

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ОБСТЕЖЕННЯ, ЛІКУВАННЯ  
ТА ДОГЛЯД ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ**

За редакцією доктора медичних наук, професора І.Ф.Сирбу

Запоріжжя 2012

УДК 617-07-08-083(075.8)

ББК 54.5 я 73

С 95

Автори: доктор медичних наук, професор І.Ф. Сирбу, доктор медичних наук, професор В.В. Ганжий, к.мед.н. І.Ю. Ганжий, к.мед.н. Бойко К.А.

Обстеження, лікування та догляд за хірургічними хворими: навчальний посібник для студентів медичних вузів IV рівня акредитації

У навчальному посібнику висвітлені методи обстеження хірургічних хворих, включаючи клінічні, інструментальні та інші, що дозволяють у передопераційному періоді встановити діагноз і підготувати пацієнтів до операції.

Приділяється достатньо уваги веденню післяопераційного періоду, розвитку всіляких ускладнень, їх профілактики та лікування.

Послідовно викладаються питання організації догляду за хірургічними хворими, клінічної гігієни хірургічного стаціонару та медичного персоналу, гігієни хірургічного хворого, організації та проведенню догляду за хворими на етапах лікування у хірургічному стаціонарі.

Призначено для студентів вищих навчальних медичних закладів III і IV рівнів акредитації

Рецензенти:

Коректор:

Затверджено Центральною методичною Радою медичного університету у якості навчального посібнику для студентів медичних вузів

## **ЗМІСТ**

### ***Розділ I. Обстеження і лікування хірургічних хворих.***

- 1.1. Методика обстеження хірургічного хворого.
- 1.2. Тактика хірурга при неясному діагнозі.
- 1.3. Передопераційний період.
- 1.4. Хірургічна операція.
- 1.5. Післяопераційний період.

### ***Розділ II. Догляд за хірургічними хворими.***

- 2.1. Клінічна гігієна хірургічного стаціонару і медичного персоналу.
- 2.2. Клінічна гігієна хірургічного хворого.
- 2.3. Організація і проведення догляду за хворими на етапах лікування в хірургічному стаціонарі.

## РОЗДІЛ 1. ОБСТЕЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

### 1.6. Методика обстеження хірургічного хворого

Головним завданням при обстеженні хворого з хірургічною патологією є виявлення показань для надання реанімаційної або невідкладної допомоги. У всіх інших ситуаціях необхідно проводити послідовне і системне обстеження, включаючи суб'єктивні, об'єктивні, рентгенологічні, ендоскопічні, інструментальні, лабораторні і інші методи обстеження.

Обстеження хірургічного хворого починається зі знайомства з ним, зібрання паспортних даних: прізвище, ім'я, по-батькові, національність, професія, сімейний стан, місце проживання. Дуже важливо з самого початку встановити діловий контакт з хворим, проявляючи максимум делікатності, терпіння і доброзичливості. При спілкуванні з хворим студент повинен мати чистий халат, шапочку, змінне взуття, стетофонендоскоп, сантиметрову стрічку, зошит, ручку. Пом'ятий і брудний халат, неохайний вигляд, нетактовна поведінка, сміх, гучні розмови викликають негативні емоції у хворих, тому студент повинен бути охайним, акуратно вдягненим, без зайвої витонченості зачіски, косметики, вбрання, взуття, стану рук. Забороняється у присутності хворого застосовувати такі онкологічні терміни, як "рак", "злоякісна пухлина", "метастази" і ін. При виявленні дефектів і прорахунків попереднього лікування хворого необхідно дотримуватися принципу лікарської етики, не говорити про можливі ускладнення або несприятливий результат хірургічного втручання.

Неприпустиме переказання відомостей про стан хворого по телефону, обговорення діагнозу або оперативного втручання у транспорті, у присутності родичів. Всі питання вирішує лікар, завідувач відділення або завідувач кафедри.

**Суб'єктивне дослідження** має виявити скарги хворого, історію захворювання і життя. Кожна скарга пацієнта повинна бути ретельно описана. При скаргах на біль необхідно встановити точну локалізацію і іррадіацію. Часто за іррадіацією болю встановлюють діагноз. Наприклад, при холециститі біль віддає в праве плече і лопатку, при панкреатиті болі носять опоясуючий характер, при нирковій коліці – болі розповсюджуються по ходу сечоводу, в статеві органи і т.д. Важливо встановити також характер болів (гострі, тупі, ниючі, постійні потугами, опоясуючі, стріляючі, кинджальні і т.д.), зв'язок болей з прийманням їжі, рухами, диханням, зв'язок їх з іншими проявами захворювання (здуттям живота, нудотою, блювотою, високою температурою і ін.). Час появи болей і їх періодичність (нічні, весняні, осінні) також має значення для постановки профільного діагнозу. Слід також знати, що є і такі хворі, які навмисне перебільшують хворобливі відчуття (агравация) або стимулюють неіснуючі симптоми (симуляція), а в деяких випадках, навпаки, приховують симптоми хвороб (дисимуляція). В тих випадках, коли встановити контакт з хворим важко через сильні болі, необхідно надати хворому найбільш зручне положення і спробувати

терпляче зібрати основні дані, необхідні для встановлення діагнозу. При неможливості з'ясувати скарги і анамнез, опитують родичів або осіб, які супроводжують хворого.

З'ясовуючи історію захворювання, необхідно уточнювати час від початку захворювання до надходження хворого в стаціонар. При гострих хірургічних захворюваннях початок хвороби вказується з точністю до годин і хвилин, бо фактор часу найчастіше відіграє вирішальну роль у прогнозуванні хвороби. Важливо також знати, яке лікування проводилось раніше і які його результати, чи лікувався хворий в стаціонарі, в амбулаторних умовах або в санаторії. При наявності виписки із історії хвороби, довідок треба ознайомитися з ними, зіставляючи одержані дані з результатами вашого дослідження.

Таким чином, в цьому розділі досліджуються причини, що викликали виникнення хвороби, її розвиток, обставини, котрі могли б вплинути на хід захворювання.

Історія життя хворого містить короткі біографічні дані про пацієнта з уточненням умов життя та трудової діяльності, виробничих шкідливостей та шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), спадкових хвороб, що були перенесені. Ретельно з'ясовують алергологічний анамнез (реакція хворого на введення лікувальних препаратів, переливання крові та кровозамінювачів) та гінекологічний – у жінок (менструація, кількість вагітностей, абортів та ін.).

Дані, отримані з історії життя, дозволяють скласти враження про особистість хворого, про його індивідуальні особливості, про побутові, виробничі та інші шкідливі фактори, що накопичувались роками та призвели до даної хвороби.

Об'єктивне дослідження повинно бути всебічним. Помилкою є метод, при якому лікар обмежується обстеженням лише тільки тих органів і систем, на які хворий звертає увагу своїми скаргами. Дослідження хірургічного хворого складається з чотирьох класичних методів фізикального обстеження всіх органів і систем: огляд, пальпація, перкусія, аускультация.

**Огляд** – один з найважливіших методів обстеження, що дає нерідко цінні дані для постановки правильного діагнозу. Загальний вигляд, неспокійна поведінка, характерна поза, положення тіла у ліжку, вираз обличчя, колір шкіри та видимих слизових оболонок, розвиток м'язової системи, скелету є головними при загальному огляді хворого. Спочатку оглядаються відкриті частини тіла, потім верхня частина тулуба, живіт, попереk, нижні кінцівки. Огляд необхідно проводити у порівнянні хворого та здорового боку.

