

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”

(кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими)



ОСНОВИ ДОГЛЯДУ ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ

(навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних
навчальних закладів IV рівня акредитації)

ПОЛТАВА – 2015 р.

УДК 617.576-002.3-089
ББК 55К 54.5Я73
0-75

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації (лист від 08.12.2014 року № 1/11- 19287).

Основи догляду за хірургічними хворими: навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації.

Автори: к.мед.н. доцент Шумейко І.А., д.мед.н. професор Лігоненко О.В., к.мед.н. доцент Чорна І.О., к.мед.н. доцент Зубаха А.Б., к.мед.н. ас. Дігтяр І.І., к.мед.н. ас. Стороженко О.В.

У навчально-методичному посібнику представлені актуальні питання догляду за хірургічними хворими до та після операцій на різних ділянках тіла, а також догляд за хворими у відділенні хірургічної інфекції. Даний посібник може бути рекомендований студентам 2 та 3 курсу медичних вузів та медичним сестрам.

Рецензенти:

Скиба Володимир Вікторович - д.мед.н., професор, академік, заслужений діяч науки і техніки, Лауреат Державної премії, директор “ Центру хврургії ” завідувач кафедри хірургічних хвороб АНВШ Київського медичного університету.

Ганжій Володимир Валентинович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії та догляду за хворими Запорізького державного медичного університету.

Ляховський В.І. - д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1 ВДНЗУ«УМСА».

ВСТУП

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 ведення 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.

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ПОЛІКЛІНІКИ.

У нашій країні медична допомога організована за територіальним принципом, проте з розвитком страхової і приватної медицини цей принцип особливо відносно планової допомоги починає змінюватися.

1.1. Організація хірургічної допомоги.

Фельдшерсько-акушерський пункт – надає екстрену долікарську допомогу, проводить профілактику захворювань і травматизму жителям одного або декількох сільських населених пунктів.

Дільнична лікарня – надає екстрену і невідкладну лікарську допомогу при гострих хірургічних захворюваннях і травмах, проводить роботу з їхньої профілактики, керує роботою фельдшерсько-акушерських пунктів, розташованих в області цього району.

Районна лікарня – надає хірургічну допомогу всім хворим з гострими хірургічними захворюваннями і травмами, проводить планове лікування найбільш поширених хірургічних захворювань (грижа, виразкова хвороба шлунку, холецистит і т.д.)

Обласна лікарня – окрім об'єму допомоги, що надається в районних лікарнях, забезпечує надання спеціалізованої хірургічної допомоги: урологічної, травматологічної, онкологічної т.п.

Міські лікарні – надають екстрену і планову хірургічну допомогу жителям районів міста.

Хірургічні кафедри медичних вузів – крім надання хірургічної допомоги ведуть наукову розробку певних розділів хірургії.

Науково-дослідні інститути – відповідно до свого профілю надають спеціалізовану хірургічну допомогу, проводять наукову розробку хірургічних проблем.

Стаціонарна хірургічна допомога надається в хірургічних відділеннях загального, спеціалізованого профілю.

Хірургічні відділення ***загального профілю*** організовуються у складі районних і міських лікарень. Вони забезпечують основними видами кваліфікованої стаціонарної хірургічної допомоги велику частину населення країни. Тут лікують різні захворювання, серед яких більше 50% припадає на гостру хірургічну патологію і 20-40% на пошкодження і захворювання опорно-рухового апарату.

Спеціалізовані відділення – відкриваються в обласних, міських лікарнях і обслуговують від 50 тис. до 3 млн. населення. Вони призначаються для надання хворим хірургічної допомоги відповідної спеціальності. В основі організації спеціалізованих відділень лежать аналогічні принципи, які сприятимуть концентрації хворих за певною ознакою:

- за захворюваністю однієї системи органів – відділення хірургії судин, хірургії легенів, проктологічні, урологічні і т.п.;

- за нозологічними формами, з урахуванням локалізації – опікові відділення, хірургії сечостатевого і кістково-суглобового туберкульозу і т.п.;
- за розділами хірургічної патології – онкологічні відділення, невідкладної хірургії, гнійної хірургії і т. п.;
- за особливістю методик операцій – пластична хірургія;
- за віковими особливостями – дитяча хірургія.

Хірургічні відділення загального профілю відкриваються, як правило, на 60 ліжок і більше, спеціалізовані – на 25-40 ліжок. Значна частина міських і обласних лікарень є клінічними, оскільки на їх базі працюють хірургічні клініки медичних інститутів. Хірургічні ліжка є також в спеціальних клініках медичних інститутів, які не входять в міську мережу, в науково-дослідних інститутах, що знаходяться в підпорядкуванні міністерств і відомств.

Організація екстреної і невідкладної хірургічної допомоги

У містах вона здійснюється за схемою: швидка медична допомога (здоровпункт або поліклініка) – хірургічний стаціонар. На селі: фельдшерсько-акушерський пункт, дільнична лікарня – хірургічне відділення районної лікарні. У хірургічних відділеннях для надання екстреної хірургічної допомоги встановлено цілодобове чергування хірургів, анестезіологів і операційних медичних сестер.

Відділення хірургічного профілю повинні розміщуватися в одному корпусі з приймальним відділенням, операційним блоком, відділенням інтенсивної терапії і реанімації, оскільки вони функціонально залежать один від одного. Палатні відділення організовуються на 60 і більше ліжок.

Згідно БНП (Будівельні норми і правила, 1971), відділення в нових лікарнях плануються з двох непрохідних секцій, які відділяються холами.

У секції повинно бути 30 ліжок. У палатній секції передбачається: пост чергової сестри (4 м²), процедурна (18 м²), перев'язувальна (22 м²), їдальня (з числом місць не менше 50% від кількості ліжок), приміщення для сортування і тимчасового зберігання брудної білизни, предметів прибирання (15 м²), ванна (12 м²), убиральня (чоловіча, жіноча, для персоналу).

Разом з цим у відділенні необхідні: кабінет завідувача (12 м²), ординаторська (10 м² на кожного лікаря, понад одне додатково 4 м²), кімната старшої медсестри (10 м²), сестри-господарки (10 м²). У клініках передбачаються кабінети професора, доцента, асистентів і учбові кімнати на 10-12 чоловік.

Палата – основне місце перебування хворого в лікувальній установі. У палатах хірургічного відділення на одне ліжко відводиться 7 м². Більшість палат в секції плануються на 4 ліжка, 2 – ліжкові палати, 2 – одноліжкові. Оптимальне число ліжок в палаті – 3.

Перед входом в палату планується шлюз, який передбачений як невеликий передпокій, де розміщені вбудовані індивідуальні шафи хворих і вхід в туалет, з умивальником, ванною або душем.

Палати оснащуються ліжками металевої конструкції, до яких можна прикріпити штатив для переливання і пристосування для скелетного витягнення. Більшість ліжок повинні бути функціональними.

Інтер'єр палати доповнюється біляліжковою тумбочкою, загальним столом, стільцями, корзиною для паперів. Температура в палаті повинна бути 20°C. Оптимальна вологість повітря складає 50-60%, рухливість повітря близько 0,15 м/с. Палати повинні добре освітлювати природним світлом, орієнтація вікон не повинна бути на північ.

Співвідношення площі вікон і підлоги повинна бути 1:6. Передбачається загальне і місцеве електричне освітлення. У кожного ліжка повинна бути система виклику палатної сестри.

Пост палатної сестри розміщують в коридорі так, щоб забезпечити достатній огляд палат. Пост розташовують в центрі секції. Він обладнується шафами для зберігання медикаментів, інструментів, предметів догляду і документації (листи лікарських призначень, передачі чергувань і т. п.).

При розміщенні хворих треба враховувати особливості контингенту, повинні бути виділені чисті та гнійні відділення. Це зробить лікування ефективнішим, а головне попередить ускладнення.

Хірургічні відділення слід забезпечити примусовою вентиляцією, а окремі приміщення витяжкою або кондиціонованим повітрям. Приміщення хірургічних відділень підлягають прибиранню вологим способом, з використанням дезінфікуючих засобів, двічі в день: вранці після підйому хворих і увечері перед сном. Один раз в місяць треба проводити генеральне прибирання, з вологою дезінфекцією матраців і подушок. Щомісячно треба брати проби повітря на бактеріологічне дослідження.

Організація роботи медичного персоналу регламентується “Типовими правилами внутрішнього розпорядку”, на підставі яких складаються правила для різних установ залежно від їх призначення. Кожне хірургічне відділення має розпорядок дня, який направлений на створення раціональних умов роботи медичного персоналу і оптимальних умов для одужання хворих.

До персоналу хірургічного відділення пред'являються особливі вимоги: людські якості персоналу не менш важливі, чим якості їх як фахівців. Необхідно бездоганно виконувати принципи лікарської деонтології та етики.

Деонтологія (грец. deon – належне, logos – учення) – сукупність етичних і організаційних норм виконання медпрацівниками своїх професійних обов'язків. Основні елементи деонтології направлені на створення особливого психологічного клімату в хірургічному відділенні. Основною функцією психологічного клімату в хірургічній установі є створення умов для швидкого, якісного і надійного одужання хворих. З цього витікають дві основні мети:

- мінімізувати дію чинників, що уповільнюють і якісно погіршують процес одужання хворих;
- максимізувати ступінь сприйняття хворими лікування, як основного засобу до досягнення здорового способу життя.

1.2. Організація роботи хірургічного відділення поліклініки.

У поліклініці забезпечується прийом хворих з хірургічними захворюваннями і лікування тих з них, які не потребують стаціонарного лікування. Більшість хворих відвідують відділення повторно для перев'язок і лікувальних процедур.

Хірургічне відділення поліклініки повинно розташовуватися, якщо немає ліфта, на першому або другому поверсі. Це полегшує відвідини його хворими із захворюваннями нижніх кінцівок і доставку хворих на носилках. Якщо у відділенні працює один хірург, то воно повинне включати: кабінет лікаря, перев'язувальну, операційну, стерилізаційну і матеріальні кімнати.

При великому числі працюючих хірургів операційна, стерилізаційна, матеріальна можуть бути загальними, але кабінет і перев'язувальна повинні бути окремими для кожного лікаря. У кабінеті хірурга повинні бути стіл: 2 стільці, кушетка для обстеження хворих, яку краще ставити за ширмою, негатоскоп і т.п.

Стіни повинні бути гладкими і, у всіх кабінетах, на висоту не менше двох метрів зафарбовані масляною фарбою, стіни операційної повинні бути покриті плиткою. Усі кімнати хірургічного відділення повинні мати умивальники. Приміщення хірургічного кабінету потрібно особливо ретельно оберігати від забруднення. Контингент хворих, який часто змінюється під час прийому, доставка хворих в забрудненому після травм одязі сприяє занесенню бруду до хірургічного кабінету. Тому необхідно часто протирати підлоги кабінетів і перев'язувальних вологим способом, використовуючи антисептичні розчини, позбавлені неприємного запаху. Вологе поточне прибирання приміщення (підлога, стіни) повинне проводитися після кожного прийому. По закінченню денної роботи проводиться повне прибирання кабінету.

Робота хірурга в поліклініці істотно відрізняється від роботи хірурга в стаціонарі. На відміну від хірурга стаціонару, амбулаторний хірург має значно менше часу на кожного хворого і часто позбавлений можливості точно розподілити години своєї роботи, особливо там, де немає окремого травматологічного кабінету.

Звернення хворих по невідкладну хірургічну допомогу (вивихи, переломи, поранення) вимагають зупинки поточного прийому і надання в першу чергу допомоги хворому, що постраждав, проте, це не звільняє хірурга від надання допомоги і решті хворим, записаних на прийом.

Хірург бере участь в консультаціях з лікарями інших спеціальностей, вирішує питання планової і екстреної госпіталізації хворих, питання працездатності, працевлаштування. Крім лікувальної, консультативної роботи поліклінічний хірург проводить диспансеризацію окремих груп хворих з такими захворюваннями як (варикозне розширення вен, тромбофлебіт, остеомієліти, грижі, після операцій з приводу виразки шлунку і т.п., також інвалідів ВВВ), бере участь в профілактичній роботі на дільниці, в роботі інженерно-лікарських бригад.

Хірург поліклініки підтримує зв'язок із стаціонаром, куди він направляє хворих, а також здійснює їх доліковування після виписки із стаціонару. У деяких випадках лікареві доводиться відвідувати хворих вдома, де за відсутності додаткових методів дослідження, він зобов'язаний поставити правильний діагноз і вирішити тактику подальшого лікування хворого. Помилка в діагнозі і зволікання в наданні необхідної допомоги можуть привести до фатальних наслідків, тому хірург повинен бути дуже уважним.

Характер роботи хірургічного кабінету вимагає, щоб весь персонал добре знав свої обов'язки і вчасно їх виконував. Сестра хірургічного кабінету повинна бути обізнана в галузі асептики і антисептики, дотримуватися їх вимог в роботі і стежити за дотриманням останніх іншими співробітниками і хворими, допомагати лікареві в організації прийому хворих.

Санітарка хірургічного відділення повинна бути навчена правилам прибирання, миття інструментів, техніці заготівки матеріалу для стерилізації. Вона повинна уміло допомагати лікареві і сестрі при проведенні деяких маніпуляцій (допомогти при роздяганні, перев'язці і т.д.). Знати про небезпеку порушення правил асептики (уміти відкривати бікси із стерильною білизною, подати стерилізатор з інструментами, миску для миття рук і т.п.).

При проведенні заняття в хірургічному кабінеті поліклініки студенти разом з хірургом, що працює в кабінеті, ведуть прийом первинних і вторинних хворих, беруть участь в їх огляді, знайомляться з правилами заповнення медичних документів (амбулаторна карта, диспансерна карта, талони і направлення) і відбором хворих на госпіталізацію. Найцікавіші випадки і тематичні хвороби пацієнтів детальніше розбираються з викладачем.

По ходу прийому студенти знайомляться з порядком видачі і продовження лікарняних листів. Таким чином, на заняттях в поліклініці студенти знайомляться з контингентом хворих, який вони не бачать в стаціонарі, а також закріплюють практичні навички (накладення пов'язок, іммобілізація, ін'єкції та ін.).

РОЗДІЛ 2. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ДО ОПЕРАЦІЇ.

2.1. Поняття про догляд за хірургічними хворими.

Хірургія є особливою медичною спеціальністю, що використовує з метою лікування прийом механічної дії на тканини організму або хірургічну операцію, що обумовлює ряд серйозних відмінностей в організації і здійсненні догляду за хірургічними хворими.

Закономірні відхилення від нормальних фізіологічних процесів найчастіше є природною відповіддю на операційну травму і частково не вимагають усунення, оскільки система гомеостазу їх самостійно нормалізує.

Для правильного розуміння питань догляду за хірургічними хворими, необхідно розуміти, що операція – це специфічний метод лікування, результат якого залежить не тільки від правильної і високої техніки операції, а й грамотного догляду за хворим до та після втручання. Правильно організований догляд за хворими післяопераційного періоду в хірургії залишається єдиноважливим елементом, якого може бути цілком достатньо для повного і швидкого лікування хворого.

Професійний догляд за хворими після операцій припускає знання як закономірних змін їх загального стану і місцевих процесів, так і можливого розвитку ускладнень.

Догляд – це один із найважливіших елементів у лікуванні хворого, що організовується на підставі професійного знання можливих змін або ускладнень у хворих після операцій і направлений на своєчасне попередження і усунення їх.

Обсяг догляду залежить від стану хворого, його віку, характеру захворювання, об'єму оперативного втручання, призначеного режиму, виникаючих ускладнень.

Догляд за хворими – це комплекс заходів, спрямованих на створення сприятливих умов успішного лікування, що призводить до поліпшення стану пацієнта і задоволення його фізіологічних потреб.

Догляд за хворими підрозділяється на **загальний і спеціальний**:

а) загальний догляд - сукупність заходів, які необхідні будь-якому хворому, незалежно від характеру хвороби, віку, статі тощо;

б) спеціальний догляд - включає додаткові заходи, які мають специфічні особливості виду медичної допомоги і виконуються з урахуванням характеру захворювання та індивідуальних особливостей його перебігу.

У важких післяопераційних хворих догляд включає допомогу при здійсненні ним основних життєвих потреб (їжа, пиття, рух, випорожнення кишечника, сечового міхура та ін.); проведення заходів особистої гігієни (умивання, профілактика пролежнів, зміна білизни та ін.); допомога під час хворобливих станів (блювання, кашель, кровотеча, порушення дихання і т.д.).

До догляду відноситься й низка санітарно-епідеміологічних заходів, що здійснюються медичним персоналом і направлених на підтримку належної чистоти в медичній установі та попередження виникнення і розповсюдження інфекційних (гнійно-септичних) ускладнень. До таких заходів відносяться регулярне прибирання і провітрювання приміщень, санітарна обробка хворих, їх одягу, білизни, предметів догляду, деякі заходи дезінфекції (дезінфекція – знищення патогенних мікроорганізмів) і дезінсекції (дезінсекція – знищення комах-паразитів).

У хірургічній практиці у хворих, що страждають від болю, знаходяться в страху перед, або після оперативного втручання, догляд припускає активну позицію з боку персоналу. Хірургічні хворі, особливо важкі післяопераційні хворі, не просять про допомогу. Будь-які заходи щодо догляду приносять їм додаткові хворобливі неприємні відчуття, тому вони негативно відносяться до будь-яких спроб активізації рухового режиму, виконання необхідних гігієнічних процедур. У цих ситуаціях персонал повинен проявляти дбайливу, терплячу наполегливість.

Важливим компонентом догляду за хворими є створення максимального фізичного і психічного спокою. Тиша в приміщенні, де знаходяться хворі, спокійне, рівне, доброзичливе відношення до них медичного персоналу, усунення всіх несприятливих чинників, які можуть травмувати психіку хворого, – ось деякі основні принципи так званого лікувально-охоронного режиму медичних установ, від якого багато в чому залежить ефективність лікування хворих.

Для одужання дуже важливо, щоб хворий знаходився в спокійному, фізіологічно зручному положенні, в задовільних гігієнічних умовах, отримував раціональне харчування. Сприяє одужанню дбайливе, тепле, уважне відношення медичного персоналу.

Загальний догляд за хворими.

2.2. Гігієна тіла хворого в хірургічному відділенні.

Дотримання правил особистої гігієни, забезпечення чистоти палат і меблів створює умови для швидкого одужання хворих і попереджає розвиток багатьох ускладнень.

Важливе місце в догляді за хворими займає догляд за шкірою. Функції сальних і потових залоз сприяють збереженню пружності та м'якості шкіри. Проте, разом із виділенням з залоз на шкірі скупчується пил і мікроорганізми. Забруднення шкіри викликає свербіння, яке веде до порушення її цілісності, що сприяє проникненню углиб шкіри мікробів, які знаходяться на її поверхні. Медична сестра повинна стежити, щоб хворі дотримувалися правил особистої гігієни.

Хворі, що знаходяться на загальному режимі, якщо немає протипоказань, миються у ванні або приймають душ не рідше 1 разу на тиждень.

Техніка підготовки та проведення гігієнічної ванни.

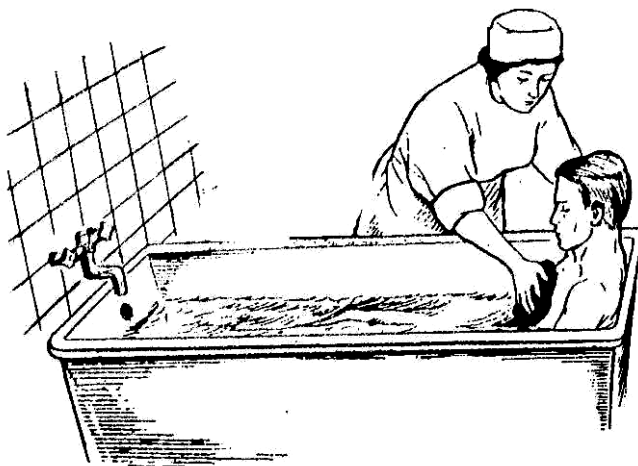
1. Вимити ванну губкою або щіткою з милом, порошком, сполоснути її 1 % розчином триациду або 1% розчином дезоксону-1, а потім гарячою водою.

2. Заповнити ванну теплою водою (37 °С).

3. Допомогти хворому розміститись у ванні. Рівень води повинен доходити до мечоподібного відростка. Щоб хворому було зручно сидіти, в ножному кінці ванни необхідно поставити дерев'яну підставку для ніг.

4. Вимити хворого губкою з милом, починаючи з голови, у такій послідовності: тулуб, верхні та нижні кінцівки, пахова ділянка, промежина. Тривалість процедури не повинна перевищувати 20-25 хв.

5. Допомогти хворому вийти з ванни, витерти теплим рушником або простиралом (мал. 1).



Мал. 1. Догляд за шкірою – прийняття ванни.

Техніка підготовки та проведення гігієнічного душу.

1. Вимити ванну мийними засобами.

2. Поставити у ванну стільчик та посадити на нього хворого.

3. Миють хворого у тій же послідовності, що й у ванні.

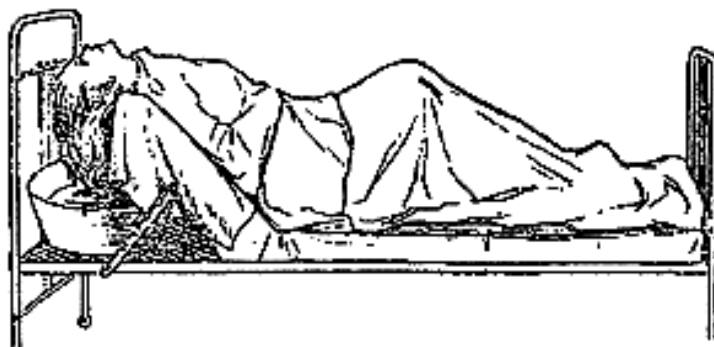
Після душу або ванни губки миються у воді і піддаються стерилізації кип'ятінням у воді, або автоклавуванням. Найкраще використовувати одноразові губки, які після застосування утилізуються.

Догляд за волоссям

При довготривалому перебуванні чоловіків у стаціонарі їм слід коротко стригти волосся і мити голову не рідше 1 разу на 7-10 днів.

Жінкам з довгим волоссям потрібно щодня розчісувати їх густими гребінцями, які повинні бути індивідуальними у кожної хворої. Чужими гребінцями користуватися категорично забороняється. Коротке волосся слід розчісувати від коріння до кінців, а довге розділити на паралельні пасма і поволі розчісувати від кінців до коріння. Густий гребінь, змочений у розчині

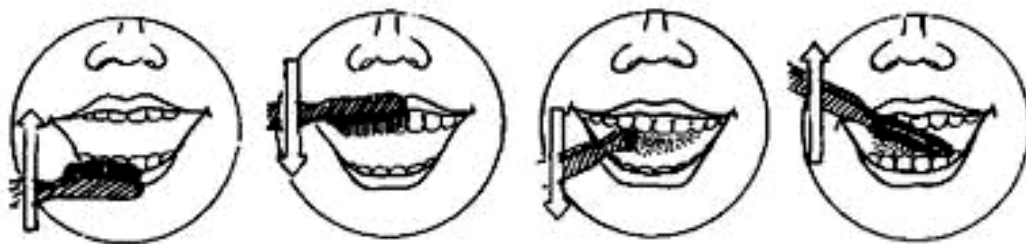
оцтової кислоти добре вичісує лупу і бруд. Щоб краще промити волосся, слід застосовувати різні шампуні, дитяче мило або воду з хною (мал. 2).



Мал. 2. Положення у ліжку для миття голови.

Гігієна порожнини рота

Гігієні порожнини рота необхідно приділяти достатньо уваги, оскільки при накопиченні мікроорганізмів можуть виникнути гнійні ураження слизової оболонки, що супроводжуються неприємним запахом із рота. Хворі, які можуть ходити, повинні двічі на день, вранці й увечері чистити зуби, а після прийому їжі полоскати рот злегка підсоленою водою або 2% розчином гідрокарбонату натрію (мал. 3).



Мал. 3. Напрямки руху щітки при чищенні зубів.

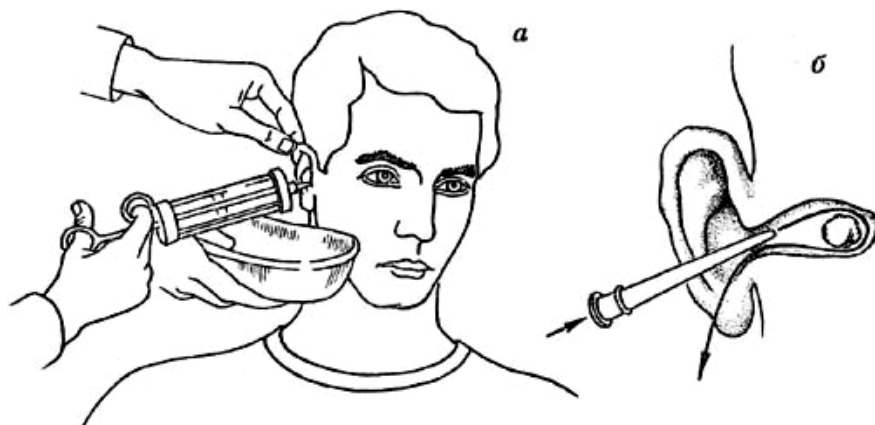
Догляд за вухами

Під час щоденного вранішнього туалету хворі миють вуха. При утворенні сірчаних пробок у вухах медсестра повинна їх видалити ватним тампоном після попереднього закапування 5-6 крапель 3% перекису водню.

При скупченні великої кількості сірчаних пробок проводять спринцювання вуха за допомогою великого шприца Жане або гумового балона.

Спринцювання вуха

Хворого садять перед собою боком, щоб джерело світла добре освітлювало вухо. У руки хворому дають лоток, який він притискає до шиї під вушною раковиною. Потім медсестра лівою рукою відтягує вушну раковину назад і вгору, а правою вводить кінець шприца в зовнішній слуховий прохід, направляючи по його верхньозадній стінці струмінь розчину під тиском, який підігріто до температури тіла (мал. 4).



Мал. 4. Спринцювання вуха.

Закапування крапель у вухо

Для закапування крапель у вухо нагинають голову хворого в здорову сторону. Мочку вуха хворого лівою рукою дещо відтягують, а правою тримають піпетку і капають певну кількість крапель, підігрітих до кімнатної температури, у слуховий прохід. Після цього у вухо закладають невеликий ватний тампон на декілька хвилин (мал. 5).



Мал. 5. Закапування крапель у вухо.

Догляд за зовнішніми статевими органами і заднім проходом.

Складовою частиною заходів щодо гігієни шкіри є догляд за зовнішніми статевими органами і заднім проходом. Необхідно проводити підмивання заднього проходу і зовнішніх статевих органів двічі на добу, а після акту дефекації – окремо. Цю процедуру зручно проводити за наявності висхідного душу або підмиванням теплою водою з милом.

Техніка підмивання хворого

Матеріальне забезпечення: кухоль із теплою (30-35 °C) водою або із слабким розчином перманганату калію, корнцанг, серветка, судно, гумові рукавички.

Алгоритм дії:

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Підведіть під крижі хворого ліву руку, допоможіть йому підняти таз.
3. Правою рукою підведіть і розправте під тазом клейонку, поверх якої помістіть судно й опустіть таз хворого.
4. Встаньте справа від хворого і, тримаючи глечик у лівій руці, а корнцанг із серветкою – в правій, наливайте антисептик із глечика на ділянку статевих органів, серветкою в цей час протирайте промежину, шкіру навколо неї, здійснюючи рухи від статевих органів до заднього проходу (спереду назад).
5. Просушіть іншою серветкою шкіру промежини у тому ж напрямку, заберіть судно і клейонку.

Необхідно пам'ятати, що пахвові та пахвинні ділянки і складки шкіри під молочними залозами необхідно обробляти частіше (особливо у повних людей), оскільки в цих ділянках часто виникає опрілість.

Техніка спринцювання

Крім підмивання зовнішніх статевих органів жінкам часто буває необхідне спринцювання. Для цієї мети використовують кухоль Есмарха, який підвішують на штатив на висоту до 1 метра над рівнем ліжка. Можна використовувати слабкий розчин калію перманганату 0,2%, натрію гідрокарбонату 1 % або лікувальний розчин, призначений лікарем.

Після підмивання промежини медична сестра, розводячи двома пальцями лівої руки статеві губи, обережно вводять у статеву щілину на глибину 6-7 см вагінальний наконечник. Притримуючи наконечник, відкриває кран і регулює швидкість руху розчину. Кухоль Есмарха, гумова трубка, кран і наконечник обов'язково стерилізуються перед кожним застосуванням. Медична сестра працює у стерильних рукавичках.

Використання взуття

Хворим не дозволяється користуватися власним взуттям. Видають тапочки з тканини, що легко стерилізується. Це взуття після виписки хворого протирають тампоном, змоченим в ультрациді, аеродезині, 25% розчині формаліну, 40% розчині оцтової кислоти, або обробляють всередині аерозолем “Чобіток”.

Використання особистих речей

Один з шляхів перенесення інфекції в хірургічне відділення пов'язаний з особистими речами хворого, на яких у великих кількостях часто знаходяться патогенні мікроорганізми. Спектр флори зазвичай повністю відображає склад виділень хворого: переважають псевдомонади, ентеробактерії і патогенні стафілококи. Ці мікроорганізми часто в значній кількості виявляються на бритві, гребінці, зубній щітці, дужках окулярів та інших особистих речах хворого. Тому особисті речі, які хворий приносить у хірургічне відділення, необхідно звести до мінімуму і по можливості рекомендувати речі разового користування. Зберігання особистих речей проводиться у тумбочці біля ліжка хворого із закритими дверцятами. Персонал відділення зобов'язаний щодня контролювати склад і стан особистих речей хворих.

Бритви, гребінці, стакани для чищення зубів необхідно щодня дезінфікувати. Зубні щітки стерилізуються кип'ятінням або УФО випромінюванням. Інший метод - використовувати таблетки **Акватабс** для приготування дезінфекційного розчину і обробляти ним щетину кілька разів на тиждень, як це рекомендовано заводом-виробником, або частіше. Одна таблетка, розчинена в теплій воді, використовується для замочування щітки протягом приблизно десяти хвилин. Після замочування зубна щітка промивається і готова до використання.

Не можна зберігати предмети туалету в поліетиленових мішках, бо через наявність підвищеної вологості в них швидко створюються умови для розмноження флори.

Книги слід обгортати в обкладинки, що легко дезінфікуються, краще щоб це були нові книги. В загальні дозволяється використовувати речі, які можна продезінфікувати, а пацієнта попереджають про можливість їх пошкодження.

Гігієна передач

Все, що відноситься до гігієни особистих речей хворого, відноситься і до гігієни передач. Вміст передач повинен контролюватися медсестрою. Категорично забороняється приймати у відділення хірургічного профілю м'які іграшки, хутряні і шерстяні речі та інші предмети, що не підлягають дезінфекції. У якості тари для передач повинні бути повністю виключені тканинні плетені сумки, бажано використовувати поліетиленові і пластикові пакети.

Кількість продуктів харчування в передачах повинна бути обмежена необхідним і лише продуктами, дозволеними хворому його дієтою. Слід пам'ятати, що в тумбочках повинні міститися тільки продукти тривалих термінів зберігання (цукровий пісок, печиво, цукерки і т.п.). Продукти, що швидко псуються, приймаються тільки в кількості, яку можна використати протягом доби, зберігаються в холодильнику. Зберігання продуктів в палаті,

на підвіконні і т.п. заборонено. При щонайменшій підозрі на інфікування і псування продукти знищуються.

Хворий, що знаходиться в стаціонарі навіть нетривалий час, відчуває себе відірваним від рідних і друзів, що створює несприятливий емоційний стан для його одужання. У той же час безладна система відвідування заважає роботі медперсоналу, сприяє забрудненню лікарняного середовища, занесенню інфекції. У зв'язку з цим у розпорядку дня лікарні повинні бути передбачені і чітко визначені години відвідування хворих.

Правила відвідувань пацієнтів

- Відвідини пацієнтів допускаються у всіх відділеннях лікарні;
- Відвідувачі в верхньому одязі в стаціонар не допускаються;
- В палату до кожного хворого допускається лише один відвідувач одночасно, не більше, ніж на 20 хвилин;
- Відвідини дозволені щодня з 11-00 до 13-00 та з 17-00 до 19-00;
- До хворих у важкому стані відвідувачі допускаються з дозволу завідувача відділенням або чергового лікаря;
- Відвідувачі зобов'язані дотримувати чистоту, порядок і не порушувати спокій хворих відповідно до правил внутрішнього трудового розпорядку;
- Категорично забороняється сидіти в палатах на ліжку;
- Вхід в лікарню під час тихої години з 15-00 до 17-00 і після 19-00 години заборонений;
- Відвідувачі в нетверезому стані до хворих не допускаються;
- Відвідувачі зобов'язані дотримуватися загальноприйнятих норм спілкування з пацієнтами та медичним персоналом;
- Відвідувачам забороняється вступати в суперечки і сварки з персоналом лікарні;
- Зі своїми претензіями і непорозумінням просять відвідувачів звертатися до чергового лікаря, завідуючого відділенням або до управління лікарні.

Хворі, що ходять, можуть побачитися з родичами і друзями в спеціально відведених для цього місцях – в холах і коридорах. У палати відділення відвідувачі допускаються до тяжкохворих тільки з дозволу лікаря, або завідувача відділенням. Кількість відвідувачів повинна бути зведена до мінімуму – не більше 2-х чоловік. Дітям до 10 років відвідування повинні бути обмежені через підвищену чутливість їх до інфікування патогенною флорою. До хворих, що знаходяться в палатах реанімації та інтенсивної терапії, відвідування хворих заборонено, зважаючи на особливу небезпеку інфікування цих хворих.

Всі відвідувачі повинні здати в гардероб свій верхній одяг і отримати білі накидки або халати. Для відвідувачів хірургічного відділення в правилах внутрішнього розпорядку повинна бути передбачена необхідність принести з собою і перевзути перед входом у відділення чисте змінне взуття, бажано

шкіряні чи пластикові тапочки. Доцільно у години відвідування розстилати біля входу у відділення і біля входу в ліфт гумові килимки, просочені дезінфікуючим розчином (2% хлорантоїну або триациду 1%), при цьому необхідно стежити, щоб розчин не висихав і килимки постійно зволожувалися.

Не можна дозволяти відвідувачам сидати на ліжко хворих, для цього повинні бути спеціальні стільці. Перед входом в хірургічне відділення рекомендується одягнути маски і шапочки на голову. Відвідувачі без відповідного одягу, в нетверезому стані, хворі з респіраторними захворюваннями не можуть бути допущені до хірургічних хворих.

Після закінчення часу відвідування у відділенні необхідно провітрити палати, здійснити кварцування повітря і провести вологе прибирання з використанням дезінфікуючих засобів.

2.3. Санітарна підготовка хворого до операції.

У системі лікування і його організації важливе місце займає передопераційний період.

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.

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.

Загальна підготовка до планових операцій включає всі дослідження, пов'язані зі встановленням діагнозу, визначенням функціонального стану життєвоважливих органів, ускладнень основного захворювання і супутніх захворювань. При їх виявленні призначається медикаментозне лікування, направлене на поліпшення діяльності різних систем, щоб привести хворого до такого стану, при якому оптимально підготовлені органи і системи до

операції. Від характеру і проведення передопераційного періоду багато в чому залежить результат майбутнього хірургічного лікування.

Планові операції доцільно відкласти під час менструацій, при підвищенні температури, легкій застуді, появі гнійників на тілі й т.п. Обов'язкова санація порожнини рота.

Увечері за відсутності протипоказань всім хворим ставлять очисну клізму.

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).

Планова операція – виконується лише після детального обстеження хворого і ретельної передопераційної підготовки хворого з приводу хронічної хірургічної патології.

Таким чином - передопераційний період може бути дуже коротким при проведенні екстрених операцій і відносно розтягнутим при проведенні планових операцій.

В залежності від того. Чи планова операція, чи екстрена - розрізняють повну та часткову санітарну обробку хворого, яка проводиться ще в приймальному відділенні.

Повна санітарна обробка:

а) підготовка хворого до планового оперативного втручання

Перед плановою операцією хворий приймає гігієнічну ванну або душ, йому міняють натільну і постільну білизну. Важкохворим у цьому допомагає медперсонал. На ніч за призначенням лікаря хворому дають снодійні або седативні засоби.

б) підготовка операційного поля перед плановим оперативним втручанням

Вранці, приблизно за 2 год. до операції, хворому голять волосся сухим способом за допомогою станка і нового леза. Волосся голять на великій площі, що прилягає до місця оперативного втручання, тому що може виникнути потреба розширити розріз або зробити допоміжний. Перед голінням шкіру протирають дезінфікуючим розчином і дають їй підсохнути. Гоління проводять у санітарній кімнаті, після чого поголене місце обробляють спиртом. Ці заходи не можна проводити наперед, оскільки можливе інфікування отриманого в процесі гоління садна чи подряпин. Декілька годин досить для перетворення їх в осередок інфекції з розвитком згодом післяопераційних ускладнень.

Підготовка хворого до планового оперативного втручання в день операції

Вранці хворий умивається, чистить зуби. Зубні протези виймають, завертають в марлеву серветку і кладуть у тумбочку. На волосисту частину

голови надягають шапочку або косинку. Жінкам із довгим волоссям заплітають коси.

Безпосередньо перед транспортуванням хворий повинен вмитися, почистити зуби, зняти зубні протези, прополоскати рот, звільнити ніс, сечовий міхур. Чоловіки повинні поголити бороду та вуса, жінки - зняти лак із нігтів.

За 30 хвилин до операції хворому виконують **премедикацію** ((від лат. *pre* – перед; лат. *medikamentum* - ліки) – завчасна медикаментозна підготовка хворого до загальної анестезії та хірургічного втручання. Ціль даної підготовки – зниження рівня тривоги пацієнта, зниження секреції залоз, підсилення дії препаратів для анестезії):

Перед екстреною операцією хворому вводять наркотичний анальгетик і атропін (промедол 2% -1,0, атропін - 0,01 мг / кг).

За показаннями можливе введення дроперидола або антигістамінних засобів.

Перед плановою операцією звичайна схема премедикації така:

1. На ніч напередодні операції призначають – снодійний препарат (фенобарбітал - 2 мг / кг) і для повноцінного ефекту примедикації транквілізатор (феназепам - 0,02мг/кг).

2. За 30 хвилин до операції вводять внутрішньом'язово наркотичний анальгетик - промедол 2% -1,0, антихолінестеразні препарати - атропін (0,01 мг / кг), антигістамінний препарат - димедрол (0,3 мг / кг).

Після премедикації пацієнта доставляють в операційну обов'язково на каталці у супроводі медсестри, одягненої в чистий халат, ковпак і маску.

Часткова санітарна обробка:

Підготовка хворого до екстреного оперативного втручання

У хворих, що поступають за екстреними показаннями, об'єм санітарної підготовки залежить від терміновості необхідної операції і визначається черговим лікарем. Обов'язковими заходами є звільнення шлунку за допомогою шлункового зонду і гоління волосяного покриву операційного поля.

Техніка підготовки шкірних покривів хворого до екстреної операції.

Перед екстреною операцією хворому проводять часткову санітарну обробку.

1. Підкласти під хворого церату.

2. Губкою, змоченою теплою водою, протирають верхню частину тіла хворого.

У воду можна додати мийні речовини з антисептичною дією: камфорний спирт, етиловий спирт тощо.

3. Насухо обтирають оброблені ділянки тіла та прикривають їх.

4. Таким же чином обробляють живіт, спину та нижні кінцівки.

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

При наявності рани обробка операційного поля має свої особливості. Пов'язку знімають, рану покривають стерильною серветкою, а шкіру навколо

рани протирають спиртом і збривають волосся навколо сухим способом. Всі рухи проводяться від рани, щоб зменшити ступінь її забруднення. Після цього серветку знімають, а шкіру знову обробляють 70 % спиртом, рану накривають стерильною серветкою.

РОЗДІЛ 3. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ.

3.1. Хірургічна операція та післяопераційний період.

Найважливіше місце в розпізнаванні і лікуванні хірургічних хвороб відводиться хірургічній операції.

Хірургічна операція – це складна цілеспрямована діагностична або найчастіше лікувальна маніпуляція, пов'язана з методичним роз'єднанням тканин, направленим на доступ до патологічного осередку і його ліквідації з подальшим відновленням анатомічних зв'язків органів і тканин.

Зміни, які відбуваються в організмі хворих після оперативного втручання надзвичайно різноманітні і включають функціональні, біохімічні і морфологічні розлади будь-якого органу чи системи. Вони викликані рядом причин: операційною травмою, крововтратою, нервовою напругою, голодуванням до і після операції, охолодженням, особливо при порожнинних операціях, зміною співвідношення органів і т.д.

Загальні клінічні прояви в післяопераційному періоді мають різний ступінь вираженості: від помірного підвищення температури, незначного прискорення пульсу, легкого відчуття нездужання, втрати апетиту до важких термінальних станів, що межують із смертю. Це залежить від складності й об'єму хірургічної операції, від початкового стану здоров'я хворого, від віку, та ускладнень, які виникли. Закономірні відхилення від нормальних фізіологічних процесів найчастіше є природною відповіддю організму на операційну травму і частково не вимагають усунення, оскільки система гомеостазу їх самостійно нормалізує. В інших же випадках необхідні значні зусилля з їхньої ліквідації аж до тимчасового відновлення функцій окремих органів і систем.

Локальним результатом операції є рана, процеси загоєння якої підкоряються загальнобіологічним законам, має стадійність і клінічну симптоматику.

Таким чином, післяопераційний період – це відрізок часу після перенесеної операції, який пов'язаний із завершенням раньового процесу, загоєнням рани і стабілізацією знижених або постраждалих функцій органів і систем життєзабезпечення.

Патофізіологічні й біохімічні зміни, що відбуваються в організмі в післяопераційному періоді, можна розділити на 4 фази, які в основному відповідають клінічним проявам:

1. Адреналово-кортикоїдна фаза, або фаза напруги. Триває 1-5 днів.

2. Катаболічна фаза – пов'язана з розпадом травмованих тканин організму (5-9 днів).

3. Фаза анаболізму (10-30 днів) – період, коли відбувається регенерація всіх процесів.

4. Відновна, або фаза реабілітації, коли настає стійка фізіологічна рівновага умов, що були в організмі.

У першій фазі напруги у відповідь на проведене руйнування тканин і біль розвивається збудження симпатичного відділу нервової системи, посилене виділення гормонів гіпофіза і наднирників, виникають численні реакції органів. Одна з головних небезпек післяопераційного періоду полягає у зневодненні або гіповолемії.

Хворий реагує на недостатність води, відчуття спраги у нього незначне або зовсім відсутнє, ясна мова, слизові оболонки сухі, тургор тканин знижений, риси обличчя загострені.

Причинами гіповолемії є крововтрата, ексудація рідини в тканини в зоні оперативного втручання (через серозні оболонки), зовнішні втрати рідини (через органи дихання, сечовиділення, шкіру, обширні раньові поверхні, дренажі, кишкові нориці й т.д.). Парез шлунково-кишкового тракту в післяопераційному періоді призводить до значної міграції рідини в його просвіті й до обмеження її споживання ззовні через рот.

Зниження об'єму циркулюючої крові рефлекторно через барорецептори викликає гіперпродукцію антидіуретичного гормону задньої частини гіпофіза і збільшення канальцевої реабсорбції, активацію функції кори наднирникових залоз із підвищенням секреції глюкокортикоїдів і мінералокортикоїдів, а також виділення катехоламінів і реніну. Настає збільшення частоти серцевих скорочень і спазм периферичних судин з розкриттям артеріо-венозних анастомозів, збіднення ланки мікроциркуляції і зниження органного кровотоку, тобто розвивається біологічно доцільна в даний момент компенсаторна централізація кровообігу.

Зниження органного кровотоку в цей період у змозі забезпечити лише найважливіші, життєво найнеобхідніші функції організму і може призвести до зриву компенсації із самого початку слабких систем при попередній патології. Це є передумовою виникнення серцевої, дихальної, ниркової, печінкової недостатності.

За рахунок зниження гемоглобіну, втраченого разом з еритроцитами, зменшується кількість кисню артеріальної крові. Посилене і часте дихання є реакцією на кисневе голодування.

Найчастішим варіантом порушення кислотно-основної рівноваги у фазі напруги є метаболічний ацидоз. Основною причиною його виникнення служить гіпоксія дихального, циркуляторного, анемічного і гістотоксичного генезу.

При порушеннях доставки кисню метаболізм клітин перебудовується на шлях анаеробного гліколізу з накопиченням іонів за рахунок утворення органічних і неорганічних кислот (молочна, піровиноградна, сечова, жирні

кислоти, амінокислоти). Ослаблення легеневої вентиляції в післяопераційному періоді призводить до зниження оксигенації крові і накопичення вуглекислого газу. Порушення функції нирок (зниження ниркового кровотоку, зменшення діурезу), розлад кровообігу (анемія, гіповолемія, зміни мікроциркуляції), гіперкатаболізм як відображення агресивної реакції організму на операційну травму і стресову ситуацію, підвищення температури тіла в післяопераційному періоді створюють умови для накопичення іонів H^+ і порушення кислотно-основної рівноваги.

У фазі напруги на короткий термін підвищується кількість цукру в крові. Гіперглікемія викликана корисним гліколізмом у зв'язку з активацією симпато-адреналової системи.

Внаслідок кровотечі, руйнування тканин під час операції, плазморагії та голодування, під впливом підвищеного виділення кортикостероїдів спостерігається посилений розпад білків, перехід їх у вуглеводи, що призводить до гіпопротеїнемії (особливо за рахунок втрати альбумінової фракції), підвищеної азотемії і азотурії.

Для другої, катаболічної фази післяопераційного періоду характерне припинення посилених руйнівних процесів. Частковий і повний некроз тканин у ділянці операційної рани закінчується, патологічні біохімічні процеси проявляються з меншою інтенсивністю.

Зниження збудливості симпатичної системи, пов'язане зі зменшенням патологічної імпульсації з рани і послабленням болю, виявляється в уповільненні пульсу, нормалізації дихання. Перерозподіл рідини з інтерстиціального простору в судинне русло разом з підвищенням питного режиму через рот збільшує масу крові, зменшує централізацію, усуває спазм судин. Зростання об'єму рідини в організмі веде до пожвавлення всіх обмінних процесів. Із зменшенням виділення адренкортикотропного гормону, а також глюко- і мінералокортикоїдів, слабшає інтенсивність розпаду білків. Вони в значній кількості починають надходити як будівельний матеріал у зону рани, сприяючи її загоєнню.

У третій фазі анаболізму, всі відновні процеси, що раніше почалися, виявляються повною мірою. Наступає нормалізація функцій центральної нервової системи, гіпофіза, наднирникових залоз. Розпад білків повністю припиняється. Пероральне харчування ліквідує білковий дефіцит. Накопичення білків активізує хворого, сприяє міцному рубцюванню рани.

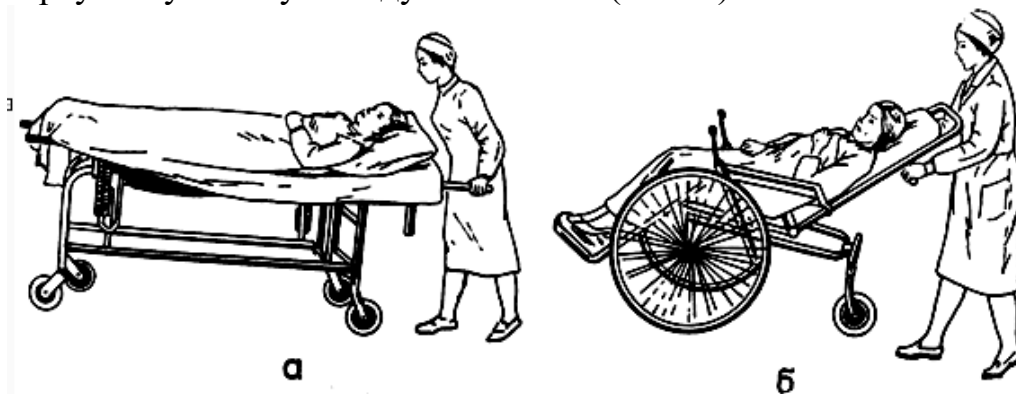
У четвертій фазі – фазі повного відновлення фізіологічного статусу – організм повертається до нормальної діяльності. Досягає колишнього об'єму м'язова маса, під впливом інсуліну надлишок вуглеводів, накопичений в кінці попереднього періоду, перетворюється на жир. Працездатність і фізична сила досягають передопераційного рівня.

Таким чином, в післяопераційному періоді в організмі хворого відбуваються складні закономірні відхилення від нормальних фізіологічних процесів, викликані операційною травмою, наркозом, пасивним положенням в ліжку, обмеженням в харчовому і водному раціоні. Ці порушення окрім

медикаментозної корекції вимагають заходів щодо організації необхідного виходу із цього стану.

3.2. Догляд за хворим у ранній післяопераційний період

Після закінчення операції хворого перекладають на каталку, транспортують у палату і кладуть на ліжко (мал. 6).



Мал. 6. Транспортування хворого на каталці (а) і кріслі-каталці (б).

Залежно від тяжкості стану, хворого можна помістити в післяопераційній або в реанімаційній палаті з індивідуальним постом. У реанімаційній палаті повинна бути підготовлена апаратура для надання необхідної допомоги – апарат штучної вентиляції легень, набір для трахеостомії, дефібрилятор, засоби для інфузійної терапії, лікарські засоби (адреналін, ефедрин, хлористий кальцій тощо). До прийняття хворого палата повинна бути прибраною, провітреною, підготовлена чиста, без складок білизна, в холодну пору року зігріта за допомогою грілок.

Під час транспортування в палату, а також до повного пробудження від наркотичного сну поряд із хворим повинна бути сестра-анестезист або лікар-анестезіолог, оскільки в стадії пробудження після застосування міорелаксантів може наступити рекураризація із зупинкою дихання або серця.

У цих випадках проводять повторну інтубацію трахеї та штучну вентиляцію легень, а при зупинці серця – закритий масаж. Найкраще, проперованого хворого покласти на **функціональне ліжко**, яке дозволить надати хворому зручного положення, а при відсутності його – на щит.

Сучасні функціональні ліжка обладнані приліжковими столиками, штативом для систем внутрішньовенного вливання, секціями для підкладних суден і сечоприймальників (мал.7).



Мал. 7. Функціональне ліжко.

З метою покращення припливу крові до головного мозку положення хворого в ліжку протягом перших двох годин має бути на спині, без подушки, а після виходу з наркозу йому надають положення, яке залежить від характеру операції.

Зміна положення тіла в перші години після оперативного втручання допускається лише з дозволу лікаря. Найбільш зручним є положення на правому боці, при якому полегшується робота серця, покращується функція травного тракту, зменшується ймовірність блювання. Після операції на грудній і черевній порожнинах необхідне напівсидяче положення, яке попереджує застійні явища в легенях, полегшує дихання і серцеву діяльність, сприяє більш швидкому відновленню функції кишечника. Для того, щоб хворі не зміщувались в нижній кінець ліжка, необхідно покласти опірну підставку для ніг (мал. 8).



