

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ З ДОГЛЯДОМ ЗА ХВОРИМИ**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на засіданні кафедри

загальної хірургії з доглядом за хворими

Завідувач кафедри

Професор \_\_\_\_\_ Лігоненко О.В.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**для самостійної роботи студентів під час підготовки до**  
**практичного заняття та на занятті**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<b>Загальна хірургія</b>
<i>Модуль №1</i>	<b>Введення в хірургію. Десмургія. Основи санітарно-епідемічного режиму в хірургічній клініці. Невідкладні хірургічні стани. Основи трансфузіології, анестезіології та реаніматології</b>
<i>Змістовий модуль1</i>	<b>Десмургія. Антисептика. Асептика.</b>
<i>Тема заняття №5</i>	Хірургічна операція. Класифікація хірургічних операцій. Етапи хірургічного втручання. Передопераційна підготовка хворого та ведення післяопераційного періоду. Особливості хірургічного втручання в контексті невиліковного захворювання, покази. Поняття паліативної хірургії.
<i>Курс</i>	<b>III</b>
<i>Факультет</i>	<b>Медичний №1,2, підготовки іноземних студентів</b>

Полтава

## 1. Актуальність теми

Нерідко після хірургічного лікування виникають ускладнення, які затрудняють процес видужання. Тому підготовка хворого до операції включає в себе ряд профілактичних заходів як загальних так і місцевих, направлених на попередження ускладнень як під час операції так і в післяопераційному періоді. Хірургічна операція і наркоз приводять до певних змін в організмі людини, які носять загальний характер і є відповіддю на операційну травму. Правильне введення хворого в післяопераційному періоді, організація перебування його у відділенні, виконання потрібних маніпуляцій і процедур по догляду мають надзвичайно важливе значення для профілактики можливих ускладнень і сприятливого результату лікування. Сприятливий результат лікування хворого в післяопераційному періоді у великій мірі залежить не тільки від адекватності виконаної операції, але і від знань і професійний вмінь середнього та молодшого медичного персоналу. Отже оволодіння практичними навичками та професійними вміннями по догляду за хворими, що перенесли оперативне втручання, є важливим для всіх працівників хірургічного відділення.

## 2. Конкретні цілі: (описуються у термінах професійної! діяльності з врахуванням системи класифікації цілей відповідних рівнів пізнавальної, емоційної та психомоторної сфер): –

- Аналізувати ...
- Пояснювати ...
  - Запропонувати ...
  - Класифікувати ...
  - Трактувати ...
  - Малювати схеми, графіки ...
  - Проаналізувати ...
  - Скласти
  - Аналізувати обстеження хворого перед операцією
  - Пояснювати перебіг післяопераційного періоду, стан хворого перед операцією...
  - Запропонувати методи обстеження хворого до операції в залежності від терміну..
  - Класифікувати оперативні втручання в залежності від терміновості їх виконання, основні ускладнення хворого під час операції та в післяопераційному періоді.
  - Трактувати поняттями операція, передопераційний період, види оперативних втручань, визначення післяопераційного періоду і фази його перебігу
  - Проаналізувати основні біохімічні зміни в організмі внаслідок операційної травми..
  - Складати план штучного харчування хворих в післяопераційному періоді, ознайомитись з основними дієтичними столами...
  - Провести транспортування хворого в операційну і з операційної.
  -

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Біологічна та органічна хімія	Вміти правильно оцінювати концентрацію дезінфікуючих розчинів. Знати принципи дії хімічних дезінфектантів та тестів на стерильність й приховану кров
2. Мікробіологія	Знати особливості й умови існування спороутворюючих форм мікроорганізмів та механізм дії різних видів дезінфектантів на мікроорганізм.
3. Біофізика	Знати види та принципи дії фізичних методів стерилізації

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

	Термін	Визначення
1	Клізма	Медична процедура, що заключається у введенні рідини в товсту кишку через задній прохід
2	Пролежень	Некроз м'яких тканин, що розвивається внаслідок постійного тиску на тканини
3	Передопераційний період	період часу з моменту госпіталізації хворого у відділення до початку виконання йому оперативного втручання
4	Хірургічна операція	виконання спеціальної механічної дії на органи та тканини з лікувальною або діагностичною метою.
5	Післяопераційний період	період з моменту закінчення операції до видужання хворого або переведу його на інвалідність.
6		
7		

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття: 1. 2. ...

1. Поняття про хірургічну операцію.
2. Класифікація оперативних втручань, етапи виконання.
3. Передопераційний період, його задачі.
4. Особливості підготовки хворих до планових і термінових операцій.
5. Передопераційний період: догляд за шкірою хворого, санація ротової порожнини, гоління волосся, очищення кишечника за допомогою клізм, гігієна білизни та одягу хворих.
6. Основні принципи догляду за хворими у післяопераційному періоді. Профілактика можливих ускладнень. Харчування хворих.

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті: 1. 2. ...

1. Попередня підготовка операційного поля.
2. Санація ротової порожнини перед оперативним втручанням.
3. Підготовка шлунково-кишкового тракту у хворого, що йде на операцію.
4. Промивання шлунку товстим зондом.
5. Методика проведення очисної клізми.
6. Транспортування хворого в операційну.
7. Заміна постільної білизни хворого.
8. Комплексна профілактика пролежнів.
9. Догляд за пацієнтом з пролежнем.
10. Харчування важкохворих.
11. Годування важкохворого за допомогою ложки та поїльника.
12. Годування пацієнта через назогастральний зонд за допомогою шприцу Жане.

##### 5. Зміст теми:

Передопераційний період – це період часу з моменту госпіталізації хворого у відділення до початку виконання йому оперативного втручання. Його тривалість залежить від характеру хвороби (гостра чи хронічна), від об'єму майбутньої операції, від стану хворого і резервів його організму. Операції, що виконуються у гострому стані, який безпосередньо загрожує життю хворого, проводять після мінімального об'єму передопераційної підготовки. У разі планових операцій передопераційний період триває від кількох годин (частіше від однієї доби) до декількох діб, рідше – тижня і зовсім рідко – тижнів.

Основні завдання доопераційного періоду:

- 1) встановити діагноз,

- 2) визначити показання, негайність виконання і характер операції,
- 3) підготувати хворого до операції.

Основна мета доопераційного періоду: звести до мінімуму ризик оперативного втручання і можливість розвитку ускладнень після операції.

З медичної і економічної точок зору передопераційний період повинен бути максимально скороченим: чим менше перебуває хворий до операції у відділенні, тим менший ризик зараження його внутрішньо-госпітальною інфекцією. У хірургічному відділенні треба запобігати контакту хворого, який очікує операцію з гнійною інфекцією. Тому сьогодні важливим напрямком у боротьбі з внутрішньо-госпітальною інфекцією є якомога більша повнота обстеження та підготовки хворого до операції в амбулаторних умовах.

За умови всебічного обстеження та підготовки хворого в амбулаторних умовах передопераційний період буває коротким. У цей період у хірургічному стаціонарі лікар знайомиться з хворим та результатами його обстеження, проводить фізикальне та допоміжне дослідження на момент вступу до відділення, обґрунтовує діагноз та показання до операції.

У кожного хворого перед операцією і насамперед у тих, кого оперуватимуть під місцевим знеболенням (новокаїновою анестезією), треба визначити чутливість до новокаїну шляхом внутрішньо-шкірної проби. Те саме роблять і стосовно антибіотиків, особливо групи пеніциліну.

Після встановлення остаточного діагнозу та проведення необхідних досліджень проводять безпосередньо передопераційну підготовку.

Обсяг та зміст передопераційної підготовки визначають за станом хворого, його органів та систем і характером власне операції. У разі невеликих за обсягом оперативних втручань у хворих без помітних відхилень від норми функцій їх головних систем та обміну речовин передопераційну підготовку можна обмежити психологічною та санітарно-гігієнічною підготовкою. У хворих, яким передбачаються великі оперативні втручання на внутрішніх органах, та за наявності значних змін у організмі, пов'язаних з хворобами та віком, підготовка до операції повинна бути багатопрофільною і значно складнішою.

