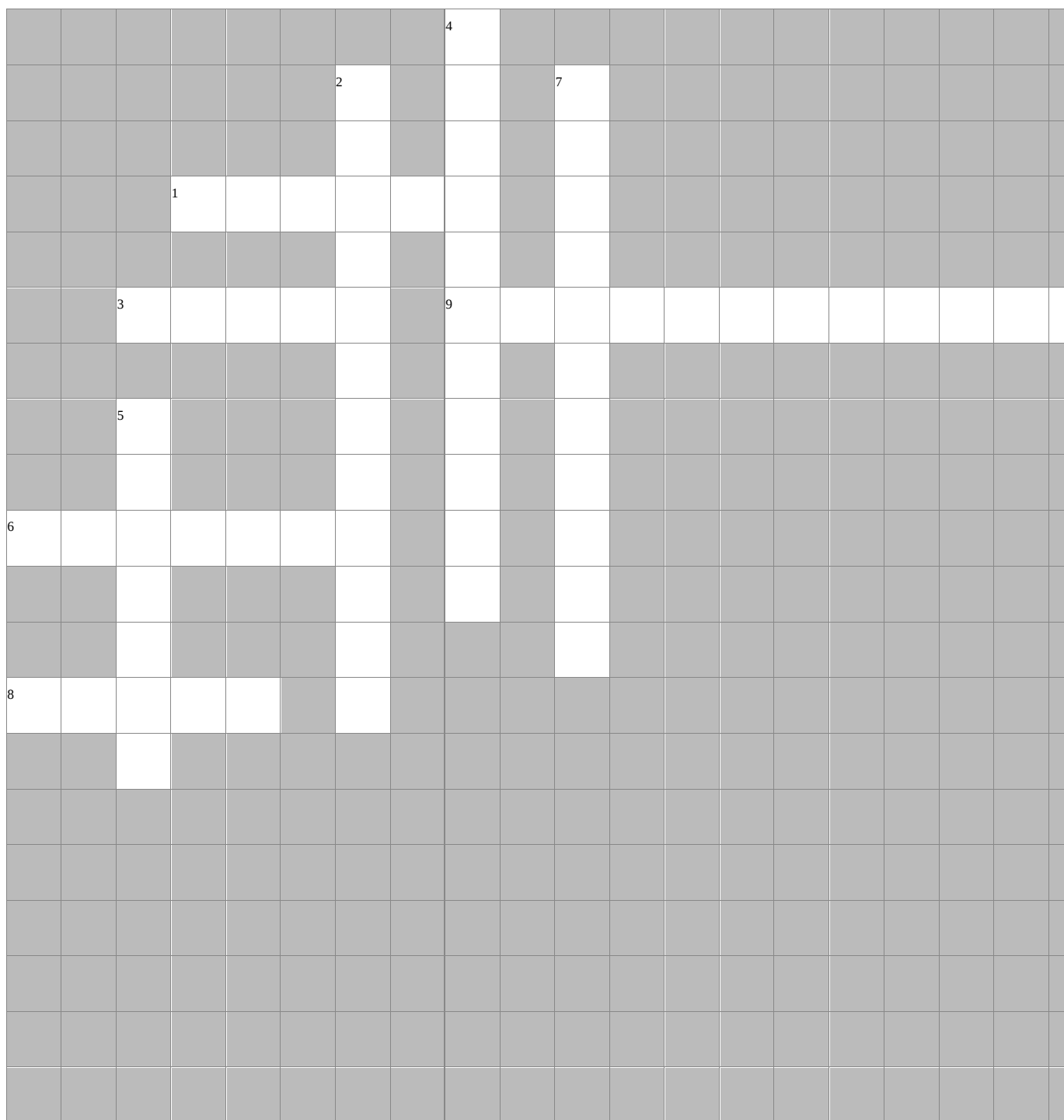
- А. Сухожилкового
- В. Підшкірного
- С. Кісткового
- Д. Суглобового
- Е. Шкірного

Еталони відповідей

1	2	3	4	5
С	А	Е	Д	А

Питання до кросворда: Догляд за хворими з пошкодженнями та захворюваннями кінцівок

Питання до кросворду: Догляд за хворими з захворюваннями та ушкодженнями кінцівок



1. При переломах нижніх кінцівок для надшкірного витягання використовують шину(за автором)?
2. Тромботичне нашарування в просвіті венозних судин?
3. Хвороба, яка характеризується приступоподібними спазмами артерій пальців кисті, рідше стопи і проявляється блідістю, болями, парестезіями?