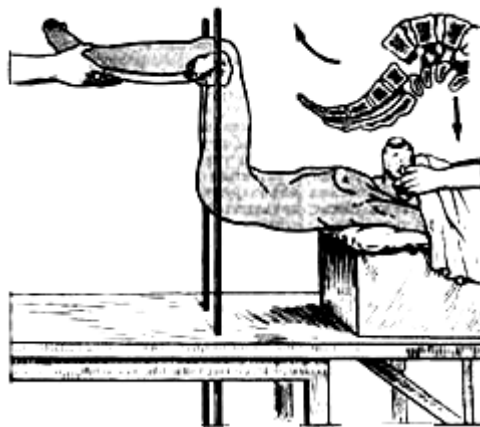
Мал. 8. Напівсидяче положення хворого на ліжку з опірною підставкою для ніг (положення Фаулера).

Для покращення дренажу черевної порожнини, дугласового простору, органів малого тазу застосовують положення з піднятим головним кінцем положення Фаулера.

Положення Фаулера - можна назвати становищем напівлежачи і напівсидячи. Пацієнта укладають в положення Фаулера в наступній послідовності:

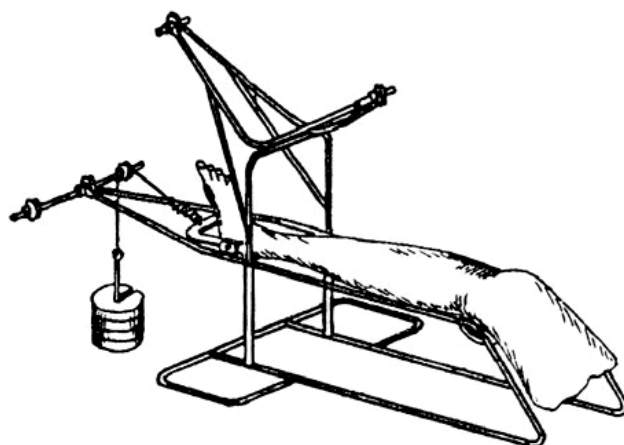
- 1) призводять ліжко пацієнта в горизонтальне положення;
- 2) піднімають узголів'я ліжка під кутом 45 – 60 градусів (в такому положенні пацієнт відчуває себе комфортніше, йому легше дихати і спілкуватися з оточуючими);
- 3) кладуть голову пацієнта на матрац або низьку подушку, щоб попередити згинальну контрактуру шийних м'язів;
- 4) якщо пацієнт не в змозі самостійно рухати руками, під них підкладають подушки для попередження вивиху плеча внаслідок розтягування капсули плечового суглоба під впливом спрямованої вниз сили тяжіння руки і попередження згинальної контрактури м'язів верхньої кінцівки;
- 5) під поперек пацієнтові кладуть подушку з метою зменшення навантаження на поперековий відділ хребта;
- 6) під стегно пацієнта підкладають невелику подушку або валик (для попередження перерозгинання в колінному суглобі і здавлення підколінної артерії під дією сили тяжіння);
- 7) під нижню третину гомілки пацієнта підкладають невелику подушку з метою попередження тривалого тиску матраца на п'яти;
- 8) ставлять опору для стоп під кутом 90 градусів, щоб підтримати їх тильне згинання та попередити «провисання».

Положення з піднятим ножним кінцем ліжка (**положення Кларка**) застосовують при великій крововтраті, при травматичному і післяопераційному шоці (мал. 9).



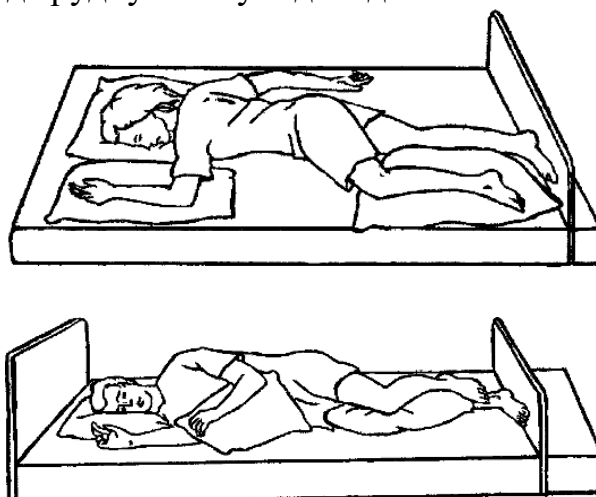
Мал. 9. Положення з піднятим ножним кінцем ліжка (положення Кларка).

Після операцій на нижніх кінцівках останнім надають зручного припіднятого положення, розміщуючи їх на шинах типу **Белера** або **Брауна**(мал. 10).



Мал. 10. Положення нижньої кінцівки на шині Белера.

Після операцій на хребті, а також після деяких втручань на головному мозку хворий займає положення на животі (**положення Сімса**). Положення Сімса - це проміжне положення між положенням лежачи на животі і лежачи на боці (мал. 11). Якщо операція була на грудному або поперековому відділах хребта – під грудну клітку підкладають м'який валик.



Мал. 11. Проміжне положення між положенням лежачи на животі і лежачи на боці (положення Сімса).

Завжди треба пам'ятати, що будь-яке положення хворого, навіть найзручніше і найоптимальніше, необхідно якомога раніше і частіше (з дозволу лікаря) змінювати, що буде сприяти зменшенню післяопераційних ускладнень, підвищить загальний тонус організму, покращить кровообіг.

Післяопераційному хворому медична сестра виконує усі необхідні призначення лікаря.

Вводить внутрішньом'язово або підшкірно знеболювальні засоби: в перші 3 доби після операції 3 рази на добу наркотичні анальгетики (розчини промедолу, омнопону), а в наступні дні – ненаркотичні анальгетики (анальгін, баралгін) за потребою.

3.3. Гігієна тіла, білизни, виділень хворого з ліжковим режимом.

Якщо в дотриманні гігієнічних заходів у хворих із загальним режимом до операції функції медичного персоналу зводяться до організації і контролю, то для важких хворих з ліжковим режимом після операції необхідна активна допомога по догляду за тілом, білизною і в здійсненні фізіологічних відправлень. Хворим не дозволяється користуватися своєю особистою білизною і рушниками. Якщо такий дозвіл буде наданий адміністрацією лікарні, необхідно білизну змінювати та дезінфікувати у встановленому для лікувального закладу порядку.

При зміні білизни велике значення має дотримання принципу розділення брудної і чистої білизни. Під час упаковки і транспортування білизни слід створити умови, щоб не допустити контамінації чистої білизни. Брудну білизну збирають у мішки зі щільної плівки, непроникної для бактерій, або ємності з кришкою. Сортування і розбирання брудної білизни проводять поза відділенням у спеціально відведених для цього приміщеннях.

Чисту білизну доставляють тільки в спеціальній упаковці. Для транспортування білизни усередині лікарні слід вибирати найбільш короткий і безпечний шлях.

Після зміні білизни підлогу і предмети в палаті протирають дезінфікуючим розчином (сандиму 1,5%, триациду 1% з 0,5% розчином миючого засобу).

Найчастіше лікарняна білизна піддається одночасному пранню і дезінфекції. Ця робота проводиться в централізованих пральнях, додатково забезпечених дезінфекційними камерами, які дозволяють проводити дезінфекцію матраців, подушок, килимів, м'яких меблів і т.д.

Камерна дезінфекція має велике значення для установ охорони здоров'я, як складова частина протимікробного режиму, що необхідно не тільки для ефективної боротьби з інфекційними захворюваннями, але і для захисту населення.

Натільна і постільна білизна піддається пранню в пральні з кип'ятінням. Піжами, халати, кольорову білизну замочують в дезінфікуючому розчині (0,2% хлорантоїну, 5% дезкоциду, 0,05% дезоксонутерміномна 1 годину) з подальшим пранням у пральні.

Носові хустки міняють щодня, а також стерилізують кип'ятінням. Допускається замість хусток користуватися одноразовими серветками, які відразу після вживання складають у пластиковий мішок і спалюють.

У хворих з ліжковим режимом розрізняють активне, пасивне і вимушене положення.

Активне положення властиве хворим з порівняно легкими захворюваннями, або в початковій стадії важких захворювань. Хворий може самостійно змінити положення в ліжку, сідати, вставати, ходити.

Пасивне положення спостерігається при несвідомому стані хворого або у разі крайньої слабкості. Хворий нерухомий, залишається в положенні, яке йому надали, голова і кінцівки звисають через їх тяжкість. Тіло спадає з подушок до нижнього кінця ліжка. Такі хворі вимагають особливого спостереження з боку персоналу. Необхідно час від часу змінювати положення тіла або окремих його частин, це важливо у справі профілактики ускладнень: пролежнів, гіпостатичної пневмонії і т.д.

Вимушене положення хворий приймає для припинення або ослаблення хворобливих відчуттів (біль, кашель, задишка та ін.).

У компетенцію медичного персоналу входить створення для хворого функціонально вигідного положення, яке сприяє одужанню і профілактиці ускладнень. Наприклад, після операції на органах черевної порожнини доцільне положення з піднятим головним кінцем і злегка зігнутими колінами, що сприяє розслабленню черевного пресу і забезпечує спокій операційній рані, сприятливі умови для дихання і кровообігу.

Для надання хворому функціонально вигідного положення можуть бути використані спеціальні підголівники, валики і т.д. Існують функціональні ліжка, що складаються з трьох рухомих секцій, які дозволяють за допомогою ручок плавно і безшумно надати хворому зручне положення в ліжку. Ніжки ліжка забезпечені коліщатами для пересування на інше місце.

У хірургічному відділенні заборонені для використання дерев'яні ліжка, застосовуються тільки металеві, покриті масляною фарбою або нікельовані, які зручно протирати і дезінфікувати. Дуже важливо, щоб ліжко хворого було охайним, сітка добре натягнута, з рівною поверхнею, поверх сітки кладуть матрац без горбів і западин, а на нього чисте простирадло, краї якого підвертають під матрац, щоб вона не скачувалася і не збиралася в складки.

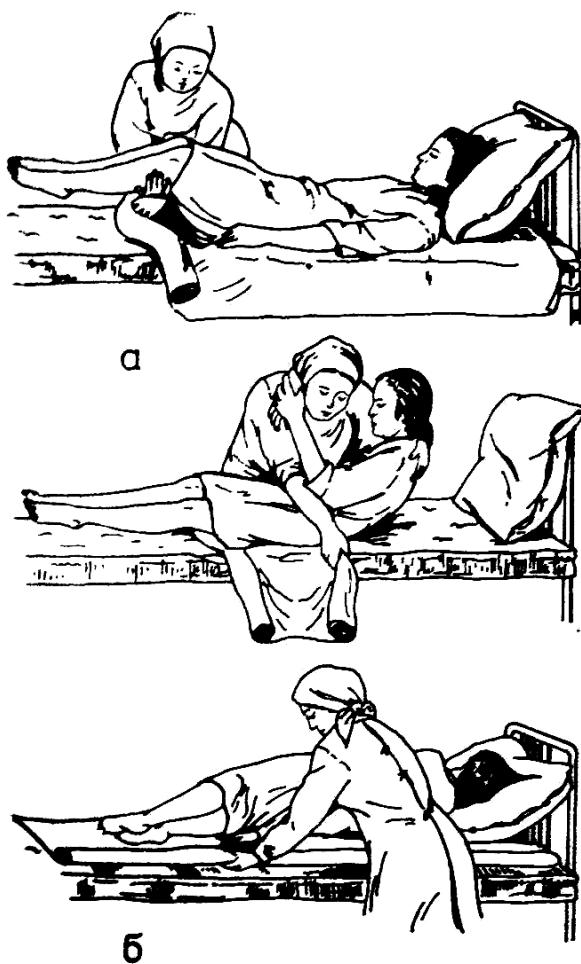
Для хворих, що страждають нетриманням сечі, калу, при значних виділеннях з ран необхідно підкладати клейонку по всій ширині ліжка і добре підгинати її краї для попередження забруднення ліжка. Зверху стелять пелюшку, яку міняють у міру потреби, але не рідше, ніж кожні 1-2 дні. Широко використовують памперси та памперсні пелюшки, які також змінюють у міру потреби.

На подушки обов'язково надягають наволочки, а на ковдру підодіяльники. Не дозволяється замінювати підодіяльник іншим простирадлом.

Зміна постільної і натільної білизни проводиться регулярно, але не рідше одного разу в тиждень, після гігієнічної ванни. В окремих випадках зміна білизни проводиться додатково в міру необхідності. Залежно від стану хворого існує декілька способів зміни постільної і натільної білизни. Коли

хворому дозволяють сидіти, його пересаджують з ліжка на стілець, а молодша медсестра перестеляє йому ліжко.

Зміна простирадла під важкохворим вимагає від персоналу певних навичок. Якщо хворому дозволено повертатися на бік, треба спочатку обережно підвести його голову і прибрати з-під нього подушку, а потім допомогти хворому повернутися на бік. Потрібно скачати брудне простирадло так, щоб воно у вигляді валу лягло уздовж спини хворого, а на місце, що звільнилося, потрібно покласти чисте, так, щоб наполовину скачане простирадло, також у вигляді валу, лягло поряд з валом брудного простирадла. Потім хворому допомагають лягти на спину і обернутися на інший бік, після чого він лягає на чисте простирадло, повернувшись обличчям до протилежного краю ліжка. Прибирають брудне простирадло і розправляють чисте (мал. 12).



Мал. 12. Зміна простирадла скачуванням в довжину (а) і в ширину (б).

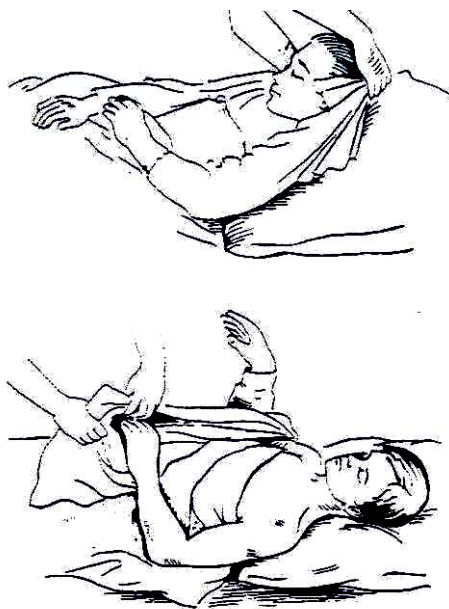
Якщо хворому зовсім не можна рухатися, можна змінити простирадла іншим способом. Починаючи з нижнього краю ліжка, скачують брудне простирадло з-під хворого, підводячи по черзі його гомілки, стегна і сідниці.

Вал брудного простирадла знаходитиметься під попереком хворого. Скачане в поперечному напрямку чисте простирадло кладуть на ножний кінець ліжка і розправляють у напрямку до головного кінця, так само підводячи нижні кінцівки і сідниці хворого. Вал чистого простирадла опиниться поряд з валом брудного— під попереком. Потім один із санітарів злегка підводить голову і груди хворого, а інший в цей час прибирає брудне простирадло, а на його місце розправляє чисте.

Обидва способи зміни простирадла при всій спритності медичних працівників, що здійснюють перестилання, можливо заподіють біль хворому, тому іноді буває доцільнішим перекласти хворого на каталку і перестелити ліжко, тим паче, що і в тому й іншому випадку займатися цим доводиться удвох. За відсутності каталки потрібно удвох перекласти хворого на край ліжка, потім розправити на половині, що звільнилася, матрац і простирадла, після чого перекласти хворого на прибрану половину ліжка і теж саме виконати з іншого боку.

При зміні натільної білизни у важких хворих медсестрі слід підвести руки під крижі хворого, захопити краї сорочки і обережно підвести її до голови, потім підняти обидві руки хворого і скачану сорочку перевести через голову хворого. Після цього звільняють руки хворого. Одягають хворого в зворотному порядку: спочатку одягають рукава сорочки, потім перекидають її через голову, і, нарешті, розправляють під хворим.

Для важкохворих є спеціальні сорочки (сорочечки), які легко надягати і знімати. Якщо у хворого пошкоджена рука, спочатку знімають сорочку із здорової руки, а тільки потім із хворої. Одягають спочатку хвору руку, а потім – здорову (мал. 13).



Мал. 13. Зміна натільної білизни.

У важкохворих, які тривалий час знаходяться на постільному режимі, можуть наступати різноманітні порушення стану шкірних покривів: гнійничковий висип, лущення, попрілості, виразки, пролежні та інші.

Необхідно щодня протирати шкіру хворих дезінфікуючим розчином: камфорним спиртом, одеколоном, горілкою, спиртом наполовину з водою, столовим оцтом (1 столова ложка на стакан води) та ін. Для цього беруть кінець рушника, змочують дезрозчином, злегка відтискають і починають протирати за вухами, шию, спину, передню поверхню грудної клітки і в пахвових впадинах. Слід звертати увагу на складки під молочними залозами, де в огрядних жінок можуть утворитися опрілості. Потім досуха витирають шкіру в тому ж порядку. Хворому, що знаходиться на постільному режимі, необхідно мити ноги два або три рази в тиждень, поставивши на ніжний кінець ліжка таз із теплою водою. При цьому хворий лежить на спині, молодша медсестра намилює йому ноги, миє, витирає, а потім підстригає нігті.

Важливим елементом догляду за важкими хворими є профілактика пролежнів.

Умивання хворих

Медична сестра допомагає хворим вмиватися, поливаючи воду над мискою, або сама проводить умивання за допомогою м'якої губки, змоченої в теплій воді. Руки хворому слід мити вранці, перед їжею і після будь-якого забруднення протягом дня, особливо після дефекації і сечовипускання.

Обробка порожнини рота

Важкі хворі не можуть самостійно чистити зуби, тому після кожного прийому їжі медсестра повинна обробити хворому порожнину рота. Для цього вона по черзі з кожного боку відводить шпателем щоку хворому і протирає зуби і язик за допомогою пінцета марлевою кулькою змоченою 5% розчином борної кислоти, або 2% розчином натрію гідрокарбонату, або слабким розчином перманганату калію. Після цього хворий ретельно прополіскує рот тим же розчином або просто теплою водою.

Коли тяжкохворому неможливо провести полоскання, то йому виконують зрошування порожнини рота за допомогою кухля Есмарха, гумової груші або шприца Жане. Хворому надають напівсидяче положення, груди накривають клеїонкою, до підборіддя підносять ниркоподібний лоток для відтоку промивної рідини. Медсестра шпателем по черзі відтягує праву, потім ліву щоку, вводить наконечник і зрошує порожнину рота, відмиваючи при цьому струменем рідини частинки їжі, зубний наліт і т.д.

У важких хворих часто виникають запальні явища на слизовій оболонці рота – стоматити, ясен – гінгівіти, язика – глосити, що проявляється почервонінням слизової оболонки, слинотечею, печією, болем при прийомі їжі, появою виразок і неприємного запаху з рота. У таких пацієнтів лікувальне зрошування проводиться із застосуванням дезінфікуючих препаратів (0,1% р-н фурациліну, 2% р-н натрію гідрокарбонату, 0,2% р-ном калію перманганату). Можна робити аплікації шляхом накладення

стерильних марлевих серветок, змочених в дезінфікуючому розчині або болезаспокійливому засобі на 3-5 хвилин. Процедуру повторюють кілька разів на день (мал. 14).



Рис. 14. Догляд за ротовою порожниною.

При сухості губ і появі тріщин у кутиках рота не рекомендується широко відкривати рот, торкатися до тріщин і зривати скориночки, що утворилися. Для полегшення стану хворого застосовують гігієнічну помаду, губи змащують будь-яким маслом (вазеліновим, вершковим, рослинним).

Зубні протези на ніч знімають, миють їх з милом, зберігають у чистому стакані, вранці знову промивають і надягають.

Догляд за очима

При появі гнійноподібних виділень, що склеюють вій, очі промивають стерильними марлевими тампонами, змоченими в теплом 3% розчині борної кислоти. Рухи тампона проводять в напрямі від зовнішнього краю ока до носа.

Закапування крапель в око.

Для цього користуються очною піпеткою, причому для різних крапель повинні бути різні стерильні піпетки. Хворий закидає голову і дивиться вгору, медсестра відтягує нижню повіку і, не торкаючись вій, не підносячи піпетку до ока ближче, ніж на 1,5 см, закапує 2-3 краплі в кон'юнктивальну складку (мал. 15).



Мал. 15. Закапування очних крапель у кон'юнктивальну порожнину.

Очні мазі закладають спеціальною стерильною скляною паличкою. Повіку хворого відтягують вниз, за неї закладають мазь і м'якими рухами пальців розтирають її по слизовій оболонці.

Очищення носа. За наявності виділень з носа їх видаляють ватними турундами, вводячи їх в носові ходи легкими обертальними рухами. При утворенні скориночок необхідно заздалегідь закапати в носові ходи по декілька крапель гліцерину, вазелінового або рослинного масла. Через декілька хвилин скориночки видаляють ватними турундами.

Через обмежену рухливість важкі хворі вимагають допомоги в здійсненні своїх фізіологічних відправлень. У разі потреби випорожнення кишечника хворому, що знаходиться на строгому постільному режимі, подають судно, а при сечовипусканні – сечоприймач.

Використання судна

Судно може бути металевим з емалевим покриттям або гумовим. Гумове судно застосовують для ослаблених хворих, за наявності пролежнів, при нетриманні калу і сечі, не слід туго надувати судно, інакше воно чинитиме на крижі значний тиск. Подаючи судно в ліжко, слід обов'язково підкласти під нього клейонку. Перед подачею судно обполіскують гарячою водою. Хворий згинає ноги в колінах, медсестра ліву руку підводить збоку під крижі, допомагаючи хворому підвести таз, а правою рукою поміщає судно під сидниці хворого так, щоб промежина опинилася над отвором судна, прикривають хворого ковдрою і залишає його одного. Після дефекації судно витягують з-під хворого, його вміст виливають в унітаз. Судно ретельно промивають гарячою водою, а потім дезінфікують 5% розчином дезкоциду протягом години (мал. 16).



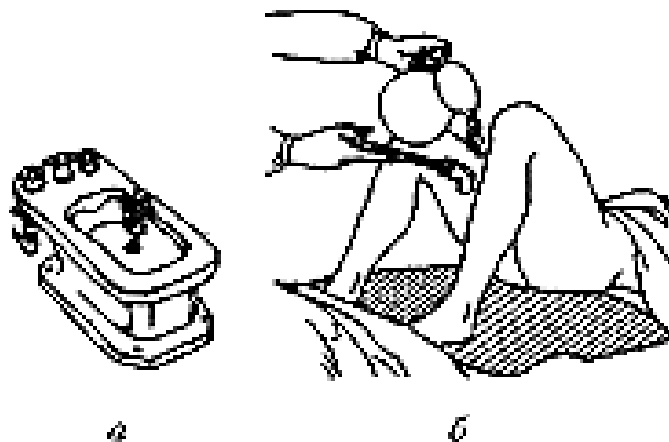
Мал. 16. Застосування судна в ліжко.

Після кожного акту дефекації і сечовипускання хворих слід підмити, оскільки інакше в області пахових складок і промежини можливі мацерація і запалення шкіри.

Підмивання хворих

Підмивання проводять слабким розчином перманганату калію або іншим дезінфікуючим розчином, температура якого повинна бути 30-35°C.

Для підмивання потрібно мати глек, корнцанг і стерильні ватні кульки. Жінка повинна лежати на спині, зігнувши ноги в колінах і трохи розвівши їх у стегнах, під сідниці підкладають судно. У ліву руку медсестра бере глек з теплим дезінфікуючим розчином і поливає на зовнішні статеві органи, а корнцангом із затиснутим в нього ватним тампоном проводить рухи від статевих органів до заднього проходу, тобто зверху вниз. Після цього сухим ватним тампоном протирають шкіру в тому ж напрямку, щоб не занести інфекцію з області заднього проходу в сечовий міхур і на зовнішні статеві органи. Підмивання можна проводити з кухля Есмарха, з гумовою трубкою, затискачем і вагінальним наконечником, направляючи на промежину струмінь антисептика. Чоловіків підмивати простіше. Ватою, затиснутою в корнцанг, досуха протирають промежину, змащують вазеліновим маслом для попередження опрілості (мал. 17).



Мал. 17. Підмивання хворих з допомогою а) біде; б) корнцанга та глека.

3.4. Вимірювання температури тіла та її реєстрація.

Температура тіла - один із основних показників стану хворого, її рівень може свідчити про характер захворювання, особливості його перебігу і тому має важливе діагностичне і прогностичне значення (у нормі температура тіла становить 36,2 - 37,0°C).

Вимірювання температури тіла - у стаціонарних хворих, як правило, проводиться два рази на добу: вранці - о 6-7 годині і ввечері - о 17-18 годині (у ряді випадків для більш точного визначення коливань добової температури, за призначенням лікаря, температуру тіла вимірюють кожні 2-3 години – **порційна термометрія**).

Методика проведення термометрії - найчастіше вимірювання здійснюють у пахвовій западині з використанням **ртутного термометра**;
- шкіру пахвової ділянки ретельно витирають від поту;
- термометр виймають із дезрозчину, промивають під проточною водою, витирають насухо і струшують до повного переходу ртуті з капілярної трубки у резервуар;

- відводять руку вбік, резервуар термометра розміщують у пахвовій ямці і руку притискають до тулуба;
- результат термометрії фіксують після 7-10-хвилинної експозиції;
- у дітей нерідко термометрію проводять у паховій складці або ротовій порожнині. В наш час у медичній практиці досить широко застосовуються **електричні термометри**, робота яких заснована на принципах термопар:
- вимірювання температури тіла за допомогою електротермометра проводять шляхом прикладання його до певної частини тіла;
- експозиція в межах 10-15 секунд, після чого на екрані термометра з'являється температура тіла з точністю до десятих часток градуса;
- переваги таких термометрів у тому, що протягом короткого часу можна виміряти температуру різних ділянок тіла, а це важливо для діагностики ряду захворювань.

Пропасниця і її види.

Підвищення температури тіла понад 37,0°C називають **пропасницею (febris)**. В залежності від рівня коливань температури тіла виділяють кілька типів пропасниці:

- а) постійна пропасниця (febris continue)**, при якій різниця між максимальною та мінімальною температурою не перевищує 1°C;
- б) пропасниця (febris remittens)**, яка характеризується коливаннями температури понад 1°C;
- в) гектична пропасниця (febris hectica)** - різновид пропасниці, при якій коливання між ранковою та вечірньою температурою тіла досягають 3-4°C і більше;
- г) переміжна пропасниця (febris intermittens)**, для якої характерне періодичне передування протягом доби високої температури тіла з нормальною або навіть зниженою;
- д) зворотна пропасниця (febris reccurens)** характеризується чередуванням періодичного підвищення температури протягом кількох днів, а потім зниженням її до нормальних або субнормальних позначок;
- е) хвиленодібна пропасниця (febris undulans)**, для якої характерне щоденне поступове підвищення температури до високих позначок із наступним поступовим зниженням її до норми, цій пропасниці властива циклічність таких коливань;
- є) порушена пропасниця (febris inversus)** характеризується підвищенням температури тіла в ранкові години і зниженням її у вечірній час;
- ж) неправильна пропасниця (febris irregularis)** проявляється відсутністю будь-якої закономірності температурних коливань;
- з) криза (crisis)** - різке зниження температури тіла з високих позначок до нормальних або субнормальних;
- и) лізис (lisis)** - поступове зниження температури тіла з високих позначок до нормальних або субнормальних.

Догляд за хворими з пропасницею:

- 1) хворі з пропасницею виснажуються швидше за інших, тому вони потребують більше уваги;
- 2) при стабілізації температури на високих позначках у хворих з'являється сухість у роті, головний біль, серцебиття, спрага; у таких хворих можуть спостерігатися галюцинації, марення, втрата свідомості, порушення дихання, зміна артеріального тиску тощо;
- 3) при гіпертермії (39-40°C і вище), крім виконання лікарських призначень, доцільно застосовувати холодний компрес на голову або прикладання міхура з льодом на чоло;
- 4) з появою марення, галюцинацій, психічного і фізичного збудження у хворого, необхідно терміново запросити лікаря;
- 5) у хворих із пропасницею важливе значення має постійний контроль за станом серцевосудинної (пульс, АТ) і дихальної систем (частота і ритм дихання);
- 6) годування хворих із пропасницею слід проводити малими порціями в той час, коли температура тіла відносно нижча (ранок і день);
- 7) особливо ретельний нагляд необхідний за хворими в період критичного зниження температури, при якому може спостерігатися падіння судинного тону (колапс), зниження артеріального тиску, зменшення кількості сечі, що виділяється (олігурія), розвиток кисневого голодування тканин (гіпоксія), що проявляється ціанозом або акроціанозом;
- 8) при розвитку зазначеної ситуації необхідно забезпечити зігрівання хворого, поліпшити кровопостачання головного мозку (підняти нижній кінець ліжка), при підвищеній пітливості систематично міняти натільну і постільну білизну;
- 9) при раптовому погіршенні стану хворого терміново запросити чергового лікаря.

Використання міхура з льодом

На ділянку післяопераційної рани необхідно покласти міхур із льодом або, рідше, мішечок із сипучим вантажем (піском) для профілактики кровотечі. Міхур із льодом сприяє звуженню кровоносних судин шкіри, а також прилеглих тканин і зниженню чутливості нервових рецепторів.

Його заповнюють дрібними шматочками льоду, витискають залишки повітря, щільно закривають кришку, обгортають рушником і прикладають до рани.

Не можна наливати в міхур воду і заморожувати його в морозильнику, оскільки поверхня утвореного льоду буде дуже великою, що може призвести до переохолодження ділянки рани. Міхур із льодом можна тримати 2-3 год, а при необхідності й більше, але через кожні 20-30 хв його обов'язково треба забирати на 10-15 хв. У міру того, як лід у міхурі буде танути, воду необхідно зливати, а шматочки льоду додавати.

Використання мішечків з вантажем. Якщо на рану кладуть мішечок із вантажем, то він виконує функцію, подібну до стискувальної пов'язки —

притискає судини на поверхні і в глибині рани. Пісок для вантажів стерилізують і насипають в цератові мішечки, на які надягають стерильні наволочки. Після застосування наволочки замочують у дезрозчині, перуть і стерилізують, вантажі очищають від крові, виділень з рани, протирають 0,2% розчином хлорантаїну, а потім на добу поміщають у поліетиленові пакети, куди кладуть ватні кульки, змочені 10 % розчином формальдегіду.

3.5. Техніка внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій. Догляд за вазофіксом.

а) внутрішньошкірні ін'єкції застосовують із діагностичною і профілактичною (введення вакцин) метою.

Техніка внутрішньо шкірної ін'єкції:

- місце ін'єкції найчастіше - медіальна поверхня передпліччя, рідше - ділянка спини, перикардіальна зона;
- шкіру двічі протирають стерильною кулькою, змоченою спиртом;
- тонкою голкою проколюють шкіру під гострим кутом таким чином, щоб вістря голки потрапило під її роговий шар;
- повільним натисканням на поршень шприца вводять 0,1-0,2 мл препарату;

голку витягують і шкіру знову протирають спиртом;

б) підшкірні ін'єкції:

- застосовуються в тих випадках, коли виникає необхідність введення лікарського препарату в організм;
- основні місця для підшкірних ін'єкцій: зовнішня поверхня плеча, передньобоківна поверхня стегна, підлопаткова ділянка.

Техніка підшкірної ін'єкції:

- шкіру в місці ін'єкції двічі протирають стерильною кулькою, змоченою спиртом;
- лівою рукою (першим і другим пальцями) шкіру в місці ін'єкції збирають у складку;
- енергійним рухом проколюють шкіру в основі складки, вводять голку в підшкірну клітковину на глибину 1,5-2,0 см і повільно вводять ін'єкційний розчин;
- швидким рухом витягують голку і місце уколу протирають ватною кулькою, змоченою в етиловому спирті, яку притискають на кілька хвилин до місця вколу;
- при введенні масляних розчинів (камфора, тестостерон-пропіонат і т.п.) їх попередньо слід підігріти в нерозкритій ампулі;

в) внутрішньом'язові ін'єкції є найпоширенішим видом ін'єкційного введення лікарських препаратів, тому що м'язи мають широку мережу кровоносних і лімфатичних судин, що сприяє більш швидкому і повному всмоктуванню введеного препарату. Найчастіше внутрішньом'язові ін'єкції проводяться у верхньо-зовнішній квадрант сідниці, рідше - у м'язи стегна (передня поверхня).

Техніка внутрішньом'язової ін'єкції:

- хворий лежить на животі (якщо ін'єкція в сідничну ділянку) або на спині (якщо ін'єкція у м'язи стегна);
- після обробки шкіри етиловим спиртом великим і вказівним пальцями лівої руки розтягують шкіру в місці ін'єкції;
- швидким рухом вводять голку у м'язи на всю її довжину (5-6 см);
- потягуючи поршень шприца у зворотному напрямку, перевіряють, чи не потрапила голка в кровоносну судину (поява крові в шприці);
- з появою крові в шприці голку витягують і проводять ін'єкцію в іншому місці;
- при відсутності крові в шприці повільно вводять необхідну дозу препарату і швидким рухом витягують голку;
- до місця ін'єкції прикладають ватну кульку, змочену етиловим спиртом, і притискають її протягом кількох хвилин;

г) внутрішньовенні ін'єкції застосовуються з метою швидкого введення в організм хворого лікарських препаратів і їх оптимальної дії на патологічний осередок:

- застосовуються при наданні медичної допомоги при невідкладних станах, екстремальних ситуаціях і раптовому погіршенні стану хворого;
- для внутрішньовенних ін'єкцій застосовують, як правило, шприци ємністю 10-20 мл.;
- найчастіше для внутрішньовенних ін'єкцій використовують вену ліктьового згину, але можуть бути використані і вени тилу кисті і тилу стопи, яремна вена, стегнова вена.

Техніка внутрішньовенної ін'єкції ;

- хворий лежить на спині або сидить на стільці, а рука розігнута в ліктьовому суглобі і розташована на рівній поверхні;
- на середню третину плеча накладають гумовий джгут таким чином, щоб були перетиснені вени, але збережений артеріальний приплив крові;
- для кращого наповнення вен хворому пропонують кілька разів стиснути і розтиснути кулак;
- шкіру ліктьового згину обробляють ватним тампоном, змоченим етиловим спиртом;
- пальцями лівої кисті шкіру над периферичним відрізком вени зміщують у напрямку кисті, а правою рукою беруть шприц таким чином, що другий палець розташований на муфті голки, п'ятий палець притримує поршень, а інші пальці утримують циліндр шприца;
- ін'єкційну голку розміщують над веною або поруч із нею під кутом 30-40° до поверхні шкіри і обережно проколюють її, просуваючи голку на 1,0-1,5 см під шкірою;

- голку розташовують над веною, плавним рухом проколюють стінку вени, що відчувається тактильно, а також визначається по надходженню крові в муфту голки;

- після проколу стінки вени голку просувають у просвіті вени на 0,5-1,0 см і обережним зворотним рухом поршня перевіряють положення голки: якщо голка у вені - у шприц надходить кров;

- обережно знімають джгут і повільним натисненням на поршень вводять розчин у вену;

- після закінчення ін'єкції шприц із голкою швидко витягують із вени, на місце пункції вени кладуть ватний тампон, змочений етиловим спиртом, і руку згинають у ліктьовому суглобі на 3-5 хвилин (для повної зупинки кровотечі);

д) внутрішньовенні вливання застосовуються в тих випадках, коли виникає необхідність у введенні значних кількостей розчинів протягом тривалого часу (від кількох годин до кількох діб):

- для проведення внутрішньовенних вливань використовують одноразову стерильну систему, що складається із пластикової трубки із крапельницею, на кінцях трубки є голки для венепункції та проколу пробки флакона, а також проходу для повітря з голкою і фільтром;

- перед початком внутрішньовенного вливання розчину необхідно приєднати систему до флакона і заповнити її інфузійним розчином.

Підготовка системи для внутрішньовенного вливання:

- пробка на флаконі протирається ватним тампоном, змоченим етиловим спиртом;

- через прокол пробки у флакон вводяться голка від системи і голка повітропроводу, а кінець трубки його фіксується до стінки флакона нижче дна ;

- флакон перевертають пробкою вниз і встановлюють у штатив;

- частково відкривають затискач і заповнюють розчином верхній відрізок трубки і крапельницю на 1/3 об'єму;

- кінець трубки опускають над лоточком і повністю заповнюють розчином трубку, стежачи за тим, щоб у ній не залишилося бульбашок повітря, після чого закривають затискач.

Система заповнена і готова для внутрішньовенних вливань.

Техніка внутрішньовенного вливання:

- проводиться венепункція або катетеризація вени, голка фіксується до шкіри за допомогою лейкопластиру;

- заповнена система з'єднується з голкою або катетером;

- за допомогою затискача регулюється необхідна швидкість ін'єкції (найчастіше 40-60 крапель на хвилину, рідше - струминно);

- при необхідності переливання кількох флаконів розчину стежать за тим, щоб при заміні флаконів система залишалася повністю заповненою інфузійною рідиною;

- після завершення внутрішньовенної інфузії закривають затискачем трубку, витягують голку з вени, на місце пункції кладуть ватний тампон, змочений етиловим спиртом, і руку згинають у ліктьовому суглобі на 3-5 хвилин (для повної зупинки кровотечі).

При проведенні внутрішньовенних краплинних або струминних інфузій розчинів, хворий повинен перебувати під спостереженням медичного персоналу. Необхідно стежити за загальним станом хворого, при необхідності вимірювати частоту пульсу, дихання, артеріальний тиск.

При погіршенні стану хворого під час інфузії слід негайно припинити подальше введення розчину шляхом перетискання трубки затискачем і терміново запросити лікаря.

Догляд за вазофіксом, техніка постановки вазофіксу, догляд за підключичним катетером.



Мал. 18.Зовнішній вигляд вазофікса.

При катетеризації вен перевагу потрібно віддавати сучасним тефлоновим і поліуретановим катетерам (мал. 18).

Їх застосування суттєво знижує частоту ускладнень і при якісному догляді термін їх експлуатації значно вище. Найбільш часто причиною невдач і виникнення ускладнень при катетеризації периферичних вен служать відсутність практичних навичок у персоналу, порушення методики постановки венозного катетера та догляду за ним.

Це багато в чому обумовлено відсутністю у медичного персоналу загальноприйнятих стандартів катетеризації периферичних вен і догляду за катетером.

Стандартний набір для катетеризації периферичної вени (мал. 19) включає в себе стерильний лоток, стерильні кульки змочені дезрозчином, стерильні серветки, лейкопластир, периферичні внутрішньовенні катетери декількох розмірів, джгут,стерильні рукавички, ножиці, бинт.



Мал. 19. Стандартний набір для катетеризації периферичної вени.

Постановка периферичного катетера:

Починають з того, що забезпечують хороше освітлення місця маніпуляцій. Потім руки ретельно миють і висушують. Збирають стандартний набір для катетеризації вени, при цьому в наборі має бути кілька катетерів різних діаметрів. Накладають джгут на 10-15 см вище передбачуваної зони катетеризації.

Вибирають вену шляхом пальпації. Підбирають катетер оптимального розміру, враховуючи розмір вени, необхідну швидкість введення, графік внутрішньовенної терапії. Повторно обробляють руки, використовуючи антисептик, надягають рукавички.

Місце катетеризації обробляють шкірним антисептиком протягом 30-60сек. і дають підсохнути.

Не слід пальпувати вену повторно! Зафіксувавши вену (її притискають пальцем нижче передбачуваного місця введення катетера), беруть катетер обраного діаметра і знімають з нього захисний чохол. Якщо на чохлі розташована додаткова заглушка, чохол не викидають, а тримають між пальцями вільної руки.

Катетер вводять на голці під кутом до шкіри 15 °, спостерігаючи за індикаторною камерою. При появі в ній крові зменшують кут нахилу голки-стилета і на кілька міліметрів вводять голку в вену.

Зафіксувавши голку-стилет, повільно до кінця зрушують канюлю з голки у вену (голку-стилет поки не видаляють повністю з катетера). Знімають джгут.

Не можна вводити голку в катетер після зміщення його з голки у вену! Пережимають вену, щоб зменшити кровотечу, і остаточно видаляють голку з

катетера. Голку утилізують з урахуванням правил безпеки. Знімають кришку з захисного чохла і закривають катетер або приєднують інфузійну систему. Катетер фіксують до кінцівки за допомогою лейкопластиря.

Правила догляду за катетером

Кожне з'єднання катетера - це ворота для проникнення інфекції. Потрібно уникати багаторазового дотику руками до інструментарію.

Рекомендують частіше міняти стерильні заглушки, ніколи не користуватися заглушками, внутрішня поверхня яких могла бути інфікована.

Відразу після введення антибіотиків, концентрованих розчинів глюкози, препаратів крові катетер промивають невеликою кількістю фізіологічного розчину. Щоб попередити тромбоз і продовжити термін функціонування катетера у вені, катетер рекомендують промивати фізіологічним розчином додатково між інфузіями. Після інфузії необхідно зробити "**гепаринову заглушку**".

Гепариновий блок - це коли люмен труби катетера заповнений розчином гепарину в розведенні 1:100, після введення розчину катетер необхідно «заглушити» (нагвинтити заглушку на катетер). Це перешкоджає зворотному руху крові і утворення згустків в трубі катетера.

Ускладнення після катетеризації вен поділяють на механічні (5-9%), тромботичні (5-26%), інфекційні (2-26%).

Потрібно стежити за станом фіксуючої пов'язки й міняти її при необхідності, а також регулярно оглядати місце пункції, з тим щоб якомога раніше виявити ускладнення. При появі набряку, почервоніння, місцевого підвищення температури, непрохідності катетера, а також при хворобливих відчуттях, сестра видаляє катетер і ставить до відома лікаря.

При зміні лейкопластирної пов'язки забороняється користуватися ножицями, тому що можна відрізати катетер, в результаті чого він потрапить в кровоносне русло. Місце катетеризації рекомендують міняти кожні 48- 72 години. Для видалення венозного катетера необхідні лоток, кулька, змочена дезрозчином, бинт, ножиці.

3.6. Догляд за післяопераційною ранною.

Операція є найважливішим етапом у лікуванні хірургічних хворих, при виконанні якої проводять методичне розсічення тканин, направлене на доступ до патологічного осередку з метою його ліквідації. В результаті утворюється рана, яка характеризується трьома найважливішими симптомами: зяяння, біль, кровотеча.

Організм володіє довершеним механізмом, направленим на загоєння рани, який отримав назву ранового процесу. Мета його в ліквідації дефекту тканин і купіруванні перерахованих симптомів. Процес цей є об'єктивною реальністю і відбувається самостійно, проходячи в своєму розвитку три фази: запалення, регенерація, реорганізація рубця.

Перша фаза ранового процесу – **запалення** – направлена на очищення рани від нежиттєздатних тканин, сторонніх тіл, мікроорганізмів, згустків

крові і т.п. Клінічно ця фаза має симптоми характерні для запалення: біль, гіперемія, набряк, порушення функції, підвищення температури.

Поступово ці симптоми стихають і на місце першої приходить Друга фаза регенерації, мета якої полягає в заповненні дефекту рани молодого сполучною тканиною. Наприкінці цієї фази починаються процеси констрикції (стягання країв) рани за рахунок волокнистих сполучнотканинних елементів і крайової епітеалізації. Третя фаза ранового процесу – реорганізація рубця – характеризується його зміцненням і повною епітеалізацією ранової поверхні.

Результат при хірургічній патології багато в чому залежить від правильного спостереження і догляду за післяопераційною раною. Процес загоєння рани абсолютно об'єктивний і відпрацьований до досконалості самою природою.

Проте, існують причини, які перешкоджають рановому процесу, гальмують нормальне загоєння рани.

Найбільш частою і небезпечною причиною, що ускладнює і уповільнює біологію ранового процесу, є розвиток інфекції в рані. Саме у рані мікроорганізми знаходять найсприятливіші умови проживання з необхідною вологістю, комфортною температурою, великою кількістю живильних продуктів. Клінічно розвиток інфекції в рані виявляється її нагноєнням. Боротьба з інфекцією вимагає значної напруги сил макроорганізму, часу, завжди є ризик розвитку генералізованої інфекції та інших важких ускладнень.

Інфікуванню рани сприяє її з'явлення, оскільки рана відкрита для попадання в неї мікроорганізмів. З іншого боку, значні дефекти тканин вимагають більше пластичних матеріалів і більше часу для їх усунення, що також є однією з причин збільшення термінів загоєння рани.

Таким чином, сприяти швидкому загоєнню рани можна шляхом попередження її інфікування і шляхом ліквідації з'явлення. У більшості хворих з'явлення усувається під час операції відновлення анатомічних взаємин шляхом поширового зашивання рани.

Догляд за чистою раною в післяопераційному періоді зводиться, перш за все, до заходів щодо попередження її мікробного забруднення вторинною, госпітальною інфекцією. Це досягається чітким виконанням добре розроблених правил асептики.

Попередження контактної інфекції досягається стерилізацією всіх предметів, які можуть стикатися з поверхнею рани. Стерилізації підлягають хірургічні інструменти, перев'язувальний матеріал, рукавички, операційна білизна, розчини та ін.

Безпосередньо в операційній після накладення швів на рану її обробляють розчином антисептика (спирт 96%, хлогексидина біглюконат 0,5-1% спиртовий розчин, стеріліум, 1% розчин дегміцида, 1%, розчин перворура 2,4%) і закривається стерильною пов'язкою, яка щільно і надійно фіксується шляхом бинтування або за допомогою клею, лейкопластиру.

Якщо в післяопераційному періоді пов'язка збилася або промочила кров'ю, лімфою і т.п., потрібно негайно проінформувати лікаря-куратора або чергового лікаря, який після огляду дає вказівку змінити пов'язку.

Правила бинтування.

Правильно накладена пов'язка повністю закриває хвору ділянку тіла, не порушує кровообігу і зручна для хворого. При накладанні пов'язки необхідно, щоб хворий знаходився у зручному для нього положенні, без напруги. Частина тіла, яка підлягає бинтуванню, повинна бути нерухома, легко доступна для бинтування і знаходитися в тому положенні, в якому вона буде після накладання пов'язки. При бинтуванні необхідно спостерігати за хворим, щоб бачити його реакцію (біль, надмірне стиснення і т.п.). Бинтування проводять відкритим бинтом, зазвичай зліва направо по ходу годинникової стрілки, починаючи із закріплюючого туру бинта. Головку бинта котять в одному напрямку, не відриваючи від бинтованої поверхні так, щоб кожен подальший тур прикривав на половину або на дві третини попередній. Бинтування починають з периферії кінцівки, однією рукою розкочують бинт, а іншою утримують і розправляють ходи бинта. У ряді випадків для щільнішого прилягання пов'язки необхідно через кожні 2-4 обороти бинта перекручувати його, особливо часто при бинтуванні передпліччя і гомілки. Кінець бинта закріплюють на стороні протилежній місцю ураження так, щоб вузол не заважав хворому.

При будь-якій перев'язці (зняття раніше накладеної пов'язки, огляд рани і лікувальні маніпуляції на ній, накладення нової пов'язки) ранова поверхня залишається відкритою і більш менш тривалий час стикається з повітрям, а також з інструментами й іншими предметами, що використовуються при перев'язках. Тим часом, повітря перев'язувальних містить значно більше мікробів, ніж повітря операційних, а нерідко й інших приміщень лікарні. Пов'язано це з тим, що в перев'язувальних постійно циркулює велика кількість людей: медперсонал, хворі, студенти. Надягання маски при перев'язках обов'язково для попередження попадання на ранову поверхню краплинної інфекції з бризками слини, кашлем, диханням.

Дренування ран. Після більшості чистих операцій рану зашивають наглухо. Зрідка між краями рани, залишають дренажну трубку або смужку гуми рукавички. Іноді дренаж виводять через окремий прокол шкіри в стороні від зони швів.

Дренування рани проводиться для видалення в післяопераційному періоді ранового секрету, залишків крові і лімфи з метою профілактики нагноєння рани. Найчастіше дренування чистих ран виконується після операцій на молочній залозі, коли відбувається пошкодження великої кількості лімфатичних судин або після операцій з приводу обширних гриж, коли після видалення великих гризових мішків залишаються кишені в підшкірній клітковині.

Розрізняють три основних види дренування: пасивне, активне, проточно-промивне.

• **пасивне дренивання :**

- дренивання за принципом сполучених судин, тому дренаж повинен перебувати в нижньому куті рани, а другий вільний кінець - нижче рани;
- в якості дренажів використовуються поліхлорвінілові трубки, гумові смужки, рукавично-трубчасті дренажі;
- на кінці трубки, що вводиться в рану, роблять додатково кілька отворів для кращого дренивання;

• **активне дренивання :**

- можливе при герметичному закритті рани;
- до зовнішнього кінця дренажу приєднується спеціальна пластмасова гармошка, гумова гармошка або електричний відсмоктувач, за допомогою яких проводиться аспірація ранової рідини;

• **проточно-промивне дренивання :**

- рана дрениється не менш ніж двома дренажами;
- по одному або кількох із них постійно протягом доби здійснюється введення в порожнину рани діалізуючої рідини, а по іншому (одному або кількох дренажах) промивна рідина витікає;
- введення рідини в дренаж проводиться методом краплинних вливань і при проведенні методу необхідно стежити за повнотою відтоку рідини із рани.

Необхідно уважно стежити за станом пов'язки, яка повинна залишатися сухою і не забруднювати білизну і меблі в палаті. Пов'язки часто доводиться підбинтовувати і змінювати.

Іншою важливою ознакою рани є біль, який виникає унаслідок органічного ураження нервових закінчень і сам по собі викликає функціональні порушення в організмі. Інтенсивність болю залежить від характеру рани, її розміру і локалізації. Хворі по-різному сприймають біль і індивідуально реагують на нього.

Інтенсивний біль може бути пусковим моментом колапсу, і розвитку шоку. Сильний біль звичайно поглинає увагу хворого, заважає спати вночі, обмежує рухливість хворого, у ряді випадків викликає відчуття страху смерті.

Боротьба з болем є одним з необхідних завдань післяопераційного періоду. Окрім призначення медикаментозних препаратів з цією ж метою використовуються елементи безпосередньої дії на осередок ураження.

Протягом перших 12 годин після операції на ділянку рани кладуть міхур з льодом. Місцева дія холоду має анальгезуючий ефект. Крім того, холод викликає скорочення судин шкіри і прилягаючих тканин, що сприяє тромбоутворенню і попереджає розвиток гематоми в рані.

Догляд за пов'язкою

При догляді за раною в тих випадках, коли пов'язка сповзла, медична сестра повинна її поправити. Коли пов'язка швидко просякає кров'ю, перебинтовувати її протипоказано, необхідно викликати лікаря.