Передопераційна підготовка хворих до операції складається з загальної підготовки (потрібна всім без винятку хворим) та індивідуальної підготовки їх органів і систем, у яких виявлено різні порушення. Останню проводять як загальноновживаними, так і специфічними (специфічна підготовка) заходами.

Об'єм передопераційної підготовки залежить від виду майбутнього оперативного втручання за терміновістю його виконання. Екстрена операція – це оперативне втручання, що виконується негайно або через декілька годин з моменту поступлення хворого у стаціонар (гострий апендицит, защемлена грижа, гостра кишкова непрохідність, перфоративна виразка шлунку тощо). Термінова операція – це втручання, що виконується в найближчі дні після поступлення хворого в клініку (механічна жовтяниця, злоякісна пухлина тощо). Планова операція виконується лише після детального обстеження хворого і ретельної передопераційної підготовки хворого з приводу хронічної хірургічної патології.

Обстеження і підготовка хворого до екстреної операції є індивідуальною і залежить від важкості його стану. При асфіксії, пораненні серця і крупних магістральних судин хворі оперуються практично без підготовки. В інших випадках підготовка хворих відбувається в скороченому об'ємі. Головними задачами передопераційного періоду в таких випадках є встановлення діагнозу, визначення показів та протипоказів, терміновості і характеру операції, визначення методу знеболення, проведення гігієнічних і лікувальних заходів, направлених на покращення порушених функцій органів, створення функціональних резервів організму для підвищення його захисних сил і профілактики ендогенної інфекції. Увага лікаря і лікарняного персоналу має бути спрямована на створення охоронного режиму для хворих. Від моменту госпіталізації хворого і до самої операції все має бути спрямоване на те, щоб не травмувати його нервової системи і психіки. Щойно прибулого хворого не слід направляти в палату, де перебувають хворі після важких оперативних втручань, або ті, що вмирають. Його доцільно помістити в палату до одужуючих хворих. Перебування в такій палаті добре впливає на

новоприбулих хворих і вселяє надію на щасливе закінчення майбутньої операції. Неприпустимою є немотивована зміна призначеного дня операції, тривале її чекання.

Перед екстреною операцією необхідно виконувати певну послідовність при виконанні гігієнічних процедур: гігієнічний душ з наступною зміною білизни, широке видалення волосяного покриву в ділянці майбутнього операційного поля, обробка шкіри антисептиками, евакуація вмісту шлунку, видалення зубних протезів, премедикація, внутрішньовенне введення кровозамінників, транспортування в операційний зал, катетеризація сечового міхура, підготовка операційного поля.

Підготовка хворого до планової операції включає наступні заходи:

- Психологічна підготовка.
- Підготовка серцево-судинної системи.
- Підготовка органів дихання.
- Підготовка шлунково-кишкового тракту.
- Покращення функціонального стану печінки та нирок.

Підготовка нервової системи і психіки хворого полягає в уважному ставленні до його скарг, усуненні страху перед операцією, всього, що дратує, хвилює хворого. Страх болю, порушення сну, сумніви, пов'язані з майбутньою операцією, підривають сили хворого і зменшують опірність його організму. Іноді досить декількох слів лікаря, або медсестри, щоб розвіяти важкі сумніви і складні переживання хворого.

Термін виконання операції визначаються показаннями, які можуть бути життєвими, абсолютними, відносними.

Життєві показання виникають при таких захворюваннях, коли відкладання операції по часу загрожує життю хворого. Такі операції виконуються в екстреному порядку. Життєві показання виникають при наступних патологічних станах:

- триваюча кровотеча при розриві паренхіматозних органів або при пораненні великих судин – смерть.
- при гострих захворюваннях органів черевної порожнини – гострий апендицит, гостра кишкова непрохідність – йде розвиток перитоніту або гангрену органу.
- гнійно-запальні захворювання – абсцес, флегмона, гострий остеомієліт – віддалення операції веде до ускладнень, вираженої інтоксикації, сепсису.

При виконанні операції за життєвими показаннями об'єм її має бути мінімальним, направленим на врятування життя хворого.

Абсолютні показання до операції виникають при таких захворюваннях, при яких тривала відстрочка може привести до стану, який загрожує життю хворого. Ці операції виконуються в терміновому порядку через декілька днів після поступлення хворого в хірургічне відділення. До таких захворювань належать злякисні новоутворення різної локалізації, механічна жовтяниця, стеноз вихідного відділу шлунку.

Відносні показання до виконання операції можуть бути при захворюваннях, які не представляють загрози для життя хворого (грижі, доброякісні пухлини). Ці операції виконуються в плановому порядку.

До протипоказань для проведення операцій належать: серцева, дихальна і судинна недостатності (шок), інфаркт міокарду, інсульт, печінково-ниркова недостатність, тромбоемболічна хвороба, важкі порушення обміну речовин (цукровий діабет: кома), важка анемія, значна кахексія.

Вказані зміни визначаються строго індивідуально і відповідно об'єму і важкості операції, що планується. При відносних показаннях до виконання операції і наявності захворювань, які збільшують ризик операції, її відкладають на певний час і проводять корекцію супутнього захворювання.

Другий захід – проведення додаткових обстежень.

Із анамнезу необхідно в'ясувати наявність спраги, блювання (його об'єм), алергологічний і трансфузійний анамнез, а також наявність захворювань печінки і нирок. Особливу увагу приділяють огляду шкіри: її сухість, колір. Обов'язково визначити частоту і характер пульсу,

артеріальний тиск, а у важких хворих і центральний венозний тиск (який в нормі дорівнює 50-150 мм вод. ст.), проводиться електрокардіографічне дослідження серця. Визначають глибину і частоту дихання, наявність задухи, шумів, хрипів при аускультатії легенів. Для визначення видільної функції нирок вимірюють добовий і погодинний діурез (30-40 мл/год), питому вагу сечі.

З метою оцінки стану гомеостазу необхідно проводити періодичні контрольні визначення рівню Нв, Нт, кислотно-лужного стану, основних електролітів, ОЦК і його компонентів. В екстрених випадках лабораторні обстеження повинні бути обмежені, щоб не затримувати операцію.

Все це дуже важливо при проведенні трансфузійної терапії.

Психологічна підготовка хворого до операції направлена на заспокоєння хворого, необхідно вселити в нього впевненість в успішність операції. Особливо це важливо при спробі хворого відмовитися від операції, коли він не усвідомлює свій стан і наслідки захворювання.

Передопераційна підготовка – важливий етап хірургічного лікування хворого. Навіть при ідеально виконаній операції, якщо не проведена адекватна корекція порушень функції інших органів і систем – чекай біди!!!

Передопераційна підготовка повинна бути коротка по часу і високоефективною.

При гострій крововтраті і зупиненій кровотечі проводять переливання крові і кровозамінників. При триваючій кровотечі гемотрансфузію проводять в декілька вен одночасно і виконують операцію направлену на зупинку кровотечі.

При поступленні хворого в лікарню в стані шоку – проводять протишокову терапію. Шок – є протипоказанням до проведення операції (крім геморагічного при кровотечі, яка продовжується і не може бути зупинена без оперативного втручання), тому операцію виконують при АТ не нижче 90 мм рт. ст.

Підготовка органів і систем до оперативного втручання повинна бути комплексною і включати в себе:

1. Покращення серцево-судинної діяльності, корекцію порушень мікроциркуляції за допомогою серцево-судинних препаратів, антиагрегантів, судиннорозширюючих препаратів.

2. Боротьбу з дихальною недостатністю (оксигенотерапія, нормалізація кровообігу, у важких - випадках штучна вентиляція легень).

3. Дезінтоксикаційну терапію – введення рідини, кровозамінників, форсований діурез, використання спеціальних методів детоксикації – плазмасорбція, гемосорбція, лімфосорбція, оксигенотерапія, ВЛОК низькоенергетичними лазерами.