Зміни у кольорі шкіри дають уявлення не тільки про місцевий процес, але й про загальний стан хворого.

Шкірний покрив може бути блідим, цианотичним, гіперимованим, жовтушним, з землистим або зеленуватим відтінком. Землистий або солом'яно-жовтий колір шкірного покриву нерідко буває у хворих зі злоякісним захворюванням. Місцеві зміни шкірних покривів частіше говорять про розлади кровообігу або про порушення пігментації. Дистрофічні зміни шкіри характерні для хронічної недостатності кровообігу

тієї чи іншої області. Пігментація шкіри спостерігається в місцях тривалого прикладання грілок, варикозного розширення вен та ін. При травмах - на шкірі утворюються крововиливи, що мають синюшний, фіолетовий, жовто-зелений колір. Можлива наявність висипу, ерозій, виразок, гнійників, рубців.

Підвищення температури тіла спостерігається при гнійних захворюваннях, різноманітних запальовальних процесах, а підвищення температури тіла з ознобом є симптомом гнійної інфекції, що характерний для септичного стану. Поряд з визначенням температури тіла міряється і температура шкіри на різних її ділянках, вологість її, тургор, уважно вивчається розподіл підшкірної клітковини по ділянках тіла, товщина її, густина, ступінь розвитку м'язів, симетричність їх, тонус і сила м'язових груп, наявність атрофій пухлино-подібних утворень.

При огляді опорно-рухового апарату визначають пропорційність розвитку окремих частин, деформації, наявність пухлин, потовщень, виростів. При огляді кінцівок необхідно з'ясувати можливості порушення їх осі, що має значення при переломах та вивихах. Оцінюється положення кінцівки, форма та величина симетричних суглобів, наявність припухлості, гладкості контурів, деформацій, амплітуда активних рухів. При захворюваннях хребта перевіряють хворобливість при осьовому навантаженні (натискаючи на тім'яну область), рухливість, наявність викривлень. Перевіряють рухливість грудної клітки, характер дихання.

Для більш точного визначення довжини та об'єму кінцівок треба зробити їх вимір. Вимірювання довжини та об'єму кінцівки здійснюють як на патологічно зміненій кінцівці, так і на здоровій. Отримані дані порівнюють. Вимір амплітуди рухів у суглобах проводять за допомогою кутоміра, а м'язової сили - за допомогою динамометра.

Пальпація доповнює дані, отримані при огляді. За допомогою пальпації більш точно визначають форму та величину пухлини, консистенцію, рухливість та больову чутливість лімфатичних вузлів, флуктуацію при скупченні рідини в порожнинах, напруження м'язів, різноманітні симптоми при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини та ін. Пальпацію виконують теплими руками за максимального розслаблення черевних м'язів. Починають з поверхневої пальпації обома руками за певного положення хворого. Хворий лежить на спині, ноги напівзігнуті та трохи відведені від середньої лінії. Лікар сідає праворуч від хворого на одному рівні з ним.

Неприпустимою є пальпація рукою з зігнутими пальцями або кистю під прямим кутом до черевної стінки. Вся долонна поверхня кисті повинна примкнути до черевної стінки, ніжно та плавно визначаючи напруження різноманітних відділів живота. Напруження може обмежуватися, наприклад, правою клубовою областю при гострому апендициті, локалізуватися в області правого підребер'я при гострому холециститі або захвачувати всі м'язи живота (дошкоподібне напруження) при прободній виразці шлунка та 12-палої кишки. Глибоку пальпацію необхідно починати з безболісних зон. Наприклад, при скаргах на біль в правій половині живота пальпацію

починають з лівої здухвинної області, потім обстежують ліве підребер'я, мезогастральну та епігастральну області, праве підребер'я та праву здухвинну область. При гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини виявляється ряд симптомів: Щеткіна-Блюмберга, Ортнера, Ровзинга, Ситковського та ін. При підозрі на грижу пальпують усі слабкі місця передньої черевної стінки (зовнішні отвори пахових та стегнових каналів, пупок, білу лінію живота, спігелеву лінію). Хворому пропонують припідняти голову та тулуб без допомоги рук. В такому положенні легше визначаються грижові дефекти черевної стінки. При пальпації пухлини необхідно визначити розміри, форму та локалізацію, консистенцію, хворобливість, рухливість. При асциті, великих кістозних утвореннях визначають симптом флюктуації.

Глибоку методичну пальпацію за Образцовим виконують злегка зігнутими пальцями, повільно проникаючи вглиб при видиху. Таким чином, пальпують сигмовидну кишку, селезінку, печінку, сліпу кишку та ін.

**Перкусія** – важливий метод дослідження захворювань легень, серця та органів черевної порожнини. Перкусія дає можливість визначити межі відповідних органів, наявність рідини, повітря, запалювальних та пухлинних утворень

За наявності рідини в плевральній порожнині визначається коса лінія (лінія Демуазо) з найвищою точкою по задній пахвинній лінії. Горизонтальний рівень рідини характерний для піопневмоторакса, за наявності вільної рідини у черевній порожнині визначається притуплення у відлогих місцях живота. При перфорації порожнистого органу виявляється зниження печінкової тупості внаслідок скупчення газу над правим куполом діафрагми. У випадку наявності інфільтрату, кист, пухлин можливо виявлення притуплення. При здутті живота – високий тимпаніт.

**Аускультация** дає можливість оцінити характер дихальних шумів (везикулярне, бронхіальне, жорстке), наявність хрипів, шума тертя плеври, характер серцевих тонів, оцінити перистальтичні шуми кишечника. За механічної кишкової непрохідності вони підсилені, чуються на відстані, при перитоніті – відсутні. Аускультацию треба проводити також при захворюваннях судин (атеросклероз, аневризма) – на сонних артеріях, у проекції черевної аорти та на стегнових артеріях в області пахової складки.

## **1.2. Тактика хірурга при неясному діагнозі**

Неясність діагнозу – наслідок нечіткої клінічної картини або неповного обстеження хворого. У зв'язку з цим обстеження пацієнта повинне бути ретельним, а за необхідності треба розширити коло додаткових досліджень.

Анамнез захворювання необхідно зібрати безпосередньо при надходженні хворого, оскільки не занотовані зразу деталі історії захворювання стають часто безповоротно втраченими.

Об'єктивний огляд повинен бути достатньо повним та містити таке:

1. Загальний стан хворого та його зовнішній вигляд (блідість шкірних покривів, гіперемія, лице Гіппократа та ін.)

2. Оцінку пози хворого.

3. Огляд ротової порожнини та язика.

4. Дослідження гемодинаміки: пульс (частота, наповнення, напруга, ритм, симетричність), артеріальний тиск.

5. Поверхневу та глибоку пальпацію живота.

6. Перкусію.

7. Аускультацию.

8. Дослідження частоти і глибини дихання, а при необхідності – рентгеноскопію або рентгенографію органів грудної порожнини. Поверхнєве дихання часто буває при перфорації порожнинного органу, при подразненні очеревини в епігастральній області в лівому або правому підребер'ї, при мокротиння плевриті або нижньочастковій пневмонії.