- 4.Захворювання судин, яке супроводжується спазмами і може призвести до повного закриття просвіту артерії?
- 5.Проба для визначення прохідності глибоких вен?
- 6.Часткове або повне порушення цілості кістки?
- 7.Дослідження судинної системи за допомогою рентгеноскопії?
- 8.Зміщення суглобових поверхонь однієї або декількох кісток з порушенням їх нормального анатомічного взаємо-розміщення і цілісності капсульно-зв'язкового апарату суглоба?
- 9.Запалення стінки вени, що супроводжується утворенням тромбів?

Актуальність теми:

Захворювання вен нижніх кінцівок дуже поширене серед населення і є частою причиною тимчасової або стійкої втрати працездатності, аж до повної інвалідності. Воно спостерігається в 7-8 разів частіше, ніж захворювання артерій кінцівок.

За даними літератури, на варикозне розширення вен (varices cruris) хворіє 10-17% популяції людей у всіх країнах світу.

За даними Б.В.Петровського, хворі на варикозне розширення вен нижніх кінцівок становлять 1- 4% хворих хірургічних стаціонарів.

Хворіють переважно жінки у віці 25-60 років. Співвідношення жінок і чоловіків 4:2. Ліва нижня кінцівка уражається частіше за праву, також частіше розширюється система великої підшкірної вени порівняно з системою малої.

Навчальні цілі:

Здобувач освіти повинен знати:

- анатомічну будову вен організму людини;
- патогенез захворювання;

- клінічні ознаки тромбофлебітів, варикозного розширення вен, ПТФХ;
- методи надання першої допомоги при захворюваннях вен;
- методики проведення проб для визначення прохідності вен;
- основні етапи лікування;
- методи профілактики і реабілітації хворих.

Здобувач освіти повинен вміти:

- проводити проби для визначення прохідності вен;
- проводити профілактику захворювань;
- надавати першу допомогу при захворюваннях вен;
- проводити догляд за хворими із захворюваннями вен.

План

- 1.Тромбофлебіт, флеботромбоз, клініка і лікування.
- 2.Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Клініка, діагностика і лікування.
- 3.Ускладнення варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Клініка і лікування.

Всі вени організму розділяють на:

1. Поверхневі (підшкірні) :
 - а) на верхній кінцівці – вена цефаліка (головна) і вена базиліка (основна)
 - б) на нижній кінцівці – велика підшкірна вена ноги і мала підшкірна вена ноги.
2. Глибокі – по дві супроводжують одноіменні артерії.
3. Сполучні або комунікантні вени, які з'єднують поверхневу і глибоку венозну систему.

Тромбофлебіт – запалення стінок вен, що супроводжується утворенням тромбів, які можуть переноситися течією крові.

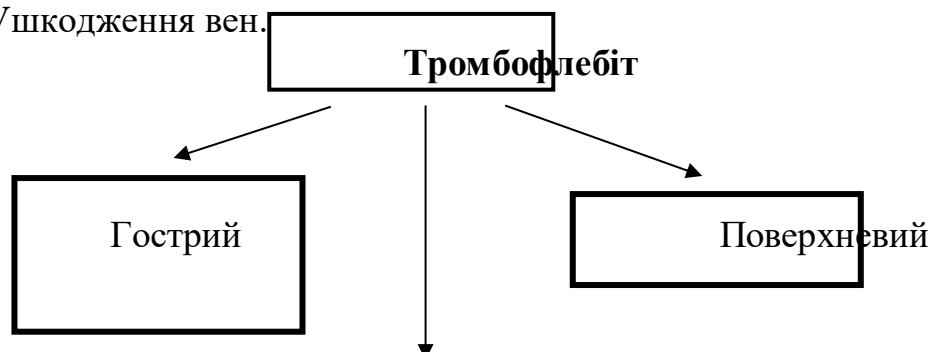
Флебіт – запалення стінок вен без тромбоутворення.