4. Корекцію порушень в системі гемостазу.

В залежності від захворювання і локалізації патологічного процесу проводиться і спеціальна передопераційна підготовка. Так при операціях на шлунку проводиться промивання шлунку протягом декількох днів, призначається безшлакова дієта, послаблюючі препарати, очисні клізми, антибіотики.

Особливу увагу приділяють хворим з цукровим діабетом. Хворих перед операцією переводять на простий інсулін.

Профілактика ендогенної інфекції. Лікар повинен вияснити чи немає у хворого хронічних запальних процесів (тонзиліт, фарингіт, гнійничкові захворювання шкіри) і проводить санацію вогнищ інфекції. Якщо операція виконується в плановому порядку, то хворий може бути виписаний для проведення лікування хронічної інфекції в амбулаторних умовах.

Підготовка операційного поля. Напередодні операції хворому виконують очисну клізму. Хворий приймає гігієнічну ванну або душ, потім йому міняють натільну і ліжкову білизну. Вранці, в день операції, хворому проводять гоління волосся в ділянці операційного поля.

При наявності рани обробка операційного поля має свої особливості. Пов'язку знімають, рану покривають стерильною серветкою, а шкіру навколо рани протирають ефіром і збивають волосся навколо сухим способом. Всі рухи проводяться від рани, щоб зменшити ступінь її забруднення. Після цього салфетку знімають, а шкіру обробляють 5 % спиртовим розчином йоду і рану накривають стерильною серветкою.

В операційну хворого доставляють на каталці. У важких випадках продовжують

трансфузію ліків і хворий може знаходитись на штучній вентиляції легень. При кровотечі з накладеним джгутом хворого доставляють в операційну зі джгутом.

З каталки хворого перекладають на операційний стіл у зручне для виконання операції положення.

*Операція – це виконання спеціальної механічної дії на органи та тканини з лікувальною метою.*

Хірургічні операції поділяють в залежності від терміну їх виконання, і в залежності від повноговиліковування або полегшення стану хворого.

По терміну виконання розділяють операції на:

- екстрені – операції, які виконуються негайно або в найближчий час з моменту поступлення хворого в хірургічне відділення;

- термінові – операції, які виконуються в перші дні після поступлення хворого в хірургічне відділення;

- планові операції, які виконуються в плановому порядку (термін їх виконання необмежений).

В залежності від лікувального ефекту операції поділяються на:

1) радикальні;

2) паліативні.

Радикальні операції – це операції, після виконання яких, шляхом видалення патологічного утворення, частини або всього органу наступає видужання хворого.

Об'єм оперативного лікування, який визначає радикалізм операції залежить від характеру патологічного процесу. Так при доброякісних пухлинах (ліпома, фіброма, поліпи) видалення пухлини приводить до видужання хворого. При злоякісних пухлинах радикалізм операції полягає не тільки у видаленні частини або цілого органу, а і у видаленні сусіднього органу, в який проростає пухлина, навколишньої клітковини, лімфатичних вузлів. Так при раку шлунку, виконується видалення шлунку з великим і малим сальниками.

При запальних захворюваннях об'єм втручання обмежується видаленням патологічно змінених тканин або органу (при остеомієліті – остеонекретома; при гострому апендициті - апендектомія).

Друга група операцій – паліативні операції. Вони виконуються з метою усунення небезпеки для життя хворого, або покращення його стану.

Так при великій пухлині стравоходу, яка проростає в органи середостіння, хворому виконується паліативна операція - накладання нориці (фістули) на шлунок, щоб хворий не помер від голоду. При пухлині кишечника, яка перекриває просвіт останнього, і є метастази в печінку, і загальний стан хворого важкий із-за кишкової непрохідності - хворому виконується операція накладання штучного анусу (тобто кишечник відкривається на передню черевну стінку, а сама пухлина залишається).

Найчастіше паліативні операції виконуються у онкологічних хворих, в занедбаних випадках (при неоперабельності хворих), коли радикальна операція неможлива із-за розповсюдження процесу, і ціль паліативної операції хоча б тимчасово покращити стан хворого.

В залежності від етапів операції вони бувають одномоментні – апендектомія, холецистектомія, коли всі етапи ідуть один за одним і багатомоментові: двохмоментові при аденомі простати (перший етап – накладання нориці сечового міхура і через деякий час другий етап – видалення аденоми); трьохмоментові – наприклад, в травматології, косметичній хірургії.

З розвитком загального знеболення та інтенсивної терапії все частіше в хірургії виконуються дві і більше операції одночасно – так звані симультанні операції. Наприклад, при виразці шлунку і хронічному калькульозному холециститі - резекція шлунку і холецистектомія. При аденомі простати і грижі пахового кільця – видалення аденоми передміхурової залози і герніотомія з пластикою гризових воріт.

Існують також пробні операції – це операції, під час яких виявляється, що радикальна операція неможлива. Особливо часто це зустрічається в онкології, коли із-за проростання пухлини в сусідні органи хірург стає безсильним перед захворюванням.

Існують такі випадки, коли останнім методом для діагностики захворювання є операція. Такі операції називаються діагностичними.

Розрізняють також типові і атипові операції.

Типові операції виконуються по чітко розробленим схемам, методикам оперативного втручання. Атипові операції виникають у випадку незвичності патологічного процесу, який привів до оперативного втручання. Сюди належать важкі травматичні пошкодження, вогнепальні рани. В цих випадках операція може відбуватися на декількох органах: судинах, кістках, суглобах, порожнистих органах.

Розрізняють також кровні і безкровні операції (репозиція кісткових уламків, поворот плоду на ніжці).

З розвитком хірургічної техніки виділяють ряд спеціальних операцій:

- мікрохірургічні – операції виконуються при збільшенні від 3 до 40 разів за допомогою мікроскопу – судинна хірургія, офтальмологія, ортопедія, нейрохірургія;
- ендоскопічні – з використанням ендоскопічних пристроїв – видалення поліпів шлунку, сечового міхура, видалення каменів з холедоху, сторонні тіла. Сюди належать і лапароскопічні операції;
- ендovasкулярні – закриті внутрішньосудинні операції, які виконуються під рентгенологічним контролем.

Хірургічна операція складається із основних етапів:

- 1) хірургічний доступ;
- 2) основний етап операції (хірургічний прийом);
- 3) зашивання рани.

Основні вимоги до операційного доступу:

- мінімальна травматизація;
- забезпечення хорошого огляду патологічного процесу і умов виконання хірургічного прийому.

Для всіх типових операцій розроблені відповідні хірургічні доступи, а при нетипових - хірург керується вищевказаними критеріями.

Закінчення основного етапу операції включає в себе ретельний контроль зупинки кровотечі – гемостаз.

Заключний етап операції – зашивання рани. Воно повинно виконуватися ретельно, щоб не розв'язалися лігатури і не розійшлися краї рани.

При виконанні всіх етапів операції основна умова – це бережливе ставлення до тканин, недопустиме грубе стиснення тканин інструментами, перерозтягнення, надриви тканин. Ці моменти важливі для профілактики ускладнень, про які буде йти мова пізніше.

Головним завданням під час операції є попередження інфікування рани, тобто дотримання правил асептики і спеціальних мір під час операції.

Все починається з обробки операційного поля, яка проводиться після введення хворого в наркоз або перед місцевим знеболенням.

Після попереднього миття шкіри розчином нашатирного спирту, медичним ефіром операційне поле обробляють за методикою Гроссіха-Філончикова або іншим способом. Місце хірургічного доступу ізолюють операційними стерильними простирадлами. Після цього ізольована ділянка шкіри обробляється спиртовим розчином йодонату або хлоргексидину.

У випадку, коли є джерело можливого забруднення рани – кишкова нориця, гангрена кінцівки - його попередньо ізолюють.

Під час операції кожен з її учасників повинен чітко знати свої обов'язки. Розпорядження хірурга всі виконують без вагань.

Після виконання доступу краї і стінки рани закривають стерильними серветками для попередження інфікування рани.