9. Особистий огляд черговим лікарем виділень (блювотних мас, сечі і випорожнень).

10. Проведення основних лабораторних досліджень, а при динамічному спостереженні за хворим – неодноразове їх повторення (клінічний аналіз крові і сечі, гемакрит, цукор крові і сечі, амілаза, діастаза, показники системи згортання крові, кислотно-лужної рівноваги і інші біохімічні, дані для правильної постановки діагнозу).

11. Рентгенологічні дослідження:

а) оглядова рентгеноскопія (рентгенографія) черевної порожнини з метою виявлення вільного газу, парезу кишечника, чаш Клойберга, вільної рідини, тіней конкрементів, інородних тіл і ін.;

б) рентгеноскопія (рентгенографія) тонкого кишечника. Виконується при підозрі на гостру кишкову непрохідність. Хворому дають випити 100-150 грамів сірчаноокислого барію. Якщо через 3 години після прийому барію останній виявлено в товстому кишечнику, діагноз тонкокишкової непрохідності знімається;



в) контрастова рентгеноскопія (рентгенографія) стравоходу і шлунка з гастрографіном для діагностики проривної виразки шлунка, розриву стравоходу, варикозного розширення вен;

г) іригоскопія при підозрі на непрохідність товстої кишки.

12. В окремих випадках, коли клінічна картина свідчить про гостру патологію органів черевної порожнини, а діагноз продовжує залишатися неясним, необхідно застосовувати такі методи діагностики:

а) невідкладну фіброгастроуденоскопію;

б) хромоцистоскопію;

в) ректороманоскопію;

г) пункцію черевної порожнини;

д) лапароцентез із застосуванням “шарячого катетера” і дослідженням промивних вод черевної порожнини (формених елементів, крові, діастази, шлункового соку і ін.);

ж) пункцію заднього зводу піхви;

з) лапароскопію.

13. У незрозумілих випадках корисна і необхідна консультація із старшими і більш досвідченими хірургами, з лікарями суміжних спеціальностей – терапевтом, травматологом, гінекологом, урологом, психоневрологом, інфекціоністом і ін.

14. З метою виключення інфаркту міокарда і інших серцево-судинних захворювань необхідно зробити ЕКГ, запросити для консультації кардіолога.

В тих випадках, коли всі діагностичні засоби залишаються малоефективними, а діагноз незрозумілим, хірург повинен ставити перед собою питання про наявність або відсутність “синдромів небезпеки”:

1. Перфорація порожнистих органів.
2. Защемлення киля.
3. Кишкова непрохідність.
4. Внутрішня кровотеча.
5. Перитоніт.

6. Абсцес черевної порожнини.

7. Ранні післяопераційні ускладнення.

При цьому в діагностиці треба йти по загальній клінічній картині до виявлення окремих специфічних проявів ураження тієї або іншої системи або окремого органу. Для цього можна користуватися діагностичною схемою, запропонованою Л.С. Журавським (1977), при якій хірург задає собі запитання:

1. До якої групи захворювань можна віднести хворобу даної людини?

(Запальні процеси, новоутворення, зміщення органів, вади розвитку і ін.).

2. Який орган, імовірно, є причиною патологічного процесу?

3. Статистично, яке захворювання даної групи частіше всього уражає даний орган?

4. Чи так протікає підозрюване захворювання, як це спостерігається у хворого, який обстежується?

Якщо прояви “синдрому небезпеки” залишаються і протягом 2 – годинного спостереження, а прояви “гострого живота” наростають, хворому пропонують діагностичну лапаротомію.

При відсутності наростання загрозливих симптомів показана активно-виглядаюча тактика з динамічним спостереженням за станом хворого і відповідними записами у історії хвороби. Причому у лікаря повинен бути сформульований попередній діагноз й розпочата симптоматична терапія (паранефральна блокада, блокада круглої зв'язки печінки, сім'яного канатика, круглої зв'язки матки, дезінтоксикаційна терапія, введення спазмолітичних засобів, гемостатичних, протизапальних та ін.).

У процесі обстеження та спостереження за хворими хірургу необхідно діагностувати й супутні захворювання, котрі нерідко нагадують гостре ураження органів черевної порожнини:

1. Захворювання органів дихання (крупозна нижньодольова пневмонія, сухий та дафрагмальний плеврит).

2. Серцево-судинні захворювання (атеросклероз, грудна жаба, інфаркт міокарда).

3. Патологічні зміни з боку видільної системи (нирково-кам'яна хвороба, пієліт, цистит, передній паранефрит).

4. Ураження центральної нервової системи (ушкодження спинного мозку, спини сухотка).

## 5. Психічні захворювання (шизофренія, наркоманія).

У тій же час, всі ці захворювання можуть сполучатися з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини. Таким чином, необхідно мати не тільки добрі знання з хірургії, але й знати супутні захворювання, котрі потребують відповідної консультативної та лікувальної допомоги.

### *Показання та техніка виконання лапароцентезу*

Лапароцентез у хірургічній практиці застосовується:

1. При нез'ясованому діагнозі у невідкладній хірургії органів черевної порожнини. Особливо у тих випадках, коли є підозра на перфорацію порожнинного органу, перитоніт й кровотечу з паренхіматозних органів.

2. При торако-абдомінальному ушкодженні для вирішення питання про лапаротомію.

3. Для вибору раціонального оперативного доступу. Наприклад, є клініка перитоніту – у животі праворуч; лапароцентез; проба І.І. Неймарка позитивна; найбільш імовірний діагноз – проривна виразка шлунку, вибирається верхньо-середня лапаротомія.

4. З лікувальною метою, коли за допомогою лапароцентезу встановлюється мікроірригатор для введення антибіотиків. Дренаж може бути встановлено й при негативних результатах лапароцентезу для динамічного спостереження за відділеннями з дренажу (“слідкуючий лапароцентез”).

***Техніка лапароцентезу.*** Під місцевою анестезією на середній лінії на 2-3 см нижче пупка виконують розтин шкіри довжиною 2 см. Апоневроз прошивають двома лігатурами-утримувачами й підіймають. Довгим трокаром під кутом 45<sup>0</sup> в напрямку пупка проколюють черевну стінку. Після видалення стилету троакара спрямовують у досліджуєме місце. Через трубку вводять пружній резиновий катетер чи еластичну хлорвінілову трубку діаметром 0,5-0,8 см, через котру шприцом відсмоктують вміст черевної порожнини. Під час відсмоктування катетер повільно витягують із черевної порожнини, щоб уникнути присмоктування його до стінки кишки. Потім змінюють положення каналу та відповідно й катетера (так званий “шарячий катетер”), досліджують бокові відділи животу й малого тазу. Якщо досягнути бажаної ділянки не вдається, то вводять 300-500 мл фізіологічного розчину, хворий 2-3 рази змінює положення, після чого знову відсмоктують рідину. Отримана рідина підлягає мікроскопічному дослідженню, визначають в ній вміст панкреатичних ферментів. Ефективність тесту – до 95%. У нез'ясованх

випадках трубку залишають на 1-2 дні й спостерігають (слідкують) за можливими проявами патологічного ексудату з черевної порожнини.

Лапароцентез є допоміжним методом дослідження, тому дані його повинні відповідати клінічній картині захворювання.

При наявності вираженого вздуття живота, ожиріння й численних післяопераційних рубців, лапароцентез протипоказаний.