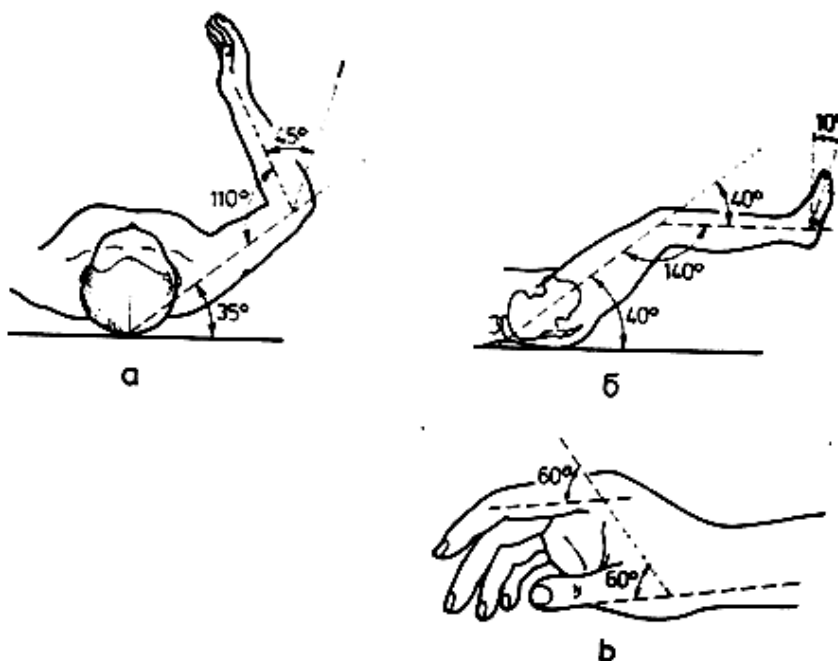
Наступного дня після операції необхідно зробити перев'язку рани, оглянути і пропальпувати. При сприятливому перебігу післяопераційного процесу перев'язку проводять рідко, щоб не травмувати грануляції. Шви знімають у два етапи, найчастіше на 7-8 день, при деяких операціях – на 11-12 день.

Функціонально вигідне положення

Для зменшення болю дуже важливо після операції додати ураженому органу або ділянці тіла правильне положення, при якому добиваються максимального розслаблення м'язів і функціонального комфорту для органів.

Після операцій на органах черевної порожнини функціонально вигідне положення з підведеним головним кінцем і злегка зігнутими колінами, що сприяє розслабленню черевного пресу і забезпечує спокій операційній рані, сприятливі умови для дихання і кровообігу.

Оперовані кінцівки повинні знаходитися в середньо-фізіологічному положенні, яке характеризується урівноваженням дії м'язів-антагоністів. Для верхньої кінцівки таким положенням є відведення плеча до кута 60° і згинання до $30-35^\circ$, кут між плечем і передпліччям повинен складати 110° . Для нижньої кінцівки згинання в колінному і кульшовому суглобах проводиться до кута 140° (мал.20).



Мал. 20. Середнє фізіологічне положення кінцівок при накладанні пов'язки: а - для плечового та ліктьового суглобу; б - для кульшового, колінного та гомілковостопного суглобів; в - для променевоzap'ясного суглобу.

3.7. Посистемний догляд за хворими у ранній післяопераційний період.

Догляд за серцево-судинною системою

У ранній післяопераційний період медична сестра вимірює пульс і тиск хворого щогодини. При вимірюванні пульсу звертають увагу на його частоту, ритмічність, наповнення і напруження. Необхідно пам'ятати, що підвищення температури тіла хворого на 1 °С супроводжується прискоренням пульсу на 8-10 уд./хв. Якщо в оперованого частота пульсу випереджає температуру або температура знижується, а пульс частішає, це вказує на несприятливий перебіг післяопераційного періоду.

Після операції у хворого може розвинутиись колапс – гостра судинна недостатність. Хворий блідий, кінцівки холодні, значна тахікардія, артеріальна гіпотензія.

Послідовність дій сестри при колапсі:

1. Негайно викликати лікаря.
2. Забезпечити хворому суворий спокій, горизонтальне положення в ліжку, без подушки, з дещо піднятими ногами.
3. Укрити хворого ковдрою, до ніг прикласти теплі грілки.
4. Забезпечити доступ свіжого повітря або інгаляцію кисню.
5. Підготувати необхідні лікарські засоби: строфантин, мезатон, флакон із фізіологічним розчином, шприці.

Догляд за шлунково-кишковим трактом

Після будь-якої операції під наркозом хворому не дозволяється пити 2-3 год. Після операції на органах травлення пити не дозволяється значно довше (наприклад, після операції на шлунку – 1-2 доби). Хворому можна змочувати порожнину рота невеликими порціями кип'яченої води з лимоном. Для профілактики стоматиту ротову порожнину обробляють розчином калію перманганату (1:5000), 2% розчином борної кислоти. Для посилення слиновиділення рекомендовано смоктати лимон. При вираженій сухості язика його змазують сумішшю гліцерину з лимонним соком або розчином лимонної кислоти. Якщо хворий самотійно не може доглядати за порожниною рота, медсестра повинна допомогти йому почистити зуби.

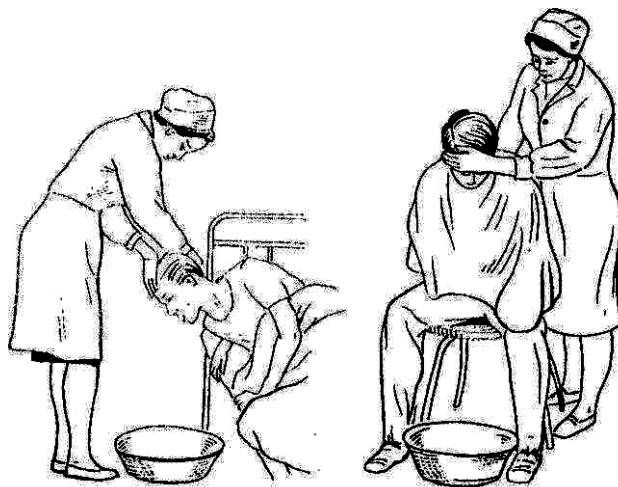
Дуже часто після операцій на ШКТ виникає здуття кишечника. У такому разі необхідно ввести хворому газовідвідну трубку. Також за призначенням лікаря можуть проводитись гіпертонічні або сифонні клізми. Перше самотійне відходження газів, а також поява перистальтики є сприятливими ознаками. Частим проявом ускладнень післяопераційного періоду з боку органів травлення є блювання.

Медичний персонал повинен допомогти хворому впоратись із цим ускладненням.

Послідовність дій медсестри при блюванні (мал.21).

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Якщо дозволяє стан, необхідно посадити хворого і одягнути на нього цератовий фартух.
3. Підставте до ніг таз або відро.
4. Притримуйте при блюванні голову хворого, поклавши долоню на його лоб.

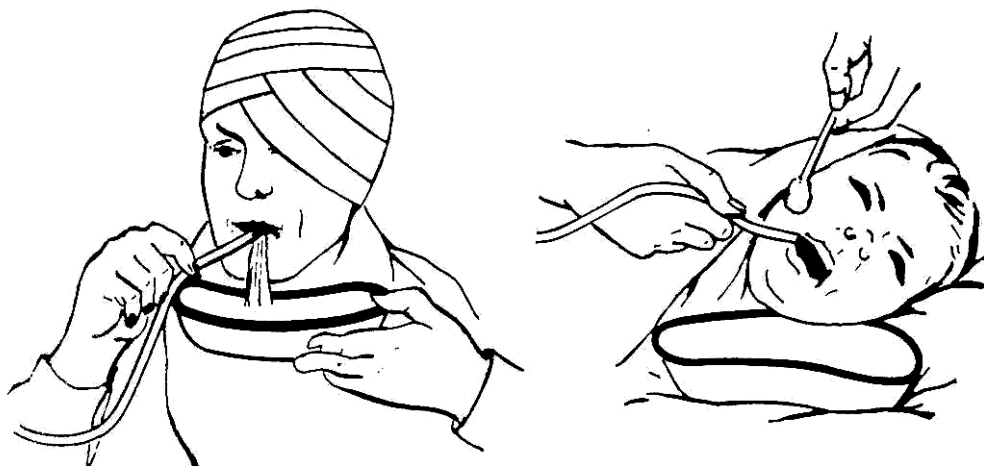
5. Після закінчення блювання дайте хворому пополоскати рот водою і витріть йому обличчя рушником.
6. Залишіть блювотні маси до приходу лікаря.



Мал. 21. Допомога медсестри хворому при блюванні.

Якщо хворий перебуває у непритомному стані або стан його настільки важкий, що його не можна посадити, послідовність дій медсестри при блюванні така (мал. 22):

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Поверніть хворого на бік, а якщо це протипоказано, поверніть голову хворого на лівий бік для попередження аспірації блювотних мас.
3. Шию і грудну клітку прикрийте рушником.
4. Підставте до рота хворого ниркоподібний лоток або таз.
5. Після кожного акту блювання обробіть порожнину рота водою або 2% розчином натрію гідрокарбонату, якщо це необхідно, то видалить залишки блювотних мас із рота за допомогою грушоподібного балона.



Мал. 22. Допомога хворому при блюванні, якщо він знаходиться у важкому стані.

Очищення кишківника

Проносні клізми показані для стимуляції самостійної дефекації у післяопераційний період, а також при важких запорах, підвищенні внутрішньочерепного тиску, при крововиливах у мозок.

Техніка проведення проносної клізми

Матеріальне забезпечення: грушоподібний балон, газовідвідна трубка, 100-200 г олії (соняшникової, конопляної або вазелінової), підігрітої до температури 34-38 °С, шприц Жане, 200 мл 10% розчину хлориду натрію або 25% розчину сульфату магнію чи сульфату натрію, гумові рукавички.

Олійна клізма (алгоритм дії):

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Наберіть у грушоподібний балон 150 мл теплої рослинної олії.
3. Змастіть газовідвідну трубку вазеліном.
4. Попросіть хворого лягти на кушетку, покриту цератою, на лівий бік, зігнути ноги в колінах і підтягнути до живота.
5. Розведіть сідниці, введіть газовідвідну трубку в пряму кишку на 20см.
6. Під'єднайте до трубки грушоподібний балон, повільно введіть олію.
7. Затисніть газовідвідну трубку затискачем або перегнувши її.
8. Наберіть у балон повітря, під'єднайте до газовідвідної трубки і введіть в неї трохи повітря, щоб проштовхнути рідину, яка залишилась у газовідвідній трубці.
9. Витягніть газовідвідну трубку.

Гіпертонічна клізма (алгоритм дії):

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Підігрійте гіпертонічний розчин NaCl до 37-38 °С.
3. Наберіть у грушоподібний балон 200 мл 10% розчину хлориду натрію.
4. Виконайте дії № 3-7 попередньої маніпуляції.
5. Попросіть хворого затримати дефекацію на 30 хв.

Протипоказання: тріщини заднього проходу, геморой у гострій стадії, гнійні і виразкові запальні процеси в прямій кишці. Ускладнення при дотриманні техніки виконання не виникають.

Клізма за Огневим.

Показання до застосування і техніка виконання даної маніпуляції аналогічна проносній клізмі. Грушоподібним балоном у пряму кишку вводять суміш такого складу 20 мл 10% розчину натрію хлориду, 20 мл гліцерину і 20 мл 3% розчину перекису водню. Після введення розчину хворі повинні полежати протягом 10-15 хв на лівому боці для попередження витікання суміші.

Очисна клізма. Техніка очисної клізми представлена на (мал. 23).

Для очисної клізми необхідно заздалегідь приготувати: 1) кухоль Есмарха (скляний, емальований, гумовий резервуар місткістю 1-2 л, на дні якого є сосок для надівання гумової трубки); 2) гумову трубку довжиною 1,5 м, діаметром 10 мм; 3) наконечник скляний, пластмасовий або гумовий; 4) сполучну трубку з краном; 5) вазелін; 6) 1,5-2 л кип'яченої води кімнатної

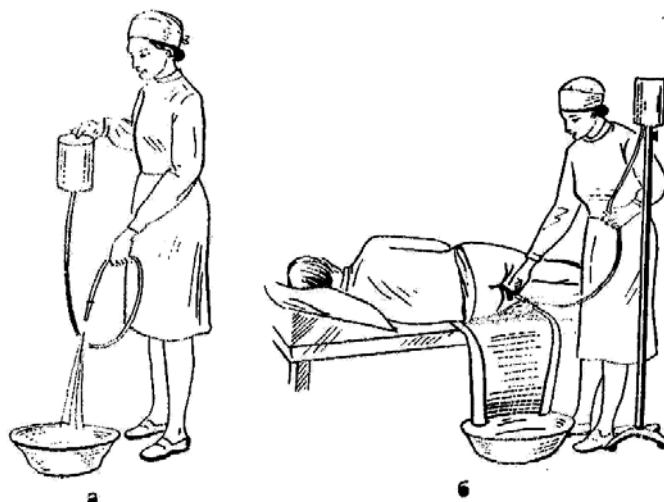
температури; 7) стійку для підвішування кружки. До кружки Есмарха приєднують гумову трубку, на інший кінець якої надівають кран.

На другий кінець крана надівають невеличкий відрізок гумової трубки з наконечником. У кружку наливають 1,5-2 л води кімнатної температури, якою заповнюється вся система.

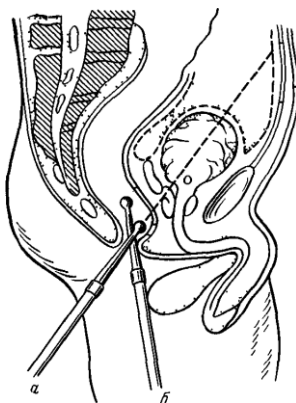
Наконечник повинен бути цілим і стерильним. Скляними наконечниками студентам краще не користуватися. Клізму ставлять хворому або в ліжку в палаті, або на кушетці у ванній кімнаті.

Хворий лягає на лівий бік із зігнутими в колінах ногами. На кушетку під сідниці хворого підкладають клейонку, її вільний край опускають у миску на випадок, якщо хворий не зможе утримати воду в прямій кишці. Якщо хворий не може повернутися на бік у ліжку, то під його сідниці підводять клейонку і підкладне гумове судно.

Медична сестра змащує наконечник вазеліном і бере його в праву руку, а лівою рукою розводить сідниці хворого. Легкими обертальними рухами наконечник вводять у задньопрохідний отвір, спочатку в напрямку до пупка, а потім (після введення 3-4 см) паралельно куприку на глибину 8 см. (мал. 24). Після введення наконечника відчиняють кран і регулюють швидкість подачі води. Не можна уводити відразу велику кількість. Після введення 1,5 л води витягають наконечник. Хворий повинен побороти позив на дефекацію на 10-15 хв. і спорожнити кишечник у судно або унітаз. Після дефекації хворого варто підмити.



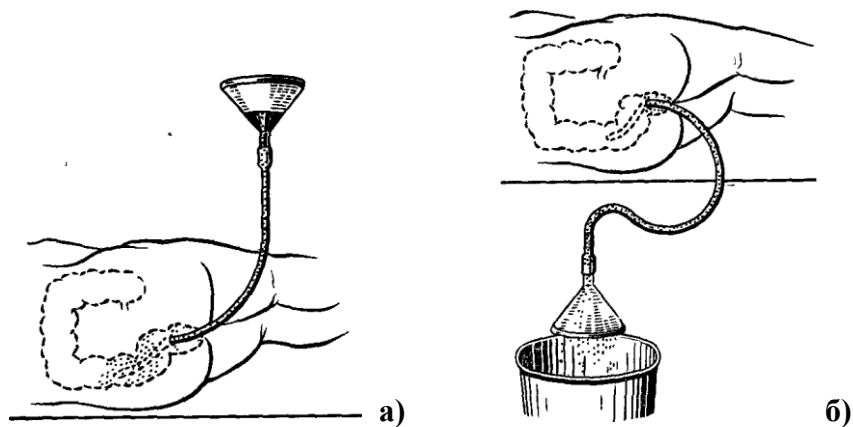
Мал. 23. Постановка очисної клізми.



**Мал. 24. Напрямок наконечника при введенні в пряму кишку:
а-перша позиція; б-друга позиція.**

Сифонна клізма. Виконується сифонна клізма лікарем за допомогою медичної сестри. Показаннями до її застосування є: а) відсутність ефекту від проносних засобів і очисних клізм; б) необхідність видалення калових мас і продуктів шумування при слабкій перистальтиці або атонії кишечника. Для сифонної клізми беруть скляну лійку місткістю 0,5-1 л, на яку надівають гумову трубку довжиною 1,5 м із внутрішнім діаметром 10 мм.

За допомогою скляного перехідника (скляна трубка довжиною 5-6 см) ця гумова трубка з'єднується з товстим шлунковим зондом. Кінець шлункового зонда змащують вазеліном і вводять у пряму кишку на глибину 30-40 см. Тримавши лійку на рівні тіла хворого, у неї наливають теплу воду, потім піднімають. Як тільки рівень вилитої води досягає конуса лійки, її швидко опускають над відром або мискою нижче рівня хворого (мал. 25). Влита в кишечник вода за законом сполучених судин повинна повернутися в лійку. Ця вода захоплює із собою (закон сифона) частки кишкового вмісту і газу.



**Мал. 25. Техніка сифонної клізми:
а - введення води; б - видалення вмісту кишечника.**

Як тільки лійка заповнюється, її перевертають над відром і знову наповнюють водою, знову піднімають і опускають. Процедура продовжується доти, поки вода, яка повертається з кишечника, не буде цілком чистою і без газів. Необхідно стежити за тим, щоб у кишечник разом із водою не потрапляло повітря.

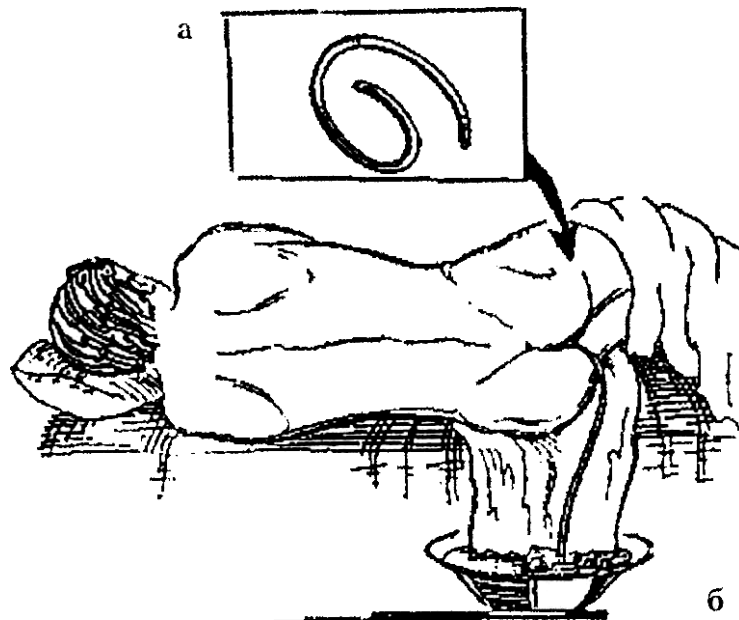
Для цього лійка при наповненні водою повинна бути в нахиленому положенні. Кількість води, яка вводиться і видаляється повинна бути однаковою. За цим слід старанно стежити. Чим вище піднімають лійку, тим більший гідростатичний тиск на калові маси.

Цим прийомом можна скористатися для розмивання щільних калових мас. Для сифонної клізми потрібно мати 10-12 л теплої (36°C) кип'яченої води. По закінченні промивання кишечника лійку від'єднують, а гумову трубку опускають у миску. Протягом 10-15 хв. через неї можуть виходити гази і кишковий вміст, який залишився.

Техніка застосування газовідвідної трубки (мал.26).

Матеріальне забезпечення: газовідвідна трубка, судно, церата, вазелін, серветки, гумові рукавички.

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Покладіть хворого на лівий бік.
3. Постеліть під таз хворого церату, на неї поставте тепле судно.
4. Змастіть заокруглений кінець трубки вазеліном.
5. Розведіть лівою рукою сідниці хворого й обертальними рухами правої руки обережно введіть трубку в анальний отвір. Якщо хворого не можна повертати на бік, маніпуляцію зробіть у положенні на спині при зігнутих в кульшових і колінних суглобах і дещо розведених ногах.
6. Трубку введіть в пряму кишку на 20-30 см, зовнішній кінець її опустіть у судно.
7. Тримайте трубку у кишці не більше 2 год.
8. Після закінчення маніпуляції шкіру навколо ануса протріть або обмийте теплою водою, а потім змастіть вазеліном. Газовідвідну трубку помийте теплою водою з милом, на 30 хв замочіть в 0,1% розчині сульфохлорантина або 1% дезоксона -1 і прокип'ятіть.



Мал. 26. Техніка застосування газовідвідної трубки.

Харчування хворих у післяопераційному періоді

Харчування у післяопераційний період повинно відповідати характеру захворювання, об'єму виконаної операції, а також особливостям його перебігу.

У перші два дні після будь-якої операції їжа повинна бути свіжоприготовленою, теплою, рідкою, легко засвоюватись. Найперші страви, які дозволяють їсти – це бульйони, киселі, кисле молоко, сирі або некруто зварені яйця, котлети, приготовлені на пару, сир, рідкі каші. Після закінчення раннього післяопераційного періоду хворим без супутніх захворювань призначають загальну дієту № 15. Харчування хворих після деяких оперативних втручань таке:

1) після операцій на шлунку і тонкій кишці протягом перших 1-2 днів рекомендують голод, харчування в цей час забезпечується тільки парентеральним уведенням розчинів глюкози, білків тощо. Через 2-3 дні, після того, як у хворого відійшли гази, призначають рідку дієту – стіл № 1а, потім № 1б, а починаючи з 7-го дня – кашоподібну їжу. Починаючи з 10-12 дня, хворого поступово переводять на загальний стіл;

2) дієта хворим після втручань на черевній порожнині, але без втручань на кишківнику, повинна бути скоригованою для попередження газоутворення. Звичайно дають усі ті продукти, що відповідають столу № 1а, крім молочних;

3) після виконання операцій на товстій кишці дієта спрямована на те, щоб у хворого протягом 4-5 днів не було випорожнень. Із раціону виключають продукти, що містять багато клітковини – чорний хліб, овочі, фрукти;

4) після деяких операцій на ротовій порожнині, стравоході, а також ослабленим хворим, хворим без свідомості може проводитись штучне харчування через катетер або через гастростому, якщо вона накладена на шлунок, а в деяких випадках – за допомогою клізми.

Зупинимось більш детально на деяких видах харчування хворих.

Ентеральне харчування

До ентерального харчування належить харчування через шлунковий зонд, гастростому або через клізму.

Методика проведення годування через зонд

Матеріальне забезпечення: стерильний тонкий гумовий зонд діаметром 0,5-0,8 см, вазелін або гліцерин, лійка або шприц Жане, рідка їжа (солодкий чай, морс, сирі яйця, бульйон тощо), гумові рукавички.

Алгоритм дії:

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Обробіть зонд вазеліном (гліцерином).
3. Через один із носових ходів введіть зонд на глибину 15 см.
4. Визначте місцезнаходження зонда.

При правильно проведеній процедурі кінець зонда повинен бути в носоглотці. Якщо кінець зонда змістився вперед, його необхідно пальцем притиснути до задньої стінки глотки.

5. Голову хворого злегка нагніть уперед і правою рукою просуньте зонд уперед. Якщо хворий не закашлявся або під час видиху із зонда не виходить повітря – зонд у стравоході. Просуньте його ще на 10-15 см. Переконайтесь, що зонд знаходиться в шлунку за допомогою фонендоскопа (мал. 27).



Мал. 27. Введення гумового шлункового зонда.

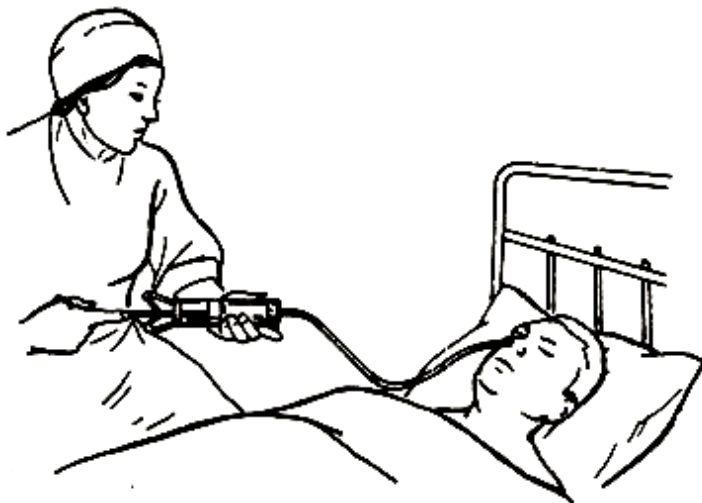
6. З'єднайте вільний кінець зонда з лійкою (шприцом Жане).
7. Повільно вилийте в лійку приготовлену їжу (повільно виштовхніть із шприца Жане приготовлену їжу). (мал.28, 29).



Мал. 28. Годування хворого за допомогою шлункового зонда та під'єднаної до нього лійки.

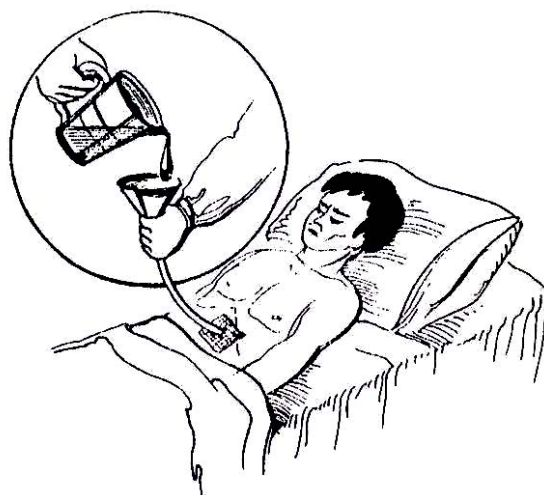
8. Потім влийте чисту воду (промивання зонда) і від'єднайте лійку (шприц Жане).

9. Зовнішній кінець зонда закріпіть у ділянці голови хворого так, щоб він йому не заважав. Зонд не забирають протягом усього періоду годування, що може тривати 2-3 тижні.



Мал.29. Годування хворого рідкою їжею за допомогою шприца Жане і зонда, введеного у шлунок трансназально.

Харчування через гастростому починають на другий день після операції (мал. 30).



Мал. 30. Харчування через гастростому.

У шлунок одномоментно вводять за допомогою шприца Жане або самоплином через воронку, сполучену з трубкою, по 100-150 мл суміші через кожні 2-3 години. Після кожного годування трубку промивають водою і на

неї накладають затискач. Через 5-7 днів дозволяється застосовувати кашкоподібну їжу по 400-500 мл 4-5 разів на добу. Для приготування суміші рекомендують ті ж харчові субстрати, які використовуються для харчування через зонд.

У зв'язку з тим, що між трубкою і стінкою нориці існує зазор, який практично неможливо повністю герметизувати, спостерігається підтікання шлункового вмісту вздовж трубки, і шкіра навколо гастростоми піддається мацерації. Приєднання ж інфекції сприяє розвитку в цьому місці гнійного запалення.

Для його профілактики необхідний ретельний догляд за гастростомою. Після кожного годування в області стоми виконують туалет шкіри, протираючи її ватним або марлевым тампоном, змоченим 0,1-0,5% розчином перманганату калію. Ретельно осушивши шкіру, на її поверхню наносять шар пасти Лассара (цинкову мазь, або Десятин) і накладають асептичну пов'язку.

При деяких захворюваннях шлунку (тотальне враження пухлиною, хімічний опік) з метою годування накладають ентеростому – тонку кишкову норицю. Через трубку в кишечник вводять живильні суміші, хімічний склад яких наближається до хімусу здорової людини. Спочатку використовують сольовий розчин з додаванням глюкози, яка стимулює всмоктування цих речовин. Через 3-4 дні в ентеральне харчування додають білкові розчини (гідролізін, амінопептид). Для поповнення дефіциту жирів вводять жирові емульсії, такі як (інтраліпід, ліпофундін).

Догляд за ентеростомою здійснюється аналогічним чином, як при гастростомі. Найбільшу небезпеку представляє неспроможність швів, якими фіксують стінку шлунку або кишки до парієнтальної очеревини. У цьому випадку відбувається їх відходження від передньої черевної стінки і затікання шлункового або кишкового вмісту в порожнину живота з розвитком перитоніту. Лікують таке ускладнення тільки оперативно.

Харчування через клізму

За допомогою клізми через пряму кишку краплинно вводять 300-500 мл підігрітого до 37-38 °С харчового розчину – 5% розчин глюкози, розчин амінокислот, фізіологічний розчин. Можна провести подібне годування за допомогою грушоподібного гумового балона, але одноразовий об'єм введеного розчину повинен бути невеликим. У тих випадках, коли неможливе годування природним чином або через зонд, використовують парентеральне харчування, як найбільш зручний спосіб постачання організму живильними речовинами.

Парентеральне харчування

Цей вид харчування застосовують після операцій на шлунку, стравоході, кишечнику і при деяких інших станах. При даній процедурі необхідно вводити в організм основні поживні речовини: білки, жири, вуглеводи, воду, солі та вітаміни. Для введення поживних речовин

парентеральним шляхом катетеризують магістральну (яремну, підключичну) вену. Тривалість експлуатації катетера залежить від якісного догляду за ним.

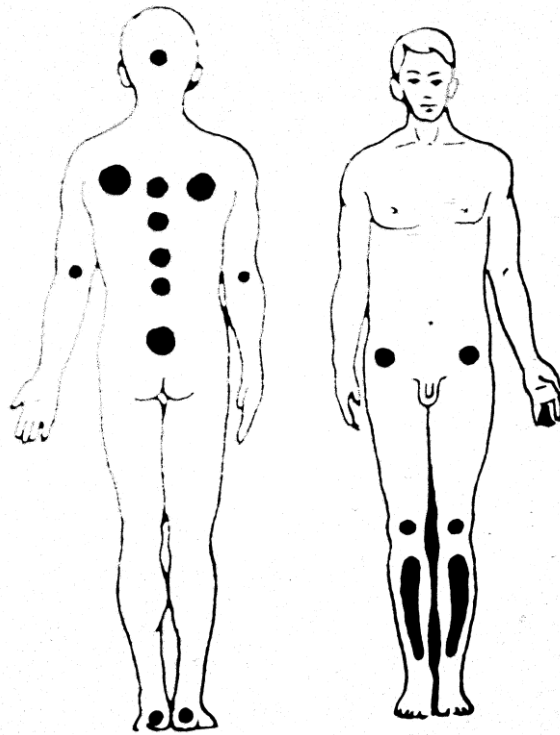
Із білкових препаратів найчастіше вводять аміносол 800, аміноплазмаль НЕРА 10%, інфезол 40; із жирових – ліпофундин 10%, інтраліпід 30%; із вуглеводних – 10% розчин глюкози. Для поповнення організму мінеральними солями необхідно вводити на добу до 1л електролітів. Препарати для парен-терального харчування вводять внутрішньовенно краплинно. Перед введенням їх необхідно підігріти на водяній бані до температури тіла (37-38° С). Необхідно стежити за швидкістю введення препаратів. Так, білкові препарати в перші 30 хв вводять зі швидкістю 10-20 крапель за хвилину, а потім поступово протягом 30 хв швидкість введення збільшують до 60 крапель за хвилину. Подібним чином вводять і інші засоби.

При більш швидкому введенні білкових препаратів у хворих може виникнути відчуття жару, гіперемія обличчя, утруднене дихання. Таке повноцінне висококалорійне живлення (до 3000 ккал в день) можна використовувати при необхідності протягом тривалого (роками) часу.

Догляд за шкірою і слизовими оболонками

Хворі в перший день після операції бліді, але наступного дня шкіра, як правило, набуває нормального кольору. Посилення блідості шкіри може вказувати на внутрішню кровотечу. Поява гіперемії шкіри обличчя, а також підвищення температури тіла може бути ознакою запалення легень. Жовтушність шкіри і склер вказує на патологію печінки і жовчних шляхів. Шкірні покриви необхідно утримувати в чистоті, для чого лежачому хворому допомагають мити обличчя і руки, проводять часткову санітарну обробку шкіри як при підготовці до екстреної операції. Після кожного акту дефекації, а також при забрудненні ділянки геніталій, хворих необхідно підмивати.

Пролежні. Пролежні утворюються в місцях тривалого стиснення м'яких тканин. Вони локалізуються переважно в ділянках лопаток, крижів, великого вертлюга стегнової кістки або п'яток (мал. 31).

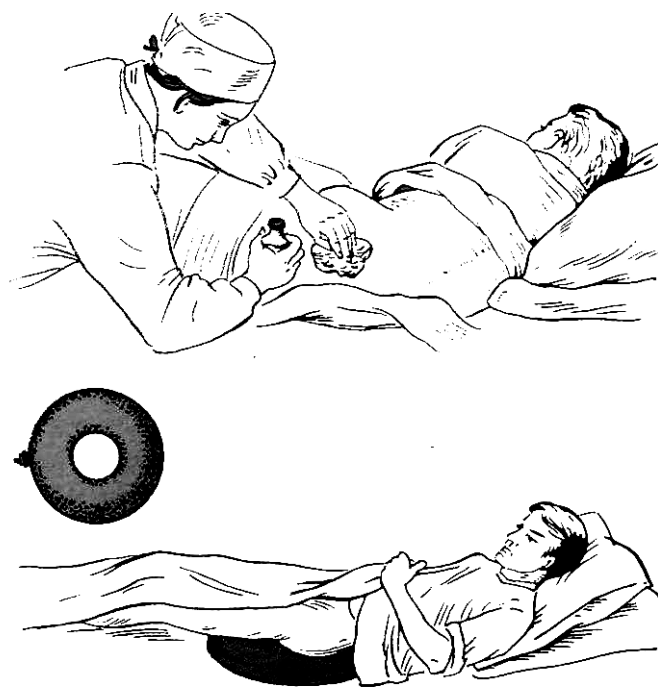


Мал. 31. Переважна локалізація пролежнів на тілі хворого.

Утворенню їх сприяють порушення трофіки, обміну речовин, авітамінози, виснаження, змочування шкіри сечею, потом, рановим вмістом, наявність складок на постільній білизні, крихт їжі після годування, нечасте перестилання, поганий догляд за шкірою. Першою ознакою пролежнів є блідість шкіри з наступним її почервонінням. У подальшому з'являються набряк, змертвіння і відшарування епідермісу, пухирі, некроз шкіри.

Профілактика пролежнів (мал. 32):

- 1) змінювати положення хворого декілька разів протягом дня;
- 2) розправляти, струшувати простирадло, щоб на ньому не було складок і крихт;
- 3) важкохворим необхідно під крижі підкладати надувне гумове коло;
- 4) 5-6 разів на день необхідно протирати шкіру в тих ділянках, які дотикаються до ліжка: камфорним спиртом, меновазином, слабим розчином оцту (1 столова ложка 6% оцтової кислоти на 200-300 мл води);
- 5) при патологічному почервонінні шкіри слід періодично розтирати її сухим рушником;
- 6) щодня кварцювати шкіру спини і сідничних ділянок;
- 7) регулярно підмивати хворого водою з милом, протирати тальком;
- 8) під крижі підкладати мішечки з просом, насінням льону, під п'ятки – ватно-марлеві кільця;
- 9) постійно проводити масаж спини, крижів.



Мал. 32. Профілактика пролежнів.

Нориці. Норицею, або фістулою, називають вузький патологічний хід, що зв'язує патологічне вогнище або орган із зовнішнім середовищем. Нориці можуть бути вистелені грануляційною тканиною (несформовані нориці) які можуть закриватися самостійно, або епітеліальні (сформовані нориці) які самостійно не загоюються. Із фістули може виділятися гній або вміст органів таки як тонко-кишковий вміст або жовч.

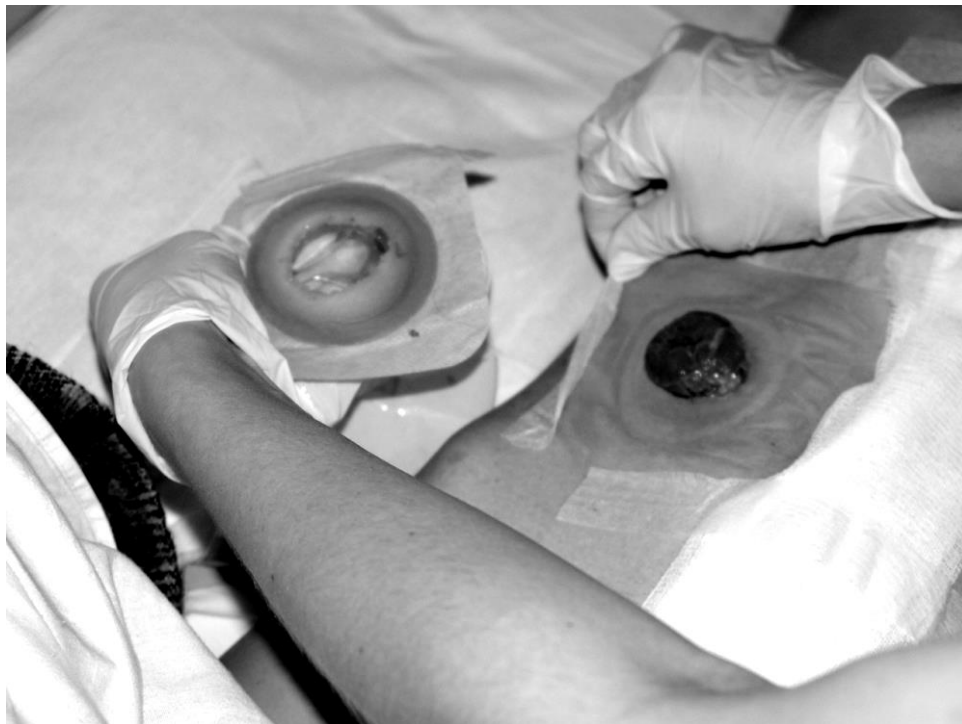
Догляд за хворими з фістулами.

Слід особливо зазначити, що при наявності постійного виділення через норицю при нефростомі, уретеростомі, цистостомі, уретростомі а також через кишкові фістули - сигмостоми, колостоми, гастростоми необхідно регулярно змінювати пов'язки в місцях виходу нориці на шкіру, навіть якщо пов'язка залишається сухою після попередньої перев'язки.

Для захисту шкіри навколо нориці від подразнень її часто обмивають теплою водою з милом або розчином перманганату калію, замість мочалки користуються ватно-марлевым тампоном. Після миття шкіру висушують і змащують навколо нориці дитячим кремом, вазеліном то що.

При подразненні шкіри необхідно змащувати шкіру пастою Лассара, маззю Десятин. При накладанні пов'язок не рекомендують закривати перев'язувальний матеріал клеолом, липким пластирем. Як що у фістулу лікар увів дренаж і він закупорився, його необхідно обережно промити антисептичним розчином. Коли дренаж випав із фістули, медична сестра не повинна вводити його самостійно бо це є лікарська маніпуляція. Хворі з тонкокишковими фістулами втрачають дуже багато води і солей, тому їм необхідне відповідне харчування і лікування.

Для тимчасового закриття нориці застосовують обтуратори. Найпростіший обтуратор можна зробити з двох пробок із флакона для розчинів. Із пробок вирізають пластинки товщиною 3-4 мм, діаметр однієї не обмежений, а іншої (внутрішньої) повинен бути в 2 рази більшим за діаметр нориці. Обидві пластинки прошивають товстою ниткою і не зв'язують (у готовому вигляді обтуратор нагадує запонку). Внутрішню пластинку згинають затискачем і вводять у норицю, де вона розправляється і закриває хід, а зовнішню на прошитих нитках підтягують до шкіри, зовні нитки зв'язують. Поверх обтуратора кладуть серветку з пастою Лассара. Після того як колостома починає функціонувати використовують кало приймачі (мал. 33).



Мал. 33. Використання калоприймача.

Догляд за органами дихання

Найнебезпечнішим ускладненням післяопераційного періоду з боку органів дихання є застійна пневмонія. Для її профілактики рекомендують напівсидяче положення в ліжку, часте повертання хворого на інший бік, раннє вставання після операції.

Крім того, необхідно боротися з метеоризмом кишечника, що буде сприяти нормальній екскурсії легень.

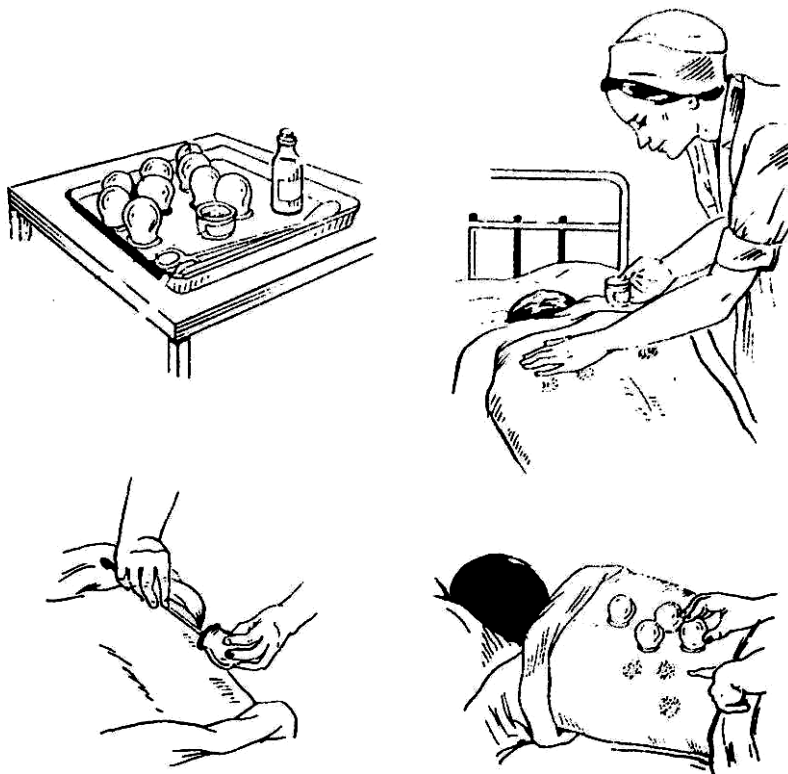
Для профілактики легеневих ускладнень з перших днів після операції хворим необхідно надавати функціонального (напівсидячого) положення в

ліжку, примушувати хворого глибоко дихати, робити дихальну гімнастику декілька разів на день. Позитивний результат дає дихання з підвищеним опором на видиху: роздування гумових камер, надування дитячих іграшок, дихання через маску наркозного апарата, з'єднану з трубкою, яку занурюють у воду на глибину 7-10 см. Хворий повинен відкашлювати харкотиння. Показані також перкусійний і вібраційний масаж грудної клітки, лікувальна гімнастика, застосування банок і гірчичників.

Банки медичні, перед тим як ставити їх хворому, треба ретельно перемити, насухо витерти і змастити краї вазеліном. Одночасно необхідно приготувати паличку, намотавши на її кінець вату.

Шкіру спини, боків, грудей, куди будуть ставитися медичні банки (для ділянки серця вони протипоказані), протирають спиртом, а потім змащують тонким шаром жиру. Вату на паличці рясно змочують спиртом і запалюють. Тримавши її в одній руці, а банку - в іншій, швидко вводять паличку в банку, на 1 - 2 секунди, наближаючи одночасно банку до тіла хворого. Потім, вийнявши паличку з вогнем, миттєво приставляють банку до тіла, банка тут же присмоктується до шкіри (мал.30).

Потрібно уважно стежити за тим, щоб не перегріти краї банки і не обпекти хворого. Зазвичай ставлять 6 - 12 банок і тримають їх протягом 5 - 20 хвилин. Після цього банки можна знімати, злегка відтягуючи шкіру з одного боку (мал. 34) і тим самим даючи доступ повітря в банку. Медичні банки легко відстають, відривати їх з силою не можна. Знявши банку, треба злегка протерти шкіру хворого вазеліном або присипати тальком.



Мал. 34. Застосування банок при догляді за органами дихання.

Гірчичник - прямокутний листок щільного паперу розміром 12,5х8 см, на одну зі сторін якого нанесений тонкий шар гірчичного порошку.

Механізм дії гірчичників заснований на подразненні шкірних рецепторів ефірним гірчичним маслом, що призводить до посилення місцевого кровотоку.

Показання до застосування гірчичників:

- біль на різних ділянках тіла при міозиті, невралгії, невриті, поліартриті, мігрені;
- гострі та хронічні запальні процеси верхніх дихальних шляхів (трахеїти, бронхіти);
- запалення легенів, плеврит;
- гіпертонічний криз, напад стенокардії.

Типові місця застосування гірчичників:

- потилична ділянка;
- верхня половина грудної клітки спереду;
- міжлопаткова та підлопаткова ділянки;
- на спині уздовж хребта;
- ділянка серця;
- гомілки, стопи.

Методика застосування: гірчичник занурюють на 2-3 секунди в досить теплу воду (45-50°C). Стороною із шаром гірчиці щільно прикладають на відповідну ділянку шкіри. При підвищено чутливій шкірі і у дітей між шкірою та гірчичником можна покласти шар марлі або цигаркового паперу.

Зверху гірчичник прикривають пелюшкою і ковдрою. Середня тривалість процедури - 10-15 хвилин. Після зняття гірчичника шкіра під ним повинна бути гіперемована, що свідчить про ефективність процедури.

Для видалення залишків гірчиці шкіру обережно протирають спочатку вологою, а потім сухою серветкою і пацієнта вкривають ковдрою.

Оксигенотерапія

У післяопераційний період важким хворим часто доводиться проводити оксигенотерапію. Її можна здійснити шляхом централізованої подачі кисню, за допомогою кисневої подушки або кисневого балона.

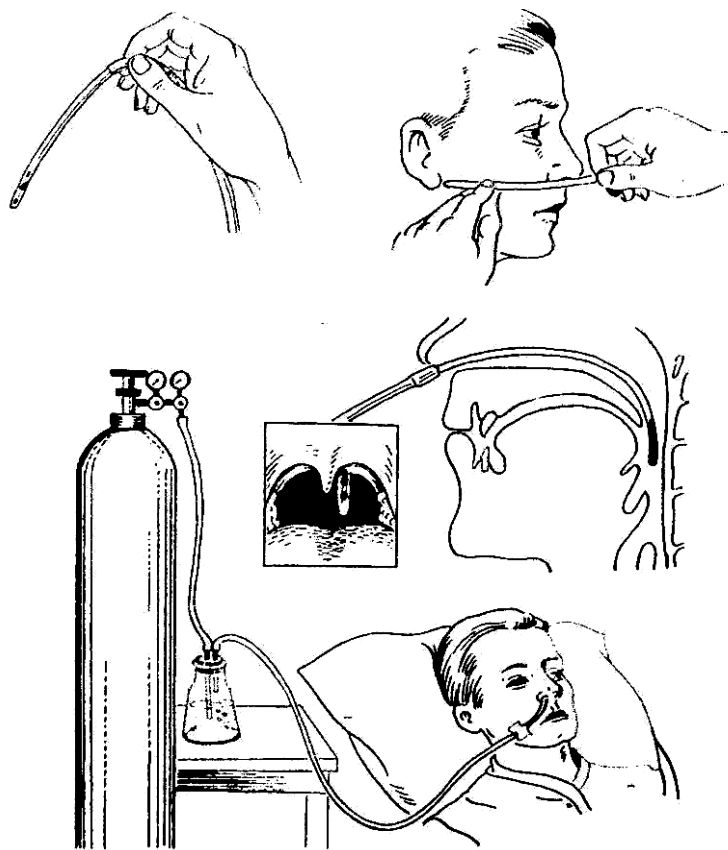
При централізованій подачі кисню кисневі балони містяться у спеціальній кімнаті і через систему металевих трубок кисень надходить на дозиметри, де він зволожується і через носовий катетер або носову канюлю подається хворому.

Техніка введення носового катетера для оксигенотерапії (мал. 35).

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Прокип'ятіть катетер і змастіть його стерильним вазеліном.
3. Введіть катетер у нижній носовий хід і далі в глотку – на глибину 15 см. Кінчик введеного катетера повинно бути видно при огляді зіву.

4. Зовнішню частину катетера зафіксуйте за допомогою лейкопластиру на щоці, щоб він не опустився в стравохід.

5. Відкрийте кран дозиметра і подавайте кисень із швидкістю 2-3 л/хв., контролюючи швидкість за шкалою.



Мал. 35. Техніка введення носового катетера.

Техніка введення носової канюлі

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Вставте кінці канюлі в ніздрі пацієнта.
3. За допомогою еластичної пов'язки (фіксатора) для голови зафіксуйте канюлю так, щоб вона не викликала у пацієнта відчуття незручності.
4. Закріпіть носову канюлю до джерела зволоженого кисню з потрібною концентрацією і швидкістю його подачі.
5. Забезпечте достатню рухомість кисневих трубок і прикріпіть їх до одягу.
6. Перевіряйте стан канюлі через кожні 8 год, спостерігайте за тим, щоб зволожувальна ємність була постійно повною.
7. Періодично оглядайте слизову носа і вушні раковини пацієнта для виявлення можливих подразнень шкіри.

У невеликих лікарнях, де немає централізованої подачі кисню, його можна подавати безпосередньо з кисневого балона, що міститься в палаті.

Правила техніки безпеки при роботі з кисневим балоном:

1. Балон повинен бути встановлений у металеве гніздо і закріплений ременями або ланцюгом.

2. Балон повинен знаходитися не ближче 1 м від опалювальної системи.

3. Балон повинен бути захищений від прямого сонячного проміння.

4. Не можна допускати потрапляння масла на штуцер балона.

5. Випускати газ із балона (наприклад, у кисневу подушку) можна тільки через редуктор, на якому встановлений манометр, що дозволяє контролювати тиск кисню на виході.

6. Забороняється використовувати балони і редуктори, в яких закінчився термін експлуатації.

7. Забороняється змащувати руки жирним кремом при роботі з кисневим балоном.

Безпосередньо із балона кисень подається до хворого через апарат Боброва, де він зволожується. Для катетеризації носового ходу використовують катетери № 8-12 в яких робиться декілька допоміжних отворів.

Оксигенація за допомогою кисневої подушки.

Киснева подушка – це прогумований мішок, який має в комплекті гумову трубку з краном і мундштук. Вона вміщує від 25 до 75 л кисню, яким її заповнюють із кисневого балона. Перед початком оксигенації мундштук обмотують 2-3 шарами вологої марлі, для зволоження кисню застосовують натрію гідрокарбонат або медичний спирт. Потім мундштук щільно притискають до рота хворого і відкривають кран, за допомогою якого орієнтовно регулюють надходження кисню. Вдих проводиться через мундштук ротом, а видих – носом. Коли кількість кисню в подушці значно зменшиться, для збільшення його надходження необхідно натискати на подушку вільною рукою. Після використання мундштук двічі протирають 3% розчином перекису водню або 70° етиловим спиртом. Цей спосіб оксигенації вважають найменш доцільним через великі втрати кисню, а також через неможливість точно і рівномірно його дозувати.

Догляд за трахеостомою.

У реанімаційній практиці при розвитку дихальної недостатності унаслідок перешкоди, розташованої вище голосових зв'язок, виконують операцію трахеостомію.

Для підтримки зяючого стану у норицевий хід вводять спеціальну трахеостомічну трубку, виготовлену з металу, пластика або гуми, що складається із зовнішнього і внутрішнього зігнутих циліндрів (мал. 36). Основними завданнями догляду за трахеостомою є підтримка хорошої прохідності трахеостомічної трубки, попередження інфікування дихальних шляхів і висихання слизової оболонки трахеобронхіального дерева.