Після виконання основного етапу операції видаляють всі серветки, змінюють інструменти,



обробляють шкіру р-ном йодонату і потім накладають шви на рану. Операційна рана повинна бути зашита, щоб в ній не залишалось кишень, замкнених порожнин; краї рани повинні бути добре співставленні, без натягу.

*Післяопераційний період* – це період з моменту закінчення операції до видужання хворого або переводу його на інвалідність.

В післяопераційному періоді розрізняють 3 періоди: ранній (з моменту закінчення операції до 4-5 дня після неї), пізній (з 6-7 дня після операції до виписки хворого із лікарні), віддалений (з часу виписки з лікарні до відновлення працездатності).

Розрізняють нормальний перебіг післяопераційного періоду, коли відсутні важкі порушення функцій органів та систем, і ускладнений, коли реакція на оперативну травму різко виражена і розвиваються значні функціональні порушення.

Хірургічна операція і наркоз призводять до патофізіологічних змін в організмі хворого, що носять загальний характер і є відповіддю на операційну травму. Організм мобілізує систему захисних факторів і компенсаторних реакцій, направлених на усунення наслідків операційної травми і відновлення гомеостазу. Під дією операції не виникає новий вид обміну речовин, а міняється інтенсивність окремих процесів – порушується відповідність катаболізму і анаболізму.

В післяопераційному періоді розрізняють три фази: катаболічну, зворотного розвитку, анаболічну.

*Катаболічна фаза* триває 3-7 діб. Вона більш виражена у хворих із важкими захворюваннями, що перенесли важкі оперативні втручання. Катаболічну фазу суттєво подовжують післяопераційні ускладнення. В подовженні тривалості катаболічної фази грають роль кровотеча, що продовжується, приєднання гнійно-запальних ускладнень, гіповолемія, зміни водно-електролітного і білкового балансів, порушення у веденні післяопераційного періоду (некупований біль, неповноцінне і незбалансоване парентеральне харчування, гіповентиляція легенів).

Клінічними проявами катаболічної фази з боку нервової системи є: загальмованість, сонливість. Починаючи з другої доби після операції, по мірі припинення дії наркотичних засобів і появи болю, можливі прояви збудження або пригнічення, нестійкої психічної діяльності. Порушення психічної діяльності можуть бути зумовлені приєднанням ускладнень, що посилюють гіпоксію, порушення водно-електролітного балансу. З боку серцево-судинної системи – блідість шкіри, прискорення пульсу, помірне підвищення артеріального тиску. З боку дихальної системи – збільшення частоти дихання, зменшення глибини дихання, поверхнєве дихання може бути зумовленим болем, високим стоянням діафрагми, розвитком парезу кишечника. З боку печінки та нирок – наростання диспротеїнемії, зниження синтезу ферментів, зменшення діурезу.

*Фаза зворотного розвитку* триває 4-6 днів. Вона настає при неускладненому перебігу післяопераційного періоду. Характеризується нормалізацією білкового обміну, посиленням синтезом білків, глікогену, жирів, зниженням виділення іонів калію з сечею, відновленням водно-електролітного обміну, превалюванням парасимпатичної нервової системи.

Клінічними проявами цієї фази є: зменшенню болю, нормалізація температури тіла, поява апетиту, підвищення активності хворого, нормалізація забарвлення шкіри, поглиблення дихання, зменшення частоти дихання, нормалізація частоти серцевих скорочень, відновлення функції шлунково-кишкового тракту – відновлення перистальтики, відхід газів.

*Анаболічна фаза* характеризується посиленням синтезом білка, глікогену, жирів, що були втрачені під час операції і в катаболічній фазі післяопераційного періоду. В цій фазі відбувається подальша активація парасимпатичної нервової системи і підвищення активності анаболічних процесів. Вона триває 2-5 тижнів.

Клінічні ознаки характеризують анаболічну фазу як період видужання, відновлення функцій серцево-судинної, дихальної, видільної систем, органів травлення, нервової системи. Покращується самопочуття і стан хворого, підвищується апетит, нормалізується частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, відновлюється діяльність травного тракту: пасаж їжі, процеси всмоктування в кишечнику, поява самостійного стільця.

Тривалість анаболічної фази залежить від важкості операції, вихідного стану хворого, виразності і тривалості катаболічної фази.

Після оперативного втручання хворі повертаються у хірургічне відділення або у палату інтенсивної терапії, які спеціально організовані для спостереження за хворим, проведення відповідної інтенсивної терапії і надання екстреної допомоги, якщо в цьому виникає потреба. Хворому проводять постійний моніторинг за станом вітальних функцій, за показниками гомеостазу.

Під час спостереження за хворим потрібно орієнтуватись на критичні показники діяльності органів та систем, які повинні служити основою для виявлення причини погіршення стану хворого і надання невідкладної допомоги.

- Стан серцево-судинної системи: частота пульсу більш ніж 120 уд/хв, зниження артеріального тиску до 80 мм рт.ст. і нижче або підвищення до 200 мм рт.ст., порушення серцевого ритму, зниження або підвищення центрального венозного тиску.
- Стан дихальної системи: частота дихання більше ніж 28 за 1 хвилину, відсутність дихальних шумів над ділянками легень.
- Стан шкіри та видимих слизових оболонок: виражена блідість, акроціаноз, холодний липкий піт.
- Стан видільної системи: зменшення сечовиділення (кількість сечі менше 10 мл/год), відсутність сечовиділення (анурія).
- Стан органів шлунково-кишкового тракту: різке напруження м'язів передньої черевної стінки, чорний кал, присутність крові в калі, виражене здуття живота, відсутність виходу газів, відсутність перистальтики.
- Стан центральної нервової системи: втрата свідомості, марення, галюцинації, збудження, загальмований стан.
- Стан післяопераційної рани: виражене промокання пов'язки кров'ю, розходження країв рани, виходження органів черевної порожнини в рану (евентерація), рясне промокання пов'язки гноєм, кишковим вмістом.

#### *Попередня підготовка операційного поля.*

Напередодні операції хворому роблять гоління волосся в ділянці майбутнього операційного поля сухим методом. Після гоління лезо та станок для гоління знезаражують відповідним антисептиком, лезо утилізують. Хворий отримує гігієнічну ванну або душ, потім йому замінюють натільну і постільну білизну.

При наявності рани підготовка операційного поля відбувається наступним чином. Пов'язку знімають, рану накривають стерильною серветкою, а шкіру навколо рани протирають бензином або ефіром і голять волосся сухим методом. Всі рухи – протирання шкіри, гоління волосся – повинні проводитись в напрямку від рани, щоб зменшити ступінь її забруднення. Після гоління волосся серветку знімають, шкіру навколо рани змащують антисептичним розчином (бетадин, йодобак, йодонат, спиртовий розчин хлоргексидину, тощо) і рану накривають стерильною серветкою.

Не можна голити волосся в ділянці майбутнього операційного поля раніше ніж за 6 годин до операції.

#### *Санация ротової порожнини перед оперативним втручанням.*

Перед операцією хворий має прополоскати ротову порожнину. Для цього можна застосувати зубні еліксири (10-15 крапель на стакан води), водний розчин повареної солі (1/2 чайної ложки на стакан води), розчин марганцевокислого калію (1:1000), риванол (1:1000), настій шавлію чи ромашки (1 чайна ложка на стакан кип'ятку). Слизові оболонки змащують гліцерином, рідким вазеліном.

Необхідно видалити зубні протези, промити їх ретельно під струменем води з милом і покласти для зберігання у суху чашку, прикритою серветкою.

Важкохворому пацієнту, який не може сам здійснити туалет порожнини рота, виконує цю процедуру медична сестра. Медична сестра повинна: запропонувати відкрити пацієнту рот, стерильною марлевою серветкою обгорнути язик пацієнта, лівою рукою трохи витягнути його із порожнини рота, зволоженим тампоном на корнцангу обережно зняти наліт з язика і відпустити язик. Іншим вологим тампоном протерти внутрішні і зовнішні поверхні зубів. При протиранні верхніх корінних зубів стерильним шпателем необхідно відвести щоку, щоб не занести інфекцію у вивідну протоку привушної залози. З цієї ж причини слизову оболонку щоки протирати не бажано. Після протирання язика, зубів та ясен – дати пацієнту переварену воду для прополіскування порожнини рота.