### ***Лапароскопія***

Виконується для виявлення гострої патології органів черевної порожнини й малого тазу, при сполученій травмі й підозрі на ушкодження органів, з метою диференційної діагностики жовтяниць, запальних захворювань та з лікувальною метою.

Лапароскопія протипоказана при важкому ступені серцево-судинної та дихальної недостатності, гострих порушеннях мозкового кровообігу.

Проведення цього дослідження потребує обов'язкової участі спеціаліста і повинне виконуватися в умовах повної асептики.

Підготовка хворого повинна бути такою ж, як до усіх операцій на органах черевної порожнини. Напередодні дослідження хворому роблять відчистну клізму, він приймає гігієнічну ванну, на ніч призначають седативні препарати, зранку забороняється їсти та пити воду за 3-5 годин, за годину до дослідження вводять 1 мл 2% розчину промедолу та 0,5-1 мл 0,1% розчину атропіну. В ендоскопічний кабінет хворого доставляють в положенні лежачи на каталці.

### **1.3. Передопераційний період**

Передопераційний період починається з моменту потраплення хворого у стаціонар до початку операції. Тривалість його залежить від характеру захворювання, важкості стану хворого та терміновості операції. При планових втручаннях достатньо часу для досконалого обстеження хворого, при невідкладних – хірург обмежується мінімумом найважливіших діагностичних заходів.

Головною метою передопераційного періоду є встановлення діагнозу, визначення показань та протипоказань, невідкладності та характеру операції, визначення методу знеболювання, проведення лікувальних заходів, спрямованих на поліпшення порушених функцій органів, профілактики інфекції, створення функціональних резервів організму, зменшення кількості передопераційних та післяопераційних ускладнень.

Вирішення цих задач проводиться при суворому врахуванні індивідуальних особливостей хворого, характеру його захворювання, складності майбутньої операції, стану окремих органів і систем організму.

Підготовка органів і систем організму повинна включати такі заходи:

1. *Психологічна підготовка.* Вона направлена на заспокоєння хворого, вселення в нього надії на благополучний кінець оперативного втручання. Лікар зобов'язаний роз'яснити необхідність операції, але це треба робити у

м'якій формі, утверджуючи хворого в важливості майбутньої операції, особливо при таких захворюваннях, як гострий апендицит, защемлення киля, кишкова непрохідність, проривна виразка шлунка або іншого порожнинного органу, профузна внутрішня кровотеча, проникні рани і інші.

2. *Підготовка серцево-судинної системи.* Для профілактики ускладнень під час операції і у післяопераційному періоді важливе значення має стан серцево-судинної системи. При функціональних розладах серця лікування проводиться разом з лікарем – терапевтом або кардіологом. Особливу увагу приділяють хворим з ішемічною хворобою серця, порушеннями серцевого ритму та артеріальною гіпертензією. Необхідно ретельно контролювати показники ЕКГ, провести неінвазивні кардіологічні тести, ехокардіографію, що дозволить оцінити фракцію викидання ФВ, аномальні рухи різноманітних ділянок серця, функцію клапанів. При операціях високого ризику доцільно провести реваскуляризацію (транслюмінальна коронарнаангіопластика, коронарне стентування).

Погано переносять операцію хворі з анемією. При планових оперативних втручаннях хворим переливають кров, кровозамінники, застосовують препарати заліза, в тому числі гемостимулін, вітамін В<sub>12</sub> та ін. При термінових операціях переливання крові виконується безпосередньо перед операцією, під час неї і в післяопераційному періоді.

Для попередження тромбоемболічних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді необхідно динамічно вивчати стан систем згортання і антизгортання крові (встановити час кровотечі, протромбінів індекс, фібриноген, фібринолітичну активність, толерантність плазми до гепарину, часу рекальцифікації і ін.). Медикаментозна профілактика тромбоемболічних ускладнень включає введення гепарину (5000 ОД кожні 8-12 годин), або низькомолекулярних гепаринів (клексан, фраксипарін).

3. *Підготовка органів дихання.* Легеневі ускладнення спостерігаються у 5-10% оперованих хворих. У зв'язку з цим, підготовка легень направлена на ліквідацію гострих і хронічних бронхітів, лікування запальних процесів придаточних порожнин і верхніх дихальних шляхів. Особлива роль відводиться заходам для покращення дихання і вивченню дихальних вправ для профілактики ускладнень в післяопераційному періоді.

4. *Підготовка шлунково-кишкового тракту.* Багато хірургічних захворювань шлунково-кишкового тракту супроводжується кровотечею, непрохідністю, диспепсичними розладами, які призводять до втрати рідини, анемії, гіпопротеїнемії, авітамінозу, дефіциту електролітів, значної втрати ваги і ін. Всі ці порушення повинні терміново ліквідуватися шляхом парентерального введення електролітів, амінокислот, білкових препаратів і інших засобів, спрямованих на відновлення ОЦК, нормалізацію кислотно-лужного стану, електролітного, білкового, вуглеводного і жирового обмінів.

Режим харчування до операції встановлюється в залежності від стану хворого і характеру його захворювання. При ожирінні, цукровому діабеті, гіпертонії, холециститі, панкреатиті хворі отримують відповідне харчування, яке благотворно впливає на післяопераційний період.

Хворі повинні оперуватися натще, тому за день до операції вони отримують тільки легко засвоювану їжу (бульйон, рідкий суп). При термінових операціях, якщо між прийомом їжі і початком операції пройшло менше 5 годин, необхідно промити шлунок через зонд. Це попереджає регургітацію та аспірацію під час наркозу. Напередодні і в день операції за 3-4 години необхідно прочистити товстий кишечник за допомогою очисної клізми. Остання протипоказана при деяких гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, гангрена кишечника і ін.). При об'ємних планових, невідкладних або спеціальних урологічних операціях, травмах, іще до операції слід ввести катетер в сечовий міхур. За допомогою катетера забезпечується спорожнення сечового міхура і контроль за функціями нирок.

#### 5. *Функціональний стан та підготовка печінки та нирок.*

Всебічне вивчення функції печінки та нирок має важливе значення для вибору знеболювання та профілактики таких суворих післяопераційних ускладнень, як печінкова та ниркова недостатність. З цією метою вивчається пігментно- та білковотворча функції, антитоксична участь печінки у вуглеводному та холестериновому обміні, вивідна функція нирок. Показники функції печінки та нирок визначаються за допомогою різних клінічних та біохімічних досліджень крові та сечі: білірубін крові, уробілін сечі, залишковий азот крові, сечовина, цукор крові, протромбінів час, реакція Такара-Ара, холестерин сировотки крові, лецитін, проба Зимницького, Реберна-Тарєєва, Мак-Клюра-Олдріга, наявність гематурії, альбумінурії, циліндрурії та ін.

Передопераційна підготовка повинна усунути ті чи інші порушення, встановлені при обстеженні функції печінки та нирок. Так, наприклад, для попередження зменшення кількості глікогену в печінці під впливом наркозу доцільно протягом 10 днів до операції вводити перорально та

внутрішньовенно 5-10-20% розчини глюкози, білкові препарати, вітаміни А, С, К. Вітамін К особливо доцільний хворим з жовтяницею. Призначають по 0,01 мг 2 рази внутрішньо або внутрішньом'язово до 15 мг на добу. При гіпопротеїнемії парентерально вводять білкові препарати.