Мал. 36. Трахеостома.

При яскравому виділенні з трахеї слизу кожні 30-40 хвилин його аспірують за допомогою стерильного катетера.

Перед цим канюлю відмежують від навколишньої поверхні стерильною серветкою, надягають стерильні рукавички і маску.

Якщо слиз дуже густий, то його заздалегідь розріджують протеолітичними ферментами або 5% розчином гідрокарбонату натрію шляхом інгаляції у вигляді аерозоля або закапування в трахею 1-2 мл розчину. Витримавши експозицію 3-4 хвилини, розріджену мокроту аспірують катетером. Перед цим голову хворого повертають в протилежну сторону від санованого бронха. Процедура триває протягом 12-15 сек. Після санації катетер промивають розчином антисептика і протирають стерильною серветкою. Маніпуляцію повторюють 2-3 рази з інтервалом не менше 3-х хвилин. Після закінчення процедури катетер стерилізують.

Канюлю або внутрішню її трубку не рідше за 1 раз на добу витягують з трахеї, чистять і стерилізують.

При порушенні правил асептики під час догляду за трахеостомою, унаслідок технічних погрішностей при відсмоктуванні слизу, а також при аспірації блювотних мас розвивається гнійний трахеобронхіт. Про його появу свідчить в'язка гнійна зеленувата мокрота з гнильним запахом. Для лікування трахеобронхіта призначають антибіотики, але запорукою успіху при цьому є адекватна санація трахеобронхіального дерева, яку виконують з

урахуванням описаних раніше принципів. Ефективна ендоскопічна санація трахеї і бронхів.

У хворих з трахеостомою нерідко виникає стоматит, і в ротовій порожнині бурхливо розвивається грибкова і анаеробна мікрофлора. Тому потрібно періодично зрошувати порожнину рота і протирати її тампоном, змоченим розчином антисептика, віддаючи перевагу перекису водню або борній кислоті.

Хворий з трахеостомою не говорить, і при збереженій свідомості він може спілкуватися за допомогою знаків або спеціально приготованих карток з наперед написаними фразами. При раптовій появі голосу або дихання через рот (ніс) треба думати про випадання канюлі з трахеї і відновити початковий її стан.

Іноді, у хворого з'являється бурхливе, хрипке, так зване стридорозне дихання за участю допоміжних м'язів, що свідчить про обтурацію канюлі густим слизом. Ліквідовують ці симптоми шляхом негайної заміни канюлі, забитої слизом і підсихаючими скориночками, на запасну. Для запобігання висиханню слизової оболонки використовують вологі удвічі складені марлеві серветки, якими прикривають трахеостому. При інгаляції кисню його завжди зволожують за допомогою банки Боброва або інших пристосувань, заповнених 96° спиртом або водою.

Після закінчення потреби в трахеостомі трубку витягують, шкіру навколо рани обробляють розчином антисептика, дефект тканин стягують лейкопластирем і накладають стерильну пов'язку. Хворого попереджають про те, що спочатку при розмові і кашлі необхідно притримувати пов'язку рукою. Спочатку вона швидко намокає, і її треба часто міняти. Як правило, нориця заживає самостійно протягом 6-7 днів.

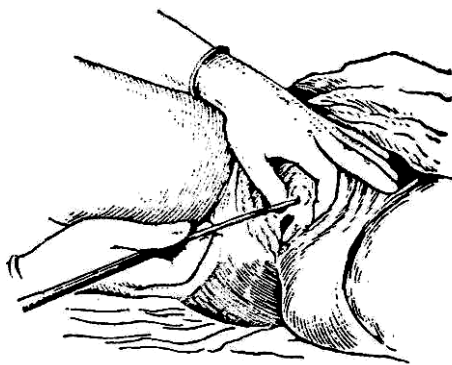
Догляд за сечовидільною системою

Часто після операцій на органах черевної порожнини, особливо на органах малого тазу, відбувається затримка сечі. Головна причина – це боязнь болю при скороченні м'язів живота і невміння спорожнити сечовий міхур лежачи. Якщо це можливо, необхідно дозволити хворому сечовипускання у звичайному положенні. При затримці сечі можна покласти грілку на надлобкову ділянку або промежину. Необхідно спробувати викликати сечовипускання рефлексно. Для цього треба відкрити кран з проточною водою в палаті, полити на статеві органи лежачого на судні хворого теплою водою. При відсутності ефекту проводять катетеризацію сечового міхура (мал. 37, 38).

Катетеризація сечового міхура в жінок

Перед катетеризацією жінку підмивають, а якщо є виділення з піхви, то спринцюють. Хвора лягає на спину. Ноги зігнуті в колінах і розведені. Між ніг ставлять лоток. Той, хто проводить маніпуляцію, знаходиться справа від хворої. Лівою рукою розсовують статеві губи, у праву руку беруть пінцет із марлевым тампоном, змочують його в розчині фурациліну і старанно протирають їм зовнішні статеві органи й отвір уретри. Потім іншим пінцетом

беруть м'який або металевий жіночий катетер на 4-5 см від його міхурового кінця. Зовнішній кінець катетера підтримують пальцями через марлеву стерильну серветку або пінцетом. Міхуровий кінець катетера поливають стерильним гліцерином, після чого катетер повільно вводять в уретру. Виділення сечі через катетер указує на його перебування в сечовому міхурі. Металевий катетер перед уведенням лікар бере в праву руку великим і вказівним пальцями за ручку (кільця).



Мал. 37. Введення сечового катетера у жінок.

Катетеризація сечового міхура в чоловіків

Хворий лежить на спині, ноги злегка розведені. Між ногами на кушетку ставлять лоток або судно. Лікар або медична сестра, що робить маніпуляцію, стоїть справа від хворого, бере в ліву руку статевий член, правою рукою зрушує донизу крайню плоть, обмиває голівку члена серветкою, змоченою в розчині антисептику без спирту.

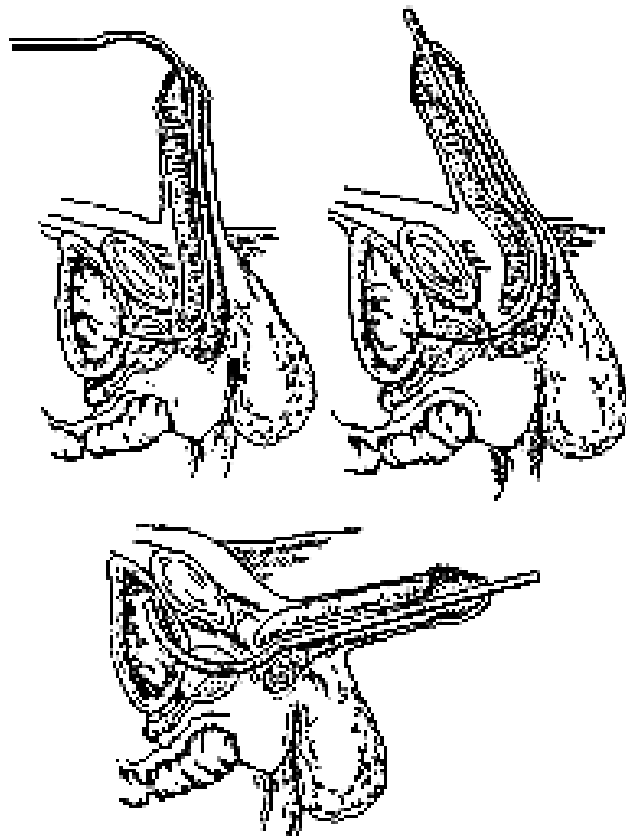
Статевий член під голівкою обгортають марлевою серветкою для зручності в подальшій роботі. Пальцями лівої руки статевий член тримають через цю серветку. Катетеризацію доцільно починати м'яким катетером. Стерильним пінцетом, який тримають у правій руці, беруть катетер на 4-5 см від його міхурового кінця.

Медична сестра пінцетом або рукою через стерильну марлеву серветку підтримує дистальний кінець катетера, змочує його міхурову частину стерильним гліцерином або вазеліновою олією. Лікар пінцетом уводить катетер в уретру, поступово просуває його вперед, витягуючи при цьому статевий член нагору. Цей прийом сприяє кращому проходженню катетера через уретру. При відчутті перешкоди просуванню катетера його варто трохи витягнути і знову почати введення. Довжина сечівника в чоловіків у середньому дорівнює 20 см. Про попадання катетера в сечовий міхур свідчить поява сечі з нього. Можна підтримувати катетер і без помічника.

Якщо не вдається маніпуляція м'яким катетером, то беруть металевий чоловічий катетер. Введення металевого катетера є лікарською маніпуляцією. Виконувати її потрібно дуже обережно, твердо засвоївши прийоми введення тому, що можна пошкодити стінки уретри і викликати

геморагію або утворення помилкових ходів.

Лікар стає зліва від хворого, що лежить на спині, обробляє антисептичним розчином по описаній вище методиці зовнішній отвір сечовивідного каналу, бере трьома пальцями лівої руки статевий член в ділянці голівки і, піднімаючи догори, натягає його паралельно пупартовій зв'язці. Правою рукою лікар уводить в уретру катетер, звернений дзьобом униз, і одночасно обережно натягає на катетер статевий член. Під впливом власної ваги катетер просувається униз, проникає в передміхурову частину уретри і тут звичайно зустрічає деяку перешкоду.



Мал. 38. Введення сечового катетера у чоловіків.

РОЗДІЛ. 4. СПЕЦІАЛЬНИЙ ДОГЛЯД ЗА ОПЕРОВАНИМИ ХВОРИМИ.

4.1. Догляд за хворими після операцій на грудній клітці і її органах.

Догляд за торакальними хворими включає передопераційну підготовку і ведення післяопераційного періоду.

а) Передопераційна підготовка не є стандартною і залежить від стану хворого, органа грудної порожнини, на якому має бути операція, характеру патологічного процесу і особливостей майбутньої операції.

б) При підготовці до операції необхідне вирішення трьох кардинальних завдань:

- домогтися правильного ставлення хворого до хірургічного лікування;
- поліпшити компенсаторні можливості легені як органа, який найбільше пошкоджується прямим впливом операційної травми;
- підвищити резистентність основних систем життєзабезпечення.

в) У передопераційну підготовку хворих, що оперуються з приводу хронічних нагнійних процесів легенів, входить антибактеріальна терапія і обов'язкова комплексна бронхоскопічна санація гнійного вогнища та бронхів.

г) При підготовці до операцій трансторакальним доступом, ввечері, напередодні операції:

- ставлять очисну клізму;
- голять волосся з того боку грудей, на якому буде проводитись операція і в пахвовій западині.

д) Вранці в день операції:

- ставлять очисну клізму;
- якщо у хворого була раніше дренована плевральна порожнина, то дренаж видаляється після введення в наркоз перед обробкою операційного поля;

- антибіотикопрофілактика на операційному столі під час вступного наркозу перед розтином шкіри;

- у хворих, що оперуються ургентно з приводу легеневої кровотечі або гнійного процесу, для запобігання аспірації крові або гною у здорові ділянки легенів рекомендується виконати оклюзію дренажного бронха;

Не меншу увагу у хворих хірургічного профілю, особливо у перед- та післяопераційний періоди, слід приділяти стану дихального апарату. Основними симптомами розладів з боку органів дихання є задишка, кашель, біль у грудній клітці, кровохаркання. Нормальна частота дихальних рухів дорівнює 14-20 за 1 хв. Рахувати її треба, поклавши руку на грудну клітку хворого. Під задишкою розуміють зміну частоти, глибини, ритму дихання.

Задишка виникає внаслідок дефіциту в крові кисню. Вона буває при гіпоксії різної етіології (захворювання легень, серцево-судинної системи, підвищення температури тіла, інтоксикація тощо). Частота дихальних рухів у разі задишки може досягати 30—50 за 1 хв.

Розлади дихання можуть проявлятися і ядухою, яка виникає іноді в післяопераційний період. **Ядуха** — це раптовий приступ сильної задишки.

Допомога хворому з явищами ядухи полягає передусім у звільненні його від одягу, що стискає грудну клітку і верхні дихальні шляхи, забезпеченні достатнього доступу повітря, диханні киснем, наданні напівсидячого положення.

Частим явищем, яке вказує на порушення в дихальних шляхах, є **кашель**. Причиною його можуть бути подразнення слизової оболонки трахеї, бронхів, ураження плеври.

Кашель буває сухим і вологим, з виділенням харкотиння. Останнє може бути слизовим, гнійним, кров'янистим — залежно від виду

патологічного процесу. Так, при раку легень харкотиння містить прожилки крові (за типом малинового желе). При гострому абсцесі легень воно густе, гнійне, з неприємним запахом, після відстоювання ділиться на три шари: нижній — густий гній, середній — каламутна рідина, верхній — слизово-піниста маса.

При гангрені легень харкотиння має смердючий запах, водянисте, сіро-коричневого кольору, з ділянками некротизованої легеневої тканини. Кількість харкотиння, яке виділяється за добу, може бути різним: від 50—100 мл до 2000 мл. Характер харкотиння має важливе значення для діагностики захворювань, а тому його треба збирати в спеціальну закриту плювальницю.

За патологічних станів органів дихання і серцево-судинної системи в передопераційний період треба ретельно обстежити хворого, після чого провести відповідну корекцію. Шляхом спірометрії вимірюють форсований об'єм видиху за 1с та форсовану життєздатність. Визначають парціальний тиск кисню і вуглецю в артеріальній та венозній крові, насичення артеріальної і венозної крові киснем (у нормі — 12-15 кПа, — 4,4-6,1 кПа, насичення артеріальної крові киснем — 80-90 %, венозної — 40-50 %), показники кислотно-основного стану.

З метою корекції встановлених розладів за кілька діб до операції хворим внутрішньовенно вводять 40% розчин глюкози (20 мл), 10% розчин аскорбінової кислоти (2—3 мл), підшкірно – дихальні аналептики (олійний розчин камфори 20% для ін'єкцій), відхаркувальні препарати (лазолван парентерально, добова доза – 30 мг на 1 кг маси тіла), і такі, що вгамовують кашель (кодтерпін у таблетках), препарати з групи бронходилататорів (еуфілін 2% по 10 мг/кг маси тіла). Іноді (у разі зеленого і смердючого харкотиння) показана передопераційна антибіотикотерапія. Всі перераховані засоби підвищують тонус організму, зменшують застій у малому колі кровообігу і тим самим є гарною профілактикою післяопераційних ускладнень.

У разі хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів (трахеїт, бронхіт) або легень (хронічна пневмонія, пневмосклероз, емфізема легень) потрібна передопераційна підготовка дихального апарату. З метою поліпшення газообміну хворому протягом кількох діб рекомендують дихальну гімнастику. Окремим хворим за одну-дві доби до операції показане прикладання банок, гірчичників. Особливу увагу треба приділяти курцям. Щонайменше за 2-3 тижні до операції їм треба заборонити курити.

До операції треба навчити хворого *"дихальному режиму"* в післяопераційний період: як хворий повинен дихати після операції, виконувати дихальну гімнастику, відкашлювати харкотиння тощо.

У післяопераційний період може погіршитися вентиляція легень. Інгаляційні наркотичні речовини посилюють бронхіальні виділення, зменшують еластичність легеневої тканини, біль у рані, особливо після

операцій на грудній клітці і животі. Седативні засоби погіршують вентиляцію легень.

З метою профілактики післяопераційних легеневих ускладнень вже на наступну добу після операції хворому треба надати положення напівсидячи. Велику увагу треба приділити лікувальній фізкультурі і дихальній гімнастиці. Перші кілька днів після операції хворий повинен періодично дихати зволеним киснем. Рекомендують гірчичники, банки, інгаляції розчину натрію гідрокарбонату, гідрокортизону, еуфіліну 1-2 рази на добу. У деяких випадках показана антибіотикотерапія.

Метою сухих банок і гірчичників являється штучна гіперемія шкіри, застійні крововиливи. Це викликає знеболювальну і розсмоктувальну дію.

За наявності кашлю, коли дозволяє характер операції, хворому треба дати тепле пиття, бажано молоко з содою або наполовину з лужною мінеральною водою типу Боржомі. Хворого тепло вкривають, щоб попередити переохолодження.

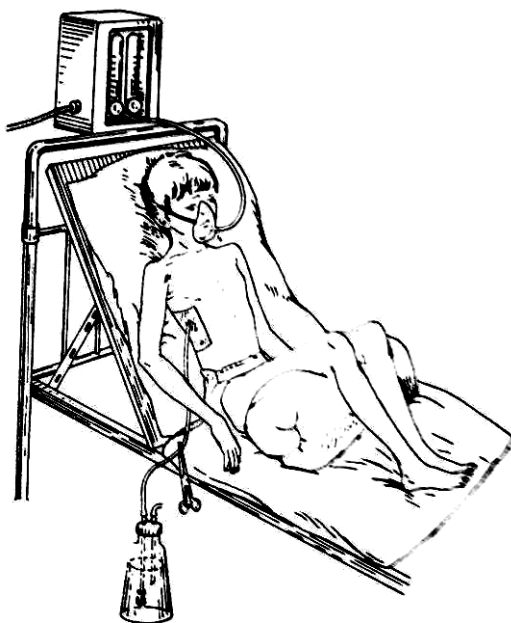
Грудну клітку бажано досліджувати клінічно 1—2 рази на добу. Деякі автори рекомендують у пацієнтів із хронічною хворобою органів грудної клітки проводити щоденне рентгенологічне дослідження.

На особливу увагу заслуговує догляд за дихальною системою після операції на органах грудної клітки. Це пов'язано з новими умовами гемодинаміки, які виникають, особливо після операції на серці, а також з обмеженням дихальної функції у зв'язку з травмою грудної клітки або видаленням частини легені.

Хворий повинен постійно дихати зволеним киснем. За наявності у плевральній порожнині дренажів треба стежити за їх прохідністю. У разі виділення з дренажів крові її об'єм своєчасно компенсують.

Уже з першої доби після операції хворого примушують відкашлювати, правильно і глибоко дихати. *Дихання повинно здійснюватися через ніс.* Це сприяє розширенню бронхів, виділенню харкотиння і вентиляції легень. Харкотиння, яке залишається в носоглотці, відсмоктують.

У першу добу після операцій на органах грудної порожнини хворому надають напівсидяче положення із зігнутими у колінних суглобах кінцівками – положення Фовлера (мал. 39).



Мал. 39 .Положення хворого у ліжку після операцій на грудній порожнині.

Після операцій на грудній клітці хворий відзначає біль у ділянці операційної рани, у зв'язку з чим він обмежує дихальну екскурсію, що є причиною розвитку післяопераційної застійної пневмонії. Для зняття болю хворим треба давати наркотичні речовини — часто і малими дозами, а нерідко і великими порціями.

Іноді в післяопераційний період протягом певного часу показана штучна вентиляція легень. Це буває у разі задишки, коли $PaCO_2$ падає нижче за 8 кПа у пацієнта, що вдихає 100 відсотків кисню, а також у разі невдалих спроб видалити бронхіальні виділення.

Після операції на органах грудної клітки обмежень щодо дієти не повинно бути. Вже на другу добу хворі можуть їсти (дієта № 1). Але це не стосується хворих з операціями на стравоході, коли вони протягом 4—5 діб повинні голодувати. Їм не рекомендують навіть ковтати слину, щоб не інфікувати накладених на стравохід швів. Слину треба відсмоктувати. Прийом їжі доцільно замінити інтенсивним парентеральним харчуванням.

4.2. Спостереження та догляд за хворими після операції на голові.

1) Операції на голові, проводять у хірургічних відділеннях загального профілю. Оскільки такі втручання виконуються або у разі відкритих травм (ран) м'яких тканин голови без ушкоджень мозку чи з легкими формами його струсу, або при патологічних процесах чи захворюваннях м'яких тканин (опіки, пухлини і пухлиноподібні утворення — атерома, дермоїдна кіста), догляд за такими хворими практично не відрізняється від догляду за хворими, оперованими на інших ділянках тіла.

Головним чином стежать за **станом пов'язки**, просяканням її, кольором рідини, що змочує пов'язку, — кров чи світло-рожева рідина, та за положенням пов'язки на рані. М'які тканини голови дуже добре постачаються

кровю, і тому кровотеча після операцій на голові буває частіше, ніж у разі операцій на поверхневих м'яких тканинах та інших ділянках тіла.

Сильне просякання пов'язки повинно викликати у медичної сестри насамперед підозру на значну кровотечу з рани, вона має проінформувати про це лікаря.

За незначної кровотечі відповідно до рішення лікаря пов'язка може бути замінена на нову чи поверх старої додатково накладають перев'язувальний матеріал та інші допоміжні засоби (прикладання мішечка з піском, міхура з холодною водою чи іншого тягаря).

За значної кровотечі, що може бути зумовлена недостатнім механічним гемостазом, рідше – порушенням згортання крові, і яка може тривати, особливо у хворих з можливими відхиленнями в системі згортання крові, значний час і після заміни пов'язки та інших заходів консервативного характеру, або у разі розвитку після кровотечі підшкірної гематоми, переважно потрібна оперативна ревізія рани – повторне взяття хворого на операційний стіл, зняття швів з рани та зупинка кровотечі чи видалення гематоми – перев'язка кровоточивої судини (накладання лігатури), термокоагуляція тощо. Проте не тільки місцеві ускладнення можливі у оперованих на м'яких тканинах голови.

Через анатомо-фізіологічні особливості операцій на голові у хворих частіше можливі **реакції загального типу** на травму та анестезуючі засоби у вигляді диспепсичних явищ (нудоти, блювання або запаморочення) чи так званого ортостатичного колапсу (зниження артеріального тиску та короткочасної непритомності під час піднімання з ліжка, переходу у положення стоячи).

2) Нейрохірургічні операції

У хворих, оперованих з приводу травми голови, з наявністю в анамнезі порушення функції мозку може розвинути в подальшому в післяопераційний період тяжкий синдром ураження мозку – стиснення його гематомою.

Це супроводжується такими ознаками, як наростаючий головний біль, сповільнення пульсу, розширення зіниць, а зрештою непритомність і судоми. Тому за хворими, оперованими з приводу травми м'яких тканин та з можливим синдромом струсу мозку, треба в післяопераційний період дуже пильно спостерігати, уважно прислухатися до їх скарг, періодично пальпувати пульс та визначати його частоту, і за появи навіть незначних змін у самопочутті хворого інформувати про це лікаря.

Нейрохірургічні втручання на голові, що виконуються звичайно в спеціалізованих нейрохірургічних відділеннях, зокрема трепанація черепа з маніпулюванням на мозку чи ревізією черепної порожнини із втручанням на оболонках мозку, належать до дуже складних операцій з можливими різноманітними ускладненнями в післяопераційному періоді – набряком мозку, інфекцією (менінгіт чи менінго-енцефаліт, абсцес мозку, сепсис),

травматичною епілепсією, кровотечею як у порожнину черепа, так і в зовнішнє середовище.

Всі ці ускладнення спричиняють значні порушення діяльності мозку та механізмів, що регулюють різні системи організму, зокрема дихання, кровообігу, обміну, травлення та ін.

Безпосередній післяопераційний період у таких хворих дуже часто ускладнюється блюванням, яке може мати подвійний генез – унаслідок як травматичного подразнення центрів довгастого мозку (парасимпатичних), так і хімічного, наркотичного. Тому в реанімаційних відділеннях (відділеннях інтенсивної терапії) таких хворих після операції кладуть на спину, повернувши голову вбік (у разі початку блювання хворого відразу кладуть на бік).

Це запобігає аспірації блювотних мас та асфіксії. Нерідко у цих хворих спостерігаються і такі ускладнення, як психічне та моторне збудження (включно із судомами та травматичною епілепсією), під час якого хворі можуть зривати пов'язку. Тому медперсонал повинен своєчасно помітити всі відхилення в стані хворого з травмою голови чи в післяопераційний період та інформувати про це лікаря для негайного вжиття відповідних заходів.

3) Догляд за хворими після операцій у ділянці обличчя, виконаних з приводу пухлин, травм та запальних процесів, практично мало чим відрізняється від догляду за хворими після операцій на м'яких тканинах у інших ділянках тіла.

Проте потрібно звертати увагу на виражений більшою мірою, ніж у інших ділянках тіла, набряк (травматичний) тканин обличчя, який може проявлятися звуженням щілини ока, аж до її повного закриття.

При набряку навколоочних тканин медсестра повинна промивати око (його щілину та частково кон'юнктивальний мішок) кип'ячою теплою водою чи стерильним теплим ізотонічним (0,9%) розчином натрію хлориду. Це роблять кулькою із стерильної вати.

4) Операції в порожнині рота та ротової частини глотки (щілини губ та піднебіння, пухлини, кісти, видалення зубів, резекція щелепи, тонзилектомія, розтин заглоткових та метатонзиллярних абсцесів тощо) складніші й небезпечніші, тому хворі потребують ретельнішого догляду, насамперед щодо запобігання аспірації слини, крові, часток тканин у дихальні шляхи, адже це може призвести до асфіксії, пневмонії, абсцесу легень тощо.

Операції з приводу вад піднебіння та злоякісних пухлин язика, мигдаликів, щелеп, остеомієліту щелепи виконують звичайно під наркозом, і тому в післяопераційний період, особливо в перші години його, треба неухильно спостерігати за хворим у відділенні інтенсивної терапії та реанімації до виходу його зі стану наркозу.

Хворі повинні лежати горизонтально без подушки з повернутою набік головою – для запобігання асфіксії язиком чи блювотними масами. Під

підборіддя та рот треба класти марлеву серветку або шматок вати для стікання слини з домішками крові. Знеболювання після операції повинно бути повноцінним, проте таким, що не пригнічує дихання (без опіатів). Хворі мають отримувати кисень через носовий катетер.

Пригнічення кашлю, саливації та секретії бронхіальних залоз важливе для нормального перебігу післяопераційного періоду (створює спокій, поліпшує дихання, зменшує ризик аспірації та асфіксії). Його досягають введенням невеликих доз аміназину та атропіну сульфату.

Хворих, оперованих у ділянці порожнини рота під місцевим знеболюванням, відразу після операції кладуть набік, дещо нахиляють голову до грудей (для полегшення пасивного виділення слини та крові). Під підборіддя ставлять лоток, у який стікають слина та кров.

На другу добу після операції хворим, оперованим у ділянці порожнини рота, прополіскують останню 0,001% розчином калію перманганату та протирають зуби ватною кулькою, змоченою цим самим розчином. Пізніше полоскати рот можна перевареною водою з натрію гідрокарбонатом (1-2% розчином).

Дітей грудного віку, оперованих з приводу щілин піднебіння та губ, годують природним шляхом материнським молоком (рідше) або через уведений через ніс у шлунок зонд молоком матері чи стерильною дитячою сумішшю.

Дорослих хворих годують або рідкою стерильною охолодженою до кімнатної температури їжею, або такою самою їжею через зонд (назогастральний).

5) Операції на ший та її органах. Виконують як під наркозом, так і під місцевим знеболюванням. Тому догляд за хворими дещо відрізняється і залежить від часу повного виходу хворих зі стану наркозу.

Головними у догляді за цими хворими (незалежно від виду знеболювання) є забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів, виявлення та своєчасне усунення причин, що можуть зумовити асфіксію, та достатнє забезпечення хворих свіжим, багатим на кисень повітрям.

Пов'язки на рану ший накладають клейові, а не бинтові (для запобігання стисканню ший). Положення хворих після операції (хворих, оперованих під наркозом, – після виходу з нього) – у ліжку з дещо підвищеним головним кінцем. Медсестра уважно стежить за поведінкою і характером дихання хворих, станом пов'язки (просякання кров'ю) та тканин біля рани, кольором шкіри та слизової оболонки губ, частотою пульсу та температурою тіла.

Найнебезпечнішими у ранній післяопераційний період є звуження чи стискання трахеї внаслідок ларингоспазму, паралічу гортанних нервів (особливо двобічного після тиреоїдектомії чи резекції щитовидної залози), набряку голосових зв'язок гортані чи стискання трахеї гематомою у разі кровотечі із зашитої рани.

Всі ці ускладнення призводять до асфіксії, що може закінчитись смертю хворого. Тому про будь-які зміни в диханні хворих (прискорення

його, стридорозне дихання), ціаноз, після операції на шиї, треба негайно доповідати лікарю, який має оглянути хворого і у разі потреби змінити пов'язку (особливо за значного її просочування кров'ю) і навіть провести ревізію рани (при гематомі), призначити спазмолітичні та протинабрякові препарати, оксигенацію чи навіть інтубацію трахеї або трахеостомію.

Хворі можуть пити навіть у день операції, а їсти рідку та напіврідку негарячу їжу – на другу добу.

При травмі верхньогортанного нерва, що можливо при струмектомії та видаленні пухлин у ділянці шиї, у хворих спостерігається закидання їжі в гортань, спричинюючи кашель та явища задишки (асфіксії). У цьому разі хворим треба рекомендувати ковтати рідку їжу малими порціями та в положенні сидючи, нахиливши голову донизу.

У разі невеликого просякання пов'язки кров'ю треба її змінити або додатково накласти перев'язувальний матеріал (просякання пов'язки спостерігається у цих хворих майже завжди, оскільки в більшості випадків рани дреновують гумовими смужками чи поліхлорвініловими трубочками для профілактики гематом та стискання трахеї).

Дренажі з ран видаляють через 24-48 год і шви знімають рано – через 4-5 діб.

Інфікування ран на шиї після операції з приводу неінфекційних (незапальних) захворювань спостерігається рідко завдяки доброму кровопостачанню тканин і органів шиї.

Після операцій на шиї з приводу запальних процесів (флегмон) та травм проникаючого характеру треба звертати увагу на загальний стан хворого, особливо температуру тіла та біль і його поширення на середостіння (медіастиніт), а також на пов'язку, зокрема просякання її кров'ю чи слиною. Останнє свідчить про кровотечу або проникаючу травму стравоходу.

За наявності фістули стравоходу хворих годують за допомогою уведеного в шлунок через ніс (або гастростому) зонда, в який вливають рідку страву. Пов'язку хворого з фістулою стравоходу або трахеї (після екстирпації гортані чи трахеостомії) треба міняти часто, а шкіру змащувати пастою Лассара та мазями, що містять кортикостероїди, для профілактики та лікування дерматиту й мацерації шкіри.

Догляд за трахеостомією.

Хворим з патологічними процесами в ділянці шиї, головним чином з пухлинами різних тканин та її органів (гортань, щитовидна залоза), стенозом гортані різного походження, в тому числі й двобічним паралічем нижньогортанних нервів, та хворим з травмами мозку нерідко буває показана трахеостомія (тимчасова чи постійна). У цьому разі медична сестра повинна стежити аби трубка в трахеостомі розташовувалась правильно, та періодично очищати її від слизу й гною шляхом їх аспірації катетером.

Якщо слиз дуже густий, його розріджують введенням у трахею 3% розчину натрію гідрокарбонату (2-3 мл) або (2-3 мл) хілотрипсину введеному у 0,9 % фізіологічному розчині. Сестра повинна вміти замінити

внутрішню трубку у разі її закупорки або випадання з трахеї. Якщо виникли якісь труднощі з виконанням цієї процедури, медсестра мусить своєчасно інформувати про це лікаря.

4.3. Догляд за хворими із захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини.

Важливе значення в своєчасній діагностиці та лікуванні гострих захворювань і пошкоджень органів черевної порожнини займає медсестринське спостереження та догляд за хворими.

Догляд за хворими з "гострим животом"

Медична сестра повинна пам'ятати, що "гострий живот" приховує у собі велику небезпеку для здоров'я хворого. Від своєчасного розпізнавання причини захворювання і надання кваліфікованої медичної допомоги залежить доля людини.

До встановлення причин захворювання і болю в животі забороняють класти грілку на живіт, давати хворим проносне, робити клізму, промивати шлунок, приймати їжу, алкоголь, знеболювальні препарати.

Біль у животі може виникати при багатьох гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (перитоніт, апендицит, холецистит та ін.), які потребують невідкладної хірургічної допомоги. І якщо вищевказані процедури виконані без показань, вони можуть погіршити стан хворих і призвести до розвитку різних ускладнень. Приймання знеболювальних засобів може утруднити діагностику, призвести до помилок, внаслідок чого буде втрачено час для термінового надання хірургічної допомоги.

При наданні медсестринської допомоги хворим з "гострим животом" пацієнта необхідно зручно вкласти в ліжку, забезпечити йому спокій, на живіт покласти міхур з льодом, викликати лікаря та терміново відправити його в хірургічне відділення.

Слід пам'ятати, що згідно з існуючим положенням, усі діагностичні, організаційні й тактичні питання при наданні невідкладної допомоги хворим з "гострим животом" повинні бути вирішені впродовж двох, максимум чотирьох годин.

Після встановлення діагнозу підготовку хворого до операції здійснюють індивідуально, залежно від характеру основного захворювання, тяжкості стану, віку й ін. передопераційна підготовка повинна бути інтенсивною і нетривалою.

Перед екстреною операцією проводять часткову санітарну обробку: миють лише забруднені ділянки тіла, дезінфікують ймовірне операційне поле, проводять гоління. Медична сестра під контролем лікаря повинна визначити групу крові хворого, відправити кров на визначення резус-фактора, виміряти температуру тіла, тиск. При термінових показаннях медсестра налагоджує внутрішньовенне вливання і з уже підключеною

системою доставляє хворого в операційну, де йому продовжують проводити необхідні заходи з корекції гомеостазу під час анестезії і операції.

Догляд за хворими з перитонітом

Лікування і догляд за хворими з перитонітом є ефективним при правильній організації ведення передопераційного і післяопераційного періоду. Хворого на перитоніт необхідно помістити в палату інтенсивної терапії, надати йому положення Фовлера, дати кисневу маску, на живіт покласти міхур з льодом, загорнувши його в пелюшку.

За призначенням лікаря необхідно поставити товстий зонд у шлунок і відсмоктати його вміст. У тяжкохворих зондування шлунка проводять у положенні лежачи на боці, з низько опущеною і ледь повернутою набік головою. При проведенні промивання шлунка слід пам'ятати, що одномоментно в шлунок можна вводити не більше 1л рідини. Не рекомендують також швидко наповнювати шлунок рідиною, це може викликати блювотний рефлекс. Після закінчення промивання для пригнічення росту і розмноження кишкової мікрофлори в шлунок необхідно ввести 200-300 мл кисню за допомогою шприца Жане. Поряд із цим, для боротьби з інфекцією за призначенням лікаря необхідно внутрішньом'язово або внутрішньовенно ввести антибіотики широкого спектру дії.

Для підвищення реактивності організму застосовують імуноглобулін, антистафілококову плазму, 5% розчин полібіоліну (5 мл). Для боротьби з інтоксикацією вводять реосорбілакт, ентеродез, неокомпенсан та ін. Для покращення мікроциркуляції – реополіглокін, реоглюман.

Для парентерального харчування переливають 200-300 г білкових препаратів (альбумін, аміноплазмаль, інфезол 40), жирові емульсії (1,5-2 г жирів на 1 кг ваги хворого) в поєднанні з амінокислотами, розчини глюкози тощо. Слід зазначити, що вливання розчинів глюкози швидко підвищує осмотичний тиск крові, відновлює водний дефіцит, підсилює перехід рідин з тканин у кров, розширює судини, збільшує діурез. Глюкозу призначають тільки з інсуліном (1 0Д інсуліну на 4-5 г глюкози). Хворим проводять комплексну вітамінотерапію, корекцію водно-електролітного обміну.

Об'єм інфузійної рідини повинен становити до 2,5-3 літри в залежності від маси тіла (з розрахунку 60-80 мл. рідини при важкому стані хворого).

З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень призначають антикоагулянти прямої дії (гепарин, клексан, фраксипарин, фленокс) під контролем стану згортальної системи крові. Одночасно проводять профілактику пневмонії (інгаляції, дихальна гімнастика, вібраційний масаж і ін.).

Передопераційна підготовка повинна здійснюватися швидко та інтенсивно. Хворого необхідно оперувати тільки після покращення його стану, діяльності серцево-судинної, дихальної систем, корекції водно-електролітного, білкового, вуглеводного і жирового обмінів.

Використовуючи комплекс адекватної терапії, у більшості випадків вдається добре підготувати хворих до операції, навіть у термінальній фазі перитоніту та з тяжким ступенем інтоксикації.

Особливістю ведення післяопераційного періоду у хворих з перитонітом є продовження лікування, яке було розпочате в передопераційному періоді і залежить від динаміки перебігу, особливостей перитоніту, характеру проведеного оперативного втручання, темпу нормалізації обміну і життєвоважливих функцій організму. Ефективність лікування контролюють за реакцією і станом хворого (пульс, артеріальний тиск, добовий діурез, біохімічні показники крові). Після закінчення операції хворого переводять у палату інтенсивної терапії.

До повернення його з операційної необхідно підготувати функціональне ліжко, розправити білизну, провітрити палату. Хворого вкладають на ліжко так, щоб у разі необхідності можна було б підійти до нього зі всіх боків. Оперовані хворі потребують пильного нагляду сестри-анестезистки до повного пробудження (впродовж 2 год). Після цього хворому надають напівсидячого положення (Фовлера) в ліжку, щоб перешкодити скупченню ексудату в піддіафрагмальному і підпечінковому просторах.

Одразу ж після операції на ділянку післяопераційної рани накладають мішок з піском або міхур з льодом для попередження виникнення гематоми. При наявності дренажів їх доточують трубками (можна від систем для переливання крові) і підключають до вакуумної системи або опускають в окремі баночки, наповнені антисептиком, і перевіряють періодично їх прохідність. При сприятливому перебізі післяопераційного періоду дренажі видаляють на 3-4 день після операції.

Назогастроінтестинальний зонд, проведений під час операції для декомпресії кишечника, теж доточують і опускають в окрему банку. Щоб зонд не турбував і не викликав болю, пролежнів, у ніздрі необхідно закапувати вазелінове, обліпихове, шипшинове чи інше масло, періодично змінювати його положення.

Поява гикавки, зригувань, блювання свідчить про непрохідність зонда. У цих випадках необхідно терміново перевірити його прохідність, промити шлунок і повідомити лікаря. Видаляють інтубаційний зонд після появи перистальтики кишечника, відходження газів та нормалізації стулу, на 5-6 день після операції.

Робити це необхідно після знеболення, повільно, без зусиль, при появі неприємних відчуттів у хворого, болю в животі необхідно на деякий час (10-15 хв.) припинити видалення зонда, оскільки він може завернутись і зав'язатись. Після видалення зонда слід перевірити його цілісність.

При наявності спраги хворому можна дозволити з другого дня після операції пити невеликими ковтками мінеральну воду. Досить часто рідина, прийнята через рот, виділяється через зонд, промиваючи шлунок і сам зонд. Годування хворих необхідно розпочинати тільки після ліквідації парезу

кишечника і відновлення перистальтики. Їжу призначають малими порціями по 6-8 раз на добу, починаючи з кефіру, перетертого супу, бульйону, чаю. Поступово в раціон включають яйця, відварне м'ясо, рибу, масло та ін.

Хворі потребують сумлінного догляду: виконання гігієнічних процедур, протирання спини, масажу м'язів ніг, рук. Необхідно слідкувати за порожниною рота, щоб не допустити стоматиту, паротиту. Одночасно проводять профілактику пневмонії: призначають содові інгаляції, дихальну гімнастику та ін. Для зменшення болю впродовж 2-3 днів призначають знеболювальні (анальгін, омнопон, промедол та ін.), снодійні. За призначенням лікаря проводять інфузійну терапію. Інтенсивна терапія у хворих з перитонітом продовжується 8-10 днів. Інколи для детоксикації організму використовують складні методи очищення крові та плазми від токсичних продуктів за допомогою гемосорбції та плазмосорбції.

Догляд за хворими з проривною виразкою

Хворих з проривною виразкою шлунка або дванадцятипалої кишки госпіталізують у хірургічне відділення. Транспортування здійснюють на ношах машини невідкладної допомоги у зручному для хворого положенні (на боці, на спині). Супроводжуючий персонал повинен спостерігати за станом хворого.

Слід пам'ятати, що хворим із сильним больовим синдромом до встановлення кінцевого діагнозу без дозволу лікаря категорично забороняють вводити знеболювальні, спазмолітичні, наркотичні препарати. Тільки за призначенням лікаря проводять протишокові заходи. Медична сестра організовує забір необхідних аналізів, проводить венопункцію і здійснює, при необхідності, введення медикаментозних засобів для корекції водно-електролітного, білкового, вуглеводного обмінів та ін.

При категоричній відмові хворого від операції йому необхідно ввести товстий зонд у шлунок і проводити постійне відсмоктування вмісту за допомогою шприца Жане або вакуумної системи. Загалом, догляд і спостереження за хворими з проривною виразкою в передопераційний і післяопераційний період здійснюється, як при перитоніті. Хворому проводять постійне відсмоктування шлункового вмісту, внутрішньовенне вливання рідин, препаратів крові, введення антибіотиків. Давати пити і годувати хворого розпочинають з 2-4-го дня після операції, з відновленням перистальтики кишечника.

Догляд за хворими з шлунково-кишковою кровотечею

Хворі з шлунково-кишковими кровотечами потребують невідкладної допомоги і повинні бути госпіталізовані у хірургічне відділення, незалежно від ступеня кровотечі і причини, що її викликала. Транспортувати хворого необхідно в лежачому положенні, на живіт треба покласти холод (міхур з льодом або холодною водою, попередньо обгорнувши його рушником чи пелюшкою). При наявності геморагічного шоку проводять інтенсивну терапію.

Якщо кровотеча виникла у стаціонарі, медична сестра зобов'язана терміново сповістити лікаря. При цьому вона повинна постійно знаходитися біля хворого, уважно спостерігати за його станом, показниками пульсу, артеріального тиску; налагодити систему для внутрішньовенного вливання. За призначенням лікаря вона проводить інфузійну терапію і виконує необхідні маніпуляції.

Якщо стан хворого покращився і немає ознак продовження кровотечі, хворому призначають консервативне лікування і динамічне спостереження. При наявності ознак продовження кровотечі і погіршенні стану хворого виконують екстрене хірургічне втручання. Після операції на шлунку у хворих можуть виникати скарги на біль в епігастрії, відрижку, гикавку та ін. внаслідок атонії (парезу) кишківника.

При перших ознаках застою необхідно за участю лікаря ввести зонд у шлунок і відсмоктати його вміст шприцом Жане або залишити зонд для постійного пасивного виділення шлункового вмісту. Медсестра повинна слідкувати за станом зонда, виділеннями з нього. Одночасно за призначенням слід ввести засоби, що тонізують мускулатуру шлунка (60-70 мл 10% розчину хлориду натрію; 1 мл 0,05% розчину прозерину; 10-20 ОД пітуїтрину). Моторно-евакуаторна функція оперованого шлунка, як правило, відновлюється на 3-4 добу.

Особливою небезпекою є неспроможність швів, накладених на шлунок, або створеного анастомозу, що може спричинити розвиток перитоніту. Медична сестра повинна слідкувати за станом дренажів черевної порожнини, контролювати виділення із них. Поява в дренажних трубках крові або шлункового вмісту є ознакою кровотечі або недостатності швів шлунково-кишкового анастомозу. При нормальному перебізі післяопераційного періоду дренажні трубки видаляють на 3- 4 добу. Годування розпочинають тільки з дозволу лікаря, який оперував хворого.

Поряд із цим, у хворих проводять заходи для корекції гомеостазу. Гемотрансфузійну терапію проводять за показаннями. Цільну донорську кров переливають лише у тих випадках, коли неможливо отримати її компоненти (еритроцитарну масу, плазму та ін.). Переливати еритроцитарну масу слід із свіжозамороженою плазмою у співвідношенні 1:3.

Після виписування хворих із стаціонару для подальшої реабілітації їх направляють на санаторно-курортне лікування (Моршин, Поляна Квасова, Миргород та ін.) і ставлять на диспансерний облік.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих після операцій на шлунку:

1. Положення хворого: а) 1-2 год після операції – горизонтальне; б) через 3-4 год. після операції – напівсидяче.
2. Вставання хворого: а) з першого дня активна гімнастика, в тому числі дихальна; б) з третього дня – сидіти і вставати з ліжка; в) 4-5 день – ходити.

3. Знімання швів: а) 7-й день – знімання швів "через один"; б) 8-й день – знімання решти швів.

4. Догляд за шлунково-кишковим трактом: туалет порожнини рота, масаж підщелепних та білявушних слинних залоз, введення назогастрального зонда для декомпресії кулки шлунку, промивання шлунку 1% розчином бікарбонату натрію або 1:10000 розчином марганцевокислого калію, введення 200 см³ кисню.

5. Дієта: 1-й день: полоскання порожнини рота кип'яченою або мінеральною водою; 2-й день: ковтками через 15-20 хв. – несолодкий чай, відвар тмину, шипшини; 3-й день: при появі перистальтики – лужні мінеральні води, солодкий чай; 4-й день: якщо відходять гази – лужні мінеральні води, кефір, нежирний бульйон, солодкий чай; 5-6 день: фруктові соки, компот, перетертий суп, манна каша, кефір, сметана, білі сухарі; 7-8 день: сирі яйця, фруктові соки, перетертий суп, йогурт, кефір, компот, сметана, манна каша, парові котлети, картопляне пюре, білі сухарі; 9-10-й день: стіл 1а; 11-й день: стіл 1б; 12-й день: стіл 1; 13-14 день: стіл 15.

Догляд за хворими з апендицитом

У більшості випадків хворі на гострий апендицит своєчасно звертаються за медичною допомогою і не потребують особливої передопераційної підготовки. У випадку пізнього звертання за допомогою, наявності гострого апендициту, ускладненого перитонітом, хворого готують до операції, як при перитоніті. Після апендектомії при неускладненому гострому апендициті післяопераційний період протікає, як правило, без ускладнень. Для зменшення болю хворим впродовж 1-2 днів призначають знеболювальні, інколи — наркотики. Якщо немає ускладнень, дозволяють сидати і вставати на 2-3-й день після операції. З появою перистальтики кишечника (кінець 2-3 доби) хворим дозволяють приймати їжу, спочатку воду, кефір, потім розширюють дієту. Першу перев'язку проводять на 2-й день після операції. Дренажі видаляють залежно від перебігу післяопераційного періоду (3-4-а доба). При відсутності ускладнень виписування хворого із стаціонару здійснюють на 7-8 день.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих після апендектомії:

I. Режим: 1. 1-й день: а) хворий знаходиться в ліжку (бажано – функціональному); б) проводити дихальну гімнастику і ЛФК (рухи руками і ногами); в) у кінці дня можна повертатись на правий бік. 2. Вставання хворого з ліжка: а) при хронічному і гострому апендициті – на 2-3 день (індивідуальний підхід); б) при сприятливому перебізі післяопераційного періоду у хворих з деструктивними формами апендициту – на 4-5 день, при ускладненнях – строго індивідуальний підхід.

II. Перев'язка кожен день. Догляд за дренажами. Зняття швів: а) 6-й день – зняття швів "через один"; б) 7-й день – зняття всіх швів.

III. Дієта: а) при перебігу післяопераційного періоду без ускладнень:

1-й день – голод, змочування губ; 2-й день, якщо у хворого відходять гази – несолодкий чай, мінеральна вода, кефір, йогурт; 3-й день – кефір, овочевий суп, рідка манна каша; 4-6 день, після нормалізації стулу – стіл №15; б) при ускладненнях – строго індивідуальний підхід.

IV. Основні призначення медикаментів і маніпуляцій: 1) 1-2 день – розчин промедолу 1- 2% – 1,0 або 2,0 мл підшкірно – при болях; 2) антибіотики (відповідно до чутливості мікрофлори) – при гострому, особливо деструктивному апендициті; 3) содові інгаляції, гірчичники на грудну клітку, вібраційний масаж, дихальна гімнастика – для профілактики і лікування запальних процесів дихальних шляхів; 4) газовивідна трубка – на 2 день, гіпертонічна клізма при стійкому метеоризмі – на 3 день, акт дефекації повинен бути на 3-4 день.

V. Виписування хворого із стаціонару при відсутності ускладнень на 7-8 день.

Догляд за хворими з гострим холециститом.

Хворих на гострий холецистит госпіталізують тільки в хірургічне відділення. Медична сестра слідкує за виконанням призначень, ставить йому холод на праве підребер'я, готує систему для інфузійної терапії, проводить переливання трансфузійних та медикаментозних засобів. При цьому слідкує за загальним станом хворого, визначає температуру тіла, рахує пульс, вимірює артеріальний тиск.

Про всі зміни в стані хворого своєчасно інформує лікаря.

Хворому проводять часткову санітарно-гігієнічну обробку тіла, виконують необхідні додаткові дослідження (загальний аналіз крові, сечі, визначення групи крові, Rh-фактора, рівня білірубину та ін.). Особливої підготовки потребують хворі з гострим холециститом, ускладненим механічною жовтяницею, при якій порушується функція печінки, не засвоюються жири і особливо вітамін К. Нестача вітаміну К призводить до порушення згортання крові і підвищеної кровоточивості.

Для її попередження необхідно своєчасно хворим ввести вікасол, хлорид кальцію, провести переливання плазми, фібриногену та інші.

У післяопераційний період хворим після холецистектомії через 3-4 год після операції надають напівсидячого положення в ліжку. У перші два-три дні призначають знеболюючі препарати (анальгін, баралгін, спазмалгон тощо), наркотичні препарати (омнопон, промедол й ін.). У цей же період здійснюють інфузійну терапію: вливають 5% розчин глюкози з інсуліном, ізотонічний розчин натрію хлориду (2,5-3 л на добу), реополіглюкін, перфторан.

З другого дня після операції дозволяють вживати малими ковтками мінеральну воду без газу або несолодкий чай, відвар шипшини, тмину. Після лапароскопічної холецистектомії хворим дозволяють вставати на другий день після операції, після лапаротомної – на 3-4 день.

При операціях, що закінчуються дренажуванням загальної жовчної протоки, в післяопераційному періоді медична сестра повинна слідкувати,

щоб дренажна трубка не випала з рани; щоб вона нормально функціонувала; щоб виділення з трубки збирались у банку; доповідає лікареві про зміну кольору, кількість виділеної жовчі. Після затихання запального процесу в жовчних шляхах з 7-8-го дня після операції кінець дренажної трубки затискають або піднімають на 1-2 год. вище тіла хворого, потім цей термін продовжують, тобто "тренують" загальну жовчну протоку, щоб вона функціонувала без труднощів і коли хворий з перетиснутою дренажною трубкою почуває себе добре, останню видаляють через 2 доби.

Якщо стан хворого покращується, жовтяниця спадає, лікар на 12-14 день після операції при необхідності проводить контрольну холедохографію (через холедохостомічну трубку в загальну жовчну протоку повільно вводить контрастну речовину 10 мл діодону або діодрасту, білігносту, тріомбрасту та ін.). Якщо загальна жовчна протока прохідна, контрастна речовина вільно поступає в дванадцятипалу кишку, дренажну трубку видаляють. При тривалих жовчних норицях, значних втратах жовчі її необхідно збирати в чистий посуд і через 15-20 хв після їжі давати пити хворому.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих після холецистектомії:

I. Положення хворого: через 3-4 год. після операції – напівсидяче.

II. Вставання хворого: 1. Після лапаротомної холецистектомії – а) в перші два дні активна гімнастика; б) з другого дня сидіти в ліжку; в) з третього дня вставати; г) з четвертого дня починати ходити (індивідуальний підхід). 2. Після лапароскопічної холецистектомії – вставати і ходити з другого дня після операції.