Пацієнту, що перебуває у непритомному стані, туалет ротової порожнини провести так: надати горизонтальне положення, опустивши узголів'я функціонального ліжка та прибравши подушку з-під голови (щоб промивні води не потрапили в дихальні шляхи). Під голову підстелити клейонку та пелюшку. Голову пацієнта повернути на бік, під кут роту підставити ниркоподібний лоток. При наявності нальоту на язиці за допомогою язикоутримувача трохи витягнути його із порожнини рота, протерти стерильним тампоном, змоченим розчином фурациліну (1:5000) або декасану. Іншим зволоженим тампоном обробити зовнішні та при можливості – внутрішні поверхні зубів. Промити порожнину рота теплим розчином за допомогою стерильного шприца ємністю 50-100 мл або гумового балону, відтягуючи почергово праву та ліву щоки. Губи витерти рушником.

#### *Підготовка шлунково-кишкового тракту у хворого, що йде на операцію.*

Хворі мають бути оперованими натще, тому за день до операції вони отримують тільки легкозасвоювану їжу (бульйон, рідкий суп тощо). При екстрених операціях, якщо між прийомом їжі і початком операції пройшло менше 5 годин, необхідно промити шлунок через зонд. Це попереджує блювоту і регургітацію під час наркозу. Напередодні і в день операції за 3-4 години необхідно очистити товстий кишечник за допомогою очисної клізми. Остання протипоказана при деяких гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, гангрена кишечника тощо).

#### *Промивання шлунку товстим зондом.*

Протипоказами до цієї маніпуляції є: стравохідна і шлункова кровотечі (виразка, рак, варикозне розширення вен стравоходу та шлунку), важкі серцево-судинні захворювання (аневризма аорти, стенокардія, інфаркт міокарду, порушення мозкового кровообігу).

Необхідне наступне обладнання: товстий зонд (довжиною 100-120 см), гумова трубка (довжиною 70-80 см), скляна трубка - перехідник, лійка об'ємом 0,5-1 л, стерильний лоток, кухоль, 10 л перевареної води кімнатної температури, відро, миска для промивних вод, фартух, стерильні рукавички.

Якщо у пацієнта є зубні протези, їх необхідно видалити. Пацієнт сідає на стілець, розводить коліна. На пацієнта одягають фартух. Між ногами пацієнта поставити миску для збирання промивних вод.

Тримаючи стерильний зонд за обидві кінці у вертикальному положенні, визначити відстань, на яку його слід ввести від перенісся до пупка. На товстому зонді є мітки, які можуть бути орієнтиром при введенні його у шлунок: мітка 45 см – відповідає відстані до кардіальної частини шлунку, 55 см – до дна шлунку, 65 см – до воротаря шлунку. Змочити 20-30 см зонду (від заокругленого кінця) у теплій перевареній воді. Стати праворуч від пацієнта. Запропонувати пацієнту відкрити рот і протяжно вимовити звук "А-а-а". Кінець зонду покласти на корінь язика пацієнта, попросити його закрити рот, зробити глибокий вдих носом, за ним – ковток. Одночасно з ковтком ввести зонд у глотку. Пояснити пацієнту, що під час введення зонду можливі нудота і

позиви на блювання, які можна подавити, якщо глибоко дихати через ніс. Не можна стискати просвіт зонду губами і висмикувати його.

Якщо при введенні зонду у пацієнта виник сильний кашель, це означає що зонд потрапив у грушоподібні пазухи гортані і його потрібно негайно вийняти. Введення зонду повторити після того, як пацієнт заспокоїться.

Пацієнта просять поступово робити ковтальні рухи, під час яких повільно і рівномірно просовувати зонд до потрібної мітки (в середньому на відстань 45-55 см). переконавшись у тому, що зонд знаходиться у шлунку: приєднати шприц Жане до вільного його кінця і відтягнути поршень на себе. Якщо під час аспірації в шприц надходить вміст шлунку – це свідчить про правильне розташування зонду. До вільного кінця зонду приєднати скляний перехідник, гумову трубку і закріпити лійку. Опустити лійку до рівня колін пацієнта, налити в неї 500-600 мл води. Повільно піднімаючи лійку вгору, продовжувати безперервно вливати в неї воду (одночасно не більше 1 л). Як тільки рівень води у лійці досягне трубки, опустити її до рівня колін пацієнта. Вміст шлунку, розведений водою, почне надходити до лійки. Коли кількість рідини, що вийшла, буде приблизно дорівнювати кількості введеної, лійку можна перехилити і вилити її вміст у миску. Промивання шлунку відбувається до появи “чистих промивних вод”. Якщо в промивних водах з’явилась кров, промивання слід припинити і одразу ж повідомити лікаря. Після закінчення процедури від’єднати лійку, витягнути зонд із шлунку, протираючи його серветкою. Зонд і трубку необхідно занурити у дезінфікуючий розчин для знезараження.

#### *Методика проведення очисної клізми.*

Процедура проводиться в процедурній кімнаті. Необхідні для неї засоби: кухоль Есмарха, переварена вода, стерильний наконечник, вазелінова олія, клейонка, пелюшка, підкладне судно при потребі, туалетний папір, штатив-стійка, фартух, рукавички одноразового використання, тепла проточна вода, туалетне мило, індивідуальний рушник.

Хворого просять лягти на кушетку на лівий бік із зігнутими в колінах та підведеними до живота ногами. Під сидниці пацієнта підкладають клейонку, на неї – пелюшку, край клейонки опускають в миску або судно. Звільнюють нижню частину тіла пацієнта від одягу. Якщо пацієнту забороняється повертатись на бік, то процедуру виконують в положенні пацієнта лежачи на спині із зігнутими в колінах і розведеними ногами.

Приєднати стерильний наконечник до гумової трубки. Закрити вентиль, заповнити кухоль Есмарха водою у кількості 1-1,5 л (30-35°C). Підвести кухоль Есмарха на штатив-стійку на висоту 1 м від рівня кушетки. Відкрити вентиль, заповнити гумову трубку і наконечник водою, тим самим видалити повітря із системи. Закрити вентиль. Змастити наконечник вазеліновою олією. Першим і другим пальцями лівої руки розсунути сидниці пацієнта. Обережно, легкими обертаючими рухами правої руки ввести наконечник у відхідник, просуваючи його в пряму кишку на глибину 10-12 см (спочатку в напрямку до пупка 3-4 см, а потім – паралельно хребту на глибину 7-8 см). Грубе та швидке введення наконечника недопустиме, тому що можна поранити стінку прямої кишки.

Після введення наконечника повільно відкрити вентиль і цим сприяти надходженню рідини в кишечник. Відрегулювати інтенсивність надходження рідини так, щоб не викликати у пацієнта раптове відчуття переповнення кишечника і болю. При появі розпирання та болю в животі потрібно опустити нижче кухоль Есмарха, щоб зменшити тиск надходження рідини в пряму кишку. В разі виникнення сильного болю – повідомити лікаря. Якщо вода не надходить у кишечник, необхідно підняти кухоль вище або змінити положення наконечника: провести його глибше чи злегка вивести на 1-2 см. якщо це не допоможе (можливо наконечник забитий каловими масами), його необхідно вийняти з прямої кишки, промити водою з кухля Есмарха і знову ввести у відхідник. Інколи калові маси дуже щільні і поставити клізму практично неможливо. У такому випадку слід очистити пряму кишку пальцем (у рукавиці, змащеній вазеліном) і тільки після цього поставити очисну клізму.