Прифлебіт – запалення клітковини, що оточує вени.

Флеботромбоз – закупорка просвіту вени тромбом, принесеним з течією крові, яке супроводжується запаленням стінок вен в ділянці закупорки.

Сприятливі фактори розвитку :

1. Порушення реологічних властивостей крові (порушення зсідання крові).
2. Сповільнення току крові або венозний стаз.
3. Розширення вен.
4. Ушкодження вен.



Асептичний Гнійний

Клінічні симптоми поверхневого тромбофлебіту:

- біль за ходом вени;
- субфебрильна температура тіла;
- гіперемія шкіри;
- наявність болючих ущільнень за ходом вени.

Клінічні симптоми глибокого тромбофлебіту:

- біль за ходом вени;
- фебрильна температура тіла;
- остуда;
- набряк кінцівки;
- шкіра бліда, напружена, лискуча, інколи мармурового кольору;
- позитивний симптом Хоманса – болі в гомілкових м'язах при тильному згинанні ступні.

Лікування:

1. Суровий постільний режим.
2. Підвищене положення кінцівки.
3. Антикоагулянти прямої дії протягом перших 3-5 днів: гепарин по 5000 ОД 4 р/д, фраксипарин по 0,3 мл 2-3 р/д, кальципарин.
4. Герудотерапія – по 5-6 п'явок за один раз, але не над веною.
5. Тромболітична терапія: стрептоліаза по 200 000 ОД, фібринолізин по 40 000 ОД.
6. Антикоагулянти непрямої з 3-5 дня від початку захворювання: дикумарин, неодикумарин, фенілін, пелентан.
7. Антибіотикотерапія.
8. Місцево пов'язки з гепариновою, троксивазиновою маззю, або маззю Вишневського.
9. Препарати, які покращують мікроциркуляцію: трентал (пентоксифілін), гливенол, венорутин, компламін.
10. Категорично заборонено проводити масаж, ЛФК, фізіотерапію, так як вони можуть спровокувати тромбоемболію.
11. Раннє оперативне лікування – видалення тромбованих вен з допомогою катетера Фогерті.

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок – це захворювання вен, яке супроводжується збільшенням довжини, змієподібним звиванням і розширенням просвіту вен.

Основна причина – природжена або набута недостатність клапанів, що проводить до застою крові у венах і розширення вен.

Клінічні симптоми:

- скарги на наявність розширених вен, на швидку втомлюваність, відчуття важкості і розпирання в ногах;
- судомні гомілкових м'язів;
- парастезії;
- набряки гомілок;
- шкіра блискуча, суха, гіпоеластична;
- наявність виразок на гомілках;
- виразки поодинокі та множинні, неглибокі; дно рівне, нерівні краї;
- незначні серозно – гнійні виділення.

Для визначення стану венозних клапанів проводять пробу Троянова-Транделенбурга. Спочатку при горизонтальному положенні хворого з трохи піднятою догори ногою досягають повного скорочення і спадання вен. Потім притискають пальцями велику підшкірну вену нище пахової зв'язки в місці впадання її в стегнову вену і пропонують хворому підвестися. Вени залишаються спалими і при вертикальному положенні хворого, а після припинення здавлення швидко, поштовхом згори вниз заповнюються кров'ю.

Для визначення прохідності глибоких вен роблять маршову пробу Дельбе – Пертеса. Накладають еластичний джгут у верхній третині стегна і пропонують хворому походити 5 – 10 хв. Якщо під час ходьби підшкірні вени спадаються, то це свідчить про прохідність глибоких вен. Якщо ж підшкірні вени не спадаються і виникає біль у кінцівці, то вказує на порушення прохідності глибоких вен. Їх видалити не можна, оскільки вони є єдиним шляхом для відтікання венозної крові з ураженої кінцівки. Для точнішого визначення стану венозної системи роблять флебографію. Кардіотраст вводять в вену стопи або гомілки.