III. Щоденні перев'язки. Зняття швів: 7-8-й день після операції.

IV. Дієта: 1-й день – внутрішньовенне введення рідин, кровозамінників спрямованої дії; 2-й день – при появі перистальтики ковтками чай, переварену, мінеральну воду, внутрішньовенне введення рідин, кровозамінників; 3-й день – ковтками чай, мінеральну воду, відвар шипшини, кефір, йогурт, внутрішньовенне введення рідин, білкових препаратів; 4-й день – слабкий чай з цукром (1 склянка), кефір, йогурт, вегетаріанський суп 150 г; 5-й день – слабкий чай з цукром (1 склянка), морквяний сік – 100 г, перетерта гречана каша з маслом або рідкий суп (150 г); 6-й день – сир зі сметаною (150 г), морквяне пюре (150 г) з маслом – 5 г, вегетаріанський суп (150 г); 7-й день – чай з молоком або відвар шипшини (1 склянка), перетерта гречана каша з маслом або картопляне пюре (100 г), перетертий вегетаріанський борщ із сметаною – 250 г, сухарі, парові котлети; 8-й день – фруктові соки (1 склянка), вегетаріанський суп (200-250 г), сир зі сметаною (150 г), рідкий суп, сухарі або черствий білий хліб, картопляне пюре; 9-11 день – дієта №5.

Догляд за хворими з гострим панкреатитом.

Хворі на гострий панкреатит потребують особливого догляду. В окремих випадках, при вкрай важкому перебігу, гострий панкреатит може перебігати дуже тяжко і протягом 1-2 діб закінчитись смертю. А тому

медична сестра повинна, перш за все, сумлінно виконувати всі лікарські призначення, слідкувати за станом шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та дихальної систем.

При наявності нудоти, блювання необхідно ввести зонд у шлунок і промити його. У хворих з тяжким перебігом гострого панкреатиту проводять постійне видалення вмісту через тонкий назогастральний зонд (постійна декомпресія шлунка). Медична сестра повинна слідкувати за його функцією та характером виділень. При неускладненому перебізі гострого панкреатиту хворим дозволяють пити на другий день захворювання. При цьому вода повинна бути лужною і не містити газу. При її відсутності готують спеціальний 0,5% або 1% розчин натрію бікарбонату. Тяжкохворим з явищами вираженої інтоксикації проводять інтенсивну трансфузійну терапію за допомогою катетеризації великих судин (підключичної, плечової, великої підшкірної вени нижньої кінцівки та ін.).

Медична сестра повинна постійно стежити за станом венозного катетера, системи та ретельно проводити переливання згідно з призначеннями лікаря. При тривалому введенні лікарських препаратів можливе тромбування катетера. У таких випадках інфузію припиняють і пунктують або знову проводять катетеризацію іншої вени. В кінці інфузії катетер заповнюють гепарином (0,1 мл гепарину). При появі скарг або погіршенні стану здоров'я хворого медична сестра зобов'язана викликати лікаря.

При розвитку панкреонекрозу стан хворого різко погіршується, підвищується температура ($38,5-39,5^{\circ}\text{C}$), виникає лихоманка, розвиваються тяжкі розлади функції печінки, нирок, водно-сольового обміну та ін. Лікування цього ускладнення потребує значних зусиль і медикаментозних затрат. У цих випадках досить часто застосовують хірургічне лікування.

У післяопераційний період необхідно слідкувати за станом дренажів, своєчасно їх промивати. Необхідно контролювати виділення з рани, бо панкреатичний сік може викликати її роз'їдання і мацерацію шкіри навколо неї. У цих випадках потрібно активно відсмоктувати сік за допомогою електричного або водного апарата, своєчасно міняти пов'язку, застосовувати цинкову мазь або пасту Лассара навколо дренажів.

При сприятливому перебігу панкреатиту хворим після 3-4-х днів голоду дозволяють пити воду, потім несолодкий і неміцний чай по 20-30 мл через 20-30 хв. Якщо при цьому не виникають больові відчуття, кількість рідини збільшують і додають 50-100 мл нежирного кефіру, кислого молока. В подальшому призначають щадну дієту: дають манну кашу, слизові супи, картопляне або яблучне пюре.

На другому тижні захворювання призначають механічно і хімічно щадну їжу. Дієта в основному повинна бути вуглеводною, без екстрактивних речовин: супи овочеві, нежирне м'ясо, овочеві і круп'яні пудинги. Протягом наступних двох місяців з дієти виключають жирне м'ясо, смажену рибу, гострі й кислі страви та приправи.

Схема дієти для хворих з гострим панкреатитом: 3-5 днів – голод (залежно від тяжкості захворювання), ковтками лужну мінеральну воду без газу ("Лужанська") або содовий розчин, на верхню половину живота кладуть холод, внутрішньовенно здійснюють введення рідин (2-3 л), вітамінів групи В (В2, В6, В12), нікотинової, аскорбінової кислоти; 6-й день – дають лужну мінеральну воду, стакан узвару шипшини, кефір, йогурт, внутрішньовенно вводять кристалоїдні, білкові розчини, вітаміни; 7-й день – узвар, рідка манна каша (100 г), продовжують внутрішньовенне введення гемотрансфузійних засобів, вітамінів; 8-й день – рідкий суп (150 г) або протертий сир (100 г), картопляне пюре; 9-й день – узвар (1 склянку), парові котлети або холодне відварне м'ясо, картопляно-морквяне пюре (150 г); чай з молоком або фруктовো-ягідний компот (200 г); 10-й день – сир протертий (150 г), парові котлети (100 г), черствий білий хліб (25 г), чай з молоком, супи; 11-й день – дієта № 5а.

Для повної реабілітації таких хворих направляють на санаторно-курортне лікування (Трускавець, Гусятин, Моршин, Поляна Квасова та ін.).

Догляд за хворими з гострою кишковою непрохідністю

Хворих з гострою кишковою непрохідністю госпіталізують у хірургічне відділення. При нез'ясованому діагнозі слід утримуватися від застосування промедолу і ненаркотичних аналгетиків. Усім хворим з гострою кишковою непрохідністю, а також тим, у яких це захворювання не виключають, спочатку призначають консервативне лікування, яке проводять у максимальному об'ємі, паралельно з обстеженням хворого. Слід пам'ятати, що хворі з гострою кишковою непрохідністю – це тяжкохворі, дратівливі, у яких додаткові рухи, медичні маніпуляції можуть провокувати переймоподібні напади болю, блювання та ін.

Таких пацієнтів поміщають в окремі палати або палати інтенсивної терапії. Для звільнення верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у шлунок (краще у дванадцятипалу кишку) вводять зонд і за допомогою шприца Жане відсмоктують вміст і промивають шлунок. Поряд із цим, призначають сифонну клізму, яка розвантажує товсту кишку. Ці маніпуляції повинен проводити лікар за участю медичної сестри. В окремих випадках під час обстеження, проведення лікувальних прийомів можна ліквідувати кишкову непрохідність. Так, під час колоноскопії (ендоскопічне дослідження товстої кишки) можна подробити і видалити калові камені; при роздуванні товстої кишки повітрям можна розправити інвагінат.

При сприятливому перебізі кишкової непрохідності стан хворого покращується, припиняється нудота, блювання, відходять гази, з'являється стул. За хворим наглядають і продовжують консервативну терапію. У тих випадках, коли непрохідність кишечника проявляється блюванням, значним здуттям живота, погіршенням стану хворого, необхідно вирішувати питання про хірургічне лікування.

При наявності клінічних ознак обструкції кишки на фоні проводи мого лікування (різка локальна болючість, симптоми подразнення очеревини,

здуття живота, відсутність перистальтики, “шум плеску” та ін.) є абсолютним показанням до операції. Консервативне лікування у цих хворих проводять у рамках передопераційної підготовки. У хворих із встановленим діагнозом гострої кишкової непрохідності передопераційна підготовка та інтенсивна терапія повинні тривати не більше 2-х год.

Особливої уваги і догляду потребують хворі з кишковою непрохідністю в післяопераційний період. Хворим продовжують інфузійну терапію; переливають гемокоректори, білкові препарати в об'ємах, які забезпечують нормалізацію білкового, водно-електролітного обміну та об'єму циркулюючої плазми. Поряд із цим, проводять профілактику інфекційних ускладнень, здійснюють боротьбу з легeneвими ускладненнями, серцево-судинними розладами (дихальна гімнастика, ін'єкції кордіаміну, введення серцевих глікозидів й ін.). Хворі знаходяться в ліжку в напівсидячому положенні (положення Фовлера). У перші 2-3 дні їм призначають болезаспокійливі наркотичні препарати.

Медичний персонал повинен приділяти велику увагу догляду за станом інтубаційного зонда.

Догляд за інтубаційним зондом

При наявності виділень застійного кишкового вмісту його потрібно постійно відсмоктувати і при цьому промивати зонд. Досить ефективним засобом при цьому є введення кисню в кількості 250-300 см³ через зонд у кишечник. Введений кисень пригнічує ріст і розмноження патогенної мікрофлори (особливо анаеробної), стимулює перистальтику кишечника.

Хворим у перші дні після операції з приводу кишкової непрохідності забороняють приймати їжу. Пити дозволяють з 2-3-го дня, приймання рідкої їжі – після появи перистальтики кишечника (3-4 доба). При відсутності перистальтики проводять її медикаментозну стимуляцію (розчин прозерину, хлористого натрію, гіпертонічну клізму).

При нормальному перебізі післяопераційного періоду інтубаційний зонд видаляють на 5-6 добу після появи перистальтики (як при перитоніті) та самостійно випорожнення кишечника.

Дренажні трубки з черевної порожнини видаляють, залежно від перебігу післяопераційного періоду (4-5 доба). Шви знімають на 8-9 добу, в осіб літнього віку і ослаблених – на 10-12 день після операції. При відсутності ускладнень виписування із стаціонару здійснюють на 12-14 день.

Догляд за хворими з грижами

Основний метод лікування хворих на грижу – оперативний. Для нормального перебігу післяопераційного періоду необхідно приділяти особливу увагу підготовці кишечника, оскільки нерідко хворі страждають запорами. За 3-4 дні до операції їм призначають послаблювальні засоби. Напередодні операції ставлять очисну клізму.

В післяопераційний період у хворих з паховими грижами для попередження набряку калитки, орхіту і епідидиміту необхідно накласти суспензорій з таким розрахунком, щоб калитка була піднята доверху і лежала

на животі. Протягом перших 4-5 днів хворим призначають ліжковий режим. Для попередження рецидиву хворим призначають носіння бандажу або спеціальних поясів.

Особливої уваги заслуговують хворі після операції з приводу великих гриж, які супроводжувались значним виходом внутрішніх органів. Слід пам'ятати, що після операції у цих хворих значно підвищується внутрішньочеревний тиск, що призводить до високого стояння діафрагми, утруднення дихальних рухів легень та серцевої діяльності. З метою попередження легенево-серцевих ускладнень за 2-3 тижні перед операцією хворим призначають спеціальні дихальні вправи, вправляють гризовий вміст і проводять туге бинтування живота або надають положення Тренделенбурга (ледь піднятий ніжний кінець ліжка) і теж проводять вправлення гризового вмісту. В післяопераційний період таким хворим проводять дихальну гімнастику, лікувальну фізкультуру, накладають бандаж або спеціальний пояс для укріплення передньої черевної стінки в перші дні після операції.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих на грижу

I. Режим: 1) 1-й день – а) хворий знаходиться в ліжку (бажано – функціональному); б) проводити дихальну гімнастику і ЛФК (рухи руками і ногами). 2) Вставання хворого з ліжка: а) при неускладненій паховій, стегновій, пупковій грижах – на 2-3 день (індивідуальний підхід); б) при сприятливому перебізі защемлених гриж – на 3-4 день; в) після великих вентральних гриж – індивідуальний підхід.

II. Зняття швів: а) при неускладнених грижах перев'язка на 2-й день, на 6-й день – зняття швів "через один", на 7-й день – зняття всіх швів; б) при великих черевних ускладнених грижах – підхід індивідуальний.

III. Дієта: а) при перебізі післяопераційного періоду без ускладнень: 1-й день – голод, ковтками кип'ячену воду, мінеральну воду; 2-й день – несолодкий чай, мінеральну воду, кефір, йогурт, сирі яйця; 3-й день – суп, манна каша, картопляне пюре; 4-7 день – стіл №15; б) при ускладнених грижах – індивідуальний підхід.

IV. Основні призначення медикаментів і маніпуляцій при неускладнених грижах: 1) розчин промедолу 1-2% 1,0-2,0 мл підшкірно 1-2 дні; 2) дихальна гімнастика, ЛФК у ліжку, содові інгаляції, гірчичники за показаннями. При ускладнених грижах – підхід індивідуальний.

V. Випускання хворого із стаціонару – 7-8 день. У хворих з ускладненими грижами і нетиповому перебізі післяопераційного періоду – підхід індивідуальний.

Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки

Хворих із захворюваннями прямої кишки відносять до особливої групи, яка вимагає великої уваги та професійних навичок. Особливу увагу необхідно приділяти хворим, яких готують до операції. Навіть незначні упущення в підготовці можуть призвести до фатальних наслідків. Хворих

готують до операції за 3-5 днів. Особливу увагу приділяють дієті, вона повинна бути висококалорійною і безклітковинною. За 2-3 дні до операції призначають проносні засоби (15-30% розчин сульфату магнію по 1ст. ложці 6-8 разів на день або рицинову олію по 1ст. ложці 4-5 разів на день). Крім цього, очищають товстий кишечник за допомогою очисних клізм вранці і ввечері.

Для профілактики нагноєння ран і розходження швів кишечника за 3 дні до операції хворому призначають антибіотики, що діють переважно на кишкову мікрофлору (тетрациклінова, левоміцетинова групи, аміноглікозиди та ін.).

При операціях на прямій кишці в день операції кишечник очищають сифонною клізмою до "чистої води". Крім того, проводять туалет промежини за допомогою спиртового розчину хлоргексидину, кутасепту, 0,5% розчину перманганату калію та ін. У перші дні після операції на прямій кишці важливе значення має дотримання дієти. Пити хворим дозволяють з 2-го дня після операції, з 3-го дня (індивідуальний підхід) можна давати рідку, калорійну, безклітковинну їжу (манна каша, кефір, йогурт, сирі яйця, перетертий суп та ін.). Забороняють давати хліб, фрукти, молочні продукти. На 5-6 день призначають послаблюючі по 20-30 мл рідкого вазелінового масла, регулакс, дуфалак і, тільки з 7-8-го дня, можна ставити очисну клізму.

Медична сестра повинна слідкувати за трубкою, яку поміщають у пряму кишку. Ліжко повинно бути захищене клейонкою. Після акту дефекації хворий повинен прийняти сидячу ванну зі слабким розчином перманганату калію, після чого йому потрібно замінити пов'язку.

Догляд за колостомою

Особливого догляду потребують хворі з каловими норицями, які накладають при пухлинах прямої та сигмоподібної кишки. Цим хворим потрібно частіше проводити перев'язки, слідкувати за калоприймачем. Після кожного випорожнення кишечника необхідно промити стому і на виступаючу частину слизової накласти серветки, змочені вазеліновим маслом. Шкіру навколо нориці необхідно змазувати пастою Лассара, цинковою маззю, десятин або іншою індиферентною маззю. Після формування нориці і загоєння операційної рани для зменшення подразнення шкіри потрібно проводити гігієнічні ванни 1 раз в 2-3 дні і забезпечити хворого одноразовими калоприймачами.

Догляд за хворими з пошкодженнями живота

Важливим завданням догляду за хворими з пошкодженнями живота є організація транспортування потерпілого в лікувальний заклад. Госпіталізація здійснюється, як правило, бригадою швидкої медичної допомоги. Для попередження ускладнень під час транспортування потерпілих вкладають на спину. При цьому необхідно ретельно спостерігати за станом хворого, слідкувати за диханням, пульсом, при необхідності ввести серцеві, протишокові засоби. В холодну пору року необхідно провести заходи для попередження переохолодження хворого.

Потерпілих з травмою живота, ускладненою пошкодженням внутрішніх органів, кровотечею, перитонітом, готують до невідкладної операції за загальними правилами підготовки хворого до ургентної операції. Слід пам'ятати, що інколи хворі з травмою живота мають поєднану травму живіт + грудна клітка або переломи кісток, чи комбіновану травму (травма живота + опіки шкіри або радіаційне ураження). Тому такі хворі потребують індивідуального підходу до надання їм першої допомоги і догляду в кожному конкретному випадку травми.

Особливої уваги потребують хворі з травмою живота в післяопераційний період. Інколи вони знаходяться без свідомості або бувають збудженими, їх доводиться прив'язувати (фіксувати) до ліжка, щоб хворі не зривали пов'язку та ін. Для попередження пролежнів таких хворих необхідно періодично повертати, проводити масаж спини, слідкувати за станом ліжка.

Білизна повинна бути чистою, гладкою. Тяжкохворих необхідно покласти на функціональні ліжка чи спеціальні надувні матраци. У них необхідно слідкувати за станом зонда, своєчасно видаляти вміст шлунка, кишечника і промивати їх. При підтіканні вмісту з зонда, дренажів (кров, жовч, кишковий вміст, сеча) необхідно сповістити лікаря. При відсутності ускладнень післяопераційний догляд за хворими здійснюється за загальними правилами післяопераційного догляду за хворими на органах черевної порожнини.

Годувати і давати пити хворим можна тільки з дозволу лікуючого лікаря. Приймання води і їжі проводять малими порціями з ложки або напувальника. Мінеральна вода повинна бути теплою лужною і без газу (відкритою), їжа – висококалорійною, легкозасвоюваною, напіврідкою, багатою на вітаміни.

4.4. Догляд за тяжкохворими та хворими, що агонують.

Смерть – це припинення спонтанного кровообігу і дихання, що супроводжується необоротним ураженням всіх функцій мозку. Процес настання необоротних патологічних змін в організмі називають вмиранням. Існує декілька типів вмирання.

Першу групу складають хворі, вмираючі при безуспішній серцево-легеневої реанімації з трьома можливими результатами:

- 1) смерть настає негайно після припинення реанімаційних заходів;
- 2) розвивається багатоденна і багатотижнева постреанімаційна хвороба, яку відносять, зокрема, і до вмирання;
- 3) виникає стійкий вегетативний стан з безповоротною втратою функції кори головного мозку.

Друга група. До неї входять хворі старечого віку, у яких відбувається поступове згасання життєвих функцій при збереженій або неадекватній свідомості.

Третя група. Цей тип вмирання спостерігається при важкій патології, яка теоретично через різні обставини не піддається інтенсивній терапії (синдром гострого пошкодження легені, кардіогенний шок, перитоніт).

Нарешті, в **четверту групу** включають вмирання при невиліковній хворобі (травма, несумісна з життям, злоякісна пухлина). Всі вказані типи вмирання неминуче закінчуються смертю, і вмирання за своєю суттю стає діагнозом. Якщо для видужуючого хворого потрібна інтенсивна терапія, медичні дії, направлені на ліквідацію фізичних страждань, а також дію на психіку, то вмираючий хворий інтенсивного лікування не потребує.

У зв'язку з цим в останні десятиліття все більший розвиток отримує так званий комфортний підтримуючий догляд. Його особливістю є:

- 1) обмеження інвазивних методів (катетеризація, пункція);
- 2) скорочення діагностичних маніпуляцій;
- 3) ретельний гігієнічний догляд;
- 4) адекватне знеболення;
- 5) адекватне харчування;

6) психологічний комфорт, який забезпечується оточенням родичів, психотерапевтом, священником або транквілізаторами. Переклад на комфортний підтримуючий догляд здійснюють за рішенням самого хворого або законних представників за рекомендацією лікаря, що має повну інформацію про характер патології і прогноз.

Особливу групу складають хворі із стійким вегетативним станом. Їх характеризує те, що вони не страждають, оскільки відсутня свідомість (з тієї ж причини не можуть ухвалити рішення про припинення або зміну лікування), і ніколи не вилікуються. При адекватному догляді такий стан може тривати роками. Найчастіше хворі зі стійким вегетативним станом гинуть від інфекції сечовивідних шляхів і легеневих ускладнень.

Належний медичний догляд за хворими із стійким вегетативним станом включає:

- адекватне харчування і гідратацію, яку зазвичай здійснюють за допомогою шлункового зонда;
- забезпечення фізіологічних відправлень природним чином за допомогою катетера, клізми;
- гігієнічний догляд, що включає і обробку порожнини рота, яка часто є джерелом інфікування;
- проведення фізіотерапії, гімнастики і масажу;
- профілактику і лікування інфекційних, запальних і некротичних ускладнень (гіпостатична пневмонія, пролежні, паротит, інфекція сечовивідних шляхів) тощо.

РОЗДІЛ 5. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ У ВІДДІЛЕННІ ГНІЙНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ.

5.1. Організація роботи відділення гнійної хірургічної інфекції.

Висока актуальність проблеми догляду за хворими з гострою гнійною хірургічною інфекцією обумовлена тим, що кількість пацієнтів з даною патологією має тенденцію до збільшення, досягаючи 35 - 40% від усього контингенту поліклінік і хірургічних стаціонарів. Як наслідок, збільшуються витрати на лікування хворих, що викриває не тільки лікувальну, але й соціальну значимість проблеми, яка розглядається. Невипадково велика кількість хірургічних форумів останніх десятиліть повністю присвячені саме цим питанням.

Асептика і антисептика є епохальними досягненнями, без яких неможливе існування і розвиток сучасної хірургії. Один із принципів асептики передбачає обов'язковий поділ усіх хворих на два потоки – «чисті» і «гнійні». Це необхідно для попередження розвитку гнійно-септичних ускладнень, що часто нівелюють роботу хірурга, який віртуозно володіє скальпелем. Ці ускладнення складають найбільшу частину захворювань, які отримали назву внутрішньолікарняна інфекція, яка в даний час набуває рис епідемії.

У більшості міських і районних лікарень, де функціонує одне загальнохірургічне відділення, для «гнійних» хворих виділяють спеціальні палати і перев'язочну, яка знаходиться у тому ж самому відділенні, але окремо. У великих лікувальних закладах, де існує декілька хірургічних відділень, одне з них призначене для хворих із гнійно-септичними захворюваннями. У ряді випадків лікування цієї патології здійснюють у спеціалізованому «гнійному» стаціонарі. Такий медичний підрозділ носить назву відділення (стаціонар) хірургічної інфекції, яке функціонує відповідно вимогам для інфекційних відділень, і воно має відповідний офіційний статус.

У відділення хірургічної інфекції госпіталізують хворих із гострими гнійними захворюваннями м'яких тканин, у тому числі із фурункулумом, фурункульозом, карбункулумом, абсцесом, флегмоною, гідраденітом, бешихою, лімфангітом, лімфаденітом. Тут же лікують гнійні рани, трофічні виразки, нориці, гангрені, некрози, перитоніт, емпієму плеври, медіастеніт та іншу патологію.

Архітектурне планування «гнійного» відділення підлягає єдиній вимозі, що забезпечує ізоляцію хворих із хірургічною інфекцією. Починаючи із приймального відділення, при госпіталізації створюють самостійний потік пацієнтів, який виключає контакт із хворими із інших відділень. У відділенні є всі необхідні підрозділи, приміщення і обладнання, що дає можливість проведення діагностичних, лікувальних заходів і виконання необхідного санітарно-протиепідемічного режиму.

У відділенні хірургічної інфекції є своя операційна, де здійснюються всі види втручань, які необхідні при лікуванні даного контингенту хворих. У

перев'язувальній проводять зміну пов'язки на гнійній рані, пункцію порожнин і абсцесів, що містять гній, виконують хірургічну обробку гнійного вогнища, введення дренажів у плевральну порожнину при емпіємі плеври. Під час маніпуляцій притримуються аподактильного (не торкаючись пальцями) методу роботи.

Зовнішній вигляд співробітників відділення, їх одяг, поведінка у «гнійній» перев'язувальній підлягають стандартним вимогам. У перев'язувальню входять у звичайному лікарняному одязі, при виконанні процедур рекомендують закривати рукава і надягати спеціальні нарукавники (манжети), їх легко змінити при забрудненні. При постійній роботі у «гнійній» перев'язувальній поверх халату надягають фартух із нагрудником, який щоденно дезінфікують, а в міру забруднення протирають дезрозчином.

Протиепідемічний режим у відділенні хірургічної інфекції включає поточну і заключну (генеральну) дезінфекцію. При поточній дезінфекції щоденно протирають меблі, радіатори, підвіконники у палатах, коридорах та інших приміщеннях, проводять двічі на день вологе прибирання. Один раз у 7-10 днів виконують генеральне прибирання, під час якого підлогу, вікна, двері, стіни протирають дезінфікуючим розчином. Ці заходи проводять за відсутності хворих. Особливо уважно здійснюють щоденне і генеральне прибирання у процедурній.

Весь інвентар, ємності, ганчірки, відра для прибирання палат, коридорів і туалетів дезінфікують окремо. Для цього після миття підлоги м'який інвентар поміщають у використане відро із дезрозчином, а після закінчення необхідної експозиції ганчірки прополіскують у проточній воді і сушать. Це проводять у спеціально відведеній санітарній кімнаті.

Приміщення провітрюють 4 рази на добу. У перев'язувальній і в процедурній встановлюють бактерицидні лампи на висоті 2 м. Один опромінювач ОБН-150 застосовується на 30 куб. м приміщення, ОБН-300 – на 60 куб. м. Повітря підлягає ультрафіолетовому опроміненню за графіком і при відсутності людей. При недостатній природній вентиляції через кожні 1,5-2 години горіння опромінювача приміщення провітрюють протягом 30-40 хвилин. При включенні ламп допускається короткочасна присутність персоналу в захисних окулярах.

Співробітники бактеріологічної лабораторії чи санепідемстанції не рідше 1 разу на місяць контролюють режим роботи перев'язочної. Досліджуючи мікробну забрудненість, беруть змиви і мазки із каталок для хворих, рушників для рук персоналу, халатів медпрацівників, рук працівників у перев'язувальній, з перев'язувального та інструментального столу. Періодично виконують посіви із умивальників, раковин, стоків води, які може населяти вологолюбива флора.

5.2. Клінічна гігієна медичного персоналу у відділенні гнійної хірургічної інфекції.

У відповідності із трудовим законодавством на роботу у відділення хірургічної інфекції приймають осіб не молодше 18 років. Для всіх працівників обов'язковий медичний огляд. Тих, хто страждає на відкриту форму туберкульозу, венеричні і заразні захворювання шкіри та слизових, на роботу не приймають. У подальшому не рідше 1 разу на рік всі працівники проходять медичне обстеження. Якщо в працівників, які знову поступають на роботу, чи у тих, хто вже працює, виявляють носійство патогенних мікроорганізмів, то вирішують питання про допуск їх до роботи і про проведення необхідного лікування.

При поступанні на роботу керівник відділення проводить із персоналом інструктаж з питань охорони праці і правил виконання своїх функціональних обов'язків, а з молодшим медичним персоналом – технавчання, під час якого набуваються мінімальні спеціальні знання. Інструктаж включає пояснення специфічних особливостей роботи у відділенні, хірургічної інфекції, правила особистої гігієни і санітарно-протиепідемічного режиму, правила внутрішнього розпорядку для персоналу і хворих. У подальшому не рідше, ніж через 6 місяців проводять повторний інструктаж, на якому дають деталізовані настанови про виконання заходів із попередження зараження, про відповідну поведінку персоналу та виконання техніки безпеки. Інформацію про те, що інструктаж проведений, реєструють у спеціальному журналі обліку.

Персонал відділення хірургічної інфекції має постійний і безпосередній контакт із хворими, їх виділеннями, об'єктами оточуючого середовища, і таким чином, підлягає небезпеці зараження через їжу, воду, повітря, руки, зовнішні покриви тіла і т.д. При цьому вірогідна передача інфекції не тільки співробітникам, членам їхніх родин, але й іншим хворим, що знаходяться у стаціонарі.

Для обслуговуючого персоналу виділяють побутові приміщення: роздягальню, душову, кімнату для прийому їжі і відпочинку, туалет. Приходячи на роботу, співробітники переодягаються. Верхній одяг і взуття зберігають окремо від санітарного (сукня чи костюм, медична шапочка чи хустина, капці) у індивідуальних шафах, які періодично знезаражують. Не допускають використання тканинного взуття. Після закінчення роботи персонал приймає душ.

Виключно важливо тримати у чистоті руки персоналу. Нігті коротко підстригають. Після кожної маніпуляції із хворими, при контакті із виділеннями чи забрудненою білизною і посудом, перед прийомом їжі і після закінчення роботи руки миють і дезінфікують за допомогою спеціальних щіток. З цією метою використовують 80% етиловий спирт, 0,5% розчин хлоргексидину біглюконату на 70% етиловому спирті, та ін.

При використанні етилового спирту чи хлоргексидину на долонні поверхні рук наносять 5-8 мл розчину і втирають його протягом 2 хвилин.

Особливу увагу звертають на знезараження нігтьових просторів. Руки витирають індивідуальним рушником, що змінюється щоденно. Щітки, які використовують при цьому, миють і кип'ятять у 2 % розчині соди протягом 15 хвилин. Чисті щітки зберігають у стерильному біксі, беруть їх у міру необхідності стерильним корнцангом.

При наявності на руках порізів, синців чи інших пошкоджень, а також при контакті рук із мокротою чи іншими виділеннями хворого (перенесення плювальниць і суден, приготування змивів і мазків, сортування використаної білизни і т.д.), обов'язково надягають гумові рукавички. Після роботи рукавички підлягають знезараженню.

Всі маніпуляції, при яких може відбутися забруднення рук кров'ю, сироваткою, гноєм, слиною, сечею і т.п. слід проводити в гумових рукавичках.

Патогенна і умовно-патогенна мікрофлора, що викликає розвиток внутрішньо-лікарняної інфекції в ослабленому організмі, як правило, не є природною мікрофлорою шкіри рук, носить транзиторий характер і може бути легко усунена зі шкіри рук їх гігієнічною дезінфекцією і миттям.

Гігієнічна дезінфекція рук проводиться після забруднення шкіри рук біологічними рідинами, після контакту рук з тілом хворого гнійно-септичним захворюванням, після перев'язок. Якщо відбулося масивне забруднення рукавичок кров'ю, гноєм і т.п., слід також обробити руки розчинами антисептиків після зняття рукавичок.

Для гігієнічної дезінфекції рук застосовується ряд методів:

- 1) обробка протягом 2 хвилин тампоном, змоченим в 70% етиловому спирті;
- 2) обробка в мисці з розчином первомуру (С4) протягом 1 хвилини;
- 3) обробка в мисці з 0,1% розчином "Дезоксон" протягом 2 хвилин;
- 4) обробка протягом 2 хвилин тампоном, змоченим в 0,5% розчині хлоргексидина біглюконата в 70% етиловому спирті.

При контакті з біологічними рідинами хворого гепатитом В або ВІЛ-інфекцією слід обробити руки 70% спиртом або стериліумом протягом 2-3 хвилин. Через 6 місяців після виписки хворого із стаціонару необхідно провести перевірку крові на наявність HBs-антигена або антитіл до вірусу імунодефіциту людини.

Обробка рук після контакту з біологічними рідинами хворого сифілісом проводиться за загальними правилами, проте, якщо на руках є пошкодження і відбулося їх забруднення, необхідно негайно почати курс профілактичного лікування. Усунення від роботи в цьому випадку не проходить, оскільки на тлі своєчасно розпочатої антибіотикотерапії заражена людина не представляє епідеміологічної небезпеки. Проте, необхідно через 1 місяць після можливого зараження провести перевірку крові на наявність антитіл до збудника сифілісу.

Після проведення обробки по одній із вказаних схем у будь-якому випадку треба вимити руки водою.

Руки слід мити також перед виконанням будь-яких процедур, перед наданням допомоги ослабленим пацієнтам і новонародженим, до і після зіткнення з ранами, після догляду за пацієнтами, а також після обстеження хворих; після будь-яких маніпуляцій (навіть, якщо руки були в рукавичках) коли був можливий контакт із слизовими оболонками, кров'ю, іншими біологічними рідинами, наконечниками до клізм, судном, білизною.

Мити руки слід в теплій проточній воді протягом 2 хвилин з господарським милом або туалетним милом в одноразовій розфасовці, уникаючи розбризкування води. Для обробки піднігтьових просторів використовуються щітки, які потім слід мити і кип'ятити в 2% содовому розчині протягом 15 хвилин. Чисті щітки зберігають в стерильних біксах, виймають у міру потреби стерильним корнцангом. Після миття руки витираються сухим рушником або одноразовими паперовими серветками. Для кожного працюючого співробітника виділяють індивідуальний рушник, його міняють не рідше за 1 раз на добу.

Важливе епідеміологічне значення має одяг і взуття персоналу відділення, оскільки основним резервуаром патогенного стафілокока у відділенні є шкіра персоналу, і одяг в цих умовах є найважливішим бар'єром, що постійно забруднюється у міру носіння. Наймасивніше інфіковані мікробами головні убори, халати, брюки і взуття. На халатах госпітальні мікроби можна виявити вже через декілька годин після носіння, особливо на рукавах, в області живота, на рівні стегон.

Тому для роботи в хірургічному відділенні для персоналу будь-якого рівня передбачений спецодяг, причому він включає не тільки носіння медичного халата. Неприпустимо носіння вуличного або домашнього одягу в межах відділення. Це в рівній мірі небезпечно як для пацієнтів, так і для самого співробітника і членів його сім'ї. У хірургічному відділенні повинні бути передбачені приміщення для переодягання, влаштовані за типом шлюзу, кожному співробітникові повинна бути надана індивідуальна шафа, що складається з двох розділених частин, – для вуличного і для лікарняного одягу.

Через особливий санітарно-епідемічний режим співробітникам не рекомендують виходити у спецодязі за межі відділення, з'являтися в ньому в столовій, надягати на неї верхній одяг, а також виносити спецодяг додому для будь-яких цілей. Біля входу в інше відділення змінюють халат, капці і маску.

До початку роботи весь верхній одяг особливо в'язаний і шерстяний знімають і переодягаються у форму, призначену тільки для роботи в хірургічному відділенні. Переважне носіння як компонент особистого одягу бавовняних брюк як чоловікам, так і жінкам, проте, останнім допускається і носіння чистої бавовняної сукні. Поверх особистого одягу одягається медичний халат, який повинен застібатися або зав'язуватися, прикриваючи одяг, що знаходиться під ним. Рукава халата повинні бути короткими або легко закручуватися з тим, щоб у разі потреби передпліччя до ліктя могло

бути оголене. Зміна натільного одягу проводиться щодня, халат необхідно міняти мінімум 2 рази в тиждень, а у відділенні хірургічної інфекції – щодня.

Змінне взуття повинне бути по можливості закритим, без заянь і отворів і обов'язково з нетканого матеріалу, щоб була можливість піддавати його гігієнічній обробці і дезінфекції.

Волоссяний покрив голови – це величезна площа, здатна збирати, накопичувати, а потім і поширювати пил з мікроорганізмами. За деякими даними волосся частіше буває резервуаром стафілококів, чим носоглотка і шкіра. Носіння ковпака (косинки) в хірургічному відділенні обов'язково. Волосся повинне бути повністю прибрано. Халати, шапочки змінюють раз на тиждень, костюми – 2 рази на місяць, а при забрудненні спецодягу виділеннями хворих – негайно.

Персоналу, що здійснює догляд, заборонено приймати їжу в палатах і коридорах, а також курити в палатах, коридорах і лабораторіях.

Для роботи в асептичних і інфікованих зонах персоналу слід носити захисні маски (респіратори). Їх змінювати необхідно мінімум через кожні 2 години роботи, а також після кожної операції. При тривалішому носінні маски самі перетворюються на джерело інфекції.

Всі брудні роботи слід виконувати в клейонкових фартухах, що надягають поверх халата, і в робочих гумових рукавичках, які після роботи знезаражують.

Гігієна тіла медичного персоналу передбачає щоденний гігієнічний душ. Душ перед операцією не тільки не знижує, але навпаки збільшує число гнійних ускладнень, оскільки з вимитої шкіри протягом першої години посилюється десквамація епітелію, внаслідок чого утворюється інфікований аерозоль.

Кожен співробітник хірургічного відділення несе персональну відповідальність за дотримання правил особистої гігієни, оскільки це має значення для профілактики розповсюдження інфекції в стаціонарі.

Правила роботи з біологічними матеріалами

У загальному вигляді алгоритм маркування і транспортування біологічних матеріалів можна представити таким чином:

- 1) вимити руки;
- 2) асептично підготувати місце роботи;
- 3) взяти пробу з дотриманням вимог асептики, надіти рукавички, якщо це необхідно; не кашляти, не чхати, не розмовляти;
- 4) отримати достатню кількість матеріалу;
- 5) зібрати і транспортувати матеріал в стерильному контейнері;
- 6) прикріпити етикетку з вказівкою ПП пацієнта, діагнозу, відділення, палати, дати і часу отримання матеріалу, мети дослідження;
- 7) правильно зберігати і швидко доставляти отриманий матеріал в лабораторію.

Узяття окремих видів біологічного матеріалу проводиться таким чином:

I. Збір сечі

1. Пояснити пацієнтові мету обстеження, отримати його згоду;
2. Жінкам підмитися ретельно кип'яченою водою з милом, проводячи рукою від лобка до крижів;
3. Осушити праву і ліву статеві губи і зовнішній отвір сечовипускального каналу;
4. Чоловікові узяти статевий член, відсунути крайню плоть і вимити водою з милом, осушити головку статевого члена;
5. Узяти місткість для збору сечі;
6. Перша порція сечі випускається в унітаз, на аналіз беруть другу порцію;
7. Закривають ємність з сечею і відправляють на аналіз.

II. Збір мокроти

1. Пояснити мету дослідження;
2. Напередодні увечері почистити зуби;
3. У стерильний посуд, після відкашлювання не торкаючись країв банки сплюнути мокроту, відразу ж закрити кришку;
4. Мокроту доставити на аналіз не пізніше двох годин після збору.

III. Збір калу

1. Пояснити мету дослідження;
2. Варіант 1. Узяття калу з прямої кишки скляною паличкою: Надіти рукавички, лівою рукою розсунути сідниці, правою рукою узяти з пробірки скляну паличку, ввести обертальними рухами в пряму кишку на глибину 6-8 см., витягнути паличку і помістити в пробірку з консервантом.
3. Варіант 2. Узяття калу після спорожнення кишечника. У сухе чисте судно спорожняється кишечник. Стерильним шпателем узяти кал, слиз, гній в стерильну банку. Відправити до санбаклабораторії.

IV. Мазок із зіву

1. Пояснити мету обстеження;
2. Матеріал береться натщесерце або не раніше, ніж через 2 години після їжі, пиття, полоскання горла;
3. Попросити пацієнта широко відкрити рот;
4. Лівою рукою придавити шпателем корінь язика;
5. Правою рукою обережно ввести стерильний тампон і зняти наліт за межі ураженої ділянки. Матеріал помістити в стерильну пробірку;
6. Направити матеріал в лабораторію.

V. Мазок з носа

1. Пояснити мету обстеження;
2. Лівою рукою підвести кінчик носа;
3. Правою рукою узяти стерильну паличку з ватним тампоном і обертальними рухами ввести в носовий хід на глибину 1-2см;
4. Отриманий матеріал поміщають в стерильну пробірку;

5. Направляють в санбаклабораторію.

5.3. Госпітальна інфекція.

Однією з актуальних проблем стаціонарного лікування пацієнтів є госпітальна (внутрішньолікарняна) інфекція.

Під терміном внутрішньолікарняна інфекція розуміють будь-яке клінічно виражене захворювання мікробного походження, яке вражає хворого в результаті його надходження в лікарню або звернення по лікувальну допомогу, а також захворювання співробітника унаслідок його роботи в даній установі, незалежно від появи симптомів захворювання під час перебування в лікарні або після виписки.

Важливість цієї проблеми у зв'язку з прогресом медицини не тільки не зменшується, але і навпаки – росте, що пов'язане з широким і безсистемним застосуванням антибіотиків, збільшенням числа і спектру оперативних втручань, прийомом кортикостероїдів і цитостатиків, збільшенням числа оперованих дітей, людей похилого віку і пацієнтів із захворюваннями, що раніше вважалися невиліковними. Число хворих госпітальною інфекцією досягає за різними оцінками від 10 до 70% від числа госпіталізованих в стаціонар, в 2% випадків захворювання закінчується летальним результатом.

Також як і будь-яка інша інфекція, внутрішньолікарняна розвивається в результаті інфекційного процесу, що представляє складний процес взаємодії збудника і макроорганізму в певних умовах зовнішнього і внутрішнього середовища. Інфекційний процес означає наявність джерела інфекції, в якому розмножується і накопичується патогенний мікроорганізм, шляхів і чинників передачі мікроорганізму і чутливого макроорганізму. Переривання інфекційного процесу на одній з цих ланок здатне істотно понизити вірогідність виникнення інфекції. Для цієї мети в стаціонарі здійснюється низка профілактичних заходів.

Найбільш частими збудниками внутрішньолікарняної інфекції в хірургічному відділенні є такі представники неспецифічної гнійної флори, як золотистий стафілокок, синьогнійна паличка, кишкова паличка, стрептококи, протей.

Госпітальні штами цих мікробів відрізняються високою антибіотикорезистентністю, вірулентністю і патогенністю. Нозологія госпітальної інфекції надзвичайно різноманітна, до неї відносяться нагноєння ран, сепсис, пневмонія, післяопераційний перитоніт, різні форми інфекції сечостатевої шляхів і шлунково-кишкового тракту. До внутрішньолікарняної інфекції відносяться також випадки зараження сифілісом, гепатитом В і Віл-інфекцією.

Через велику кількість етіологічних чинників госпітальної інфекції її специфічна профілактика неможлива, проте, в даний час розроблена і застосовується вакцина проти гепатиту В. Вакцинації підлягають особи, віднесені до групи ризику, зокрема медичні працівники, чия діяльність пов'язана з можливим контактом з біологічними рідинами.

Джерелом хірургічної госпітальної інфекції може бути людина, що хворіє стертою або маніфестною формою даного захворювання, а також безсимптомні носії патогенного мікроорганізму. Це, в переважній більшості випадків, пацієнти і медперсонал хірургічного відділення.

Передача збудників інфекції в стаціонарі відбувається, в основному, двома шляхами – контактним і аерогенним. Контактний шлях реалізується через руки медперсоналу, інструменти, перев'язувальний і шовний матеріал, предмети догляду і обстановки. При аерогенному шляху чинником передачі є краплинний або пиловий аерозоль. Для переривання інфекційного процесу на цьому рівні використовуються методи асептики і антисептики, правила клінічної гігієни.

Впливати на джерело госпітальної інфекції можна шляхом своєчасного і повного лікування хворих і активного виявлення і санації носіїв патогенних мікроорганізмів. Якщо відносно хворих ці заходи ефективно можна проводити лише при плановій госпіталізації, то відносно медичного персоналу вони носять регулярний і системний характер.

Кожен співробітник, що влаштовується на роботу, у відділення хірургічного профілю, проходить повний медичний огляд, що включає огляд оториноларингологом і стоматологом, бактеріологічне дослідження мазків із слизової оболонки зіву і носа на наявність патогенного стафілокока, дослідження крові на HBs-антиген, антитіла до збудників сифілісу (реакція Вассермана) і ВІЛ-інфекції. Весь працюючий персонал повинен бути взятий на диспансерний облік для своєчасного виявлення і лікування каріозних зубів, хронічних запальних захворювань носоглотки, а також для своєчасного виявлення носіїв патогенного стафілокока.

На кожного співробітника заводиться індивідуальна карта стану здоров'я. Відсутність ефекту від лікування хронічних запальних процесів є перешкодою для прийому медпрацівника в хірургічне відділення або подальшої роботи в ньому.

Органами санітарно-епідеміологічного нагляду спільно з адміністрацією лікувально-профілактичної установи і завідуючим відділенням проводяться регулярні заходи щодо виявлення носійства збудників внутрішньолікарняної інфекції. Один раз на рік проводиться дослідження крові на HBs-антиген, антитіла до збудників сифілісу і ВІЛ-інфекції. Щокварталу проводиться дослідження мазків із слизової оболонки зіву і носа на наявність патогенного стафілококу.

За наявності несприятливої епідеміологічної обстановки у відділенні по госпітальній інфекції (3 і більше випадки однотипної інфекції з одним збудником) повинна бути призначена позачергова перевірка, направлена на виявлення джерела інфекції, шляхів і чинників передачі, що включає і обстеження персоналу на носійство збудників внутрішньолікарняної інфекції.

За наявності позитивного результату на антитіла до збудника сифілісу співробітник відділення відстороняється від роботи на період обстеження, лікування і подальшого обстеження. Критерієм можливості повернення до роботи в хірургічному відділенні є триразовий негативний результат реакції Вассермана. Виявлення антитіл до Віл-інфекції диктує необхідність відчуження співробітника від роботи і проведення додаткових методів перевірки.

При підтвердженні захворювання медпрацівник підлягає переходу на роботу, де відсутня можливість розповсюдження інфекції з його провини. Носійство австралійського антигена є показанням для тимчасового усунення від роботи хірургів, урологів, гінекологів, операційних і процедурних медичних сестер та інших працівників, в роботі яких є реальний ризик зараження пацієнтів через контакт з їх ранами. Проводиться повторне дослідження крові медпрацівників і при негативному результаті можливе повернення до роботи.

При позитивному результаті дослідження на носійство стафілокока, усунення від роботи не проводиться, але медпрацівник зобов'язаний провести санацію. У разі несприятливої епідеміологічної обстановки (спалах ГРВІ, підвищення випадків госпітальної інфекції, масивне зростання стафілокока при дослідженні змивів з меблів і предметів догляду) проводиться одномоментна поголовна санація.

Для санації носових ходів використовуються наступні препарати:

1) 1% мазь гексахлорофена. Носові ходи змащуються протягом 1 хвилини 1 раз на добу при шестигдинному робочому дні, 2 рази при дванадцятигодинному робочому дні і 3 рази під час добового чергування. Курс санації продовжується 5-6 днів;

2) 3% мазь трибромсаліциланлід (трибраск). Змазування носових ходів здійснюється 2 рази на добу протягом 5-6 днів;

3) 2% масляний розчин хлорфіліпта. Застосовується 3 рази на добу впродовж 6-7 днів шляхом закапування;

4) 1% мазь або 0,1% розчин лізоциму. Змазування або закапування проводиться 3 рази на добу впродовж 6-7 днів.

Санація зіву проводиться також за допомогою ряду антисептичних препаратів:

1) 1% спиртний розчин хлорфіліпту. Полоскання проводиться 3 рази на добу впродовж 6-7 днів;

2) 0,02% розчин фурациліну. Горло слід полоскати 1 раз на добу протягом 6 днів;

3) розчин Люголя. Санація проводиться шляхом одноразового полоскання протягом 6 днів;

4) 0,01% розчин перманганату калію. Полоскання проводиться 1 раз на добу впродовж 6 днів;

5) настій листя евкаліпта в пропорції 1 столова ложка настою на 1 стакан води. Даним розчином слід проводити полоскання 1 раз на добу. Курс санації триває 6 днів.

Після завершення повного курсу санації здійснюється контроль її ефективності шляхом повторних досліджень мазків з носа і зіву. Якщо при цьому знову висівається стафілокок, санація проводиться повторно, причому доцільна зміна антисептичного препарату. У разі неефективності трьох послідовних курсів санації медпрацівник переводиться на роботу, де його носійство не представлятиме епідеміологічної небезпеки для хворих і медперсоналу.

5.4. Клінічна гігієна навколишнього середовища хворого.

Профілактика інфікування досягається, перш за все, організаційними заходами, направленими на обмеження розповсюдження інфекції в стаціонарі.

Всіх хворих, які проходять лікування в будь-якому хірургічному відділенні, можна розділити на дві великі групи – це хворі з чистими ранами і хворі, в ранах яких розвивається інфекція, тобто з гнійними ранами.

Найважливішим принципом організації хірургічного стаціонару є територіальне і функціональне розділення цих груп хворих з метою переривання контактного шляху передачі інфекції. У кожній лікарні повинне бути відкрите відділення для хворих з гнійними ранами, де вони ізолюються від хворих з чистими ранами. Якщо стаціонар невеликий, то в межах загальнохірургічного відділення виділяють гнійні палати, де ізолюються хворі з інфекційними хірургічними захворюваннями, і куди негайно переводяться хворі при виникненні у них інфекційних ускладнень.

Для роботи з цими хворими виділяють і свої функціональні підрозділи: гнійні операційні, гнійні перев'язувальні, процедурні кабінети, допоміжні приміщення (їдальня, туалети).

У разі відсутності умов для виконання цієї вимоги розділення цих двох контингентів хворих забезпечується часовим чинником. За наявності однієї операційної або перев'язувальної в невеликій лікарні операції з приводу гнійних процесів проводять в кінці робочого дня після проведення чистих операцій і перев'язок з подальшою ретельною дезінфекцією приміщень і всього устаткування.

Зниження мікробного обсіменіння приміщень – це дієва міра профілактики госпітальної інфекції, що досягається прибиранням і дезінфекцією. Необхідно стежити за тим, щоб всі заходи, що знижують інфікування мікробами, проводилися якомога частіше, регулярно і ґрунтовно.

Повітря, як засіб передачі інфекції, грає важливу роль. Профілактика аерогенного шляху передачі інфекції відноситься до категорії найбільш складних. Це пов'язано з легкістю передачі збудників від джерел інфекції сприйнятливим хворим, а, також, з відсутністю надійних засобів

знезараження повітря, які можуть забезпечувати тривалий залишковий ефект.

Важкість дезінфекції повітря хімічними засобами у присутності людей полягає в тому, що використовувані препарати повинні бути нетоксичні навіть при тривалому їх вдиханні, не дратувати шкіру, очі, не мати неприємного запаху, не псувати обстановку, не призводити до корозії металу, бути досить стійкими, та найголовніше, володіти високими бактерицидними властивостями. У даний час засобу, що повністю відповідає цим вимогам, немає.

Просте провітрювання приміщення дозволяє понизити кількість мікробів в повітрі приблизно на 80%. Для забезпечення чистоти повітря палати необхідно провітрювати регулярно: відкривати кватирки, фрамуги, а в літній час – вікна. Частота і тривалість залежать від пори року. У зимовий час провітрювання проводять не рідше за 2-3 рази на день, а літом за наявності сіток вікна повинні бути відкриті цілу добу. Під час провітрювання медсестра повинна добре укрити хворих, стежити, щоб не було протягів. Провітрювання вважається обов'язковим заходом і не підлягає обговоренню з боку хворих.