Закрити вентиль, залишаючи трохи води на дні кухля (щоб у кишку не потрапило повітря). Обережно витягнути наконечник. Якщо після введення рідини в пряму кишку і витягання наконечника, рідина починає виливатись відразу ж назад, необхідно звести сідниці пацієнта лівою рукою на 5-7 хвилин.

Пацієнта просять лягти на спину, глибоко дихати та затримати воду в кишечнику протягом 5-10 хвилин. При появі позивів на дефекацію, допомогти пацієнту підвестися з кушетки і дійти до туалету або підставити судно. Після процедури пацієнта треба підмити.

Після процедури наконечник підлягає відповідному знезараженню.

#### *Транспортування хворого в операційну.*

Транспортування хворого в операційну здійснюється тільки за допомогою каталки, яку покривають поліетиленовою плівкою або клейонкою, протирають ганчіркою, змоченою 3% розчином перекису водню з 0,5% миючим засобом. Поверх клейонки застеляють чисте простирадло або ковдру. Транспортування повинно бути обережним з виключенням поштовхів. Перенести і перекласти хворого на руках можуть 2 і 3 чоловіки. В першому випадку один із них підводить руки під лопатки, ближче до шиї і попереку, другий – під сідниці і гомілки. Якщо хворий важкий або потребує дуже обережного перекладання, участь приймають 3 чоловіки: один держить голову і груди, другий – поперек і стегна, третій – гомілки. Якщо у хворого налагоджена система для внутрішньовенних вливань, то додатково у перекладанні приймає участь медична сестра, яка несе відповідальність за збереження її і працездатність. В передопераційній хворого перекладають на каталку операційного блоку і доставляють до операційного стола. Облаштування ліжка хворого.

Оскільки хвора людина, особливо після оперативного втручання, переважну частину часу перебуває у ліжку, дуже важливо, щоб воно було зручним, а постіль чиста і зручна, суха, рівна. Правильне облаштування постелі та контроль за її станом – це створення комфортного положення пацієнту, це профілактика розвитку попріlostей, пролежнів та інших ускладнень. В ранньому післяопераційному періоді хворого бажано покласти на функціональне ліжко, яке може трансформуватись.

На матрац, що пройшов дезінфекцію в дезінфекційній камері, надягають чистий наматрацник. Матрац кладуть на ліжко з добре натягнутою сіткою. Стелять простирадло, краї якого по всій довжині підгинають під матрац так, щоб воно не збиралося у складки. На подушку надіти чисту наволочку. На ковдру надіти підковдру. Забезпечити хворого двома рушниками.

Для важкохворого пацієнта бажано застосувати простирадло або пелюшку з суперадсорбентом, яка не промокає. При відсутності їх потрібно на матрац постелити клейонку, а поверх клейонки – пелюшку (щоб запобігти забрудненню матраца екскрементами людини). Рекомендується важкохворим та людям похилого й старечого віку користуватись памперсами.

#### *Заміна постільної білизни хворого.*

Постільна білизна повинна бути бавовняною, а натільна – бавовняною чи фланелевою. Є декілька способів заміни простирадла лежачому пацієнту. Перший спосіб застосовують у тому випадку, коли пацієнту лікар дозволяє повертатися у ліжку на бік, другий – коли активні рухи у ліжку заборонені. Заміну білизни пацієнту слід проводити обережно, щоб не завдавати йому додаткового болю і страждання.

Попередньо секції функціонального ліжка необхідно встановити в горизонтальне положення.

#### *Перший спосіб.*

Чисте простирадло згорнути валиком по довжині лицьовою стороною усередину, підняти трохи голову та плечі пацієнта, забрати подушку. Обережно опустити голову пацієнта на ліжко. Повернути пацієнта на бік обличчям до краю ліжка, притримати його у такому положенні. Брудне простирадло згорнути валиком по довжині у напрямку до пацієнта. На звільнену частину постелі розгорнути чисте простирадло так, щоб його вільний край дещо звисав із ліжка. Повернути пацієнта на спину, а потім на інший бік, вкладаючи його на чисте простирадло. Забрати брудне

простирадло, помістити його у водонепроникний мішок. Розправити чисте простирадло, повернути пацієнта на спину. Краї простирадла заправити під матрац з усіх боків. Замінити наволочку на подушці та підковдру на ковдрі. Брудну наволочку та підковдру помістити у мішок. Подушку в чистій наволочці покласти під голову пацієнта, вкрити пацієнта ковдрою.

Другий спосіб.

Чисте простирадло згорнути валиком по ширині лицевою стороною усередину. Обережно трохи підняти голову та плечі пацієнта, забрати подушку. Швидко згорнути у вигляді валика брудне простирадло у напрямку від голови до попереку пацієнта. На звільненій частині постелі розгорнути та розправити чисте простирадло. Обережно опустити голову пацієнта на ліжко (без подушки). Замінити брудну наволочку на чисту, підняти трохи голову та плечі пацієнта, на чисте простирадло покласти подушку в чистій наволочці, опустити на неї голову та плечі пацієнта. Підняти таз пацієнта, потім ноги і швидко забрати з-під нього брудне простирадло у напрямку від попереку до п'ят. Брудне простирадло помістити у мішок для брудної білизни. Розгорнути та розправити чисте простирадло і обережно опустити таз і ноги пацієнта. Краї простирадла заправити під матрац з усіх боків, замінити підковдру на ковдрі, вкрити пацієнта ковдрою.

*Комплексна профілактика пролежнів.*

У ослаблених, нерухомих пацієнтів, особливо у тих, які займають пасивне положення в ліжку, порушується живлення м'яких тканин, внаслідок чого можуть утворюватись пролежні. Поява пролежнів свідчить про недостатній догляд за пацієнтом.

Елементи профілактики пролежнів:

- Навчити пацієнта піклуватись про себе наскільки це можливо.
- Навчити родичів прийомам догляду за важкохворим з метою профілактики пролежнів.
- Розмістити пацієнта комфортно у ліжку. Порекомендувати використати один із матраців: поролоновий, надувний, водяний або матрац, заповнений насінням просу.
- Змінювати положення хворого в ліжку кожні 2 години, заохочувати пацієнта змінювати положення в ліжку за допомогою перекладин, поручнів та інших пристосувань.
- Використовувати пристосування для зняття тиску тіла на ушкоджені м'які тканини (поролонові прокладки в чохлах, мішечки, заповнені насінням просу або льону).
- Перевіряти стан постелі під час заміни положення пацієнта (кожні 2 години). Постільна білизна має бути чистою, сухою, без складок, рубців, гудзиків.
- Після кожного прийому їжі – струшувати простирадло, щоб у ліжку не було крихт.
- Робити легкий масаж під час зміни положення хворого, не можна робити масаж в місцях виступів кісток.
- Один раз на добу ділянки, найбільш уразливі щодо виникнення пролежнів, обмивати теплою водою, витирати м'яким рушником методом "промокання", а потім протирати 10% розчином камфорного спирту, 40% етиловим спиртом, або слабким розчином оцту.
- Контролювати регулярне випорожнення кишечника.
- Рекомендувати пацієнтам похилого та старечого віку, а також пацієнтам з нетриманням сечі користуватись памперсами. Памперси змінюють кожні 4 години, щоразу підмиваючи пацієнта. При нетриманні калу памперси змінюють одразу ж після акту дефекації, обов'язково підмивши пацієнта.

*Догляд за пацієнтом з пролежнем.*

- Виконувати заходи профілактики пролежнів.
- При відшаруванні епідермісу та утворенні пухирів їх слід обробити 1% розчином діамантового зеленого і накласти асептичну пов'язку.
- Після того, як пухирі лопнули, ділянку пролежня промивають розчином антисептика, підсушують стерильною серветкою, шкіру навколо обробляють 1% розчином діамантового зеленого і накладають асептичну пов'язку.
- Надавати психологічну підтримку пацієнту та його близьким за наявності негативних емоційних реакцій, пов'язаних із тривалим лікуванням пролежнів.