Лікування: I. Консервативне:

1. Бинтування кінцівки еластичним бинтом на спавші вени або носіння еластичних панчіх, розмір яких дорівнює половині об'єму гомілкових м'язів.
2. Носіння взуття на низькому каблучці.
3. Обмеження довгого стояння і важких навантажень.
4. Проведення ЛФК, плавання, ніжних ван.
5. Ескузан по 15 крапель 3 р/д.
6. Токсевазин по 1 каплі 3 рази в день.
7. Гепаринова або трансєвазинова мазь.
8. Аскорутин по 0,5 г 3 рази в день.
9. Фастум – гель, венум – гель.

Консервативне лікування лише зупиняє прогресування захворювання.

II. Хірургічне лікування єдиний метод радикального лікування. Проводиться операція Троянова – Тренделенбурга – Бебкока – Нарата.

ПТФХ (після тромбо-флеботична хвороба) - це захворювання, яке виникає як ускладнення перенесеного тромбофлебиту глибоких вен нижніх кінцівок.

Клінічні ознаки: відчуття важкості і болі в ушкодженій кінцівці, які посилюються при фізичному навантаженні і зменшуються при підніманні ноги ввверх;

- судоми гомілкових м'язів;
- позитивні симптоми Пайра (біль при натисканні на внутрішній край ступні);
- симптоми Мейера (біль при стисканні гомілкових м'язів);
- набряки ніг, які не зникають повністю;
- наявність варикозного розширення вен;
- індурація тканин в нижній третині гомілки із зміною кольору шкіри на темно – коричневий чи бурий;
- наявність трофічних виразок в нижній третині гомілки;

Клінічні форми ПТФХ:



Для підтвердження діагнозу проводяться функціональні проби на прохідність глибоких вен Дельбе – Пертеса (дивись вище) і Пратта – 1.

Пратта – 1: В лежачому положенні, після спадіння варикозного розширення поверхневих вен, ноги, починаючи від ступней, замотують еластичним бинтом. Потім хворий ходить 10 хвилин. Поява болей в нозі свідчить про непрохідність глибоких вен.

Для уточнення діагнозу проводять функціональну динамічну флебографію.

Лікування:

1. Обов'язкове носіння еластичних бинтів.
2. При вираженому набряку фурасемід (верошпірон, гіпотіазид, тріампур) і аспаркам.
3. Специфічна антибактеріальна терапія.
4. Препарати, які покращують мікроциркуляцію крові: венорутон, андекалін, трентал, солкосеріл.
5. Десенсибілізуючі препарати: діазолін, дімедрол, тавегіл, супрастин.
6. Опромінення виразок гелій-неоновим лазером.
7. Місцеве лікування виразок (мазь «Іруксол»).
8. Тушування країв виразок антисептичними засобами
9. Хірургічне лікування поверхневих, варикозно розширених вен.

<i>Вивчити</i>	<i>Виконати</i>
1.Патогенез і класифікацію захворювання вен.	Записати у вигляді структурного графа.
2. Клінічні ознаки тромбофлебітів.	Скласти таблицю.
3.Основні принципи лікування тромбофлебітів.	Записати основні етапи лікування.
4. Клінічні симптоми варикозного розширення вен.	Перерахувати основні ознаки.
5. Методи лікування варикозного розширення вен.	Записати основні етапи лікування.
6. Основні клінічні симптоми ПТФХ.	Записати у вигляді таблиці.
7. Клінічні ознаки ПТФХ.	Виписати основні клінічні симптоми.
8. Основні клінічні форми ПТФХ.	Побудувати графічну структуру основних клінічних форм.
9.Методику проведення проб Дельбе – Пертеса і Пратта	Провести проби.
10. Основні етапи лікування ПТФХ.	Записати основні етапи лікування.

Питання для самоконтролю:

- 1.Які анатомо-фізіологічні особливості венозної системи нижніх кінцівок?
- 2.Які етіологічні чинники виникнення тромбофлебітів?
- 3.Які клінічні симптоми гострих тромбофлебітів?
- 4.Які основні методи лікування тромбофлебітів?
- 5.Які етіологічні чинники виникнення варикозного розширення вен?
- 6.Які основні клінічні симптоми варикозного розширення вен?
- 7.Які ви знаєте проби для визначення стану венозних клапанів і прохідності глибоких вен?
- 8.Які основні методи лікування варикозного розширення вен?
- 9.Які основні симптоми ПТФХ?
- 10.Які основні методи лікування ПТФХ?