#### *б. Фармакологічна премедикація.*

Мета премедикації: гальмування психічного сприйняття, седация, амнезія (діазепам, мідозолам), аналгезія (опіати, НПВС, регіонарне знеболення), зменшення секреції, запобігання небажаних рефлексів вегетативної нервової системи (атропін), підвищення Ph шлункового соку (ранітідін), антациди, профілактика алергічних реакцій (димедрол, прометазін).

В усіх випадках необхідність в операції та план премедикації встановлюється сумісно з лікарем – анестезіологом.

#### ***Профілактика ендогенної інфекції та протипоказання до операції***

Гнійничкові захворювання шкіри та інші хронічні запальні захворювання (фарингіт, хронічний тонзиліт, бронхіт та інші) потребують санації в стаціонарних чи амбулаторних умовах, якщо операція планова. При невідкладних хірургічних втручаннях призначають антибіотики широкого спектра дії в сполученні з сульфаніламидами та засобами, що підвищують імунобіологічні сили організму хворого (імунізація стафілококовим анатоксином та інші).

Планові операції не призначають при інфекційних захворюваннях, в час менструації, при легеневій та серцево-судинній недостатності, інфаркті міокарду, інсульті, тромбоемболічній хворобі, тяжких формах цукрового діабету, комі, анемії, кахексії. Ці захворювання значно збільшують ризик операції, в зв'язку з чим остання відкладається і призначається інтенсивна терапія відповідними спеціалістами.

При екстрених операціях та наявності тяжких супутніх захворювань передопераційна підготовка повинна бути мінімальною, проводиться разом з хірургом, терапевтом та анестезіологом-реаніматологом. Об'сяг операції у даного контингента хворих має бути мінімальним, спрямованим на рятування життя хворого.

Час для підготовки до операції відсутній при деяких екстремальних ситуаціях (рана серця, профузна кровотеча). В таких випадках хворого оперують без підготовки.

Таким чином, результати обстеження спрямовані на виявлення супутніх захворювань та розладу обміну речовин, які можуть впливати на операційний ризик. Точний анамнез, дані клінічного обстеження, біохімічні,

інструментальні та інші методи дослідження дають цінну інформацію, яка допомагає точному підходу до встановлення показань та протипоказань до оперативного втручання.

#### 1.4. Хірургічна операція

**Операція** – частина комплексного лікування хірургічного хворого. За швидкістю виконання розрізняють:

1) невідкладні (екстрені) операції. Виконуються негайно або через кілька годин з моменту надходження хворого до стаціонару (гострий аппендицит, перфоративна виразка шлунку, ущемлена кила та ін.);

2) термінові операції. Виконуються в найближчі дні після надходження хворого (злоякісні пухлини, механічна жовтяниця);

3) планові операції. Виконуються лише після ретельної передопераційної підготовки та обстеження хворого (хронічний калькульозний холецистит, виразкова хвороба, вентральна кила та ін.).

Термін виконання операцій обумовлений показниками, котрі можуть бути абсолютними або відносними. Абсолютні показники виникають при всіх гострих хірургічних захворюваннях, за яких відстрочення операції загрожує життю хворого. Наприклад, проникаючі рани порожнинних органів та крупних судин, профузні виразкові кровотечі, гостра кишкова непрохідність, тромбоемболія та ін. Відносні показання визначають тоді, коли без операції немає безпосередньої загрози життю хворого. До таких захворювань відносяться кили, які можливо вправити, хронічний холецистит, калезні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, доброякісні пухлини та ін.

Розрізняють такі види оперативних втручань:

**Лікувальні операції** є найчастіше радикальними (радикальні операції). За таких операцій досягається максимальна мета лікування.

**Діагностичні операції.** Застосовуються для виявлення або уточнення діагнозу. Наприклад, лапаротомія, торакотомія, біопсія, плевральна пункція, лапароцентез та інші.

**Паліативні операції.** Виконуються в тих випадках, коли причина захворювання не може бути усунута оперативно, однак за допомогою тієї чи



іншої операції тимчасово усуваються наслідки, спричинені основним захворюванням. Наприклад, гастроентероанастомоз за неоперабельного стенозуючого раку, антрального відділу шлунка, холецистоєюноанастомоз за неоперабельного раку головки підшлункової залози, резекція товстої кишки разом з пухлиною за наявності метастазів у печінці та очеревині.

**Повторні операції** виконуються в таких випадках, коли після першої операції настає рецидив захворювання (рецидив зобу, виразкової хвороби, пептичної виразки анастомозу, жовчнокам'яної хвороби і т.д.). Якщо при повторній операції виникає необхідність у реконструкції органу або анастомозу, тоді говорять про так звані реконструктивні операції.

**Неоперабельність.** Неоперабельним може бути хворий з важкою формою злоякісної пухлини, яку неможливо видалити у зв'язку з розповсюдженням на органи, що є поруч, або у таких ситуаціях, коли, зважаючи на важкий загальний стан, хворий може не перенести наступну операцію. Та при невідкладних станах, таких, як кишкова непрохідність, викликана раковою пухлиною або метастазами, перфорація пухлини або профузна кровотеча, хворих оперують, але виконують мінімальну операцію, необхідну для врятування їх життя.

**Двомоментні та багатомоментні операції.** Більшість операцій є одномоментними. При тяжкому стані хворого, наявності у нього грізних супутніх захворювань одномоментна операція значно збільшує ступінь операційного ризику. У цієї категорії хворих операцію краще виконувати в два етапи та більше. Наприклад, важка товстокишкова непрохідність тн ґрунті ракової пухлини. Операцію розділяють на два етапи. Перший – резекція ділянки кишки разом з пухлиною та утворенням стоми, другий етап (через 5-6 місяців) – ліквідація кишкового свищу та встановлення безперервності проксимального та дистального відділів кишки.

#### ***Вибір методу знеболювання та безпеки хірургічної операції.***

Показання до того чи іншого виду знеболювання ставить лікар-анестезіолог сумісно з хірургом, що оперує. При цьому слід врахувати фактори:

1. Обсяг майбутнього оперативного втручання.
2. Стан хворого (вік, супутні захворювання).
3. Кваліфікація та навички анестезіолога.
4. Наявність відповідної апаратури та необхідних фармакологічних засобів.
5. Досвід та оперативна техніка хірурга.

**Характер та обсяг майбутньої операції дає можливість анестезіологу вибрати найбільш безпечний вид знеболювання. При малотравматичних та короткочасних оперативних втручаннях застосовують більш прості методи анестезії, при складних, довгочасних та травматичних операціях використовують комбіновані методи знеболювання, які містять як загальні так і специфічні компоненти загальної анестезії.**

Для профілактики ускладнень під час операції та у післяопераційному періоді важливе значення має загальний стан хворого. При хронічних захворюваннях органів дихання краще використовувати внутрішньовенну анестезію кетаміном або фторотаном, які є бронходилататорами.

Гостра серцево-судинна недостатність є протипоказанням для планової операції. В екстрених ситуаціях слід більш широко використовувати місцеве знеболювання, ТВВФ з ШВЛ або комбінацію місцевої анестезії з загальною анестезією. Індукцію в анестезію проводять 1% розчином тіопенталу або пропофолом. У якості релаксанта краще використовувати деполаризуючі препарати.