*Харчування важкохворих.*

Годування лежачого пацієнта з ложки, поїльника у стаціонарі – це прямий обов'язок палатної медичної сестри. Ентеральне введення харчових продуктів (за допомогою зондів, фістул, клізм), парентеральне введення в організм живильних речовин (обминаючи травний канал) – більш складні маніпуляції, у виконанні яких беруть участь палатна медична сестра, старша медична сестра та лікар.

*Годування важкохворого за допомогою ложки та поїльника.*

Надати пацієнту положення напівсидячи, прикрити груди хворого рушником. Розмістити їжу, призначену для пацієнта на приліжковому столику. Однією рукою трохи підняти голову пацієнта разом з подушкою, іншою рукою піднести до рота ложку з їжею. Їжу в рідкому або напіврідкому вигляді (протерті каші, супи, бульйони, киселі тощо) можна дати пацієнту з поїльника або звичайного невеликого чайника. Годувати пацієнта малими порціями, повільно, з достатніми паузами, щоб він мав змогу добре пережувати їжу. Пропонувати напій після декількох ложок твердої їжі. Для пиття соку, компоту, чаю порекомендувати використовувати поліхлорвінілові трубочки, довжиною 20-25 см і звичайну чашку або склянку. Після прийняття їжі запропонувати пацієнту прополоскати ротову порожнину водою, витерти губи пацієнта серветкою, струсити простирадло від крихт, розправити складки на ньому, допомогти пацієнту зайняти зручне положення в ліжку.

*Годування пацієнта через назогастральний зонд за допомогою шприцу Жане.*

Надати пацієнту положення: сидячи, напівсидячи, при надмірному виснаженні – лежачи на боці. Прикрити груди хворого серветкою. Отриману їжу з харчоблоку змішати в одній ємності і зробити рідку живильну суміш.

Перевірити місце знаходження зонду – не можна розпочинати годування пацієнта, не переконавшись, що зонд знаходиться у шлунку.

Набрати у шприц Жане теплу живильну суміш. На рівні шлунку з'єднати конус шприца із зондом. Повільно підняти шприц вище рівня шлунку пацієнта приблизно на 40-50 см так, щоб рукоятка поршню була спрямована догори. Повільно натискуючи на поршень шприца, забезпечити поступове проходження живильної суміші. Після звільнення шприца – перетиснути зонд затискачем, від'єднати шприц від зонду. Таким чином повторити процедуру до тих пір поки не буде введено всю суміш. Від'єднати шприц, перетиснути зонд затискачем. Через годину зняти затискач і закрити заглушкою зовнішній отвір зонду.

## **6. Матеріали для самоконтролю:**

### **А. Завдання для самоконтролю**

#### **Тести для самоконтролю (початковий рівень знань).**

1. Коли необхідно проводити гоління шкіри перед плановою операцією?

- А. За добу.
- Б. Увечері перед операцією.
- В. Ранком в день операції.
- Г. Гоління не проводиться.
- Д. Не раніше, як за 6 годин перед операцією

2. Джерелом ендогенної інфекції може бути все, крім:

- А. Хронічний тонзиліт.
- Б. Наявність каріозних зубів.
- В. Гнійничкові захворювання шкіри.
- Г. Хронічний остеомієліт.
- Д. Облітеруючий ендартеріт

3. До діагностичних операцій відносяться:

- А. Апендектомія.
- Б. Герніотомія.

- В. Біопсія лімфатичних вузлів
- Г. Вправлення вивиху плеча.
- Д. Розкриття панарицію.

4. За терміновістю проведення операції поділяють на:

- А. Екстренні, невідкладні, паліативні.
- Б. Планові, екстренні, багатоетапні.
- В. Екстренні, невідкладні, планові
- Г. Радикальні, планові, паліативні.
- Д. Діагностичні, нетермінові, одноетапні.

5. Планові операції виконуються при:

- А. Гострому апендициті.
- Б. Защемленій грижі.
- В. Кровотечі з пошкодженої судини.
- Г. Асфіксії.
- Д. Калькульозному холециститі

6. Операція по життєвим показанням виконується при:

- А. Кровотечі, яка продовжується
- Б. Доброякісних пухлинах.
- В. Злоякісних пухлинах.
- Г. Облітеруючому ендартеріті.
- Д. Варикозному розширенні вен нижніх кінцівок.

7. Профілактика тромбемболічних ускладнень після операції включає:

- А. Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом.
- Б. Застосування антикоагулянтів.
- В. Застосування дезагрегантів.
- Г. Раннє вставання з ліжка.
- Д. Все вище перераховане

8. Назвіть заходи, які направлені на профілактику легеневих ускладнень після операції:

- А. Призначення препаратів заліза.
- Б. Вдихання окису азоту.
- В. Промивання шлунку.
- Г. Дихальна гімнастика
- Д. Холод на черево.

9. Профілактика нагноєння операційної рани.

- А. Часті шви на рану.
- Б. Розсмоктуючі шви на рану.
- В. Дренування рани
- Г. Лікувальна фізкультура.
- Д. Герметична пов'язка.

10. До ускладнень з боку операційної рани відноситься все крім:

- А. Кровотечі.
- Б. Гематоми.
- В. Інфільтрату.
- Г. Болі в рані
- Д. Евентерації.

11. При наявності пролежнів необхідно все, крім:

- А. Вкладання хворого на твердий матрац
- Б. Використання підкладних надувних кругів.
- В. Протирання шкіри камфорним спиртом.
- Г. Зміна положення хворого в ліжку.



Д. Розтирання м'яких тканин в області пролежнів, перестилання ліжка хворого.

12. Хворий Б., 38 років, оперований з приводу виразкової хвороби шлунку. Виконана резекція шлунку за Більтрот-І. Під час операції встановлено зонд для харчування. Коли можна годувати хворого через зонд?

- А. Зразу після операції.
- Б. Через 6 годин після операції.
- В. Через 2-3 дні після операції.
- Г. Через 24 години після операції.
- Д. Після відновлення перистальтики

13. Хворий сам купив дефіцитні ліки. Їх можна хворому ввести:

- А. По наполяганню пацієнта.
- Б. Після консультації з медсестрою.
- В. Згідно рекомендації завідувача відділенням.
- Г. Після призначення їх лікуючим лікарем
- Д. Після погодження з головним лікарем.

14. В хірургічне відділення поступив хворий з діагнозом гострий апендицит, дві години назад хворий пообідав . Як підготувати хворого до оперативного втручання?

- А. Постановка очисної клізми
- Б. Постановка назогастрального зонду
- В.Промивання шлунку
- Д. Введення атропіну під час премедикації
- Г. Спеціальної підготовки не потрібно

15. До радикальних операцій відносять :

- А. Холецистектомія
- Б. Накладання гастростоми
- В.Накладання гастроентероанастомозу
- Г. Біопсія
- Д. Пункція суглобу

16. В чому полягає підготовка до планової операції в день операції :

- А. Бриття операційного поля
- Б. Прийняття ванни або душу
- В. Переливання крові
- Г. Промивання шлунку
- Д. Очисна клізма

17. З якого моменту починається передопераційний період

- А. З початку захворювання
- Б. З моменту постановки діагнозу
- В. З моменту госпіталізації хворого
- Г. З моменту згоди хворого на операцію
- Д. З моменту початку підготовки до операції

18. Які захворювання потребують екстренного оперативного втручання

- А. Рак
- Б. Перфоративна виразка шлунка
- В. Защемлена грижа
- Г. Ліпома
- Д. Тонзілектомія

19. За терміном виконання оперативні втручання бувають:

- А. термінові
- Б. вчасні
- В. екстрені
- Г. паліативні
- Д. радикальні

20. Передопераційними заходами, що зменшують ризик інфікування післяопераційної рани є:

- А. постільний режим
- Б. гоління волосся в ділянці майбутнього операційного поля за 2 години до операції
- В. застосування спиртового компресу на ділянку майбутнього операційного поля
- Г. призначення снодійних засобів напередодні операції
- Д. санація ротової порожнини

21. З якою метою не дозволяють хворому їсти перед операцією?