Вентиляція приміщень

В обладнаних приміщеннях, окрім природної, використовується і примусова вентиляція. Для очищення повітря промисловість виготовляє спеціальні фільтри, які встановлюються у повітроводи і вентиляційні люки і забезпечують затримку до 99,9% мікробів, що знаходяться в повітрі і проходять через фільтр. Крім того, для зниження мікробного інфікування повітря в приміщеннях використовують пересувні рециркуляційні очисники повітря. Робота їх заснована на безперервній циркуляції повітря через фільтр з ультратонких волокон. Очисники повітря призначені для очищення повітря від пилу і бактерій в приміщеннях медичних установ. Запиленість і мікробна інфікованість приміщення знижується протягом 15 хвилин роботи в 7-10 разів.

Для створення комфорту лікарні обладнують кондиціонуючими установками. Кондиціонування повітря проводиться по 5 показникам: температура, механічне очищення, стерильність, вологість, швидкість повітрообміну.

Відповідно до гігієнічних норм на кожного хворого повинно доводитися 25 м³ повітря, що досягається площею на одне ліжко 7 м² при висоті приміщення 3,5 м. Повний обмін повітря повинен відбуватися 4-6 разів на годину. За відсутності кондиціонування для повітрообміну і зниження мікробного інфікування повітря в приміщеннях стаціонару встановлюють витяжку з фільтром.

При перев'язках хворих з гнійними ранами через повітря може відбутися інфікування відділення патогенними бактеріями. У гнійній перев'язувальній за допомогою витяжної вентиляційної системи з

негативним тиском треба звести до мінімуму кількість бактерій в повітрі і, таким чином, перешкодити розповсюдженню інфекції.

У чистих перев'язувальних і в операційному блоці треба мати вентиляцію приточування з позитивним тиском в порівнянні з тиском в навколишніх приміщеннях. Це досягається подачею фільтрованого повітря і створенням невеликого опору (0,1 атм) з 30-40 кратним обміном повітря, що дозволяє здійснювати рух повітря в напрямку від чистішої до менш чистої частини операційного блоку і, тим самим, у декілька разів скоротити післяопераційні ускладнення.

Ультрафіолетове опромінення

Могутньою бактерицидною дією володіють ультрафіолетові промені. Завдяки їх дії, при достатній циркуляції повітря знижується інфікування приміщення мікробами на 70-90% і більше.

Операційні, перев'язувальні, палати, де знаходяться хворі з гнійно-септичними ускладненнями, палати відділень реанімації й інтенсивної терапії обов'язково обладнуються стаціонарними лампами для ультрафіолетового опромінювання повітря. В інших приміщеннях хірургічного відділення допускається застосування пересувних установок.

Пряме опромінювання проводиться за відсутності в приміщенні людей. Коли неможливо вивести важких хворих, квартування проводиться розсіяним променем з використанням спеціальних екранів.

Прибирання приміщень

Прибирання всіх приміщень, коридорів, вікон, меблів, устаткування є складовою частиною гігієнічного очищення і дезінфекції. Розрізняють щоденне двократне прибирання, поточне прибирання (після перев'язок, зміни білизни і т.д.) і генеральне (один раз на тиждень).

У хірургічному відділенні прибирання повинне поєднуватися з дезінфекцією. Для дезінфекції приміщень використовують розчин сандиму 1,5% і полідезу 0,5%.

Одним з кращих препаратів виявився перекис водню, який володіє бактерицидними, спороцидними властивостями. Перекис водню ефективний відносно вегетативних мікроорганізмів в 2-5% концентрації, а відносно спорових – 5-6%. Найбільше зниження інфікованості мікроорганізмами поверхонь досягається при використанні під час прибирання перекису водню з миючими засобами в концентрації 0,5%.

Обробка поверхонь, інфікованих вегетативними і споровими формами мікроорганізмів, методом протирання при нормі витрати 100-200 мл/м забезпечує зниження інфікованості більш, ніж на 90% при одноразовому протиранні поверхонь. Підвищення температури розчину до 50°C підсилює активність цієї суміші відносно мікроорганізмів приблизно в 2 рази. Прибирання підлоги проводиться 2 рази на день вологим методом. Протираючи поверхні, розчиняють і видаляють пил і бруд. Прибрана поверхня покривається суцільною рідкою плівкою, щоб попередити розсіювання пилу і мікробів.

Підлога операційного блоку, перев'язувальних, палат, апарати, столу і інший жорсткий інвентар зволожують 3% розчином перекису водню з 0,5% миючого засобу. Зволоження проводять шляхом протирання стерильною ганчіркою, змоченою в розчині. Витрата дезінфікуючого розчину складає 100мл/м². Дезінфікуючі розчини наносять на поверхні і за допомогою різних розпилювачів (гідропульт) з розрахунку 100-200мл/м.

При застосуванні методу двох відер поверхні змочують дезінфікуючим розчином з першого відра і механічно забираються губками. Потім губки прополіскують в другому відрі і знову його просочують дезрозчином з першого відра, щоб обробити нові ділянки. Воду в другому відрі міняють у міру забруднення. Губки після використання опускають у дезрозчин, миють, потім знову змочують у дезрозчині, викручують і вологими зберігають в поліетиленових мішках до наступного прибирання.

Перш, ніж приступити до очищення стекол, слід ретельно очистити рами. Стекла потрібно чистити не рідше за 3-4 рази на рік, а рами – найменше 3 рази на рік.

У всіх предметів із пластмаси, особливо при низькій вологості повітря, існує небезпека виникнення електростатичного заряду. Заряджені поверхні притягають пил і мікроорганізми і міцно їх утримують. Ці предмети повинні оброблятися антистатичними засобами. Зовнішні поверхні апаратів протирають чистими ганчірками, рясно змоченими миючими комплексами для видалення крові, слизу і т.п.

Потім апарат протирають 1% розчином перекису водню з 0,5% миючого засобу. Столи, столики в перев'язувальних, процедурних, операційних протирають щодня ганчірками, змоченим в 0,5% розчині будь-якого миючого засобу.

Один раз на тиждень устаткування після миття обробляють шляхом протирання ганчірками, що змочені 3% розчином перекису водню або іншого дезінфектанту.

5.5. Техніка безпеки при роботі медичного персоналу з дезінфікуючими засобами.

Роботу з дезінфікуючими засобами проводять в провітрюваному приміщенні в спецодязі та гумових рукавичках, герметичних окулярах і в 4-шаровій марлевій масці або респіраторі. Після роботи руки миють і змащують кремом. Запаси дезінфікуючих речовин зберігають в недоступних для загального користування місцях, в темному посуді, що щільно закривається, в сухому, темному і прохолодному приміщенні окремо від лікувальних препаратів. Засоби повинні мати етикетки з назвою, концентрацією, датою виготовлення і терміном придатності.

При попаданні препаратів на шкіру негайно обмивають цю ділянку чистою водою. При ураженні шкіри формальдегідом, її обробляють 5% розчином нашатирного спирту.

При ураженні дихальних шляхів постраждалого негайно виводять на свіже повітря або в провітрюване приміщення. Треба прополоскати рот і

носоглотку водою. При отруєнні формальдегідом рекомендують вдихання водяної пари з додаванням декількох крапель нашатирного спирту, дають тепле молоко з питною содою. За показаннями вводять серцеві, протикашльові засоби, забезпечують інгаляцію кисню. У важких випадках потерпілого госпіталізують.

При попаданні будь-якого препарату в очі, їх негайно протягом декількох хвилин промивають струменем води або 2% розчином гідрокарбонату натрію. При ураженні очей закапують розчин альбуциду, при больових відчуттях – 1-2% розчин новокаїну.

У разі попадання хлорактивних речовин у шлунок його промивають 2% розчином тіосульфату Na і дають всередину 5-15 крапель нашатирного спирту з водою, молоко, питну соду, магнезійну суспензію (1-2 столових ложки на стакан води). При отруєнні формальдегідом шлунок промивають з додаванням у воду нашатирного спирту, 3% розчином карбонату або ацетату Na. Потім дають сирі яйця, білкову воду, молоко.

5.6. Догляд за хворими з гнійними ранами.

У відповідь на попадання мікробів в організм у тканинах і органах розвивається стереотипна реакція – інфекційно-запальний процес. З клінічної точки зору виділяють дві його стадії – серозно-інфільтративну і гнійно-некротичну. У першу стадію показано консервативне лікування, направлене на зворотний розвиток запалення і повне його купірування. Для цього використовують антибактеріальні, протизапальні засоби, фізіотерапію, вітаміни, знеболення і детоксикацію організму.

У другу стадію відбувається відторгнення загиблих тканин, утворення гною і детриту у вогнищі деструкції. У даний період абсолютно показане оперативне лікування, яке за сучасними вимогами повинне бути активним і включати: 1) хірургічну обробку гнійного вогнища, 2) адекватне дренивання рани, 3) можливе раннє закриття раневого дефекту, 4) раціональну антибіотикотерапію і 5) імунокорекцію.

Операція хірургічної обробки гнійного вогнища виконується у відстроченому порядку в денний час досвідченим хірургом із дотриманням всіх правил асептики під загальним знеболенням. Виняток становлять хворі з анаеробною інфекцією. У них ця операція проводиться за екстреними показаннями через швидке розповсюдження інфекційно-запального процесу, що різко погіршує стан пацієнта і неминуче збільшує об'єм втручання.

Під час операції розтинають тканини над епіцентром гнійного вогнища, проводять повноцінну ревізію гнійника, розкривають набряки, проводять по можливості радикальну некректомію. Гнійну рану, що утворилася, промивають розчином антисептика і дрениють її. На рану накладають асептичну пов'язку і хворого доставляють в палату.

Найближчим часом після операції контролюють стан пов'язки. Рясне її намокання кров'ю свідчить про кровотечу, що продовжується. У цьому випадку виконують негайну ревізію рани і зупиняють кровотечу. Будь-яке оперативне втручання супроводжується болем. У післяопераційному періоді

доцільне застосування ненаркотичних аналгетиків (кеторол, кетанов, темпалгін).

Важливим чинником, що сприяє успішному загоєнню рани, є дренування рани. Перевагу віддають способам, що дозволяють активно аспірувати ексудат з рани. Серед них використовують проточно-промивні системи, які визначають специфічні особливості догляду за хворими.

Слід пам'ятати, що адекватна робота будь-якої дренажної системи зв'язана з дотриманням двох умов. По-перше, трубчастий дренаж добре функціонує лише при постійному його промиванні якою-небудь рідиною, зберігаючи тим самим його прохідність. Інакше трубки закупорюються згортками крові, некротичними масами і підсихаючим гноєм, і вони припиняють виконувати своє призначення. По-друге, для роботи такої системи необхідна її герметизація, як фізична умова примусового виведення ексудату з рани. Ці обставини враховують при здійсненні догляду.

Для промивання рани використовують розчин антисептика або іншу стерильну рідину. При налагодженні дренажної системи і в процесі її функціонування дотримуються правил асептики. Місткість для збору ексудату підвішують до ліжка, щоб уникнути випадкового її перекидання, у тому числі й під час прибирання приміщення. Дренажну трубку опускають в банку-збирач. Довжину такого дренажу підбирають кожного разу індивідуально, так, щоб він не обмежував рухів хворого. Протягом доби і під час зміни місткості вимірюють кількість виділень і результати реєструють в історії хвороби.

Догляд за системою дрeнування включає щоденну зміну пов'язки навколо дренажу. Один раз на добу всі сполучні трубки і пристосування для аспірації промивають проточною водою, видаляючи з просвіту гній, жовч і інший вміст. Потім дренажі поміщають на 2-3 години в розчин, що складається з 1% перекису водню і 0,5% синтетичного миючого засобу. Знову промивши проточною водою, трубки й інші використані засоби кип'ятять протягом 30 хвилин.

При використанні в якості дренажу гуми рукавичок, марлевої серветки, трубки з розрахунком на пасивний відтік виділень накладена на рану пов'язка швидко промокає ексудатом, забруднюючи постільну білизну. Нерідко хворі неохайні, вони торкаються гною руками, погано їх миють, забруднюють меблі і навколишні предмети, сприяючи розповсюдженню мікробів в приміщенні та за його межі. Щоб уникнути цього доводиться підбинтовувати пов'язку або повністю міняти її 2-3 рази на добу, безумовно, дотримуючись всіх необхідних правил.

При виконанні перев'язки в палаті треба пам'ятати, що в повітрі будь-якого приміщення містяться мікроорганізми, які можуть потрапити в рану. Вони, якщо це внутрішньогоспітальна інфекція, мають стійкість до антибактеріальних препаратів, що використовуються у цьому стаціонарі. Разом з тим, під час перев'язки в палаті хворий стає джерелом розширення мікробного спектру повітря приміщень. Бактерії неминуче потрапляють з

рани в навколишнє середовище і потім повітряно-краплинним шляхом заносяться в рану іншого хворого, вторинно інфікуючи його.

Перед перев'язкою в палаті виконують вологе прибирання з дезінфікуючими засобами і провітрюють приміщення. Під час перев'язки недопустима зміна постільної білизни і ходіння по палаті хворих та зайвого персоналу.

Весь необхідний перев'язувальний матеріал та інструменти доставляють на спеціальному пересувному столі або на лотку, забезпечуючи таку ж асептичність роботи, як і в перев'язувальній. Всі предмети беруть з деяким надлишком, щоб уникнути зайвої ходьби в перев'язувальну. Використаний матеріал складають в спеціальну ємність (миску, мішок).

Антибіотикотерапія гнійної інфекції

Раціональна антибіотикотерапія є складовою частиною комплексного лікування хворих з гнійною інфекцією. Вона проводиться строго за показаннями.

При проведенні антибіотикотерапії потрібно мати інформацію про флору і чутливість її до антибіотиків. Даний аналіз виконується раз на 7 днів. До отримання результатів дослідження проводять лікування антибактеріальними засобами широкого спектру дії. При призначенні того чи іншого антибіотика обов'язково враховують алергічний анамнез пацієнта. Щоб уникнути пов'язаних з цим ускладнень (висипи, набряк Квінке, анафілактичний шок з можливим летальним наслідком) перед початком лікуван

Проби на індивідуальну переносимість до антибіотику

1) Для проведення внутрішньошкірної проби застосовується розведення препарату 1 : 100 в дозі 0,1 мл. Оцінюють пробу через 15 хвилин. Проба позитивна якщо папула більше, ніж 10 мм та супроводжується зудом та почервонінням.

2) Аплікаційна проба проводиться на долонній поверхні шкіри передпліччя. Накладають зволожену антибіотиком серветку 1,5 x 1,5 см та прикривають її целофаном. Оцінюють пробу через 15 хвилин. Проба позитивна, якщо з'являється свербіж та почервоніння а папула більш, ніж 1 см.

3) Скарифікаційна проба проводиться на долонній поверхні шкіри передпліччя. Наносять краплю розчину антибіотика і крізь неї проводять скарифікацію 20 мм завдовжки. Оцінюють пробу через 15 хвилин. Проба позитивна якщо з'являється зуд та почервоніння.

Пильної уваги заслуговує негативна дія антибіотиків на органи (ототоксична, нефротоксична). При патології яких-небудь органів чи систем антибіотики, що мають подібний побічний ефект, не призначають. У ряді випадків використовують одночасно два і більше антибіотиків з урахуванням їхньої взаємодії (антагонізм, синергізм).

При призначенні антибіотиків визначають оптимальну разову дозу, ритмічність і шлях введення препарату, курс лікування. Надалі при необхідності переходять на інший препарат, який призначають відповідно до тих же принципів. Виконання цих вимог дозволяє підтримувати концентрацію діючої речовини на терапевтичному рівні. Інакше створюються умови для селекції патогенних мікроорганізмів, стійких до використовуваних ліків, аж до розвитку антибіотикорезистентності. У свою чергу дотримання принципів раціональної антибіотикотерапії – запорука успіху в лікуванні запально-інфекційних захворювань і ефективний засіб профілактики виникнення госпітальних штамів бактерій.

5.7. Догляд за хворими з анаеробною інфекцією.

Як мінімум у половині клінічних спостережень інфекційно-запальний процес викликають анаеробні мікроорганізми. Серед них найбільшу небезпеку представляють клостридійні (спороутворювальні) збудники, які утворюють вегетативну форму – спору, що надзвичайно стійка в навколишньому середовищі до зовнішніх дій, наприклад, до високої температури. У зв'язку з цим достатньо важко отримати потрібний ефект при дезінфекції за допомогою звичайних заходів.

По-друге, анаероби є мешканцями шлунково-кишкового тракту, і інфікування може розвинутиися при попаданні мікроорганізмів унаслідок порушення цілісності кишечника при його травмі або під час оперативного втручання. Крім того, часто бактерії потрапляють в рану контактно-побутовим шляхом при недотриманні елементарних правил особистої гігієни. І, нарешті, анаероби у ряді випадків викликають у край важкі форми запального процесу, які нерідко закінчуються летальним виходом.

При запальних захворюваннях, викликаних анаеробами, спостерігається характерна клінічна картина. Найчастіше вони виникають у частинах тіла, близьких до місць природного проживання анаеробів. Залежно від форми інфекції переважають ознаки газоутворення в м'яких тканинах або виражений їх набряк, що швидко прогресує. Виділення із рани невеликі бурого кольору із смердючим запахом. Він обумовлений газоподібними речовинами, які виробляють анаероби в процесі своєї життєдіяльності. У самій рані є множинні некрози брудно-сірого кольору. Гіперемія шкіри не виражена.

При анаеробній інфекції хворого ізолюють в окремій палаті для обмеження контакту з іншими пацієнтами. Крім того, вживаються заходи, направлені на попередження вторинного інфікування рани, оскільки поєднання анаеробних і аеробних мікробів є сприятливими з погляду їх розмноження, перебіг захворювання в цьому випадку стає особливо важким.

Перед переміщенням хворого в палату, меблі і підлогу обробляють 6% розчином перекису водню з 1% розчином миючих засобів. Надалі прибирання палати проводять 2 рази на день. Засоби маркують і після їх використання стерилізують в автоклаві під тиском в 2 атм. протягом 20 хвилин (температура стерилізації – 132° С). Для хворого виділяють предмети

догляду та індивідуальний посуд, який після їжі замочують в 2% розчині натрію бікарбонату і кип'ятять протягом 90 хвилин, потім миють її проточною водою і зберігають в шафі в цій же палаті.

Перев'язки у таких хворих виконують в останню чергу. Учасники процедури надягають інший халат, поверх нього – клейонковий фартух, який періодично протирають ганчірками, змоченим у дезінфікуючому розчині. На руки надягають міцні стерильні рукавички. Перев'язку проводять аподактильно, строго дотримуючись правил асептики. Для обробки рани використовують антисептики з групи окислювачів (перекис водню або перманганат калію), які мають також дезодоруючі властивості.

Інструменти, операційну білизну, фартухи, клейонки піддають обробці у дезрозчині і лише після цього автоклавують або перуть звичайним способом. Після виконання перев'язки приміщення дезінфікують, зокрема використовуючи ультрафіолетове опромінювання повітря, і знезаражують всі засоби для прибирання. При обробці предметів, що пов'язані з лікуванням і доглядом за хворими з анаеробною інфекцією користуються розчином 6% перекису водню з 0,5% розчином миючих засобів.

5.8. Догляд за хворими з норицями.

Нориця – це відсутній в нормі канал, який сполучає різні порожнини, а також порожнисті органи між собою або із зовнішнім середовищем. Нориці бувають природжені або придбані внаслідок патологічного процесу, або спеціально накладені з лікувальною метою. З нориці постійно виділяється гній, жовч, кал, шлункове або кишкове виділення, яке мацерує шкіру і сприяє розвитку запалення.

Важливим завданням догляду за такими хворими є захист шкірного покриву навколо норицевого ходу. Найбільші проблеми викликають нориці, по яких виділяється кишковий вміст і панкреатичний сік, оскільки до їхнього складу входять ферменти (протеолітичні і т.п.), що беруть участь в переварюванні їжі. Вони руйнують шкіру, а мікрофлора, що приєдналася, викликає в тканинах септичне запалення.

Якщо із нориці виділяється невелика кількість рідини, то для її збору досить міняти пов'язку в міру її намокання. У разі рясного виділення, як це буває при дуоденальних і високих тонкокишечних норицях, використовують дренажну систему, яка дозволяє велику частину рідини збирати в ємності. Функціонування такої системи забезпечує постійну аспірацію виділень. Під час зміни пов'язки необхідно не тільки дотримуватись правил асептики, але і зберігати функціональний стан дренажу. Для цього потрібно стежити, щоб трубка не випала з ходу нориці.

При дуоденальній, панкреатичній і високій тонкокишечній нориці розвивається обширна мацерація шкіри навколо неї, внаслідок чого пацієнт відчуває сильний біль, що посилюється під час обробки поверхні. Тому перед перев'язкою вводять знеболюючі засоби. Маніпуляції проводять з максимальною обережністю, прагнучи не заподіяти біль. З цієї ж причини не

слід обробляти мацеровані ділянки йодом, спиртом або спиртовмісними розчинами.

Захист шкіри від дії виділень з нориці здійснюється різними способами. Спочатку під час перев'язки обмивають шкіру розчином хлоргексидину і підсушують її стерильним марлевим тампоном. Потім шпателем на шкіру наносять шар пасти Лассара (цинк-саліцилової пасти або “Десятину”), яка міцно утримується навколо нориці. З цією ж метою шкіру покривають плівкоутворювальними речовинами (клей БФ-2, БФ-6), і підсушують дитячими присипками або прожареним гіпсом.

Для захисту шкіри також застосовують сире м'ясо, плаценту, молочний порошок, білкові рідини, м'ясний сік. Вони сприяють купіруванню запалення і стиханню дерматиту. Нейтралізують травні соки яєчним білком. Його рясно наносять за допомогою тампона, який накладають на норицю, а потім рихло заповнюють рану марлевими серветками.

Для зменшення кількості хімусу, що виділяється по кишкової нориці, використовують obturatori, які розташовують або зовні кишки, або вводять в її просвіт, або застосовують спеціальні пристрої, що дозволяють аспірувати кишкові виділення з привідної петлі, і вводити його у відвідну петлю. Необхідно пам'ятати, що obturatori можна користуватися тільки у тому випадку, коли є прохідність відвідної петлі.

Доглядаючи за норицями товстого кишечника, особливо каловими, видаляють кал, обробляють шкіру звичайною водою з милом і міняють забруднений калоприймач на чистий. Сам калоприймач щодня миють і дезінфікують.

5.9. Догляд за хворими з трофічними виразками кінцівок.

Трофічною виразкою називають дефект покривних тканин, що не має тенденції до загоєння протягом 2 місяців його існування. Вони утворюються при порушенні іннервації і хронічних судинних розладах, як венозних, так і артеріальних. Радикальне лікування виразок здійснюють оперативним шляхом. Консервативно виразки лікують як самостійно, так і при підготовці до операції. Основу цих заходів складають елементи догляду за хворими.

Важливим чинником розвитку виразок є набряк тканин. Для його усунення призначають зневоднюючу дієту з обмеженням солі та рідини. 2/3 пацієнтів з виразками страждають ожирінням. Зменшення маси тіла розвантажує ноги і покращує кровообіг. Тому таким хворим рекомендують низькокалорійну дієту з розвантажувальними днями 1-2 рази в тиждень. Пропонують повну відмову від солодощів, борошняних виробів, обмеження жирів, не рекомендують прийом їжі після 18 годин і особливо на ніч.

Успіх консервативного лікування залежить від дотримання режиму, який передбачає спокій, дозовану ходьбу, підняте положення кінцівки, еластичне бинтування кінцівки. Часто існує помилкова думка про те, що мити ноги при виразці не можна, оскільки можливе її інфікування, і рекомендують ретельно оберігати виразкову поверхню від попадання на неї води і мила, прикриваючи саму виразку поліетиленом або целофаном. Тим

самим грубо порушується гігієнічний режим ніг, активізується інфекція і грибкове ураження шкіри.

При виразці шкіра навколо неї нерідко покрита товстим шаром підсихаючої мазі, десквамованого епітелію, гнійного відокремлюваного, фібринних плівок, кірок і некрозів. Під ними створюються тепличні умови для розмноження мікробів. Тому лікування починають з миття гомілки ватно-марлевым тампоном з миючим засобом, тобто простим або дитячим милом. Потім шкіра навколо виразки просушується стерильними серветками, обробляється антисептиком (спиртом, хлоргексидином 1%, стериліумом). Після цього накладають пов'язку з лікарськими засобами, характер яких залежить від ступеня вираженості запалення і регенерації в ділянці виразки. Обробка виразок виконується щоденно.

5.10. Утилізація перев'язочного матеріалу та прибирання гнійної перев'язочної:

- використаний перев'язочний матеріал збирається і замочується в спеціальній посуді в розчині 0,2 % хлоранатаїну, а потім утилізуються в спеціальних печах за межами лікарні.
- не рідше трьох разів на день проводиться вологе прибирання приміщень та обладнань.
- один раз в тиждень проводиться генеральне прибирання.

Співробітники працюють в халатах, масках, шапочках, в хірургічних рукавичках, фартухах і при необхідності в захисних окулярах.

Кожні дві години згідно графіку проводиться ультрафіолетове опромінення.

На видному місці має висіти список хворих які перенесли гепатит і знаходяться на даний момент в стаціонарі.

Широко застосовуються миючі розчини та засоби дезінфекції рук, шкіри(включаючи руки хірурга та операційне поле).

- **Стериліум № Р-1108** - для хірургічної та гігієнічної обробки рук: бактерицидний, фунгіцидний, туберколоцидний; інактивує віруси гепатиту В, герпесу та інше. Дія пролонгована до 3 годин.

- **Кутасепт Г № Р-1107** — засіб подібний до попереднього. Залишкова дія до 5 годин.

- **Бактолін Бейзік № Р-1915** — емульсія з дизенфікуючими властивостями для обробки рук медперсоналу. Не викликає алергічних реакцій.

- **Бодифен** - засіб для дезінфекції інструментів.

- **Бациллол плюс** - засіб знезараження поверхонь та матеріалів.

Дії медперсоналу хірургічного відділення при підозрі або встановленні діагнозу анаеробної інфекції у хворого:

- хворого поміщають в окрему палату;
- закріплюється окрема медсестра, лікар;
- перед входом в палату кладуть килимок змочений 6 % розчином перекису водню;

- для хворого виділяється окреме судно, посуд, бікс із інструментами та перев'язувальним матеріалом (помаркувати та використовувати тільки для хворого). Знезараження проводити в палаті 6 % розчином перекису водню — 60 хвилин. Посуд кип'ятять в 2 % розчині кальцинованої соди — 90 хв.

Постільну білизну перед пранням знезаражують 6 % перекисом водню — 60 хв.

- двічі на добу в палаті проводять прибирання 66 % перекисом водню та 0,5 % миючим засобом (будь-яким).

- перед входом в палату медперсонал одягає одноразовий халат, шапочку, бахіли, маску, рукавички (весь одяг після знезараження в 6 % перекису — 60 хв., спалити).

- всі перев'язки та маніпуляції хворому проводять в палаті, інструменти та перев'язувальний матеріал знезаражують в 6 % перекису водню — 60 хв. Забороняється переміщення хворого по відділенню.

- після виписку хворого в палаті проводиться заключна дезінфекція (всі предмети в палаті: стіни, підлога, вікно, стеля обробити 6% перекисом водню + 0,5 % миючого засобу). Увімкнути бактерицидну лампу на дві години. Матрац, подушку, ковдру зібрати в цератовий мішок та відправити на дезкамерну обробку.

РОЗДІЛ 6. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ОПІКАМИ ТА ВІДМОРОЖЕННЯМИ.

Під термічним пошкодженням розуміють такий вид травми, який викликаний дією високої чи низької температури. По даним ВОЗ по частоті розповсюдження опіки займають третє місце серед інших травм і зустрічаються у 1 пацієнта на 1000 чоловік населення земної кулі.

Відмороження спостерігаються рідше, проте тривала втрата працездатності і високий рівень інвалідизації додають цьому виду травми не меншу актуальність. Своєчасне надання першої допомоги і проведення адекватних лікувальних заходів з належним доглядом в умовах хірургічного або травматологічного стаціонару є запорукою того, що відсоток несприятливого результату, у тому числі й вихід потерпілих на інвалідність, знижується. Саме цю обставину визначає необхідність вивчення названих питань, які включені в програму з курсу догляду за хірургічними хворими.

6.1. Клініка та діагностика опіків та опікової хвороби.

Залежно від чинника, що викликав пошкодження виділяють термічні, хімічні, електричні і променеві опіки (combustio). Будь-який опік характеризується глибиною і площею пошкодження.

Користуються чотирьохступеневою класифікацією опіків.

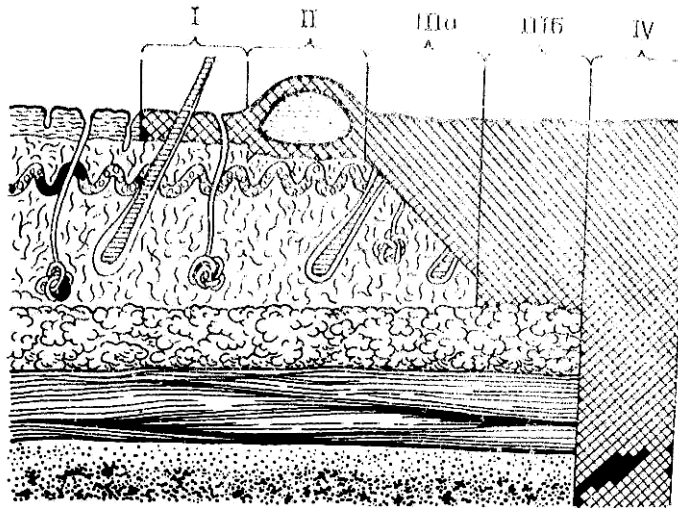
При опікові I ступеня в тканинах розвивається асептичне запалення, і клінічно спостерігається біль, почервоніння, припухлість, підвищення температури і порушення функції.

При опікові II ступеня за межі судин у великій кількості надходить плазма, яка відшаровує епідерміс, утворюючи міхури. Їх вміст прозорий, желеподібний, при інфікуванні каламутний.

При опікові III-а ступеня розвивається некроз шкіри, частково захоплюючи сосочковий шар. Клінічно спостерігається набряк тканин, їх напруженість, поверхня біляста або покрита сухим струпом, больова і тактильна чутливість знижені. При I–III-а ступенях ураження, рана самостійно епітелізується за рахунок росткового шару дерми – це поверхневі пошкодження.

Для опіку III-б ступеня характерний некроз всіх шарів шкіри. Поверхня покрита сухим буро-коричневим струпом, він спаяний з прилеглими тканинами. Больова і тактильна чутливість відсутні.

При опікові IV ступеня розвивається некроз шкіри, і глибше розташованих тканин. Струп щільний і товстий, іноді чорного кольору. У обох випадках самостійне відновлення шкіри неможливе, і рана заживає рубцюванням. Такий опік називається глибоким. (Мал. 40).



Мал. 40. IV-х ступенева класифікація опіків за глибиною ураження.

Дійсну глибину опіку можна визначити тільки через тиждень. Проте, проведення проб на збереження больової і тактильної чутливості (колення голкою, видалення волосини) дозволяє орієнтовно оцінити глибину термічного пошкодження.

Для визначення площі опіку користуються «правилом долоні», згідно якого розміри долонної поверхні кисті рівні 1% від загальної площі шкірного покриву. За «правилом дев'ятки» площа шкіри окремих областей тіла рівна 9%: голова і шия (1 дев'ятка), рука (1 дев'ятка), нога (2 дев'ятки), передня і задня поверхні тулуба (по 2 дев'ятки). З урахуванням того, що у людини дві руки і дві ноги, всього налічується 11 дев'яток, тобто 99% від загальної поверхні тіла і 1% доводиться на промежину і зовнішні статеві органи. Точніше площу опіку визначають за таблицею Постникова, ваговим та іншими способами.

При опіках найчастіше страждає шкіра, яка виконує захисну, терморегулюючу, детоксикаційну, дихальну й імунотропну функції. Некомпенсована втрата функцій шкіри унаслідок опіку приводить до вторинної патології внутрішніх органів, і розвивається опікова хвороба. Вважається, що вона має місце при глибоких опіках з площею пошкодження більше 10% і при поверхневих – більше 20%. Опік верхніх дихальних шляхів підвищує вірогідність розвитку опікової хвороби.

Протягом опікової хвороби виділяють 4 періоди: шоку, гострої токсемії, септикотоксемії і та реконвалісценції.

Опіковий шок – це патологічний стан з дисфункцією нервової, ендокринної, серцево-судинної систем з переважним порушенням мікроциркуляції й обмінних реакцій в організмі. У першу (еректильну) фазу опікового шоку спостерігається збудження потерпілого, хворий метушливий, кричить від болю, кличе на допомогу. Іншою особливістю опікового шоку є велика тривалість другої його фази (торпідної) – до 3 діб, коли має місце психоемоційна і рухова загальмованість пацієнта.

При відновленні мікроциркуляції в зоні травми відбувається масивне надходження токсинів в судинне русло, і розвивається наступний період хвороби – гостра опікова токсемія. Першою її ознакою є підвищення температури до 38-39°C з гектичними розмахами між її величиною у ранковий і вечірній час. Інтوكсикація зростає, супроводжуючись енцефалопатією, печінково-нирковою недостатністю.

Нагноєння опікової рани є точкою відліку іншого періоду – опікової септикотоксемії, коли провідного значення набуває мікробний чинник. Внаслідок бактеріємії формуються віддалені метастатичні гнійники (абсцес легенів), генералізується запальний процес і розвивається сепсис. Цей період характеризується поліорганными порушеннями і прогресом катаболізму аж до кахексії.

Коли опікова рана заживає, а патологічні зміни в органах (міокардит, пієлонефрит, ентерит) що зберігаються, йдеться про завершальний період хвороби – реконвалесценцію. У цей час відбувається відновлення функції життєво важливих органів і систем. При сприятливому перебігу хвороби переважають реакції анаболізму. Якщо ж рани не заживають, розвивається раньове виснаження, яке нерідко стає причиною летального виходу.

Наслідки опіку залежать від правильності лікування і адекватності догляду за потерпілими. Комбустіологічна травма може завершитися одужанням з повним відновленням функції пошкодженої області, загоєнням опікової рани з втратою працездатності аж до повної її втрати, або смертю хворого з опіками. Летальність варіює від 4% до 32%.

6.2. Перша допомога та лікування при опіках.

Надаючи першу допомогу при опікові, усувають дію ушкоджувального чинника, струменем холодної води охолоджують опікову поверхню. Для її обробки які-небудь мазеві пов'язки, пудри, яйця, молоко використовувати не можна. По можливості накладають суху асептичну пов'язку, а при опіку кінцівки виконують транспортну іммобілізацію, вводять знеболюючі і постраждалого доставляють в стаціонар.

Перша допомога при хімічних опіках направлена на якнайшвидше припинення дії агента. Для цього уражену ділянку промивають проточною водою протягом 15 хвилин і більше. Виняток становлять випадки, коли опік викликаний речовиною (алюміній і його органічні сполуки, концентрована сірчана кислота), взаємодія якої з водою супроводжується реакцією з утворенням тепла.

В результаті можливе додаткове термічне пошкодження. Після промивання водою залишки речовин, тканин, що проникли углиб, при опікові кислотою нейтралізують 2-5% розчином гідрокарбонату натрію, при ураженні лугом – 1% розчином оцтової кислоти, при опікові вапном – 20% розчином цукру, при пошкодженні органічними сполуками алюмінію – бензином або гасом у вигляді пов'язок або примочок. Подальше лікування хімічного опіку не має принципової відмінності від термічного пошкодження тканин, за винятком хімічних опіків фосфором.

У випадку останніх не можна накладати мазеві пов'язки, оскільки речовина поширюється в глиб і пошкодження збільшується.

В амбулаторних умовах лікують тільки опіки I-II ступеня з площею ураження не більше 10% поверхні тіла. При більшій площі пошкодження постраждалих госпіталізують. Опіки II ступеня в області обличчя, волосистої частини голови, стоп, паху і промежини рекомендують лікувати в стаціонарі, якщо площа опікової поверхні займає 0,5%.

При опіках I ступеня виконують туалет опікової рани, обережно обмиваючи її 1% новокаїном або фізіологічним розчином. На рану накладають суху асептичну пов'язку або використовують аерозолі з плівкотвірними полімерами (фуропласт, акутол і т.д.). Для знеболення застосовують наркотичні і ненаркотичні аналгетики або зрошування рани розчином новокаїну. Хворі видужують через 3-5 днів після травми.

При опіках II ступеня виконують обробку опікової поверхні. Під час первинного туалету рани надсікають міхур біля їх основи і накладають асептичну пов'язку. До 24 годин по можливості плівку міхура не знімають, оскільки вона ще виконує захистні функції і є природною біологічною поверхнею. Після 24 годин через відшарований епідерміс вже можуть проникати мікроорганізми, тому якщо вміст міхурів каламутний, то відшарований епідерміс знімають, раньову поверхню обробляють розчином йодобаку і накладають пов'язку з гідрофільною маззю (левосин, левомеколь). Загоєння, як правило, настає протягом 10-12 днів.

При опіках III – IV ступеня крім вказаного проводять хірургічну обробку опіку або шкірну пластику по мірі відокремлення некротичних тканин. Всі операції виконують тільки після виведення хворого зі стану шоку.

Загальне лікування включає протишокову, трансфузійну терапію, боротьбу з інфекційними ускладненнями, лікувальне живлення. Характер і об'єм лікувальних заходів залежить від стадії опікової хвороби.

При опіковому шоці знімають біль, проводять лікування гіпоксії, серцево-судинних розладів, печінково-ниркової недостатності, корекцію білкового, водно-електролітного обміну і кислотно-лужної рівноваги крові, детоксикацію організму і антибактеріальну терапію. Критерієм їх ефективності є поліпшення показників гомеостазу.

При лікуванні в період ***гострої опікової токсемії*** провідного значення набуває детоксикація організму, корекція метаболічних порушень, профілактика і лікування інфекційних ускладнень, серцево-легеневої та ниркової недостатності.

Основними завданнями в період опікової септикотоксемії є боротьба з інфекційними ускладненнями, корекція анемії і метаболічних розладів. При цьому важливого значення набуває відновлення колосальних енергетичних витрат, для цього використовується штучне лікувальне живлення.

6.3. Особливості догляду при лікуванні опіків.

Хворих з опіками госпіталізують в спеціалізоване опікове (комбустіологічне) відділення або центр, в хірургічний стаціонар, а при необхідності в реанімацію. В ідеальному варіанті потерпілих лікують в окремих палатах.

У хворих з опіками обширна раньова поверхня часто піддається інфікуванню штамами мікроорганізмів. Вони надзвичайно стійкі до антибіотиків і викликають розвиток госпітальної інфекції. В її лікуванні виникають труднощі, пов'язані з підбором високоефективних засобів. Крім того, самі хворі стають джерелом для інфікування інших пацієнтів. Тому в організації догляду за хворими з опіками є важливим дотримання правил асептики.

Для попередження інфекційних ускладнень з боку опікової рани вдаються до так званої **тактики «бар'єрів»**. Для цього створюють індивідуальне навколишнє середовище для кожного хворого. Медичні працівники носять одяг, призначений для хірургів, а також спеціальні халати або пластикові фартухи.

Перед кожним контактом з хворим миють руки і надягають рукавички, працюючи надалі так, щоб не торкатися до деяких предметів і поверхонь (наприклад, штор, що розділяють хворих), з якими можливе зіткнення руками, не захищеними рукавичками. Після огляду пацієнта фартух і рукавички знімають і знову миють руки. Якщо забруднюється хірургічний одяг, то його обов'язково міняють перед контактом з наступним хворим.

При догляді за опіковими хворими підтримують чистоту в палатах. Для цього особливу увагу приділяють вологому прибиранню, яке виконують 2-3 рази на добу, і двічі в тиждень дезінфікують приміщення. Частіше, ніж зазвичай, міняють постільну білизну, використовуючи стерильні простирадла. Забруднену білизну укладають в спеціальні мішки-упаковки і відправляють для обробки в пральню окремо від іншої хірургічної білизни.

Прибирання приміщення, його провітрювання і зміну білизни рекомендують проводити тоді, коли хворі знаходяться в перев'язувальній. Протирають дезінфікуючими засобами поверхні предметів (приліжкові поручні, столик) в безпосередній близькості від ліжка пацієнта.

Особливу увагу приділяють профілактиці перенесення інфекції на опікову рану з предметів, які використовують при догляді за хворими. З цією метою часто використовують засоби одноразового застосування, які можна легко дезінфікувати.

Для кожного хворого виділяють окремий стетоскоп, манжету тонометра. Матрац, на який укладають хворого, повинен бути запакований в клейонку. Якщо його обшивка пошкоджена, має проколи або розриви, то матрац міняють. Після виписки хворого матрац піддають спеціальній обробці в дезкамері.

Ефективно підтримують стерильність при **згнотобіологічній ізоляції хворого** і лікуванні опіків в керованому абактеріальному середовищі. При цьому пацієнти знаходяться в палатах-ізоляторах на спеціальних ліжках-сітках з повітряними матрацами. Постійну вологість і температуру повітря

створюють його однонаправленим ламінарним потоком. Такий стан навколишнього середовища у поєднанні з інфрачервоним опромінюванням і місцевою оксигенотерапією максимально знижує інфікування рани і прискорює її підготовку до шкірної пластики.

Іншою важливою обставиною, яку потрібно враховувати при догляді за хворими з опіками, є те, що всі хворі з опіками відчують *біль* не тільки під час перев'язки, але і при виконанні яких-небудь рухів і навіть перебуваючи у спокої.

Адекватне знеболення дозволяє з мінімальними втратами вийти хворому із стану шоку. В зв'язку з цим виняткового значення набуває щадний режим пацієнта, дбайливе відношення до нього при підкладенні судна, зміні білизни, перекладанні хворого, його транспортуванні.

Що стосується зміни пов'язки, то при обширних опіках її виконують тільки під загальним знеболенням. У ряді випадків для полегшення зняття пов'язки хворого заздалегідь укладають у ванну з 0,05-0,1% розчином перманганату калію, в теплій воді стерильними інструментами розтинають і знімають пов'язку. Потім закутують хворого в стерильне простирадло і доставляють його в перев'язувальню.

Необхідно пам'ятати, що при опікові обох рук хворі стають виключно безпорадними. Вони потребують надання допомоги при умиванні, обробці порожнини рота, при фізіологічних відправленнях, при годуванні.

Опіки обличчя мають більшу небезпеку, ніж інші ділянки тіла. Такі опіки частіше бувають глибокими і при них, як правило, ушкоджуються очі, ротова порожнина і верхні дихальні шляхи. У зв'язку з цим при опікові обличчя необхідно здійснювати догляд за названими анатомічними областями.

Лікування опіку обличчя, як правило, проводиться відкритим способом, тим самим полегшується догляд за хворим. При цьому 3-4 рази на день опікову поверхню змащують маззю з антисептиками, а також 2-3 рази на добу проводять туалет слухових проходів і носових ходів.

Догляд за очима включає обробку уражених ділянок ватним тампоном, змоченим 2% розчином борної кислоти, з метою розм'якшення і видалення скориночок, що утворилися. Потім, розсунувши повіки, промивають кон'юнктивальну порожнину фізіологічним розчином за допомогою гумового балончика. Після цього, відтягуючи нижню повіку, на слизову оболонку капають за допомогою піпетки 1-2 краплі альбуциду або наносять скляною паличкою очну мазь. Тим самим здійснюють профілактику і лікування запалення слизової оболонки ока – кон'юнктивіту.

Недостатній догляд за порожниною рота приводить до запалення його слизової оболонки і розвитку запалення привушної слинної залози – паротиту. Після кожного прийому їжі ротову порожнину ретельно очищають від її залишків, хворий полоще рот самостійно або його промивають 0,1-0,5% розчином перманганату калію за допомогою шприца Жане або гумового балончика.

Украй неприємні опіки промежини, оскільки при цьому можливе пошкодження сечовипускального каналу і заднього проходу, що приводить

до порушення сечовипускання і дефекації. Крім того, спостерігається швидке інфікування опікової рани, яка локалізується в паховій ділянці, на сідницях, в промежині і на внутрішній поверхні стегон, шляхом занесення з фекаліями умовно патогенних і патогенних мікроорганізмів з шлунково-кишкового тракту.

У зв'язку з цим кожний раз після відправлення фізіологічних потреб виконують ретельний туалет анусу шляхом підмивання з милом і подальшої обробки промежини розчином антисептика (водного розчину хлоргексидину 0,1%, перманганату калію 0,05%). Особливу увагу приділяють регулярній обов'язковій обробці антисептиками сечоприймачів і підкладних суден.

6.4. Особливості догляду при лікуванні опікової хвороби.

Значні труднощі виникають при догляді за хворими з опіковою хворобою. З першого дня після травми вони потребують інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії. Для її проведення виконують венепункцію або венесекцію. Катетеризація магістральної (підключичної, яремної) вени найбільш оптимально забезпечує введення інфузійних середовищ. У всіх випадках необхідне суворе дотримання правил асептики і своєчасна заміна забрудненого матеріалу, яким фіксують катетер до шкіри. Це дозволяє попередити розвиток септичних ускладнень, коли катетер стає провідником інфекції.

При появі ознак флебіту або перифлебіту інфузії в дану вену припиняють і катетер видаляють.

З метою профілактики повітряної емболії під час переливання стежать за герметичністю системи в місці її з'єднання з катетером, а після завершення інфузійної терапії його канюлю закривають спеціальною пробкою-заглушкою. Щоб уникнути тромбоемболічних ускладнень регулярно, 2-3 рази на добу, промивають катетер фізіологічним розчином з гепарином (у співвідношенні 1мл гепарину на 5 мл фізіологічного розчину).

Під час догляду контролюють стан пацієнта і оцінюють ефективність терапії. При цьому визначають колір, температуру, еластичність шкіри, частоту дихання і пульсу, вимірюють артеріальний тиск. Важливим є вивчення погодинного і добового діурезу. Для цього у важких хворих катетеризують сечовий міхур. Виведення сечі в кількості 1 мл на 1 кг ваги в 1 годину свідчить про нормалізацію функції сечовидільної системи і про адекватність лікування, що проводиться.

У хворих з опіковою хворобою практично завжди розвивається гіпоксія тканин. Для її компенсації вдаються до інгаляції кисню через катетер, підведений до носа потерпілого. При опіках верхніх дихальних шляхів, коли є набряк слизової оболонки і бронхоспазм, часто виконують ендотрахеальну інтубацію або трахеостомію і проводять штучну вентиляцію легень. Через трубку періодично аспірують мокроту і санують бронхіальне дерево.

Ендотрахеальну трубку і трахеостому використовують для введення лікарських засобів і здійснення трахео-бронхіальної оксигенації. Іноді виконують мікротрахеостомію, вона менш травматична, зменшує ризик

вторинного інфікування дихальних шляхів, дозволяє зберегти кашльовий рефлекс і спонтанне дихання. У таких хворих потрібне дотримання чистоти шкіри навколо трахеостоми, контроль прохідності трахеостомічної трубки, її своєчасна обробка і заміна.

Тривалий час у хворих з опіковою хворобою в організмі переважають процеси катаболізму. Стан погіршується через втрати рідини і білків через обширну ранову поверхню. Заповнення втрат здійснюють за допомогою **парентерального годування**. За об'ємом воно може бути повним, коли забезпечують добову потребу живильних речовин і вітамінів, і неповним, коли їх дефіцит заповнюють на 2/3 або 1/3 від необхідного рівня. Для цього використовують живильні речовини: білкові гідролізати (гідролізат казеїну, альбумін, гідролізін), амінокислотні препарати (амінокровін, поліамін), глюкозу, жирові емульсії (інтраліпід, ліпофундін), електролітні розчини (Рінгера, дисоль, трисоль).

Таким чином, **правило «трьох катетерів»: введення катетера в ніс для інгаляції зволоженого кисню, у вену - для інфузійної терапії, в сечовий міхур - для вимірювання погодинного діурезу**, повною мірою дозволяє реалізувати необхідні вимоги по якісному лікуванню пацієнтів з опіковою хворобою і визначає особливості догляду за ними.

У деяких хворих за умови відновлення рухової та всмоктувальної функції шлунково-кишкового тракту парентеральне поєднується з **ентеральним годуванням** або повністю ним замінюється. При цьому годуванні суміші, що містять білки, жири і вуглеводи, вводять краплинно через зонд в шлунок або дванадцятипалу кишку.

В цілому ж в перші дні хвороби показано **годування за типом нульової дієти** з максимальним механічним щадінням. У зв'язку з поганим апетитом хворого рекомендують включати в їжу речовини, що поліпшують її смак і запах. У подальшому після виходу з важкого стану харчовий раціон розширюють до **дієти N 11**, при якій збільшують вміст молочних продуктів (сир, творог), яєць, м'яса, риби і зменшують кількість хліба, макаронних виробів і круп. Енергетична цінність при цьому досягає 3500-3800 ккал.

6.5. Клініка та діагностика відмороження.

Холодовій травмі може піддаватися як організм в цілому, так і різні його ділянки. Найчастіше спостерігається відмороження (congelatio) кінцівок, носа, вух і щік.

Серед **причин розвитку відмороження** відзначають головну – вплив низької температури навколишнього середовища, і другорядні – підвищену вологість повітря і велику швидкість вітру. Існують місцеві **чинники, що сприяють розвитку відмороження**, зокрема судинна патологія кінцівок (облітеруючий ендартеріїт і атеросклероз, варикозне розширення вен ніг), перенесені раніше переломи, вивихи, відмороження, тісне взуття. До загальних чинників відносять алкогольне сп'яніння, перевтому, виснаження, адинамію, несвідомий стан, а також фізичні недоліки.

Відмороження розвивається в 2 періоди: дореактивний, – з моменту отримання травми до нормалізації температури відмороженої

області, та реактивний період з моменту нормалізації температури відмороженої ділянки до реконвалесценції.

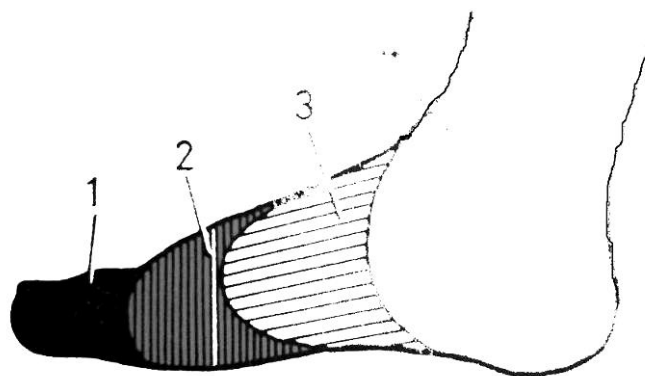
Використовують класифікацію відморожень по Т.Я.Ар'єву, (1940). (Мал. 41).

Відмороження I ступеня, як правило, не впливає на загальний стан організму. У дореактивний період шкіра ціанотична, в реактивний вона стає гіперемійованою. Після зігрівання посилюється біль, рухи в суглобах активні. Одужання зазвичай настає на 5-7 день. Іноді спостерігаються залишкові явища у вигляді гіперпигментації, підвищеної пітливості або сухості шкіри. Розлади кровообігу, що були, в ураженій зоні обумовлюють схильність цієї області до повторного відмороження.