У тих ситуаціях, коли мають місце розлади функції печінки та нирок при оперативних втручаннях на нижньому поверсі черевної порожнини, необхідно частіше застосовувати перидуральну анестезію або комбінацію її з внутрішньовенною анестезією, при необхідності – м'язовими релаксантами.

Небезпеки знеболювання детально висвітлені у методичних рекомендаціях – “Знеболювання” (І.Ф.Сирбу та ін., 2007). Слід лише відмітити, що найбільш грізною є регургітація – пасивне затікання речовини з шлунка в стравохід та ротоглотку. Регургітація небезпечна розвитком синдрому Мендельсона, виникненням ателектазів та аспіраційної пневмонії. Синдром Мендельсона розвивається при аспірації кислої шлункової речовини з рН нижче 2,5. Для попередження цього грізного ускладнення необхідна ретельна передопераційна підготовка (аспірація шлункової речовини через зонд) і правильне введення індукції в анестезію. Вводний наркоз та інтубацію необхідно проводити за допомогою "Краш індукції", та обов'язково застосовувати прийом Селліка.

Ускладнення та небезпеки хірургічної операції залежать від кваліфікації хірурга, обладнання в операційній, вірності показань до операції. Найбільш

розповсюдженим ускладненням при виконанні операції слід вважати крововтрату, інфекційні рани та ушкодження життєвоважливих органів. Успіх операції пов'язаний з методичністю та послідовністю виконання всіх етапів втручання:

- 1) Розміщення хворого на операційному столі (зручна операційна поза).
- 2) Правильна обробка операційного поля.
- 3) Адекватний метод знеболювання.
- 4) Правильний вибір оперативного доступу.
- 5) Розумний оперативний прийом.
- 6) Завершення операції (відновлення порушених співвідношень органів та тканин, перитонізація та ін.).

Під час операції здійснюється динамічний контроль за параметрами кровообігу, дихання, корекція крововтрати, ацидозу, алкалозу.

#### ***Попередження залишення сторонніх тіл при виконанні оперативних втручань***

Залишення сторонніх тіл у рані, особливо при порожнинних втручаннях, є грізним ускладненням, а попередження його залежить від чіткої організації та пильності кожного учасника операційної бригади.

Для профілактики цього ускладнення необхідно керуватися такими положеннями:

1. Операційна сестра відповідає за загальний порядок в операційній. Її розпорядження обов'язкові для всіх, хто знаходиться в операційному залі.
2. Оперуючий хірург, асистенти та операційна сестра повинні пам'ятати про особисту відповідальність за профілактику залишення сторонніх тіл у рані.
3. З моменту початку операції в операційній встановлюється повна тиша. Входити та виходити без потреби, відвертати увагу хірургів та операційної сестри суворо забороняється.
4. Операція виконується при потужному освітленні операційного поля, повноцінному знеболюванні та раціональному оперативному доступі.
5. Оперуючому хірургові та асистентам забороняється самовільно брати зі столу операційної сестри перев'язочний матеріал чи необхідний інструментарій. Кульки подаються тільки на хірургічних інструментах.

6. При великих порожнинних втручаннях необхідно уникати застосування дрібних інструментів та предметів з перев'язочного матеріалу без фіксації їх на спеціальних інструментах. При тимчасовому введенні тампонів у черевну порожнину чи операційну рану один кінець тампону виводиться назовні з прикріпленням до нього затискача чи прошивається міцною ниткою з виведенням її назовні та прикріпленням до цієї нитки затискачів.

7. Артеріальні затискачі, цапки для білизни та інші хірургічні інструменти повинні бути виплавленими, не повинні мимовільно розкриватися чи легко зісковзувати з утримуваних тканин. Хірургічний інструментарій, який вивільнюється у процесі операції, негайно передається операційній сестрі.

8. Дренажі, які вводяться у черевну порожнину, повинні бути надійно фіксовані, а кількість їх та з якою метою залишені, вказуються докладно у протоколі операції.

9. Перед закриттям черевної порожнини ведеться суворий облік використання тампонів та інструментів. Про результати підрахування використаного матеріалу доповідає операційна сестра. Про ревізію з приводу відсутності сторонніх тіл у черевній порожнині хірург відмічає у протоколі операції.

### ***Реінфузія крові під час операції***

Показанням до реінфузії крові є крововтрата, що перевищує 500 мл. При відсутності протипоказань до реінфузії крові саме цей метод поповнення ОЦК слід віддати перевагу трансфузії донорської крові. Використання консервованої донорської крові у постраждалих з масивною крововтратою не завжди достатньо ефективно, що пов'язано з різким зниженням кіслородотransпортної функції еритроцитів, їх агрегацією і тенденцією до депонування. До 30% донорських еритроцитів і об'єму плазми швидко залишають циркулюючу кров і депонуються в різних органах і тканинах. Крім того, переливання консервованої крові може спровокувати розвиток

ДВС-синдрому у зв'язку зі зниженням в ній ряду факторів згортання, вмісту тромбоцитів і гранулоцитів.

В даний час для проведення реінфузії крові використовують апарати типу «Cell Saver». Застосування апаратної реінфузії дозволяє компенсувати клітинний компонент аутокрові, забезпечуючи видалення жовчі і мікросгустков, фрагментів клітин, вільного гемоглобіну та продуктів фібринолізу. Використання різних режимів відмивання порожнинної крові сприятливо позначається на одержуваному трансфузійному середовищі - клітинному компоненті, до складу якого входить концентрат еритроцитів, тромбоцитів і лейкоцитів. Всі клітини морфологічно повноцінні і функціонально активні. Середній гематокрит такої крові коливається від 65 до 75 об.%.

Реінфузію крові при відсутності «Cell Saver» проводять шляхом її видалення з черевної (грудної) порожнини черпаком або електровідсмоктувачем з розрідженням не більше 150-200 мм вод.ст. (для запобігання гемолізу еритроцитів). Зібрану кров фільтрують через 8-10 шарів марлі, змоченої стабілізатором, або (при зборі крові електровідсмоктувачем) через фільтр системи для переливання. Стабілізація крові, як правило, здійснюється 4% розчином цитрату натрію (50-100 мл розчину на 1000 мл крові) або консервантом ЦОЛПК 76 (глюгіцір) у співвідношенні консерванту і крові 1: 4.

Абсолютними протипоказаннями до реінфузії крові є виражений гемоліз (більше 6 г/л) і ознаки перитоніту.

Реінфузія крові з підвищеним вмістом вільного гемоглобіну в плазмі (4-6 г/л) викликає короткочасне його підвищення в циркулюючій крові до 0,04-0,05 г/л. Ступінь цього підвищення залежить від кількісного вмісту вільного гемоглобіну в аутокрові та обсягу реінфузії. Як правило, вже через 1 - 2 дні після реінфузії концентрація вільного гемоглобіну в циркулюючій крові незалежно від ступеня його підвищення відразу після реінфузії не перевищує фізіологічного рівня.