- А. їжа затрудняє проведення у шлунок зонду
- Б. їжа затрудняє управління диханням під час операції
- В. прийом їжі перед операцією може спричинити блювоту під час загального наркозу
- Г. прийом їжі перед операцією може спричинити розвиток ацидозу
- Д. наявність вмісту у шлунку під час інтубації трахеї може спричинити регургітацію

22. Для профілактики алергічних реакцій під час виконання оперативного втручання та в післяопераційному періоді всім хворим проводять:

- А. внутрішньо-шкірну пробу на новокаїн
- Б. внутрішньо-шкірну пробу на антибіотик, що буде застосований при лікуванні
- В. внутрішньо-шкірну пробу на анальгін
- Г. внутрішньо-шкірну пробу на хімічні антисептичні засоби
- Д. внутрішньо-шкірну пробу на антигістамінні препарати

23. Яким чином повинне проводитись транспортування хворого в операційну?

- А. в операційну хворий йде самостійно, якщо йому дозволяє його стан
- Б. на каталці в лежачому положенні
- В. на ношах в лежачому положенні
- Г. кріслі-каталці
- Д. на каталці в сидячому положенні

24. Післяопераційний період це:

- А. період з моменту закінчення операції до видужання хворого
- Б. період з моменту госпіталізації хворого до його виписки з відділення
- В. період з моменту операції до виписки хворого із відділення
- Г. період з моменту операції до переходу хворого на амбулаторне лікування
- Д. період з моменту закінчення операції до переведення хворого на інвалідність

25. Післяопераційний період ділять на:

- А. середній
- Б. ранній
- В. малий
- Г. віддалений
- Д. терміновий

26. Перебіг післяопераційного періоду може бути:

- А. збалансований
- Б. функціональний
- В. нормальний (неускладнений)
- Г. фізіологічний
- Д. ускладнений

27. В післяопераційному періоді розрізняють наступні фази:

- А. анаболічна
- Б. зворотного розвитку
- В. патологічна
- Г. фізіологічна
- Д. декомпенсації

28. До заходів щодо профілактики пролежнів можна віднести:

- А. протирання “небезпечних” ділянок тіла хворого 5% спиртовим розчином йоду
- Б. застосування мішечків, заповнених насінням проса або льону
- В. протирання “небезпечних” ділянок тіла хворого 10% розчином камфорного спирту
- Г. прикладання до місць можливого ураження спиртового компресу
- Д. забезпечення хворому постійного положення на спині

29. Харчування хворого після операції може бути:

- А. інтерстиціальним
- Б. ентеральним
- В. внутрішнім
- Г. парентеральним
- Д. паренхіматозним

30. Заміна постільної білизни проводиться:

- А. одразу після забруднення біологічними рідинами
- Б. через 2 години після забруднення біологічними рідинами
- В. один раз на день
- Г. один раз на 15 діб
- Д. один раз на 7-10 діб

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. У хворого М., 77 років, що знаходиться в лежачому положенні, в крижово-куприковій ділянці має місце гіперемія шкіри, наявні пухирі з кров'янистим вмістом. Яке ускладнення розвинулось у даного пацієнта, що необхідно зробити в даному випадку?
2. Хворий С., 70 років, оперований з приводу защемленої пахової грижі. З моменту операції пройшло 20 годин. Хворий самостійно не може мочитися. Яке ускладнення виникло у хворого, яку допомогу необхідно надати хворому.?
3. У хворій Д., 46 років, що перенесла операцію з приводу міжм'язової флегмони правого стегна 10 годин потому, забруднилась постільна і натільна білизна виділеннями з післяопераційної рани. Як потрібно поступити в даному випадку?
4. Хворий К., 35 років, був прооперований 1 добу потому з приводу множинних травматичних ушкоджень обличчя, ротової порожнини, обох губ. Яким чином нагодувати даного пацієнта в післяопераційному періоді?

5. В хірургічне відділення поступила хвора 80 років. Черговий хірург поставив діагноз защемленої стегнової грижі і запропонував екстренне оперативне втручання. Пацієнтка категорично відмовилась, які дії лікаря?
6. Хірург під час операції з приводу пупкової грижі видалив пупок, попередньо не отримавши згоди хворої. Чи правомірні дії хірурга?
7. Хворий С., 36 років, госпіталізований в ургентному порядку з діагнозом “карбункул задньої поверхні шиї”. Черговий хірург зобов’язав медсестру підготувати операційне поле до невідкладного втручання. Що повинна зробити медична сестра?
8. Хворий М., 45 років, готується до операції з приводу виразкової хвороби шлунку. Чим можна харчуватись пацієнту в день операції?
9. Хворий К., 35 років, має бути транспортований в операційну, де йому будуть робити оперативне втручання з приводу варикозної хвороби правої нижньої кінцівки в плановому порядку. 20 хвилин потому йому була зроблена премедикація (промедол 2%-1 мл, димедрол 1%-1 мл). Хворий намагається йти до операційного блоку самостійно. Як в такому випадку має поступити медична сестра?
10. Під час введення зонду для промивання шлунку у хворого з’явився нестримний сильний кашель. Що могло стати причиною цього, як поступити в такому випадку?
11. Хворий Ш., 23 років, має оперуватись в екстреному порядку з приводу проникаючого ножового поранення черевної порожнини. Йому буде виконана лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. Операцію будуть виконувати під комбінованою ендотрахеальною анестезією. Останній раз хворий приймав їжу 2 години потому. Яким чином підготувати шлунково-кишковий тракт до операції даному пацієнту?
12. Хворий Д., 66 років, має оперуватись з приводу пахової грижі. Хворий був обстеженим і готувався до операції в амбулаторних умовах. В день операції він поступив в хірургічне відділення. Медична сестра для підготовки операційного поля взяла хворого в процедурну кімнату. Там вона виявила, що хворий поголив місце майбутнього поля дома 1 добу потому. На шкірі пахової ділянки маються пустули з жовтим вмістом. Як має в такому випадку поступити медична сестра? Чи можна подавати хворого в операційну?

### Ситуаційні завдання

1. Медична сестра має годувати хворого С., який був прооперований 2 доби потому з приводу травматичних пошкоджень ротової порожнини. Годування має відбуватись через встановлений пацієнту назогастральний зонд. Для цього медична сестра приєднала до зонду шприц Жэне із живильною сумішшю і стала повільно вводити останню через зонд. При цьому хворий став скаржитись на відчуття розпирання за грудиною, біль в цій ділянці. Чому у хворого виникли ці скарги? Яку помилку допустила медична сестра?

2. Хворий М., 69 років, був прооперований з приводу розлитого перитоніту, що розвинувся внаслідок гострого перфоративного апендициту. Після операції пройшло 4 доби. Хворому дозволено приймати їжу через рот (стіл 1<sup>а</sup>). Стан хворого важкий, хворий ослаблений, знаходиться в лежачому положенні. Яким чином провести годування даного хворого?

3. Хворий У., 77 років, 1 добу потому була виконана операція – ампутація лівої нижньої кінцівки з приводу вологої гангрени. Стан хворої важкий. Самостійно рухатись вона не може. При огляді виявлена гіперемія шкіри в ділянках кутів обох лопаток, крижово-куприкової ділянки. Яке ускладнення може розвинути у даної пацієнти? Що необхідно робити в такій ситуації?

## 7. Рекомендована література

### *Основна:*

1. Загальна хірургія / за ред. С.Д.Хіміча,. Київ, «Здоров'я», 2018. С. 44-62.
2. Я.С.Березницький і співавтори. Хірургія (підручник з загальної хірургії. Днепропетровськ), 2018. С.36-49.Конспект лекцій
3. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, «Здоров'я», 2004. С.47-53.

### *Додаткова:*

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. Москва, 1993.С 58-64.
2. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.С 69-72.
3. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Москва, 1988. 38-54.
4. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999. С 63-84.

Методичні рекомендації підготував  
асистент кафедри загальної хірургії  
Чорна І.О. \_\_\_\_\_