Для II ступеня відмороження характерний інтенсивніший біль, свербіж, печія, виникає набряк. Ці симптоми, зазвичай, протягом двох днів зникають, і тоді з'являються міхури. Набряк розповсюджується за межі області ураження. Через 7-8 днів міхури зморщуються, епітелій злущується, а пошкоджена поверхня покривається молодим епідермісом.

При III ступені відмороження спостерігається глибше ураження тканин, включаючи шкіру і підшкірну клітковину з наявними в ній судинами, унаслідок чого виникають геморагічні міхури. Клінічно відмічається виражений локальний біль, втрачається тактильна і температурна чутливість, з'являються загальні ознаки інтоксикації. Через 2-3 тижні відбувається відторгнення змертвілих тканин і утворюється рана. Загоєння ранового дефекту продовжується 1-3 місяці і йде шляхом утворення сполучнотканинного рубця.

Відмороження IV ступеня пов'язане із загибеллю шкіри і тканин, що лежать глибше аж до кісток. Глибину ураження відразу визначити не можна, це можливо через 5-7 днів, коли сформується бар'єр, що відмежовує здорові тканини від загиблих. Остаточний діагноз ставиться до кінця 2 тижня. Відторгнення ділянок, що омертвіли, триває декілька місяців і часто ускладнюється вологою гангrenoю.



Мал. 41. Ступені відмороження за класифікацією Т.Я. Ар'єва.

Серед інших видів холодової травми зустрічається озноблення, яке є видом хронічного відмороження. Його появі сприяє підвищена вологість повітря і вітер. Воно виникає частіше на відкритих частинах тіла – на обличчі, на стопах, причому найчастіше, у осіб літнього і старечого віку. Клініка озноблення аналогічна відмороженню I ступеня і проявляється дерматитом. Шкіра з синюшним відтінком, на дотик холодна, набряклість не виражена, больова і тактильна чутливість знижена. Згодом, в місцях дерматиту, утворюються тріщини.

Ще однією формою холодового пошкодження є *«траншейна стопа»*. При високій вологості повітря під впливом низької температури навколишнього середовища відбувається ураження ніг, взутих в тісні черевики або чоботи. Стан тканин погіршується повторюваністю дії холоду і зігрівання кінцівки (холод - тепло, холод - тепло). У потерпілого спостерігається блідість шкіри, зниження больової і тактильної чутливості, наростає набряк тканин стопи, і роззуте взуття важко одягнути. Набряк поступово розповсюджується за межі ураженої ділянки. Надалі досить швидко може розвинутися тотальний некроз стопи за типом вологої гангрени, яка супроводжується симптомами інтоксикації.

6.6. Перша допомога та лікування відмороження.

Лікування відмороження починають на догоспітальному етапі, і його результати залежать від адекватності надання першої допомоги. Частіше її здійснюють у дореактивному періоді відмороження. Усунувши дію холоду, її основним завданням є відновлення в ураженій зоні кровообігу. Це відновлення здійснюють двома шляхами - «зсередини» чи «ззовні». Вважається, що доцільніше це робити зігріванням «зсередини». Звільнивши кінцівку від промерзлого одягу і взуття, на уражені ділянки накладають ізолюючу пов'язку, постраждалому дають гарячі напої і організовують швидко його доставку в стаціонар.

На думку інших, потрібно зігрівати кінцівку «ззовні». Для цього ногу або руку поміщають у воду, температура якої має дорівнювати 17-18° С, і поступово (протягом 1 години) підігрівують її до 36°С. При появі гіперемії, вільних рухів в міжфалангових суглобах, відчутті «м'якості» ураженої зони процедуру закінчують. Осушивши кінцівку, на неї накладають ватно-марлеву пов'язку і надягають целофановий мішок. Пацієнтові дають гарячі напої і вкладають у ліжко.

У будь-якому випадку йдеться про необхідність створення реактивної гіперемії в зоні ураження, а перевага віддається тактиці, якої дотримуються в «головній» спеціалізованій лікувальній установі регіону обслуговування. Слід також додати, що більшість лікарів, які надають допомогу при відмороженнях, виступають категорично проти відтирання ураженої ділянки снігом, шерстяною тканиною і вважають недоцільним масаж на етапі надання першої допомоги. При цьому кровообіг відновлюється за рахунок тепла рук, а саме відтирання і масаж приводить лише до утворення мікротравм, які стають вхідними воротами для інфекції.

При поступанні відмороженого в стаціонар у дореактивний період першу допомогу здійснюють в тому ж об'ємі й послідовності. Після обробки кінцівки на неї накладають асептичну пов'язку. Разом з цим для відновлення кровообігу в постраждалій зоні негайно починають лікувальні заходи, що включають проведення футлярної або периневральної провідникової новокаїнової блокади, внутрішньоартеріальне або внутрішньовенне введення спазмолітиків і медикаментозних засобів, що поліпшують реологічні властивості крові (реополіглюкін, реоглюман).

У ранній реактивний період, коли є мікроциркуляторні порушення і тромбози, проводять інфузійну терапію реологічними і детоксикаційними кровозамінниками.

У пізній реактивний період, коли унаслідок ішемії, гіпоксії і некрозу тканин розвиваються інфекційні ускладнення, використовують компоненти крові (плазма, еритроцитарна маса), трансфузію імунологічних засобів (антистафілококова плазма), а також парентеральне живлення.

При необоротних змінах в тканинах виконують хірургічні маніпуляції. У перші три дні з моменту отримання травми при вираженому набряку кінцівки, при її похолоданні і втраті чутливості шкіру і тканини, що прилягають до неї, розтинають в ділянці ураження, тобто проводять некротомію, яка являється превентивною хірургічною обробкою відмороження.

При гангрені показана некректомія (видалення некрозів), яку виконують на 2-4 тижні лікування і рідко – за екстреними показаннями, коли є тотальне ураження крупних сегментів кінцівки з вираженою токсемією й існує загроза життю потерпілого. Для відновлення цілісності шкірного покриву використовують пересадку шкіри. Ампутація відмороженого сегменту здійснюється із формуванням функціонально здатної кукси, а для підвищення її функціональних властивостей в пізніші терміни виконують реконструктивні операції.

6.7. Особливості догляду при лікуванні відмороження.

Хворих з відмороженням госпіталізують в «гнійну» палату. І це не випадково, оскільки при його розвитку формуються некрози, які стають сприятливим середовищем для інфекції. У пацієнтів часто виникає нагноєння міхурів, гострий лімфангіт і лімфаденіт, абсцес, флегмона, гнійний артрит і навіть сепсис. У зв'язку з викладеним, при виконанні перев'язок і хірургічних втручань ретельно дотримуються правил асептики, а також дотримуються заходів особистої і суспільної гігієни під час маніпуляцій, пов'язаних безпосередньо з доглядом за хворими (підкладення судна, зміна білизни і т.д.). Тим самим досягається попередження розвитку госпітальної інфекції та інфекційних ускладнень.

Наявність обширних некрозів при відмороженні пов'язана з тим, що в ураженій ділянці створюються оптимальні умови для життєдіяльності анаеробних мікроорганізмів. Бактеріологічні дослідження підтверджують змішаний аеробно-анаеробний характер мікрофлори в зоні розвитку гнійно-

некротичного процесу. Саме анаероби, виробляючи газоподібні речовини з неприємним запахом, визначають сморід, який виходить від ран.

Усувають неприємні запахи за допомогою антисептиків, що мають дезодоруючий ефект (засоби з групи окислювачів – перекис водню і перманганат калію). Для цього не менше 2 разів на добу виконують перев'язки, під час яких для рук і ніг роблять ванни з вище названими розчинами.

При організації **догляду за хворим з відмороженням** треба пам'ятати, що травмі частіше підлягають руки (пальці і кисті) і стопи. Для I, II і III ступеню їх ураження характерний інтенсивний біль, який посилюється після відігрівання і при рухах. Крім того, навіть при відмороженні I ступеня має місце малорухомість у міжфалангових суглобах, яка зберігається до двох тижнів. Ці дві обставини обумовлюють значну неспроможність рухової функції рук і ніг.

Разом з тим, при невеликих площах відмороження загальний стан страждає мало і швидко нормалізується, зокрема у зв'язку з утворенням демаркаційного бар'єру при глибокому ураженні. У пацієнтів зберігається апетит, рухова активність в ліжку, виникає потреба в переміщенні по палаті і за її межами. Проте **функціональна неповноцінність кінцівок, особливо рук**, істотно утруднює, а нерідко і повністю виключає можливість самостійного проведення гігієнічних заходів (умивання, чищення зубів і порожнини рота, гоління), годування, фізіологічних відправлень. Тривалий час (місяцями в стаціонарі, а іноді і після виписки на амбулаторне лікування) хворі залишаються безпорадними і вимушені постійно звертатися за допомогою до сусідів по палаті, медичного персоналу.

Догляд за такими хворими включає організацію і надання їм допомоги в повсякденних ситуаціях (нагодувати, допомогти умитися і т.п.). Важливого значення набуває **соціальна адаптація пацієнта**, яка здійснюється при безпосередній участі медичних працівників. До неї входить, зокрема навчання постраждалого ходінню на милицях, забезпечення кожного хворого індивідуальним кріслом-каталкою.

Слід додати (з розділу медичної етики): крім всього іншого при догляді за відмороженим особливо значущим стає відчуття співчуття до пацієнта з боку лікаря, медсестри, санітарки і «колег по нещастю». Виховання цього відчуття є основою **створення атмосфери** і такого потрібного **сприятливого морального клімату** в палаті та у відділенні.

РОЗДІЛ 7. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ПЕРЕЛОМАМИ.

Під травмою (trauma) розуміють пошкодження тканин, органів і частин тіла в результаті дії механічних, термічних, хімічних та інших чинників. Існує виробнича (промислова, сільськогосподарська) і невиробнича (дорожньо-транспортна, побутова), ізольована і множинна, поєднана і комбінована травма. За характером пошкодження виділяють поранення, опік, перелом й інші види травми.

Серед усіх пошкоджень найчастіше зустрічаються переломи. Кваліфікована їх діагностика і лікування, зокрема умілий догляд, є запорукою вирішення проблем, пов'язаних із зменшенням числа ускладнень, летальних випадків, часу непрацездатності та із скороченням витрат на обслуговування.

Переломом (fractura) називається порушення цілісності кістки, що виникає під впливом зовнішньої сили (травматичний) або при змінах в кістковій тканині унаслідок якоїсь хвороби (патологічний)- остеомієліт, туберкульоз, злоякісні новоутворення та інші. Переломи діляться на вроджені і набуті, відкриті і закриті, повні і неповні.

По лінії перелому розрізняють поперечні, косі, подовжні, гвинтоподібні або спіральні та ін.

Залежно від зони пошкодження кістки переломи бувають діафізарними, метафізарними і епіфізарними.

Будь-який перелом характеризується знаходженням фрагментів кістки один щодо одного, і він може бути без зсуву відламків (при тріщині), з повним або неповним їх зсувом по ширині, по довжині, під кутом або по осі, по периферії. В залежності від пошкодження шкірних покривів переломи можуть бути відкриті та закриті.

7.1. Діагностика та лікування перелому.

Діагностика перелому базується на клінічних і рентгенологічних даних. До абсолютних симптомів перелому відносять видимі в рані кісткові фрагменти, випинання шкіри над уламками, патологічна (поза суглобом) рухливість, кісткова крепітація, яка цілеспрямовано не визначається у зв'язку з можливим пошкодженням судин, нервів, а також рентгенологічні дані. Будь-яка з цих ознак свідчить про безперечність діагнозу перелому.

Інші симптоми (локальний біль, що посилюється при рухах і пальпації, порушення функції кінцівки, її деформація і укорочення, припухлість і крововилив в м'яких тканинах) є відносними, оскільки зустрічаються і при іншій патології. Вони дозволяють запідозрити перелом.

Консолідація (зрощення) перелому відбувається за рахунок регенерації всіх шарів кістки, розсмоктування і заплінення травматичної гематоми. При розмноженні клітин ендоста, гаверсових каналів, окістя і сполучної тканини, що оточує перелом, йде кісткоутворення. Кожне з цих джерел формує особливий шар кісткової мозолі.

При дотриманні оптимальних умов зрощення кісткових відламків очікується доцільна по термінах консолидація перелому. Так, при переломах фаланг, ребер і п'ясткових кісток вона настає в середньому протягом 3-х тижнів, при переломі ключиці – 4-х тижнів, зап'ястя, передплесна, плесна, плеча і передпліччя – 2,5 місяців, гомілки – 3-х місяців, стегна – 4-х місяців, шийки стегна – 6 місяців тощо.

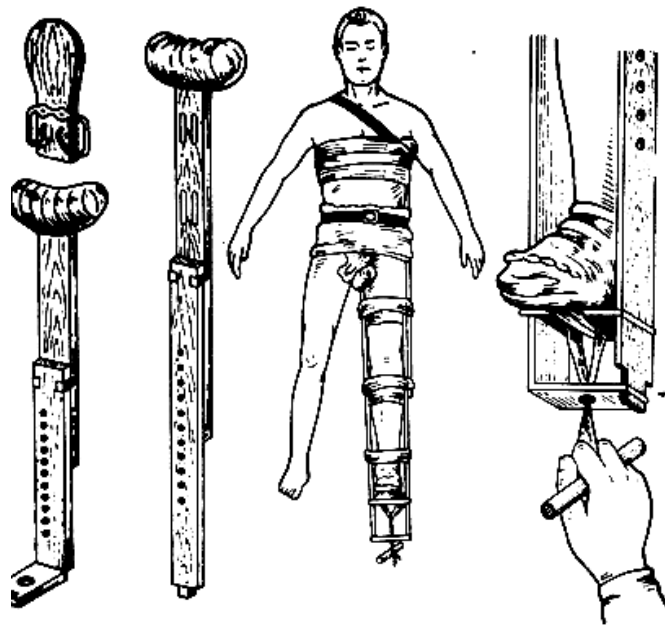
Сповільнене зрощення перелому спостерігається при цукровому діабеті, в літньому і старечому віці, при виснаженні, авітамінозах, в період вагітності. Серед місцевих причин сповільненого зрощення називають розлади кровообігу, множинність переломів, інтерпозицію тканин, гнійну інфекцію м'яких тканин, надмірне променеве навантаження. Висока активність пацієнта, особливо при поганому зіставленні і утриманні кісткових відламків, а також неправильний остеосинтез і використання зайве великого вантажу при скелетному витягненні уповільнюють формування кісткової мозолі.

Основні принципи лікування переломів:

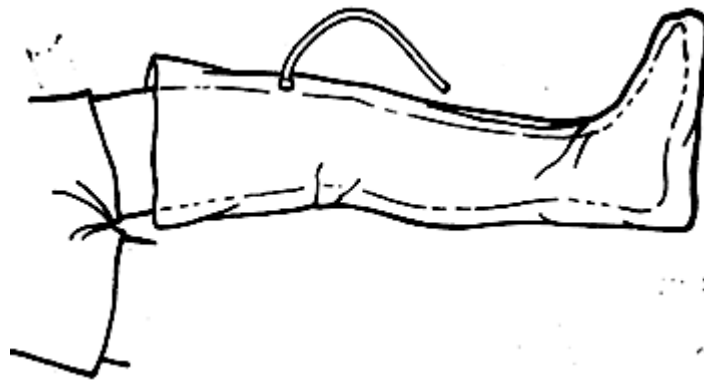
- правильне надання першої допомоги до звернення до спеціалізованої лікувальної установи;
- повноцінна діагностика перелому з обов'язковим рентгенографічним дослідженням в двох проекціях;
- можливе раннє зіставлення кісткових відламків;
- раціональна надійна фіксація зіставлених кісткових відламків до настання консолидації;
- активне проведення заходів, що сприяють процесам консолидації;
- комплексне функціональне лікування.

7.2. Перша допомога при переломі.

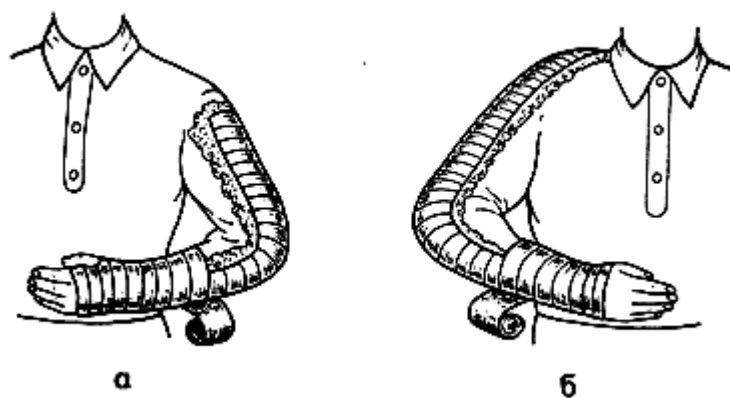
Перша допомога при переломі полягає у виконанні **транспортної іммобілізації** зони пошкодження спеціальними (табельними) шинами або підручними засобами (мал. 42, 43, 44, 45). Зараз широко використовуються пневмошини.



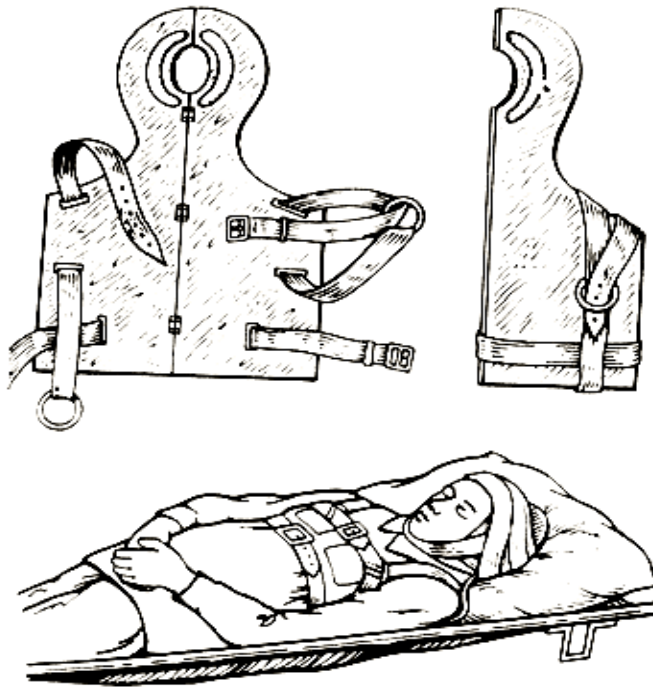
Мал. 42. Шина Дітерікса та її застосування.



Мал. 43. Надувна пневматична шина для іммобілізації гомілки.



Мал. 44. Транспортна іммобілізація ступінчатою шиною Крамера при переломах кісток передпліччя (а) і плеча (б).



Мал. 45. Шина Еланського.

При відкритих переломах на рану накладають асептичну пов'язку. При необхідності здійснюють гемостаз пальцевим притисненням судини, кровоспинним джгутом або іншим способом. Для профілактики травматичного шоку виконують знеболення. Використовують ненаркотичні і наркотичні анальгетики (1-2 мл 1 % розчину морфіну гідрохлориду, 1-2 мл 1-2 % розчину промедолу чи по 2-4 мл 50 % розчину анальгіну тощо). Потім організовують доставку постраждалого до лікувальної установи. Неправильне надання допомоги збільшує небезпеку виникнення травматичного шоку, вторинної кровотечі, інфекції, вторинного зсуву відламків.

При транспортуванні постраждалого в стаціонарі ці ускладнення виникають під час перекладання його з кушетки на каталку в приймальному відділенні, з каталки на стіл і назад в рентген-кабінеті, з каталки на стіл в операційній і т.д. Для їх запобігання рекомендують використовувати спеціальні дерев'яні і пневматичні щити. Під час госпіталізації пацієнта укладають на такий щит, і всі подальші його переміщення здійснюються на ньому без додаткових перекладань.

При зсуві кісткових уламків потрібне їх зіставлення, **репозиція** яка може бути одномоментною або поступовою. При цьому відламки зіставляють вручну, або спеціальними апаратами Соколовського, Вороніна ("безкровна" – закрита репозиція). За показаннями виконують зіставлення оперативним шляхом ("кривава" або відкрита репозиція).

Правильність маніпуляції контролюють рентгенологічно. Нерухомість відламків і можливість активних рухів кінцівки для попередження атрофії м'язів і розладу кровообігу забезпечують фіксацією кісткових фрагментів.

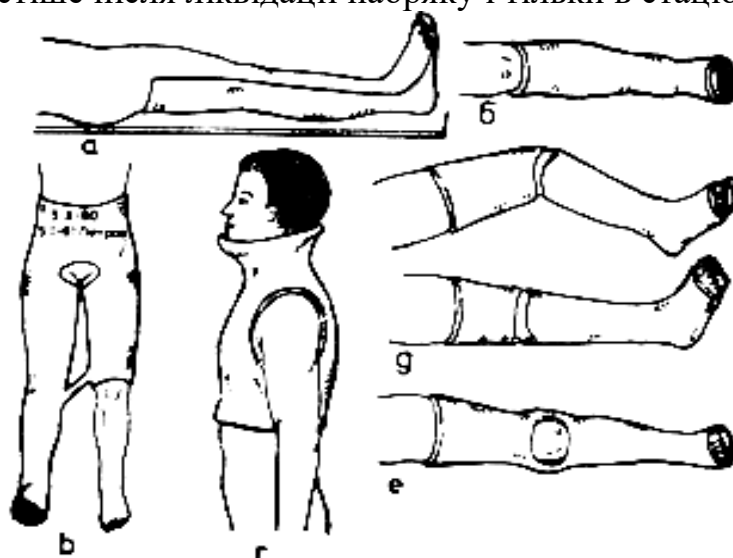
Залежно від способу утримання відламків виділяють чотири методи лікування переломів: гіпсовою пов'язкою, постійним витягненням,

внутрішньоосередковим остеосинтезом металевими конструкціями і позавогнищевим компресійно-дистракційним остеосинтезом.

7.3. Особливості догляду при лікуванні перелому з гіпсовою пов'язкою.

При лікуванні перелому гіпсовою пов'язкою застосовують безпрокладочний матеріал, а також гіпсову пов'язку з ватно-марлевою або тканинною прокладкою. При цьому використовують герметично упаковані заводські гіпсові бинти, або бинти, самостійно виготовлені з марлі і гіпсу. У ряді випадків вживають термопластик, головною перевагою якого є швидке твердіння, гігієнічність (можна мити) і легкість пов'язки.

При лікуванні перелому перевагу віддають лонгеті, коли пов'язка оточує кінцівку на 2/3 її діаметра. Кругову (циркулярну) пов'язку накладають частіше після ліквідації набряку і тільки в стаціонарі (мал. 46).



Мал. 46. Види гіпсових пов'язок: а - гіпсова лонгета; б -циркулярна гіпсова пов'язка; в - кокситна гіпсова пов'язка; г - гіпсовий корсет; д - редресаційна пов'язка для видалення контрактур; е - мостовидна гіпсова пов'язка.

Виготовлення гіпсового бинта здійснюють в гіпсовочному кабінеті. Для цього поверхню столу покривають тонким шаром просіяного гіпсу, поверх нього укладають кінець марлевого бинта, що розкочений завдовжки 30-50 см.

Потім марлю посипають шаром гіпсу завтовшки 1-2 мм, рівномірно розгладжуючи бинт і втирають порошок в марлеву тканину. Приготовану частину складають у вигляді листового пиріжка і розгортають наступний відрізок марлевого бинта. Після цього бинт відрізають і вільний кінець загинають поверх скатки, що полегшує його пошук при замочуванні. Необхідно пам'ятати, що дуже туге згортання гіпсового бинта перешкоджає проникненню води усередину під час його замочування, а при рихлому скачуванні частина гіпсу висипається з бинта. Зазвичай з одного фабричного марлевого бинта заготовлюють два гіпсових.

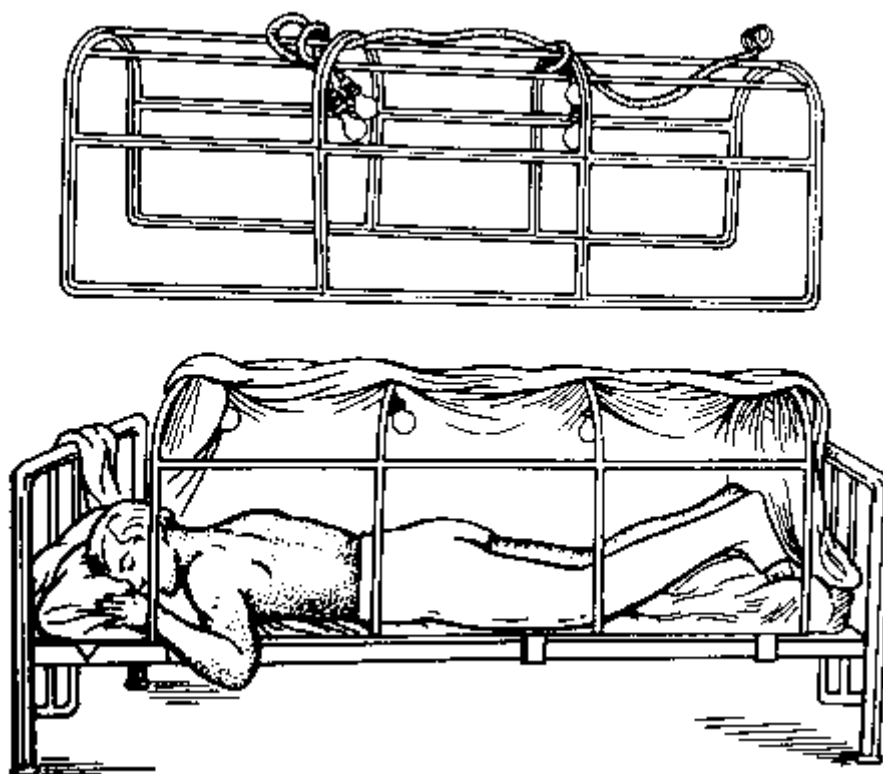
Перед накладанням гіпсової пов'язки тілу пацієнта або кінцівці надають таке положення, яке буде зафіксовано гіпсом. Бинт або лонгету замочують у великій мисці в теплій воді з таким розрахунком, щоб її вистачило на всю пов'язку. Доливати воду не рекомендують, оскільки різниця температури позначається на міцності гіпсової пов'язки. Замочують по одному бинту, повністю занурюючи його у воду і утримуючи в ній до припинення відходження бульбашок повітря з бинта.

Через 2-3 хвилини бинт виймають і злегка притисняють для видалення зайвої води. Треба пам'ятати, що при скручуванні бинта, або при натисканні на його центр відбувається витікання рідкого гіпсу, такий бинт стає непридатним до використання. Не рекомендують форсувати намокання бинта шляхом його стискання у воді для витіснення повітря, оскільки це уповільнить проникнення рідини між шарами.

При накладенні гіпсової пов'язки дотримуються таких вимог:

- кісткові виступи, що піддаються максимальному тиску, вкривають ватно-марлевими подушечками;
- бинт накладають без натягнення, розкочуючи його по тілу, і кожен шар розгладжують долонею, в результаті шари щільно прилягають один до одного і утворюють єдине ціле;
- розгладження пов'язки забезпечує її моделювання по контуру кінцівки і щільне прилягання до тіла, завдяки чому пов'язка не обертається і не натирає шкіру;
- в процесі бинтування положення кінцівки не змінюють;
- пальці руки або ноги, на яку накладають пов'язку, залишають вільними, тобто відкритими, для подальшого спостереження за станом кровообігу кінцівки;
- підтримують кінцівку долонею, а не пальцями, щоб не виникало пальцевих відтисків на самій пов'язці.

Через 15-20 хвилин після накладання пов'язки її край обрізають в паху, на сідниці і промазують гіпсовою кашкою, прикривши одним шаром марлі, щоб у вказаних місцях не виникали потертості, було зручно підкладати судно і проводити туалет промежини. Для прискорення висихання пов'язки використовують фен, грілки або лампу-соллюкс (мал. 47). Після цього хімічним олівцем на пов'язці пишуть дату її накладення.



Мал. 47. Висушування гіпсової пов'язки.

Необхідно пам'ятати, що “немає нічого важчого, ніж втрата кінцівки через погано накладену пов'язку. Хворий після накладання гіпсової пов'язки до її остаточного висихання повинен бути під постійним медичним контролем” [Охотський В.П., 1997]. Його щодня оглядає лікар навіть в умовах поліклініки.

Серед ускладнень найчастіше зустрічається стиснення тканин кінцівки в «гіпсовому футлярі». Це виражається відчуттям тісноти, оніміння кінцівки, зміною її забарвлення і, нарешті, наростанням болю, який набуває розпираючого характеру. Дана клініка обумовлена занадто тугим накладанням пов'язки або прогресуванням травматичного набряку. У першому випадку в міру висихання пов'язки в системі поверхневих вен спочатку розвивається порушення кровообігу, яке пов'язане з утрудненням відтоку крові, що сприяє збільшенню об'єму сегменту і приводить не тільки до посилення венозного застою, але і до порушення артеріального кровотоку. Як закономірний наслідок таких реакцій розвивається ішемічний некроз – загибель тканин, аж до гангрени.

При виникненні відчуття здавлення створюють підняте положення для кінцівок: для руки, підвішуючи її до балканської рами, а для ноги, піднімаючи ножний кінець ліжка. Тим самим поліпшується венозний відтік та зменшується набряк. Якщо вказана симптоматика зберігається, то циркулярну пов'язку необхідно розітнути по всій довжині. У тому випадку, коли є лонгета, розводять її краї і, тим самим, звільняють кінцівку.

Іноді може спостерігатися стиснення тканин і поява некрозів на обмеженій ділянці, частіше в області виступаючих кісткових утворень

(кісточок, виростків, великого вертлюга стегнової кістки). Для попередження цього ускладнення перед накладанням гіпсової пов'язки в проекції вказаних утворень укладають ватно-марлеві прокладки.

Нарешті, необхідно пам'ятати, що стискання тканин може бути в тих випадках, коли утворюються глибокі втиснення від надмірної дії на стінку пов'язки під час її накладання. Для уникнення цього при гіпсуванні кінцівку утримують всією долонею, а не кінчиками пальців, періодично розгладжуючи саму пов'язку і змінюючи положення кисті. Якщо ж втиснення виникли, то для профілактики формування некрозу у вказаному місці потрібно зробити «вікно» в гіпсовій пов'язці.

Після закінчення періоду маскового режиму, починаючи пересуватися за допомогою милиць, хворий може відчувати стискання пов'язкою, набряклість і посиніння пальців, біль у кінцівці. Це обумовлено порушеннями кровообігу, які поступово зникають. Для кращої адаптації хворого до подібних проявів перед початком ходіння тренують кінцівку, опускаючи її з ліжка і піднімаючи, а після ходіння нозі надають піднятого положення.

Лікування перелому кісток верхньої кінцівки з використанням гіпсової пов'язки зазвичай проводять амбулаторно. Хворому рекомендують протягом 5-7 днів дотримуватися напівсидячого положення, яке досягається підняттям головного кінця ліжка або підкладенням під голову і грудну клітину додаткових подушок. При пошкодженні «провідної» кінцівки (правою у правші і лівою у лівши) хворий вчиться обслуговувати себе за допомогою іншої руки. Під час фізіологічних відправлень йому допомагають роздягтися і сісти на унітаз або стільчик. Не дивлячись на те, що хворий може самостійно ходити і приймати їжу, найчастіше доводиться його годувати.

При переломі кісток нижньої кінцівки тривалий час хворі дотримуються постільного режиму, тому годування і відправлення фізіологічних потреб проводять в палаті. Перед годуванням на грудях хворого розстилають серветку або рушник, на який ставлять тарілку з їжею. Якщо хворому можна обернутися на бік, тарілку ставлять поряд. Для того, щоб підкласти судно хворому, його просять зігнути здорову ногу, спертися на ліжко і підвестися. Туалет пацієнта включає миття голови над тазом і обтирання вільних від гіпсової пов'язки частин тіла.

Знявши гіпсову пов'язку після закінчення необхідного терміну, нерідко виявляють трофічні розлади шкіри. Вона виглядає сухою, шорсткою, злущується та свербить. Для ліквідації цих явищ використовують обережне миття шкіри з милом і теплі ванни. Після водної процедури шкіру змащують живильним кремом.

Тривала нерухомість кінцівки приводить до атрофії м'язів і до порушення рухової функції ноги або руки внаслідок малої рухомості суглобів аж до розвитку контрактури. Для ліквідації вказаних негативних наслідків після зняття гіпсової пов'язки проводять відновне лікування, що

включає лікувальну фізкультуру (активні і пасивні рухи), дихальну гімнастику, масаж, аплікації парафіну й інші фізпроцедури.

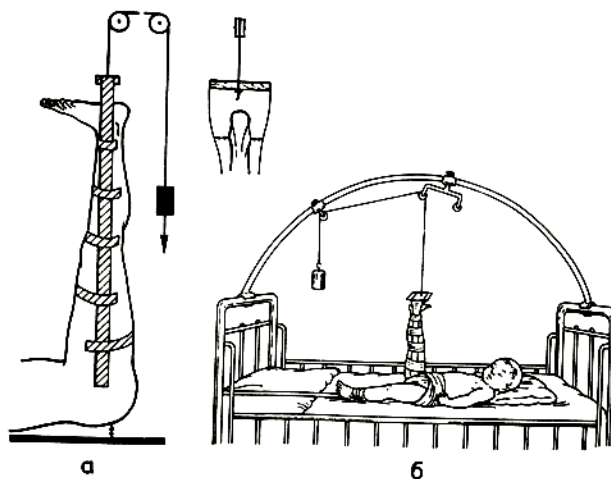
7.4. Особливості догляду при лікуванні перелому з витяжінням.

В момент травми внаслідок миттєвого скорочення м'язів відбувається зсув кісткових фрагментів від звичайного положення осі кістки. Він називається первинним і залежить від дії сили, що викликала пошкодження. Вторинний зсув уламків виникає через тягу скелетних м'язів, що скоротилися, а також сили дії і ваги периферичних відділів кінцівки. У зв'язку з цим для зіставлення кісткових відламків і їх утримання в такому положенні до виникнення кісткової мозолі використовують витягнення кінцівки, при якому відбувається поступове розслаблення (релаксація) м'язів.

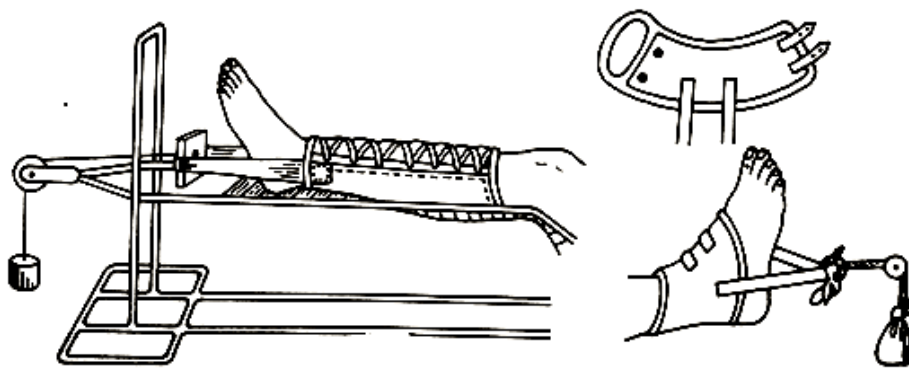
У травматологічній практиці знайшло застосування **постійне лейкопластирне**, а частіше скелетне витягнення (мал. 48, 49).

У першому випадку тягу здійснюють клейкими стрічками, що кріпляться до шкіри (нашкірне витягнення), і застосовують його, коли для утримання відламків не вимагається великих зусиль, найчастіше у ослаблених хворих і дітей.

Надійнішим вважається скелетне витягнення, при якому вантаж кріплять до металевої конструкції, що складається зі скоби і спиці, проведеної через кістку. При використанні в системі пружини–демпфера (звідси назва демпфероване скелетне витягнення) такий метод лікування переломів стає більш функціональним.



Мал. 48. Лейкопластирне (нашкірне) витягнення у дітей (а,б).



Мал. 49. Манжетне витягнення гомілки.

Постійне витягнення показане при нестабільних переломах плеча, гомілки і стегна, коли після одномоментної репозиції гіпсова пов'язка не забезпечує потрібної фіксації відламків, а також при стабільних переломах у разі вираженого або наростаючого місцевого набряку. Скелетне витягнення протипоказане при великій зоні пошкодження м'яких тканин, при запаленні в ділянці перелому і в місці проведення спиць, при некритичній поведінці хворого унаслідок сп'яніння, психозу або інших порушень.

Лікування витягненням проводять за допомогою спеціальних лікувальних шин, що встановлюються на ліжку зі щитом (шина Белера для ноги) або шина, що фіксується до тулуба хворого (абдукційна шина для руки). Кінцівку вкладають на шину в середньофізіологічному положенні, що забезпечує одночасне максимальне розслаблення м'язів-антагоністів. Накладання системи для скелетного витягнення виконують в операційній під місцевою анестезією з дотриманням всіх правил асептики. За допомогою дриля через кістку проводять спицю. Її фіксують у скобі, до якої через ліску і блок підвішують вантаж, що здійснює тягу по подовжній осі зламаної кістки. Для ліквідації зсувів відламків під кутом і по ширині використовують бічне скелетне витягнення.

Серед позитивних сторін постійного витягнення слід зазначити:

- 1) легкість здійснення методу, простоту в навчанні й технічному оснащенні;
- 2) можливість візуального спостереження за ділянкою перелому і кінцівкою в цілому;
- 3) доступність обстеження за допомогою спеціальних методів, наприклад, рентгенографія;
- 4) можливість проведення раннього функціонального лікування і фізіотерапії.

Недоліком постійного витягнення є інфікування тканин в місці введення спиці і виникнення спицевого остеомієліту. Для його попередження виключно важливо дотримуватись правил асептики при накладанні системи. У післяопераційному періоді стежать за чистотою кульок, які кріплять до спиці в місці її проведення через м'які тканини, і своєчасно проводять їх заміну.

Скелетне витягнення пов'язане з тривалим перебуванням хворого у вимушеному нефізіологічному положенні. Це є чинником ризику розвитку пневмонії, яка в більшості спостережень стає причиною летального результату.

Вважається, що виникненню пневмонії сприяє переохолодження пацієнта при його внутрішньолікарняному транспортуванні і в палаті. Серед інших чинників відзначають погіршення вентиляції легень внаслідок піднятого нижнього кінця ліжка. Таке положення необхідне для створення тяги в ділянці перелому в протилежному вантажу напрямі. При цьому кишечник та інші органи черевної порожнини зміщуються до діафрагми, утруднюючи «діафрагмальне» дихання і порушуючи відтік крові за системою верхньої порожнистої вени. Крім того, у зв'язку з посиленням болю в місці перелому пацієнти прагнуть не кашляти і обмежують свою рухову активність, яка і без того характеризується гіподинамією. Все це визначає ефективні шляхи попередження пневмонії при лікуванні переломів, особливо у пацієнтів літнього і старечого віку.

Так, після операції потрібно використовувати раціональну схему знеболення із застосуванням наркотичних і ненаркотичних анальгетиків. Для того, щоб уникнути переохолодження, необхідно транспортувати хворого на металевій каталці з матрацом і укутувати не тільки тіло, але і пошкоджену кінцівку, використовуючи при цьому як мінімум дві ковдри. При демпферованому скелетному витягненні піднімати нижній кінець ліжка немає необхідності, оскільки установка ящика для упору здорової ноги і тертя тіла пацієнта об ліжку забезпечують достатню силу противитягнення.

У зв'язку з профілактикою легеневих ускладнень виняткового значення набуває установка над ліжковою металевою (балканською) або дерев'яною рами, а також спеціальних кронштейнів, які дозволяють активізувати хворого і полегшують його обслуговування при фізіологічних відправленнях, перестиланні ліжка та інших маніпуляціях. Нарешті, адекватна лікувальна фізкультура і дихальна гімнастика нормалізують вентиляцію легень, запобігаючи розвитку пневмонії.

Тривале перебування хворих в одному і тому ж положенні сприяє виникненню пролежнів, тому обов'язково виконується профілактика пролежнів.

Що стосується дотримання особистої гігієни, то миють хворого в палаті. Для цього, закриваючи все ліжко, під нього підстилають клейонку, над тазом миють голову, потім мочалкою обмивають тулуб, здорову руку і ногу. Після витирання пацієнта сухим простирадлом або рушником клейонку прибирають.

Перед здійсненням фізіологічних відправлень хворий згинає здорову ногу, підводиться на ліктях, і в цей час під нього підкладають судно. Після виконання природної потреби підмивають промежину і витягують судно, виконуючи всі рухи в зворотному порядку.

Види остеосинтезу

Осередковий остеосинтез включає зіставлення і утримання кісткових відламків оперативним шляхом за допомогою металевого стрижня, штифта або спиці, які вводяться в кістковомозковий канал (інтраосальний остеосинтез), а також гвинтів, пластин, «серкляжних» (що утримують) швів і тих, що кріпляться поверх кістки (екстраосальний остеосинтез).

Недоліком екстраосального осередкового остеосинтезу є трудність створення достатньої фіксації відламків, оскільки через фізичні навантаження з часом кістка навколо шурупів розсмоктується. Тому при будь-яких накісткових конструкціях накладають гіпсову пов'язку, що визначає специфічність ускладнень і догляду за хворими.

Позавогнищевий компресійно-дистракційний остеосинтез представляє собою фіксацію кісткових відламків за допомогою спеціальних апаратів типу конструкції Г.А.Ілізарова.

При цьому забезпечується міцний контакт і нерухомість відламків, а також можливість раннього функціонального навантаження кінцівки. Метод показаний при лікуванні переломів, помилкових суглобів і остеомієліту, при розробці контрактур і для покращення зростання кістки.

Серед найважливіших умов ефективності методу вказується необхідність постійного контролю достатнього натягнення спиць, завдяки чому досягається міцність конструкції і адекватне утримання кісткових відламків.

При цьому способі лікування переломів догляд за хворими не має специфічних особливостей і організовується відповідно до загальних принципів.

Комплексне лікування в період реабілітації включає розробку суглобів, застосування масажу, механотерапії, фізіотерапії і ЛФК для відновлення функції кінцівки. З перших же днів лікування проводять ранню функціональну терапію, яка полягає в активному скороченні м'язів зламаної кінцівки за допомогою обережного проведення загальної лікувальної фізкультури.

Гігієнічна гімнастика направлена на підвищення загального тону хворого. При цьому поліпшується кровообіг робочої мускулатури, правильне дихання стимулює легеневий кровообіг, підсилюючи споживання кисню і виділення вуглекислого газу.

Гімнастичні рухи покращують загальне самопочуття хворого і рефлекторно стимулюють локальні репаративні процеси. Гімнастику зазвичай проводять вранці після сну. Заздалегідь провітрюють приміщення. Вправи починають з рухів у кінцівках, поступово залучаючи до роботи всі групи м'язів здорових і, по можливості, хворих рук і ніг. У комплекс включають рухи, які супроводжуються рівномірним і глибоким диханням. Вправи виконують енергійно і одночасно в спокійному темпі з достатніми проміжками для відпочинку і вільного дихання.

Зразок комплексу вправ (по Е.Ф.Древінгу).

1. Початкове положення: одна рука на грудях, інша в ділянці діафрагми. Вільний вдих і видих.

2. Початкове положення: руки уздовж тулуба. Розвести руки в сторони (вдих), підняти вгору і опустити уздовж тулуба вниз (видих).

3. Початкове положення: руки зігнуті в лікті, передпліччя направлені вертикально вгору, кисті стиснуті в кулак. Повне згинання і розгинання рук в ліктьових суглобах з одночасним тильним згинання стоп в гомілковостопних суглобах.

4. Початкове положення: кисті на грудях, лікті відведені в сторони на рівні плечей. Почергове відведення руки і її приведення з одночасним поворотом голови в ту ж сторону.

5. Початкове положення: руки на стегнах. Підняття здорової ноги, згинання її в коліні, випрямлення і опускання.

6. Початкове положення: руки на лікті, кисті стислі. Вигинання грудей вгору.

7. Початкове положення: руки на стегнах. Підняття ноги вгору, відведення її убік і опускання вниз.

8. Початкове положення: руки на ліктях, кисті стислі, здорова нога зігнута в коліні. Підняття тазу з опорою на лікті, плечі і ногу.

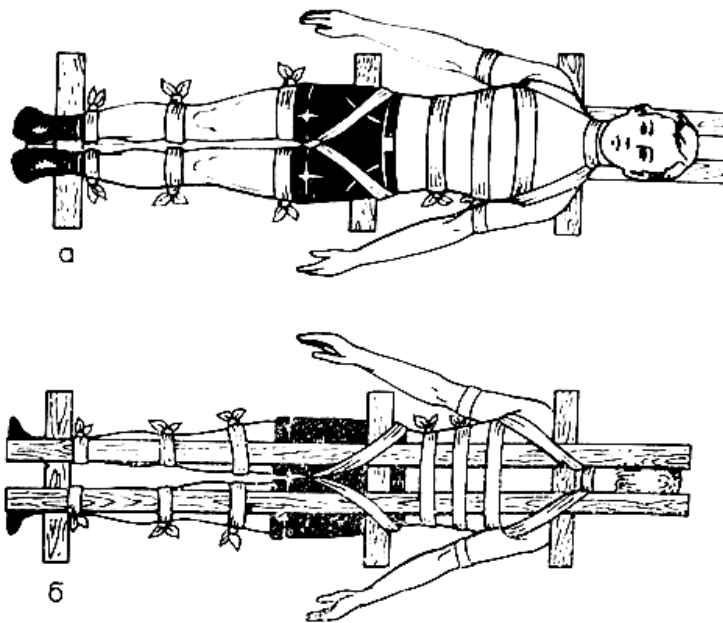
9. Підняття вгору і опускання випрямленої ноги.

Виконується кожна вправа 5-6 разів, загальна тривалість заняття 12 – 15 хвилин.

Раціональне харчування хворого активно сприяє консолідації перелому. Призначають калорійну їжу, багату білками (130-140 г, 60%–тваринного походження), вітаміном D, солями кальцію (1-1,5 г), фосфору (1,5-2,2 г). У зв'язку з цим особливо значущими стають молочні продукти: сир, яйця, риба, риба'чий жир, м'ясо. Для збалансованості раціону в дієті збільшують вміст вітамінів С, А і групи В. Указаним вимогам відповідає дієта N 11. Їжу приймають 3-4 рази на добу відповідно до розпорядку даної лікувальної установи. Їжа повинна мати апетитний вигляд і запах. За відсутності апетиту у хворого, потрібно проявити уміння і терпіння, щоб умовити його прийняти їжу.

7.5. Особливості догляду за хворими з переломом хребта.

Тяжкість перелому хребта залежить від рівня його пошкодження (шийний, грудний, поперековий відділи), від того, яка частина хребця пошкоджена (тіло, дужка, відростки). Найбільш важким є перелом хребта у поєднанні з травмою спинного мозку (ускладнений перелом). При переломі хребта хворому приписують **строгий ліжковий режим**. Пацієнта укладають на ліжко з дерев'яним щитом, головний його кінець піднімають, під хребет на рівні перелому підкладають мішечок з піском (валик). Надалі при переломі грудного і поперекового відділів хребта здійснюють витягнення за допомогою лямок, що проводяться через пахвові западини (мал. 50).



Мал. 50. Транспортна шина для переломів хребта вид спереду(а), вид ззаду(б).

При пошкодженні шийного відділу витягнення здійснюють на петлі Гліссона, яка є спеціальним пристосуванням у вигляді тканинного ошийника, що охоплює шию, частину підборіддя і потилиці. До верхньої частини петлі підвішують вантаж, тягу до якого перекидають через блок.

В найближчий день петлю Гліссона міняють на скелетне витягнення за тім'яні горби черепа. Фіксацію конструктивних елементів системи витягнення виконують так, щоб хворий не торкався ногами спинки ліжка. Під дією сили тяжіння тіла відбувається поступове розслаблення мускулатури хребетного стовпа, вправлення вивихнутого хребця (при вивихові) і збільшення відстані між хребцями, звільняючи тим самим спинний мозок і його корінці від стиснення.

Такий суворий постільний режим триває не менше місяця. При цьому безпосередній догляд за хворими включає забезпечення санітарно-гігієнічних умов, допомогу при фізіологічних відправленнях, своєчасну зміну натільної і постільної білизни, належний туалет промежини і статевих органів (особливо у жінок в період менструації).

Залежно від рівня пошкодження спинного мозку спостерігаються важкі функціональні розлади різних органів. Якщо мала місце травма I-III сегментів, то від зупинки серцевої діяльності унаслідок паралічу судиннорухового центру в довгастому мозку настає смерть.

При пошкодженні спинного мозку на рівні IV-VI шийного хребця спочатку розвивається спінальний шок, який супроводжується зникненням всіх рухових рефлексів, падінням артеріального тиску, відсутністю акту довільної дефекації і сечовипускання. Через деякий час на передній план виходять парези і паралічі. Розлади дихання пов'язані з порушенням іннервації міжреберних м'язів і пригніченням кашльового рефлексу. У цьому випадку дихальна недостатність швидко прогресує і для врятування життя постраждалого необхідні реанімаційні заходи.

Перелом хребта з пошкодженням спинного мозку на рівні грудного відділу супроводжується «тазовими» розладами (порушення сечовипускання і дефекації), а також паралічем ніг з відвисанням стоп. Спочатку у хворих має місце затримка сечовипускання. Потім унаслідок паралічу сфінктерів сечового міхура відбувається мимовільне витікання сечі. Такі порушення небезпечні тим, що швидко розвивається висхідна інфекція сечовивідних шляхів (цистит, пієлонефрит, уросепсис). Для їх попередження регулярно, 2 рази на добу, за допомогою еластичного катетера спорожняють сечовий міхур і промивають його антисептиками (водний розчин фурациліну 1:5000, розчин перманганату калію 1:5000).

Оскільки термін відновлення довільного сечовиділення тривалий, то використовують постійний катетер, або накладають надлобкову норицю на сечовий міхур. У тому чи іншому випадку доцільне дренування сечового міхура за допомогою системи Монро. Пристрій складається з постійного катетера, сполученого з двома трубками через регулятор, за допомогою якого по одній з них в сечовий міхур подається антисептик, а по іншій вміст міхура виводиться назовні. Ця система дозволяє виробити «автоматизм» сечовипускання.

Унаслідок порушення рухової функції кишечника не можлива самостійна дефекація. У зв'язку з цим хворі потребують регулярного його звільнення за допомогою очисної клізми. При її неефективності вдаються до механічного видалення калових мас з прямої кишки вказівним пальцем правої руки, одночасно здійснюючи лівою рукою масажуючі рухи в нижніх відділах живота. Потім роблять очисну або сифонну клізму, а після дефекації – додаткове підмивання промежини.

Травма спинного мозку супроводжується парезом ніг, і тривале відвисання стоп, що виникло внаслідок цього, приводить до розвитку важких контрактур в гомілковостопному суглобі. Для попередження відвисання стопи накладають гіпсову лонгету, яка утримує стопу під прямим кутом по відношенню до гомілки.

У хворих з пошкодженням спинного мозку складається виключно оптимальне поєднання глибоких трофічних порушень, пов'язаних з його травмою, і інших чинників, що сприяють розвитку пролежнів. Тому профілактика пролежнів стає у край важким, але надзвичайно важливим завданням догляду.