Протипоказанням до реінфузії крові є супутнє гемоперітонеум пошкодження органів шлунково-кишкового тракту. У такій ситуації реінфузія крові може бути проведена тільки як реанімаційний захід у постраждалих з критичним ступенем гострої крововтрати при відсутності заготовлених компонентів донорської крові. Природно, мова йде не про масивному забрудненні порожнинної крові кишковим вмістом, а про сам факт пошкодження порожнистого органа. Призначення цим постраждалим в післяопераційному періоді антибіотиків широкого спектру дії призводить до швидкого зникнення бактеріємії без розвитку сепсису. Спроби додавання безпосередньо в реінфузат будь-якого антибактеріального засобу (ангібіотіков, антисептиків) вкрай небезпечні, оскільки масова загибель мікроорганізмів з вивільненням їх ендотоксинів може призвести до ендотоксичного шоку.

### **1.5. Післяопераційний період**

Починається з моменту закінчення операції і продовжується до встановлення працездатності хворого чи переводу його на інвалідність. Післяопераційний період умовно підрозділяють на 3 фази: *рання* (перші 3-4 дні після операції), *одужання* (до виписки хворого зі стаціонару) та *реабілітація* чи амбулаторне лікування.

Хірургічна операція та наркоз є серйозним випробуванням для організму, яке веде до конкретних патофізіологічних змін в організмі, порушення стану нервової системи, обміну речовин, дихання, кровообігу та ін. Ступінь цих змін залежить не тільки від операційної травми, але й від передопераційної підготовки, наркозу, режиму харчування хворого, догляду за ним.

Навіть при нормальному перебігу післяопераційного періоду спостерігаються явища як у рані, так і з боку загального стану організму. Ступінь цієї реакції залежить не тільки від основного захворювання та характеру операції, але й від фізичного та психологічного стану хворого.

Після операції хворі потрапляють у відділення чи у палату інтенсивної терапії та реанімації. У реанімаційних відділеннях чи у палатах інтенсивної терапії є монітори, котрі дозволяють реєструвати частоту пульсу, його ритм, ЕКГ, параметри дихання, артеріальний тиск, тиск у легеневій артерії та його похідні. Експрес-лабораторія дає інформацію про рівень гемоглобіну, гематокриту, білків, електролітів, ОЦК, кислотно-лужного стану, білірубіну, сечовини, цукру, протромбіну та ін. Періодичну інформацію збирають не рідше 3 разів на добу, а при необхідності і частіше, контролюючи таким чином стан хворого та ефективність інтенсивної терапії.

У тих випадках, коли хворі потребують екстреної допомоги, у палатах інтенсивної терапії є апаратура для ШВЛ, набори для трахеотомії та венесекції, апарат для дефібриляції серця, набір лікарських препаратів та трансфузійних середовищ та ін.

Інтенсивна терапія у післяопераційному періоді складається з таких заходів:

1. **Боротьба з болем.** Адекватне лікування послеопераційного болю знижує захворюваність, призводить до більш ранньої активізації пацієнта, зменшує кількість післяопераційних ускладнень. Мультимодальна аналгезія забезпечує оптимальне усунення болю з мінімальною кількістю побічних ефектів.

НПВС застосовують для купірування помірною болю. Опіоїди - основа в лікуванні післяопераційного болю. Комбінація опіоїдів з НПВС та парацетамолом значно зменшує вираженість побічної дії наркотичних анальгетиків.

В післяопераційному періоді можливо використання нейроаксіальних блокад, як результат - ефективна безпечна аналгезія. Найбільш поширені регіонарні методи післяопераційного знеболення - спінальна та епідуральна аналгезія бупівакаїном.

2. **Відновлення серцево-судинної діяльності та усунення порушень мікроциркуляції.** У післяопераційному періоді у хворого може розвинути:

післяопераційна артеріальна гіпотензія, післяопераційна артеріальна гіпертензія, порушення серцевого ритму.

Післяопераційна артеріальна гіпотензія - зниження АТ на 20-30% від вихідного рівня, що призводить к розвитку симптомів гіпоперфузії органів (ацидоз, ішемія міокарду, олігурії, активації симпатической нервової системи, порушень функції ЦНС). Лікування пов'язано з механізмом розвитку гіпотензії. Після підтвердження адекватної оксигенації доцільно в/в ввести 300-500 мл кристалоїдів за 15 хв. Короткочасне підвищення АТ імовірно пов'язано с кровотечею, відсутність підвищення АТ свідчить о дисфункції серця. Вазопрессори відновлять перфузійний тиск.

Післяопераційна артеріальна гіпертензія потребує корекції за допомогою лабеталола, нітропрусида, гідралазина. Лікування порушень серцевого ритму залежить від розладів гемодинаміки (атропін, ефедрін, лідокаїн, β-блокатори, аналгетики, ізадрін).

**Розлади мікроциркуляції** характеризуються тим, що шкірні покриви набувають землистого чи блідо-сірого кольору з мармуровим малюнком, на дотик холодні, вологі. З біохімічних змін слід відмітити метаболічний ацидоз та накопичення лактату. Для усунення цих порушень велике значення має нормалізація об'єму циркулюючої крові. З цією метою використовують неогемодез та реополіглюкін у сполученні з гепарином, компламіном, тренталом.

**Тромбоемболічні ускладнення** спостерігаються часто у хворих з захворюваннями серця, судин, легенів при порушенні трофіки судинної стінки. Тривалі оперативні втручання, зневоднення, запальні процеси, тривалий постільний режим призводять до зростання вмісту фібриногену та збільшення згортання крові.

**Емболія легеневої артерії** – суворе ускладнення раннього післяопераційного періоду. Виникає звичайно на 6-10 день після операції внаслідок різких рухів чи напруження при спробі підіймання з постелі. Розрізняють три форми емболії: блискавична, гостра, підгостра.



При блискавичній формі емболії з'являється раптово ядуха, різкий ціаноз, швидке зникнення свідомості, пульс ниткоподібний, артеріальний тиск не визначається. При гострій формі відмічаються ознаки правошлуночкової недостатності, раптовий напад болю за грудиною та у ділянці серця; почуття здавлення у грудях, задишки, ціаноз, неспокій, пітливість, тахікардія. При підгострій формі біль у грудній клітці має тупий характер. Він посилюється при диханні, з'являється кашель, кровохаркання, випіт у плевральній порожнині, хрипи у легенях, розвивається інфаркт-пневмонія.

**Лікування.** При блискавичній формі – інтубація, штучна вентиляція легень, непрямий масаж серця та термінова емболектомія в умовах штучного кровообігу. В\в вводять стрептокіназу 250 000-600 000 ОД за 20-30хв., з 100мг гідрокортизону та інфузією 100 000 ОД/год стрептокінази протягом 72 годин. Застосування тканинного активатора плазміногену ефективно тільки в першу добу.

**Жирова емболія** зустрічається нерідко у хворих з травматичними ушкодженнями кінцівок після оперативних втручань та недостатній імобілізації кінцівки. Емболія може настати як у легеневих венах, так і в артеріях великого кола кровообігу. Особливо небезпечна емболія судин головного мозку. Хворі неспокійні, відчувають страх. Дихання поверхневе, з'являється ціаноз, кашель з великою кількістю пінистої чи кривавої мокроти, пульс частий, артеріальний тиск знижується, свідомість затемнена. Якщо не надається швидка, ефективна лікувальна допомога, хворі вмирають.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень починається з моменту операції: 1) старанне виконання правил асептики, антисептики, бережливе поводження з тканинами, зупинка кровотечі; 2) активне ведення післяопераційного періоду, лікувальна гімнастика у ліжку з перших днів після операції, раннє підймання; 3) введення достатньої кількості рідини; 4) при схильності до тромбозів – введення гепарину, реополіглюкіну, нікотинової кислоти; 5) хворим з варикозним розширенням вен – еластичне

бинтування кінцівок; 6) регулювання нормальної діяльності кишечника та функцій інших органів; 7) правильна іммобілізація кінцівки при травматичних ушкодженнях та операціях на кінцівках.