Тести для самоконтролю.

1. Запалення стінок вени, що супроводжується утворенням тромба, це:
 - А.Флеботромбоз.
 - В.Флебіт.
 - С.Перифлебіт.
 - Д.Тромбофлебіт.
 - Е.Ендофлебіт.
2. Сприятливі фактори розвитку тромбофлебітів:
 - А.Порушення реологічних властивостей крові.
 - В.Сповільнення току крові.

- С. Розширення вен.
 - Д. Ушкодження вен.
 - Е. Усі перераховані фактори.
3. Який симптом характерний для поверхневого і глибокого тромбофлебітів?
- А. Наявність болючих ущільнень за ходом вени.
 - В. Біль за ходом вени.
 - С. набряки кінцівки.
 - Д. Гіперемія шкіри кінцівки.
 - Е. Переміжна кульгавість.
4. Який вид лікування не може проводити при гострих тромбофлебитах?
- А. Антикоагулянтну терапію.
 - В. Антибіотикотерапію.
 - С. Тромболітичну терапію.
 - Д. Масаж і ЛФК.
 - Е. Протизапальну терапію.
5. Чому дорівнює розмір еластичних панчіх??
- А. Об'єму гомілкових м'язів.
 - В. Подвійному об'єму гомілкових м'язів.
 - С. Половині об'єму гомілкових м'язів.
 - Д. Третині об'єму гомілкових м'язів.
 - Е. Розміру взуття.
6. Про що свідчить позитивна проба Троянова – Транделенбурга?
- А. Про непрохідність глибоких вен.
 - В. Про непрохідність поверхневих вен.
 - С. Про непрохідність комунікантних вен.
 - Д. Про недостатність венозних клапанів.
 - Е. Про все вище вказане.
7. Про що свідчить негативна проба Дельбе – Пертеса?
- А. Про непрохідність глибоких вен.
 - В. Про непрохідність поверхневих вен.
 - С. Про непрохідність комунікантних вен.
 - Д. Про недостатність венозних клапанів.
 - Е. Про все вище вказане.
8. Про що свідчить позитивна проба Пратта.
- А. Про непрохідність глибоких вен.
 - В. Про непрохідність поверхневих вен.
 - С. Про непрохідність комунікантних вен.
 - Д. Про недостатність венозних клапанів.
 - Е. Про все вище вказане.

Ситуаційні задачі:

1. До вас, м/с хірургічного кабінету поліклініки звернулась жінка 36 років з проханням допомогти їй позбутися набряку і більш гомілок під кінець робочого дня. Працює вона продавцем. Що ви їй порадите?

2. До вас, м/с хірургічного кабінету поліклініки звернулася жінка 52р., підвищеного живлення із скаргами на наявність трофічної виразки в н/3 лівої гомілки, яка погано гоїться. При огляді виявлено: ліва нога набрякла, поверхневі вени варикозно розширені. В н/3 лівої гомілки, на фоні індуративно – змінених шкірних покривів, трофічна виразка до 6 см в діаметрі, дно якої покрито некротичними масами.

Що у пацієнтки? Що ви їй порадите?

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8
D	E	B	D	C	D	A	A

1. Обмежити довге стояння і важкі фізичні навантаження. Проводити ЛФК, плавання, “ніжні ванни”. Носити взуття на низькому каблучі. Користуватися венум – гелем. Звернутися на консультацію до хірурга.

2. У пацієнтки ПТФХ. Необхідно негайно обстежити прохідність глибоких і поверхневих вен і вирішити питання про можливість оперативного лікування варикозно – розширених вен, як чинника утворення виразки. Для очищення виразки використовувати мазь “Іруксол”, трипсин або хімотрипсин.

Література

1. Кузін М.І. “Хірургічні хвороби”, М. “Медицина”, 1987р. ст. 232 – 256.
2. Ваврик Ж.М. “Лекції з хірургії”, К. “Вища школа” 2000р. ст 400.
3. Скрипниченко Д.Ф. “Хірургія”, К. “Вища школа” 1992р. ст 579.
4. Цитовська Л.В. “Керівництво до практичних знань по хірургії”, К. “Вища школа”, ст 237.