У раціон харчування таких хворих включають висококалорійну їжу, що містить білки і вітаміни. Пацієнти найчастіше самостійно харчуватися не можуть, і їх доводиться годувати. Для цього приліжковий столик підсовують якомога ближче до головного кінця ліжка і годують хворого з ложки. Рідку їжу дають через поїльник (мал. 51).



Мал. 51. Використанн поїльника для годування з допомогою (а) і без допомоги (б) медпрацівника.

РОЗДІЛ 8. ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО.

Повноцінне харчування є найважливішою складовою частиною якісного лікування хірургічного хворого. Відомо, що його недолік значно послаблює загоєння рани, призводить до важкого перебігу госпітальної інфекції. У свою чергу достатній збалансований харчовий раціон служить запорукою високої толерантності до операційної травми, міцних імунобіологічних реакцій і адекватних репаративних процесів. У зв'язку з цим інтенсивна терапія будь-якої хірургічної патології неможлива без повноцінного харчування, і його організація входить до переліку вмінь лікаря будь-якої медичної спеціальності.

Забезпечення енергетичних і пластичних потреб організму хірургічного хворого досягається збалансованим харчуванням. Під цим розуміють надходження достатньої кількості поживних речовин відповідно до енерговитрат, які підвищуються при патологічному стані у зв'язку із збільшенням основного обміну. Оптимальним співвідношенням цих речовин є добове надходження білків – 13-17%, жирів – 30-35%, вуглеводів – 50-55%.

У хірургічного хворого білок служить найважливішим пластичним матеріалом при регенерації рани. З білкових структур йде формування ферментів та інших біологічно активних речовин, протеїни складають основу імунних комплексів, які життєво необхідні для боротьби з інфекцією. Під час хвороби в організмі переважають процеси катаболізму, найбільший прояв якого виявляється у втраті, перш за все, білків з коротким періодом напіврозпаду (білки печінки і ферменти шлунково-кишкового тракту). Амінокислотний дисбаланс, що виникає при цьому, нерідко призводить до токсичних проявів.

Ліпіди володіють високою енергетичною цінністю. Їх можна замінити по калорійності іншими поживними речовинами, наприклад, вуглеводами. Проте деякі жирні кислоти є незамінними. Вони беруть участь у формуванні фосфоліпідів, найважливішій складовій частині всіх клітинних структур. Тому включення жирів в раціон харчування є життєво-необхідним.

Вуглеводи служать одним з основних джерел енергії. Недостатність цих поживних речовин призводить до швидкої утилізації жирів і білків для отримання необхідного енергетичного матеріалу. Така ситуація небезпечна незворотними змінами обміну речовин в організмі, які можуть призвести до загибелі пацієнта.

Крім білків, жирів і вуглеводів в раціон харчування обов'язково входять вітаміни, мікроелементи і вода. Їх кількість враховується при складанні відповідних дієт.

Добова необхідність в енергії у здорової людини в залежності від різних обставин (вік, маса тіла, конституція, вид професійної діяльності) складає 2550-4300 ккал. У хворих вона значно знижується (1900-2300 ккал), особливо у тих, кому призначений ліжковий режим. Добова необхідність води у дорослої людини складає близько 40 г на 1 кг маси його тіла (2,5-3 л),

суттєва її частина надходить із харчовими продуктами і 1,5 літри поповнюється із рідинами (чай, компот і т.п.).

8.1. Хірургічні дієти та способи харчування.

Залежно від захворювання вибирають необхідний харчовий раціон і шлях надходження поживних речовин в організм. Виділяють два способи доставки поживних речовин – природний і штучний.

За природного живлення лікар призначає відповідну дієту або стіл. У нашій країні існує єдина номерна система дієтичного харчування по Н.І.Певзнеру, що включає 15 основних дієт. Кожна з них містить вказівки про показання до застосування, мету призначення, загальну характеристику головних особливостей хімічного складу, набору продуктів і їх кулінарної обробки, про хімічний склад і енергетичну цінність, режим харчування, про перелік допустимих і протипоказаних страв і продуктів, а також про деякі способи їх приготування.

Кількість дієт, які застосовуються в лікувально-профілактичній установі, залежить від місцевих умов і, головним чином, від профілю контингенту обслуговування. У хірургічному відділенні найчастіше використовують дієти №0-а, № 0-б, №0-в, №1-а, №5-а, №9, №11, №13, №15, Мейленграхта, зондове і парентеральне харчування.

Нульова дієта показана після операцій на органах шлунково-кишкового тракту, при напівнепритомному стані (черепно-мозкова травма). Ця дієта забезпечує максимальне щадіння органів травлення, попереджає метеоризм і забезпечує харчування, коли утруднений або неможливий прийом звичайної їжі. Іноді дієти №0-б і №0-в називають №1-а і №1-б – хірургічні.

Дієта № 0-а призначається на 2-3 дні. Вона включає желеподібні і рідкі страви, вільну рідину 1,8-2,2 л з температурою не вище 45°C. Їжу вживають 7-8 разів на добу з об'ємом не більше 200-300 г за один прийом. Дають знежирений м'ясний бульйон, рисовий відвар з додаванням вершкового масла, ягідний кисіль, проціджений компот, настій шипшини з цукром, свіжоприготовані фруктові-ягідні соки, чай з лимоном. Через 2-3 дні при поліпшенні стану додають зварене яйце, 50 мл вершків. Забороняють щільні і кашеподібні блюда, газовані напої, цільне молоко.

Дієта № 0-б призначається на 2-4 дні після дієти № 0-а. У неї додатково включають рідкі протерті каші з геркулесу, гречки і рису, зварені на м'ясному бульйоні або воді, слизові круп'яні супи на овочевому відварі, паровий білковий омлет, парове суфле або пюре з нежирної риби або м'яса. Їжу дають не більше 350-400 г на прийом 6 разів на добу.

Дієта № 0-в є продовженням попереднього дієтичного харчування і служить для плавного переходу до фізіологічно повноцінного вживання їжі. У цю дієту входять супи-креми і супи-пюре, приготовані на пару страви з протертого відварного м'яса, курки або риби, свіжий сир, кисломолочні напої, протерті овочеві і фруктові пюре, 50-75 г білих сухарів. У кашу можна додавати молоко. Їжа подається 6 разів на добу.

Дієта № 1-а призначається через 6-7 днів після операцій на шлунку. Вона призначена для максимального механічного, хімічного і термічного щадіння шлунково-кишкового тракту в умовах дотримання постільного режиму. Їжу готують в рідкому і напіврідкому вигляді і приймають її рівномірними порціями кожні 2-3 години. Для приготування страв (парове суфле або пюре) використовують нежирні види риби або сорти м'яса середньої угодованості. Обмежують суфле із свіжовиготовленого сиру. Вживають цільне молоко, вершки, несолоне вершкове масло, молочні рідкі каші з протертих круп або круп для дитячого харчування, гомогенізовані овочі, молочний суп, слизові відвари на молоці, киселі, желе з некислих ягід, німецький чай, відвар шипшини. Виключають речовини, що збуджують секрецію шлунку, гарячі і холодні страви, зокрема тверді сири, сметану, звичайний сир, хліб, борошняні і кондитерські вироби, фрукти і ягоди в сирому вигляді, соуси, прянощі, каву, какао, газовані напої.

Дієта № 1 показана після операцій на шлунку як перехідне харчування від дієти №1-а до фізіологічно повноцінної їжі. Вона призначена для зменшення запальної реакції і загоєння слизової оболонки шляхом обмеження термічних, хімічних і механічних подразників.

За хімічним складом і енергетичній цінності ця дієта фізіологічна. Страви готують в основному в протертому вигляді, зварені у воді або на пару. Для приготування їжі використовують нежирні сорти м'яса і риби. Дозволено вживати парові котлети, битки, суфле, пюре, зрази. З молочних продуктів рекомендують некислий протертий сир, сметану, негострий сир, вареники, сирники, кашу на молоці, пудинг, парову яєчню або омлет. Дозволяють пшеничний хліб підсушений або вчорашньої випічки, відварна картопля, морква, буряк, супи з протертих овочів, цукор, мед, свіжі стиглі ягоди і фрукти, слабке какао, кава з молоком, соки з фруктів і ягід. Не можна використовувати страви в гарячому і холодному вигляді, майже всі ковбасні вироби, гостру і солону їжу, міцні бульйони, копчені страви, кислі і недозрілі ягоди і фрукти, шоколад, морозиво, квас, чорну каву.

Близька до дієти №1 **дієта Мейленграхта**, яку використовують при кровотечах із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Їжа має пюреподібну консистенцію, містить омлет, вівсяну кашу, сметану, картопляне пюре, битки, парові котлети, а також свіжий хліб. Разом з лікарськими засобами ці блюда пригнічують кислу реакцію і злужнюють шлунковий вміст. Температура їжі не перевищує 40°C .

Дієта № 5-а використовується при загостренні холециститу через 3-7 днів від початку захворювання, на 5-6 добу після операцій на жовчовивідних шляхах і при гострому панкреатиті. Вживають механічно і хімічно щадну їжу, що підтримує функціональний спокій всіх органів травлення. Страви готують вареними або протертими, подають в теплому вигляді. Їжу приймають 5-6 разів на день.

Для приготування страв використовують нежирне м'ясо і рибу у вигляді виробів з котлетної маси, знежирений сир, некислу сметану і сир.

Допустиме вживання парового омлету, каші на молоці наполовину з водою, відварні макаронні вироби, пшеничний хліб, нездобне печиво, картопляне пюре, молочний кисіль, протерті сухофрукти, мед, цукор, чай з молоком, лимоном, солодкі фруктово-ягідні соки, відвар шипшини.

Виключають з їжі продукти, багаті екстрактними речовинами, грубою клітковиною, жирні і смажені страви, копченину, свіжий і житній хліб, здобне і листкове тісто, гриби, холодну закуску, шоколад, морозиво, прянощі, чорну каву, газовані й холодні напої, томати, солоні мариновані овочі.

Дієта № 9 показана при цукровому діабеті. Вона сприяє нормалізації вуглеводного обміну. При цій дієті енергетична цінність помірно понижена за рахунок зменшеного вмісту в їжі вуглеводів і жирів. Виключають з раціону цукор і солодощі, замість них використовують замінники (фруктоза, сорбіт), помірно обмежують кухонну сіль. Серед виключених продуктів: жирні сорти м'яса і риби, солоні сири, рис, манна крупа і макарони, вироби із здобного і листового тіста, солоні і мариновані овочі, виноград, родзинки, банани, цукор, варення, цукерки, морозиво, солодкі соки. Дозволяється мед, у невеликих кількостях, та солодощі на фруктозі чи сорбіті.

Дієта № 11 призначається при виснаженні організму після операції або травми у разі відсутності хвороб травної системи. Вона спрямована на підвищення захисних сил організму і поліпшення стану харчування. Використовувані при цьому продукти містять збільшену кількість білків, вітамінів, мінеральних речовин.

Кулінарна обробка і температура їжі звичайна. Харчування здійснюється 5 разів на добу з вживанням вільної рідини до 1,5 л. Рекомендований перелік продуктів дуже різноманітний, починаючи від м'ясних і рибних страв і закінчуючи різними виробами з борошна. Виняток становить дуже жирне м'ясо, баранячий, яловичий і кулінарний жири, гострі і жирні соуси, торти і тістечка з великою кількістю крему.

Дієта № 15 використовується при різних захворюваннях, що не вимагають спеціального лікувального режиму харчування, а також як перехід до звичайного харчування після використання інших дієт. Її метою є забезпечення фізіологічно повноцінного харчування. Білки, жири і вуглеводи містяться в кількості, необхідній для здорової людини, не зайнятої фізичною працею, вітаміни – в підвищеній кількості. Температура їжі та її кулінарна обробка звичайні. Вільну рідину не обмежують. Їжу вживають 4-5 разів на день. Рекомендується щоденне використання кисломолочних продуктів, свіжих овочів і фруктів, соки, відвар шипшини. Обмежують спеції, і виключають жирні сорти м'яса, яловичий, баранячий, свинячий і кулінарний жири.

Після деяких хірургічних втручань і при багатьох захворюваннях природне вживання їжі неможливе. У цих випадках використовують **штучне харчування**: ентеральне (через зонд або стому), парентеральне і комбіноване.

Ентеральне (зондове) харчування здійснюється через зонд, заведений в шлунок або в тонку кишку. У хірургічних хворих воно **показане** при:

- порушенні свідомості внаслідок черепно-мозкової травми або важкої інтоксикації;
- наявності механічних перешкод в порожнині рота, глотки і стравоходу (пухлини і стриктури);
- станах, що супроводжуються підвищеним катаболізмом (сепсис, опікова хвороба, політравма);
- анорексії будь-якого походження.

Зондове харчування протипоказане при:

- порушеннях переварювання і всмоктування в тонкій кишці;
- гострій кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
- нестримній блювоті і діареї;
- динамічній кишкової непрохідності;
- парезі кишечника після хірургічних втручань;
- аномалії розвитку шлунково-кишкового тракту.

Для зондового харчування використовують суміші, приготовані безпосередньо перед введенням, з рідких продуктів (вершки, молоко, бульйони, яйця, соки) у поєднанні з легкорозчинними (сухе молоко, цукор, крохмаль) або подрібненими (м'ясо, риба, сир) компонентами. Висококалорійні і зручні суміші з продуктів дитячого харчування, консервовані гомогенізовані суміші з натуральних продуктів, а також промислово виготовлені швидко розчинні суміші з білків, жирів і вуглеводів рослинного походження.

При харчуванні через зонд для звикання до нових умов надходження їжі в перший день вводять 50% добової норми калорій. Далі дозу збільшують, а з четвертого дня дають весь розрахований об'єм. Рівномірне надходження їжі протягом доби досягається за допомогою спеціальних насосів, попереджаючи тим самим нудоту, блювоту, демпінг-синдром і діарею.

У тих випадках, коли неможливо провести зонд в шлунок, наприклад при пухлині стравоходу, виконують операцію гастростомію. У штучно створену норицю вводять трубку, через яку здійснюють харчування хворого. Для цього використовують рідку живильну суміш.

8.2. Організація роботи харчоблоку.

Однією з найважливіших умов адекватної роботи харчового блоку будь-якої лікувально-профілактичної установи є суворе дотримання санітарно-гігієнічного режиму. Саме цій умові підкоряються всі вимоги, що пред'являються до організації функціонування кухні, буфетної та інших підрозділів. Харчоблоки бувають централізовані і децентралізовані. На **централізованому харчоблоці** готують різні страви, які потім доставляють в буфети, звідки їжа надходить у столове відділення або безпосередньо в палати до ліжка хворого. З погляду дотримання гігієни їжу краще доставляти з центральної кухні, минаючи буфетну.

Децентралізована організація роботи харчоблоку припускає наявність центральної заготівкової, в якій готують напівфабрикати, та кухні-заготівкової, де страви доводять до остаточного приготування і потім відпускають безпосередньо хворим.

Готову їжу транспортують в буфетні відділення лікарні, використовуючи термоси, візки-термоси, візки або посуд, який щільно закривається кришкою.

Візки, що використовуються для транспортування їжі, обробляються дезінфікуючим розчином (ультрацид, сандим 1.5%, гексадекон 0.5%) щодня, а у разі забруднення – після кожного перевезення готових страв.

Кисломолочні напої в дрібній розфасовці (кефір, ряжанка, кисле молоко) подають на роздачу в заводській упаковці й порціонують безпосередньо з пляшок, пакетів в стакани хворих.

Транспортування хліба здійснюють в поліетиленових або клейонкових мішках (зберігання хліба в них не дозволяється), які періодично миють і сушать. Допускають перевезення хліба в закритих кришкою ємностях (відрах, каструлях) і не дозволяють використовувати при транспортуванні тканинні мішки. Особи, що виконують доставку їжі у відділення, повинні мати санітарний одяг (халат, рукавиці).

Доставку у відділення і роздачу готової їжі проводять не пізніше, як за дві години з моменту її приготування. До моменту роздачі перші і другі страви повинні знаходитися на гарячій плиті. **При роздачі перші страви і гарячі напої повинні мати температуру не нижче +75°C, другі – не нижче +65°C, холодні страви і напої – від +7°C до +14°C.**

Категорично забороняється залишати в буфетних залишки їжі після її роздачі хворим, а також змішувати харчові залишки зі свіжими стравами.

Роздачу їжі хворим проводять працівники буфету і чергові медичні сестри відділення в халатах з маркуванням «для роздачі їжі». До цієї роботи молодший обслуговуючий персонал не допускають. Старша медична сестра контролює роздачу їжі відповідно до призначених дієт.

Устаткування, що використовується в харчоблоці, та інвентар повинні бути роздільними для сирих і варених продуктів. Для цього обробні дошки і ножі маркують («Х» - хліб, «М» - масло).

Найбільш гігієнічні суцільнометалеві столи з кришкою з неіржавіючої сталі. Користуються кухонним посудом, виготовленим з неіржавіючої сталі, алюмінію і оцинкованого заліза (тільки для перенесення і зберігання води і сухих сипких продуктів).

Столовий і чайний посуд повинен бути з фаянсу, скла і фарфору, ножі, вилки, ложки – з неіржавіючої сталі або мельхіорові. Не можна користуватися посудом з відбитими краями і тріщинами.

У буфетній зберігають хліб в лотках у шафах, на стелажах, полицях. Житній і пшеничний хліб зберігають окремо. Крихти з полиць змітають спеціальними щітками, полиці не рідше за 1 раз на тиждень протираються 1% розчином столового оцту.

У буфетних відділеннях передбачають два роздільні приміщення – для приготування і роздачі їжі та для обробки використаного посуду. У кімнаті для миття встановлюють п'ятироздільну ванну. За наявності 3- і 4-секційних ванн дезінфекцію посуду здійснюють в окремих ємностях. Крім того, виділяють окрему ванну для миття кухонного посуду і місце для її зберігання. Мийні ванни приєднують до каналізаційної мережі з розривом струменя не меншого 20 мм від верхньої приймальної воронки. Тут же встановлюють резервні електричні титани з підведенням води до мийних ванн.

Миття столового посуду в трьохсекційній ванні здійснюється таким чином. Залишки їжі механічно видаляють щіткою або дерев'яною лопаткою в спеціальні бачки для відходів. Потім миють посуд щіткою в першому гнізді у воді з температурою 50°C з додаванням 1% тринатрію фосфату або кальцинованої соди, 0,5% прального порошку або інших засобів, дозволених до застосування Міністерством охорони здоров'я.

Наступним етапом обробки є знезараження посуду, яке здійснюють методом кип'ятіння протягом 15 хвилин або зануренням в друге гніздо (або окрему ємність) протягом 30 хвилин в розчин 1% триациду, 0,1% сульфохлорантіна або 1% дезоксона-1.

При застосуванні миючих засобів, що мають антибактеріальну дію, посуд витримують в розчині протягом 15-20 хвилин. У цьому випадку окремого замочування в дезрозчині не вимагається.

Посуд обполіскують в третьому гнізді ванни гарячою проточною водою з температурою не нижче 65°C, використовуючи при цьому металеві сітки з ручками або гнучкі шланги з душовою насадкою. Просушування посуду здійснюють на спеціальних полицях або ґратах. Не допускається її витирання рушником.

Миття скляного посуду в двохсекційній ванні включає ті ж етапи. Відмінність складає тільки те, що знезараження проводять в спеціально виділеній маркованій ємності. Аналогічним чином миють столові прилади, обробні дошки і ножі. Після просушування дошки і ножі ставлять на ребро і зберігають на стелажах або в спеціальних касетах.

Кухонний посуд (каструлі, відра, термоси) очищають від залишків їжі, миють гарячою водою 50°C із застосуванням дозволених засобів. Потім її обполіскують гарячою водою не нижче 65°C.

Мочалки для миття посуду і ганчірки для протирання столів після закінчення прибирання промивають гарячою водою з додаванням миючих засобів, споліскують, кип'ятять протягом 15 хвилин або замочують в розчині бланедазу 2% чи триациду 1% на 60 хвилин. Після цього їх сушать і зберігають в спеціально виділеному місці.

Хімічні препарати, що використовуються для дезінфекції, мають токсичну дію. У зв'язку з цим необхідно пам'ятати, що суворе виконання всіх етапів миття і знезараження забезпечує максимальне видалення з об'єктів обробки залишків мийних та дезінфікуючих засобів. В

обов'язковому порядку всі вимоги, що пред'являються до обробки посуду, обладнання та інвентаря харчоблоку, у вигляді відповідної інструкції вивішують у мийній кімнаті.

Бачки і відра після видалення продезінфікованих відходів миють 2% розчином кальцинованої соди, обполіскують гарячою водою і просушують.

Після кожної роздачі їжі проводять прибирання буфетної та їдальні, в тому числі протирають ганчірками, змоченими розчином 2% хлорантоїну або 1% триациду. У кінці робочого дня виконують ретельне прибирання приміщень, підмітають вологим способом і миють підлогу, протирають меблі, радіатори, двері, підвіконня, миють і дезінфікують раковини і прибиральний інвентар. Щотижня із застосуванням дезінфікуючих засобів проводять миття стін, дверей, радіаторів, освітлювальної апаратури, чистять стекла від пилу і кіптяви. Один раз в місяць виконують генеральне прибирання з дезінфекцією приміщень.

Увесь прибиральний інвентар маркують. Після миття підлоги на 60 хвилин його заливають дезінфікуючим розчином в тому ж відрі, яке використовувалося для прибирання. Далі інвентар прополіскують у воді, сушать і зберігають окремо у спеціально виділених шафах або стінних нішах. Ганчірки, миючі і дезінфікуючі засоби зберігають в маркованих ємностях в спеціально відведених місцях.

Для дезінфекції підлоги, стін, дверей, прибирального інвентаря і т.п. застосовують 0.5% розчин полідезу, або 2% розчин хлорантоїну.

Перед проведенням робіт з дезінфекції харчові продукти і посуд слід прибрати в закриті шафи. Після закінчення вказаних заходів проводять ретельне прибирання.

У санітарній кімнаті (або в тамбурі туалету для персоналу) повинне бути передбачене місце з підведенням води і окремим краном на рівні 0,5 м від підлоги, а також каналізація для зливу води після миття підлоги. З метою недопускання залітання комах, вікна (фрамуги) і вентиляційні отвори закривають металевою (капроною) сіткою з розміром чарунок 2х1,2 мм.

8.3. Особиста гігієна персоналу харчоблоку.

Відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я, перед прийомом на роботу в буфетну, роздаточну або інший підрозділ громадського харчування в лікарні необхідно пройти медичний огляд і прослухати курс із гігієнічної підготовки з обов'язковою здачею заліку. На кожного працівника заводять особисту медичну книжку, до якої вносяться результати медичних обстежень, відомості про перенесені інфекційні захворювання, про здачу санітарного мінімуму. Медичні книжки буфетників зберігають в буфетних відділеннях. Надалі співробітники харчоблока 1 раз на 3 місяці проходять медичний огляд, 1 раз на рік – рентгеноскопію легень і періодично по вказівці санітарної інспекції, дослідження на бактеріоносійство та глистоносійство.

Кожен співробітник харчоблоку несе відповідальність за стан робочого місця, виконання правил особистої гігієни, а також за дотримання

технологічних і санітарних вимог на своїй ділянці. Персонал зобов'язаний приходити на роботу в чистому одязі та взутті. Верхній одяг, головні убори і особисті речі залишають у вбиральні. Перед початком роботи миють руки з милом, надягають санітарний одяг, підбирають волосся під ковпак (косинку) або надягають спеціальну сіточку для волосся. При відвідинах туалету знімають

санітарний одяг в спеціально відведеному місці, а після відвідин ретельно миють руки з милом, бажано дезінфікуючим.

Співробітникам харчоблоку в робочий час не дозволяється носити ювелірні прикраси, покривати нігті лаком. Вони повинні бути коротко підстрижені, бажано організувати проведення регулярного гігієнічного манікюру. При отриманні мікротравм, при задирах, опіках рук вживають заходи, направлені на профілактику нагноєнь.

Забороняється застібати санітарний одяг шпильками при порціонуванні і роздачі їжі, митті посуду, приймати їжу і палити на робочому місці. Це роблять в спеціально відведеному приміщенні.

Особи з ознаками простудного захворювання або кишкової дисфункції, а також з гнійничковими ураженнями шкіри тимчасово відстороняються від роботи з готовою їжею. У буфетній повинна бути аптечка з набором медикаментів для надання першої допомоги.

Слюсарі, електромонтери та інші працівники, зайняті ремонтним обслуговуванням, допускаються до роботи в буфетних в чистому санітарному одязі.

8.4. Гігієна харчування хворого.

Під час поступання до відділення хворого інформують про правила зберігання харчових продуктів. Для цього в місцях прийому передачі та у відділеннях вивішують списки дозволених (з вказівкою їх граничної кількості) і заборонених для передачі продуктів. Дані положення регулюються у відповідності з призначеною дієтою і санітарно-гігієнічним режимом лікувальної установи. Харчові продукти для хворих передаються в целофанових пакетах з вказівкою прізвища, імені, побатькові пацієнта і дати передачі.

Продукти зберігають у шафі або в тумбочці, а ті, що швидко псуються, – у спеціальному холодильнику. Забороняється одночасне зберігання у холодильнику продуктів харчування і медикаментів. У відділенні щоденно перевіряють дотримання правил і строків придатності продуктів. Харчові продукти вилучаються і відправляються у відходи в тих випадках, коли закінчився строк придатності, при зберіганні в холодильнику продуктів без целофанових пакетів, без указань, кому вони належать, а також при ознаках псування.

Хворі у задовільному стані харчуються у столових, годування інших пацієнтів допустиме в палатах. До роздачі їжі створюють комфортні умови для її прийому. Перед годуванням закінчують медичні процедури, фізіологічні відправлення хворих, провітрюють приміщення. Лежачі хворі можуть приймати їжу самостійно, і тоді їм тільки надають зручного положення, допомагають

підсунути столик, змінити страву, забрати посуд. Ослаблені хворі потребують більшої допомоги. Припіднявши головний кінець ліжка чи голову пацієнта, його годують із ложки, а рідку їжу і пиття дають із поїльника. Годування таких хворих повинно проходити неспішно, з привітним виразом обличчя і добрим словом.

Після прийому їжі пропонують прополоскати рот, а в тих випадках, коли хворий не може виконати це самостійно, йому очищають рот марлевим тампоном, змоченим у кип'ячій воді.

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

Вказати всі правильні відповіді.

1. Хворі з хірургічною інфекцією лікуються в умовах:

- а) загальнохірургічного відділення; б) пологового відділення;
- в) інфекційного відділення; г) відділення «гнійної» хірургії;
- г) терапевтичного відділення.

2. Протиенідемічний режим роботи відділення хірургічної інфекції включає:

- а) поточну дезінфекцію; б) генеральне прибирання;
- в) провітрювання; г) ультрафіолетове опромінення;
- д) дотримання гігієни медперсоналу.

3. Особиста гігієна медичного персоналу включає:

- а) догляд за руками; б) носіння взуття з тканинних матеріалів;
- в) носіння спецодягу; г) роботу з виділеннями в рукавичках;
- д) прання спецодягу в домашніх умовах.

4. Для гігієнічної обробки рук використовують:

- а) миття проточною водою з милом; б) 0,5% розчин хлораміну;
- в) розчин С-4; г) 96% спирт; д) хлоргексидин.

5. Перша допомога при подразненні верхніх дихальних шляхів парами дезінфікуючого засобу включає:

- а) виведення з приміщення на свіже повітря;
- б) введення антибіотиків;
- в) полоскання водою носоглотки і рота; г) інгаляцію кисню;
- д) використання протикашльових засобів.

6. При попаданні дезінфекційного розчину в очі їх:

- а) промивають струменем води; б) протирають стерильною серветкою;
- в) промивають 2% розчином натрію гідрокарбонату;
- г) закапують альбуцид; д) закапують 1-2% розчин новокаїну.

7. При попаданні хлорактивних речовин в шлунок:

- а) всередину дають 5-15 крапель нашатирного спирту з водою;
- б) шлунок промивають 2% розчином натрію тіосульфату;
- в) п'ють молоко; г) дають всередину етиловий спирт;
- д) дають всередину питну соду.

8. Відразу після хірургічної обробки гнійного осередку:

- а) проводять знеболення; б) проводять фізіопроцедури;
- в) призначають дихальну гімнастику;
- г) стежать за станом пов'язки на рані;
- д) на рану накладають асептичну пов'язку.

9. При виконанні перев'язки в палаті:

- а) беруть матеріал зі спеціального лотка;
- б) беруть точну кількість матеріалу;
- в) дотримуються аподактильного способу роботи;
- г) одночасно міняють постільну білизну;
- д) попередньо провітрюють палату.

10. При догляді за дренажною системою:

- а) промивають трубки; б) підтримують її герметичність;
- в) дотримуються асептики; г) вимірюють кількість ексудату;
- д) пристосування піддають спецобробці.

11. Для захисту шкіри навколо нориці використовують:

- а) пасту Лассара; б) цинк-саліцилову пасту; в) сире м'ясо;
- г) яєчний білок; д) плівкоутворювальні речовини.

12. При анаеробної інфекції м'яких тканин:

- а) хворого ізолюють в окремій палаті;
- б) використовують індивідуальні засоби догляду;
- в) перев'язки виконують в першу чергу;
- г) не можна використовувати антисептики з групи окислювачів;
- д) під час перев'язки не обов'язково дотримуватися асептики.

13. При догляді за хворими із норицями:

- а) забезпечують захист шкіри навколо нориці;
- б) зменшують кількість виділеної рідини;
- в) забезпечують збір відокремлюваного в ємності;
- г) місцево використовують протизапальні засоби;
- д) попереджають мацерацію шкіри.

14. При догляді за хворим з трофічною виразкою:

- а) використовують спеціальну дієту;
- б) дотримуються гігієни ніг; в) використовують дозовану ходьбу;
- г) застосовують еластичне бинтування ноги;
- д) надають підняте положення для ноги.

15. При догляді за хворим з гнійної раню:

- а) доглядають за дренуючою системою;
- б) дотримуються асептики при перев'язках;
- в) попереджають вторинне інфікування рани;
- г) дотримуються принципів раціональної антибіотикотерапії;
- д) перев'язують після «чистих» маніпуляцій.

16. На відміну від поверхневих при глибоких опіках

- а) вражені верхівки сосочкового шару дерми;
- б) вражена вся дерма;
- в) потрібна пересадка шкіри; г) відсутня чутливість;
- д) неможлива самостійна регенерація епітелію.

17. У розвитку опікової хвороби виділяють періоди

- а) шоку; б) реконвалесценції; в) токсемії;
- г) септицемії; д) септикопемії.

18. Профілактика дихальних ускладнень при опіку включає

- а) інтубацію трахеї; б) трахеостомії; в) інгаляції кисню;
- г) догляд за трахеостомічною трубкою; д) санацію бронхів.

19. Основні завдання догляду за хворим з опіком

- а) профілактика місцевих інфекційних ускладнень;
- б) максимальна безболісність маніпуляцій;
- в) соціальна адаптація; г) сувора ізоляція пацієнта;
- д) організація раціонального харчування.

20. Перша допомога при опіках включає

- а) накладення асептичної пов'язки; б) введення антибіотиків;
- в) інфузійну терапію; г) хірургічну обробку опіку;
- д) видалення одягу і гарячих предметів.

21. При опіковій хворобі необхідно проводити

- а) адекватне знеболювання; б) детоксикацію;
- в) екстрену операцію “некректомія”;
- г) інфузійну терапію; д) парентеральне харчування.

22. Якими шляхами потрапляє інфекція на опікову рану

- а) повітряно-крапельним; б) контактним; в) гематогенним;
- г) статевим; д) через шлунково-кишковий тракт.

23. Для попередження інфікування опікової рани

- а) підтримують чистоту в палатах;
- б) використовують тактику «бар'єрів»;
- в) дезінфікують засоби догляду;
- г) застосовують гнотобіологічну ізоляцію;
- д) дотримуються правил асептики під час перев'язок;
- е) проводять термічну обробку їжі.

24. До особливостей догляду при опіковій хворобі відносять

- а) режим інфузійної терапії; б) парентеральне харчування;
- в) профілактику дихальних розладів;
- г) контроль діурезу; д) профілактику пролежнів.

25. Правило «трьох катетерів» включає введення

- а) катетера в ніс; б) катетера в магістральну вену;
- в) зонда в шлунок; г) катетера в сечовий міхур.

26. Дієтичне харчування опікового хворого включає

- а) підвищений вміст білків;
- б) механічно щадну їжу;
- в) сирі фрукти й овочі; г) термічну обробку продуктів;
- д) зменшення хліба, макаронних виробів.

27. Які причини відмороження?

- а) низька температура; б) підвищена вологість повітря;
- в) гіповітаміноз; г) велика швидкість вітру; д) кахексія.

28. Особливості догляду за хворими з відмороження

- а) профілактика пролежнів;
- б) попередження гіпостатичної пневмонії;
- в) профілактика госпітальної інфекції;
- г) допомога у дотриманні правил особистої гігієни;
- д) допомога у здійсненні фізіологічних відправлень.

29. Який обсяг першої допомоги при відмороженні?

- а) зняття взуття, шкарпеток, рукавичок; б) гарячі напої;
- в) занурення кінцівки у воду кімнатної температури;
- г) обтирання і масаж вовняною тканиною;
- д) накладення теплоізолюючої пов'язки.

30. Які види холодової травми Ви знаєте?

- а) загальне переохолодження; б) відмороження;
- в) «траншейна стопа»; г) озноблення; д) гіпотермія.

31. Які причини сприяють уповільненню зрощення перелому?

- а) літній вік пацієнта; б) серцево-судинна патологія;
- в) білкове голодування; г) місцева інфекція;
- д) бронхіальна астма.

32. Заходи першої допомоги при переломах?

- а) витягування апаратами; б) введення знеболюючих засобів;
- в) фіксація уламків; в) накладення імпровізованої шини;
- г) накладення джгута при ускладнених переломах.

33. Недоліки лікування скелетним ви тяжінням

- а) шпигцевий остеомієліт; б) зміщення кісткових уламків;
- в) тривале нефізіологічне положення хворого;
- г) труднощі у транспортуванні хворого;
- д) широке пошкодження окістя.

34. Що слід зробити в першу чергу у хворого з відкритим переломом та артеріальною кровотечею?

- а) іммобілізація кінцівки; б) знеболювання;
- в) введення серцевих і судинозвужувальних засобів;
- г) накладення джгута на кінцівку; д) накладення пов'язки.

35. Назвіть основні принципи лікування переломів

- а) репозиція уламків; б) фіксація уламків;
- в) прискорення зрощення (ЛФК, раціональне харчування);
- г) виведення потерпілого з шоку.

36. Які методи лікування переломів Ви знаєте?

- а) гіпсовою пов'язкою; б) витяжінням;
- в) вогнищевий остеосинтез; г) позаосередковий остеосинтез.

37. Які заходи проводять для профілактики пневмонії?

- а) раціональне знеболювання; б) лікувальна фізкультура;
- в) встановлення надкроватьної рами; г) дихальна гімнастика;
- д) використання дихальних аналептиків.

38. Які заходи необхідно провести при виникненні у пацієнта почуття здавлення кінцівки під гіпсовою пов'язкою?

- а) підняти кінцівку; б) розсікти пов'язку;
- в) розвести лонгету; г) виконати знеболювання;
- д) зробити вікно в гіпсовій пов'язці.

39. Переваги лікування скелетним витяжінням

- а) легкість у навчанні та технічне забезпечення;
- б) можливість раннього функціонального лікування;
- в) повне виключення шпигцевого остеомієліту;
- г) можливий візуальний контроль зони перелому;
- д) доступність спеціального дослідження зони перелому.

40. Які недоліки лікування перелому гіпсовою пов'язкою?

- а) зміщення кісткових уламків; б) виникнення остеомієліту;
- в) венозний тромбоз; г) атрофія м'язів; д) контрактура суглоба.

41. Назвіть фактори, що сприяють розвитку запалення легенів при лікуванні переломів скелетним витяжінням

- а) переохолодження; б) гіподинамія;
- в) надмірна величина вантажу; г) придушення кашлю через біль;
- д) підведений ножний кінець ліжка.

42. Відновне лікування перелому включає

- а) ранню функціональну терапію;
- б) висококалорійне харчування;
- в) лікувальну фізкультуру; г) масаж; д) рентгенотерапію.

43. Гігієнічна гімнастика спрямована на

- а) профілактику пневмонії; б) стимуляцію регенерації кістки;
- в) поліпшення тонуусу хворого; г) попередження атрофії м'язів.

44. Які ускладнення розрізняють при пошкодженні хребта?

- а) дихальні розлади; б) парези і паралічі;
- в) порушення сечовипускання; г) порушення дефекації;
- д) трофічні розлади; е) повітряна емболія.

45. Для профілактики інфекції сечовивідних шляхів при пошкодженні хребта використовують

- а) інтубацію кишечника; б) систему Монро;
- в) очисну клізму;
- г) промивання сечового міхура; д) виведення сечі катетером.

46. Раціональне харчування хворого визначається:

- а) енергетичними потребами;
- б) пластичними потребами; в) смаковими якостями їжі;
- г) оптимальним співвідношенням в їжі білків, жирів і вуглеводів;
- д) переважанням енергоємних поживних речовин.

47. Які існують способи надходження їжі?

- а) природний; б) штучний; в) ентеральний;
- г) через зонд; д) через стому.

48. Гігієнічний зміст нульової дієти

- а) забезпечує щадіння органів травлення;
- б) попереджає метеоризм; в) шестиразове харчування;
- г) включає рідку і желеподібну їжу;
- д) використовується після операцій на шлунку та кишечнику.

49. Дієта №1 призначається після операцій

- а) на шлунку; б) на серці; в) на жовчному міхурі;
- г) на стравоході; д) з приводу пахової грижі.

50. Особливості дієти №1

- а) механічно, хімічно і термічно щадить шлунок;
- б) страви в протертому вигляді, зварені на воді або пару;
- в) страви в холодному вигляді; г) хліб вчорашньої випічки; д) свіжі стиглі ягоди.

51. Особливості дієти №5

- а) механічно, хімічно і термічно щадна їжа;
- б) страви в протертому вигляді, зварені на воді або пару;
- в) страви в холодному вигляді; г) свіжий і житній хліб;
- д) відвар шипшини.

52. Дієта №5 призначається

- а) при захворюваннях нирок; б) при гострому холециститі;
- в) при гострому панкреатиті; г) після операцій на шлунку;
- д) після операцій на жовчовивідних шляхах.

53. Дієта №9 призначається

- а) при захворюваннях нирок; б) при гострому холециститі;
- в) при цукровому діабеті; г) після операцій на шлунку;
- д) після операцій на жовчовивідних шляхах.

54. Особливості дієти №9

- а) механічно, хімічно і термічно щадна їжа;
- б) страви в протертому вигляді, зварені на воді або пару;
- в) страви в холодному вигляді; г) виключення солодоців;
- д) виключення виробів з здобного та листового тіста.

55. Дієта №11 призначається

- а) при захворюваннях травної системи;
- б) при виснаженні організму після операції або травми;
- в) при гострому панкреатиті; г) при цукровому діабеті;
- д) при захворюваннях жовчовивідних шляхів.

56. Особливості дієти №11

- а) механічно, хімічно і термічно щадна їжа;
- б) страви в протертому вигляді, зварені на воді або пару;
- в) страви, які містять енергомасу у вигляді жирних продуктів;
- г) містить продукти із збільшеною кількістю білка;
- д) спрямована на підвищення захисних сил організму.

57. Дієта №15 призначається

- а) при захворюваннях нирок; б) при гострому холециститі;
- в) при гострому панкреатиті; г) після операцій на шлунку;
- д) при захворюваннях, які не потребують спеціальної дієти.

58. Особливості дієти №15

- а) механічно, хімічно і термічно щадна їжа;
- б) страви в протертому вигляді, зварені на воді або пару;
- в) підвищений вміст вітамінів; г) свіжий і житній хліб;
- д) обмеження кулінарного жиру і спецій.

59. Хто здійснює роздачу їжі у відділенні?

- а) санітарка; б) чергова медсестра; в) буфетниця;
- г) черговий лікар; д) сестра-господарка.

60. Ентеральне харчування здійснюється через

- а) зонд в шлунок; б) зонд в кишечник; в) гастростому;
- г) еюностому; д) ентеростому.

61. Штучне харчування здійснюється

- а) через зонд, заведений в шлунок;
- б) через інтубаційний інтестинальний зонд;
- в) парентерально через катетерізовану центральну вену;
- г) при використанні трубчастого столу;
- д) при неможливості годування через рот.

62. Ентеральне харчування використовується при

- а) порушенні свідомості; б) стриктурі стравоходу;
- в) відсутності апетиту;
- г) підвищеному катаболізмі; д) пухлині в області ротоглотки.

63. Ентеральне харчування протипоказано при

- а) порушенні переварюючої функції кишечника;
- б) стриктурі стравоходу; в) парезі кишечника;
- г) непереборній блювоті і діареї; д) пухлині кореня язика.

64. При ентеральному харчуванні використовують

- а) суміші з рідких продуктів; б) подрібнене м'ясо;
- в) енпіти; г) гомогенізовані консервовані суміші;
- д) суміші з продуктів дитячого харчування.

65. Особливості догляду при зондовому годуванні

- а) попереджають розвиток мацерації шкіри навколо стоми;
- б) проводять профілактику гіпостатичної пневмонії;
- в) здійснюють гігієнічні заходи із зондом;
- г) стежать, щоб трубка не випала зі свища;
- д) попереджають підтікання химуса вздовж зонда.

66. Способи організації харчування хворих у стаціонарі

- а) централізований; б) самостійний;
- в) меценатський; г) децентралізований; д) універсальний.

67. Які параметри харчування визначає дієта?

- а) хімічний склад; б) енергетичну цінність;
- в) режим харчування; г) показання та протипоказання;
- д) набір продуктів та їх кулінарну обробку.

68. Протиепідемічний режим на харчоблоці включає:

- а) обробку посуду; б) дотримання гігієни медперсоналу;
- в) генеральне прибирання; г) провітрювання;
- д) ультрафіолетове опромінення.

69. Особиста гігієна медичного персоналу включає:

- а) догляд за руками; б) роботу з виділеннями хворого в рукавичках;
- в) носіння спецодягу; г) носіння взуття із тканини;
- д) прання спецодягу в домашніх умовах.

Відповіді на тестові завдання:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) а, г; | 36) а, б, в, г; |
| 2) а, б, в, г, д; | 37) а, б, в, г; |
| 3) а, в, г; | 38) а, б, в, д; |
| 4) а, б; | 39) а, б, г, д; |
| 5) а, в, г, д; | 40) в, г, д; |
| 6) а, б, в, г, д; | 41) а, б, г, д; |
| 7) а, б, в, д; | 42) а, б, в, г; |
| 8) а, г, д; | 43) а, б, в, г; |
| 9) а, в, д; | 44) а, б, в, г, д; |
| 10) а, б, в, г, д; | 45) б, г, д. |
| 11) а, б, в, г, д; | 46) а, б, г; |
| 12) а, б; | 47) а, б, в, г, д; |
| 13) а, б, в, г, д; | 48) а, б, в, г, д; |
| 14) а, б, в, г, д; | 49) а, г; |
| 15) а, б, в, г, д. | 50) а, б, г, д; |
| 16) б, в, г, д; | 51) а, б, в; |
| 17) а, б, в, д; | 52) б, в, д; |
| 18) а, б, в, г, д; | 53) в; |
| 19) а, б, в, д; | 54) г, д; |
| 20) а, д; | 55) б; |
| 21) а, б, г, д; | 56) г, д; |
| 22) а, б, г, д; | 57) д; |
| 23) а, б, в, г, д, е | 58) в, г, д; |
| 24) а, б, в, г, д ; | 59) б, в; |
| 25) а, б, г; | 60) а, б, в, г, д; |
| 26) а, б, г; | 61) а, б, в, г, д; |
| 27) а, б, г; | 62) а, б, в, д; |
| 28) б, г; | 63) а, в, г; |
| 29) а, б, в, д; | 64) а, б, в, г, д; |
| 30) а, б, в, м. | 65) а, в, г, д; |
| 31) а, б, г; | 66) а, г; |
| 32) б, в, г; | 67) а, б, в, г, д; |
| 33) а, б, в, г; | 68) а, б, в; |
| 34) г; | 69) а, б, в. |
| 35) а, б, в; | |

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Сарган В.А., Агеенко В.П., Каем И.Ю. Уход за больными в травматологическом стационаре –М: Медицина, 1976.–180с.
2. Смоленский Б.Л. Руководство по лечебному питанию. –Л: Медицина, 1981. –С.58-82, 108-153.
3. Общая хирургия /Под ред. В.Шмитта, В.Хартига, М.И.Кузина. –М: Медицина, 1985. –Т.1.-С.237-248.
4. Скоблин А.П., Моськин В.Я. Уход за травматологическими и ортопедическими больными –М: Медицина, -1985. –152с.
5. Тимофеев Н.С., Тимофеев Н.Н. Асептика и антисептика. –М: Медицина, 1989. –С.159-212.
6. Внутрибольничные инфекции /Под редакцией Р.П.Венцела –М.: Медицина, 1990. –С.305-328.
7. Техніка медичних маніпуляцій / Навчальний посібник для студентів II курсу, каф. фак. педіатрії ДДМА. – Дніпропетровськ, 1994. –25с.
8. НикулаТ.Д., Шевчук С.Г., Мойсеєнко В.О., Хомазюк В.А. Пропедевтика внутрішніх хвороб.- К.,1996. . –С.89-128.
- 9.Сборник нормативно-методических документов по санитарно-противоэпидемическому режиму в лечебно-профилактических учреждениях –Т.1. – М: Агар, 1996. –384с.
10. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей: в 3 томах. /Под ред. Ю.Г.Шапошникова. –М: Медицина. –1997. –Т.1. –С.316-376.
11. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М.Основы общего ухода за больными. –М: Медицина, 1999. –288с.
12. Жученко С.П., Желіба М.Д., Хіміч С.Д. Загальна хірургія. К.:Здоров'я, 1999. –С.121-126.
13. Ключевский В.В. Хирургия повреждений – Ярославль. –ДИА-пресс. – 1999. -С.120-138.
14. Основы наблюдения, уход и техника медицинских манипуляций в педиатрии /Метод. рекомендации, каф. пропедевтики дет. бол. ДГМА - Днепропетровск, 1999. –26с.
- 15.Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими – Київ.: Здоров'я, 1999. – С.30-60, С. 518-531.
16. Догляд за хірургічним хворим //Під ред. М. О. Ляпіса.-Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. –44с.
17. Ярославская государственная медицинская академия министерства здравоохранения Российской Федерации. А.Б.Ларичев (учебно-методическое пособие для студентов) Ярославль, 2001.- 28с.
18. Общий уход в терапевтической клинике / под ред. Ослопова В.Н. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. –23с.

19. Рычагов Г. П., Гарелик П. В., Мартов Ю. Б. Общая хирургия. - Минск. 2002. – 13с.
20. Хирургия: пер. с англ. доп. /Под ред. Ю. М. Лопухина, В. С. Савельева.- М:Геостар Медицина, 2003. –24с.
21. Яворський О.Г., Ющик Л.В. Пропедевтика внутрішніх хвороб у запитаннях і відповідях. К.: "Здоров'я", 2003. –78с.
22. Хірургія.Т.І:Підручник з загальної хірургії /За ред.Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О.Шидловського. – Дніпропетровськ: РВА “Дніпро-VAL”, 2006. – С. 19-20, 45-50.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ПОЛІКЛІНІКИ	4
1.1. Організація хірургічної допомоги	4
1.2 Організація роботи хірургічного відділення поліклініки	6
РОЗДІЛ 2. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ДО ОПЕРАЦІЇ	9
2.1. Поняття про догляд за хірургічними хворими	9
2.2. Гігієна тіла хворого в хірургічному відділенні	10
2.3. Санітарна підготовка хворого до операції	17
РОЗДІЛ 3. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ	20
3.1. Хірургічна операція та післяопераційний період	20
3.2. Догляд за хворими у ранній післяопераційний період	22
3.3. Гігієна тіла, білизни, виділень хворого з ліжковим режимом.....	27
3.4. Вимірювання температури тіла та її реєстрація	34
3.5. Техніка внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових , внутрішньовенних ін'єкцій	37
3.6. Догляд за післяопераційною раною.....	42
3.7. Посистемний догляд за хворими у ранній післяопераційний період	46
РОЗДІЛ 4. СПЕЦІАЛЬНИЙ ДОГЛЯД ЗА ОПЕРОВАНИМИ ХВОРИМИ.....	68
4.1. Догляд за хворими після операцій на грудній клітці та її органах	68
4.2. Спостереження та догляд за хворими після операцій на голові	72
4.3. Догляд за хворими із захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини	76
4.4. Догляд за тяжкохворими та хворими, що абонують	89
РОЗДІЛ 5. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ У ВІДДІЛЕННІ ГНІЙНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	91
5.1. Організація роботи відділення гнійної хірургічної інфекції.....	91
5.2. Клінічна гігієна медичного персоналу у відділенні гнійної хірургічної інфекції	92
5.3. Госпітальна інфекція	97
5.4. Клінічна гігієна навколишнього середовища хворого	100
5.5. Техніка безпеки при роботі медичного персоналу з дезінфікуючими засобами	104
5.6. Догляд за хворими з гнійними ранами	104
5.7. Догляд за хворими з анаеробною інфекцією	107
5.8. Догляд за хворими з норицями	108
5.9. Догляд за хворими з трофічними виразками кінцівок.....	109

5.10. Утилізація перев'язочного матеріалу та прибирання гнійної перев'язочної.....	110
--	-----

РОЗДІЛ 6. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ОПІКАМИ ТА ВІДМОРОЖЕННЯМИ.....113

6.1. Клініка та діагностика опіків та опікової хвороби.....	113
6.2. Перша допомога та лікування при опіках	115
6.3. Особливості догляду при лікуванні опіків	117
6.4. Особливості догляду при лікуванні опікової хвороби.....	119
6.5. Клініка та діагностика відмороження	120
6.6. Перша допомога та лікування відморожень	122
6.7. Особливості догляду при лікуванні відморожень.....	123

РОЗДІЛ 7. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ПЕРЕЛОМАМИ.....125

7.1. Діагностика та лікування переломів	125
7.2. Перша допомога при переломах	126
7.3. Особливості догляду при лікуванні переломів з гіпсовими пов'язками	128
7.4. Особливості догляду при лікуванні переломів з ви тяжінням	132
7.5. Особливості догляду за хворими з переломами хребта	137

РОЗДІЛ 8. ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ.....140

8.1. Хірургічні дієти та способи харчування	141
8.2. Організація роботи харчоблоку.....	144
8.3. Особиста гігієна персоналу харчоблоку	147
8.4. гігієна харчування хворого	148

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ.....150

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....158

ЗМІСТ.....160

Підписано до друку _____

Папір офсетний. Друк офсетний

Ум.друк.арк. 8,6.

Наклад 300 примірників. Зам.№ 76

Друкарня ФОП Ткалич А.М.

Адрес: 32000, м.Полтава,

Вул. Фрунзе, 20-а.

Тел. (050-15-09)