Попередження та лікування ускладнень з боку органів дихання

**Набряк легень** – суворе ускладнення післяопераційного періоду. З'являється нерідко при прогресуючій серцевій недостатності, застійних явищах у малому колі кровообігу, при порушенні проникливості легеневих мембран на тлі підвищеного гідростатичного тиску у легеневих капілярах. Він характеризується різкою задишкою, клекочущим диханням, кашлем з пінистим харкотінням. У легенях вислуховуються дрібнопухирцеві хрипи. Венозний, а інколи й артеріальний, тиск підвищений. На рентгенограмі тотальне зниження прозорості легеневих полів.

Невідкладна допомога складається з таких заходів: 1) Хворому надають напівсидяче положення. 2) На кінцівки накладають венозні джгути для зменшення притоку крові до серця. 3) Інгаляції кисню з парами спирту. 4) Внутрішньовенне введення морфіну, нітратів, кортикостероїдів, лазіксу.

При відсутності ефекту – інкубація трахеї, ШВЛ з ПДКВ, симптоматичне лікування.

**Пневмонія** розвивається внаслідок тривалого порушення легеневої вентиляції при частковій чи повній обтурації дихальних шляхів, на тлі ателектазів, у зв'язку з аспірацією шлункового вмісту. Таким чином, в післяопераційному періоді можуть розвиватися аспіраційні, ателектатичні, гіпостатичні, гіповентиляційні та інфаркт-пневмонії. Діагностика пневмоній не становить особливих труднощів. Хворі скаржаться на біль у грудях, задишку, кашель з виділенням харкотіння. Шкірні покриви бліді, на щоках – яскравий рум'янець. У легенях – послаблене дихання, вологі хрипи, притуплення перкуторного звуку, у крові – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули ліворуч.

Для лікування пневмоній треба призначити активний режим, дихальну гімнастику, оксигенотерапію, муколітики, антибіотики, сульфаніламідні

препарати, інгаляції аерозолів, антибіотиків та протеолітичних ферментів, полівітаміни.

**Ателектаз легені** – спадання легеневих альвеол та дрібних бронхів. Розрізняють 1) компресійний ателектаз, викликаний здавленням легені ззовні при пневмотораксі, пухлинах; 2) рефлексорний ателектаз - внаслідок спазму гладкої мускулатури бронхів та періальвеолярної тканини; 3) обтураційний ателектаз – внаслідок порушення прохідності трахео-бронхіального дерева; 4) консолідаційний ателектаз, при якому настає спадання легені внаслідок виключення із акту дихання грудної клітки чи діафрагми.

Клінічна картина ателектазу легенів визначається площею ураження. При великих ателектазах наступають явища гострої дихальної недостатності (задишка, тахікардія, висока температура, серцева слабкість).

Лікування ателектазу залежить від причини його виникнення. Широко використовують дихальну гімнастику, відхаркуючі засоби, анальгетики та дихальні аналептики, інгаляції зволуженим киснем, вагосимпатичну новокаїнову блокаду, лікувальну бронхоскопію. При поєднанні ателектазів та пневмоній призначають антибактеріальну терапію.

**Профілактика легеневих ускладнень:** 1) З першого дня після операції необхідно примушувати хворих глибоко дихати, робити дихальну гімнастику. 2) Попереджає розвиток ускладнень дихання з підвищеним опором на видиху (надування куль, надувних іграшок). Дихання через маску наркозного апарату, з'єднану з трубкою, яку опускають у воду на глибину 5-8 см вод. ст. 3) Застосування різних засобів масажу грудної клітки (постукування, вібромасаж, поколачування) у поєднанні з бронхолітиками, муколітиками та інгаляційною зволожуючою терапією. 4) Рання активність хворого в поєднанні з достатнім знеболюванням. 5) Використання засобів боротьби з парезом кишечника. Усі вищеназвані заходи сприяють нормалізації функції легень, попереджають розвиток легеневих ускладнень.

Профілактика та лікування ускладнень шлунково-кишкового тракту

Парез та атонія кишечника – часте ускладнення раннього післяопераційного періоду, котре супроводжується нестерпним болем, пригніченням моторної діяльності шлунка та кишечника, інтоксикацією всіх органів та систем. Живіт надутий, перистальтика відсутня, гази не відходять. Важливим моментом, який сприяє відновленню тонуса гладкої мускулатури, є створення спокою прооперованого органу, котрий досягають декомпресією шлунку чи кишечника шляхом введення повітря, шлункового чи кишкового вмісту. З цією метою у шлунок вводять зонд, за допомогою якого евакуюють шлунковий вміст, а при операціях на тонкому чи товстому кишечнику, особливо при тонко- та товстокишечній непрохідності, інкубують весь кишечник, створюючи, таким чином декомпресію всього шлунково-кишкового тракту. Для збудження перистальтики роблять гіпертонічну клізму, вводять 0,05% розчин прозеріну, карбахолін, пітуїтрин, церукал, застосовують апаратну електростимуляцію та ін. Електростимуляцію починають з 2-3 дня після операції, в результаті чого швидко з'являється перистальтика, відходять гази. Вельми ефективні у лікуванні парезу інфузія сорбітолу, діадинамічні токи Бернера, тривала перидуральна анестезія, інфузія 0,25% розчину новокаїну у корінь брижі тонкої кишки.

**Перитоніт** – грізне ускладнення післяопераційного періоду. Найбільш частою причиною його виникнення є неспромож анастомозитів після резекції шлунку, кишечника та ін. Необхідна термінова релапаротомія, усунення джерела перитоніту та адекватне дренивання черевної порожнини. Разом з операцією призначають дезінтоксикаційну та антибактеріальну терапію.

**Кровотеча** може бути внутрішньою та зовнішньою. Кровотеча із операційної рани не становить особливих труднощів для діагностики. Внутрішня кровотеча може бути внутрішньочеревною чи у просвіт травного каналу. Найбільш часто післяопераційні кровотечі зустрічаються після операції на паренхіматозних органах, у хворих з жовтяницею, гемофілією, геморагічними діатезами. Кровотеча у просвіт травного каналу може бути із зашитої виразки, із лінії анастомозу, зашитої малої кривини шлунку чи з

гострих виразок чи розривів слизової оболонки шлунку, котрі можуть виникнути у післяопераційному періоді.

Діагностика внутрішньої кровотечі базується на скаргах хворого, об'єктивних та ендоскопічних даних (запаморочення, блідість шкіри, блювання, мелена, тахікардія, низький артеріальний тиск, зниження гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, наявність судини, з якої продовжується кровотеча при ендоскопічному дослідженні, чи внутрішньочеревна кровотеча при лапароскопії.

Лікування післяопераційних кровотеч визначається їх інтенсивністю та причиною, яка викликала їх. З консервативних методів лікування застосовують переливання крові, внутрішньовенне введення хлориду кальцію 10%-10 мл, амінокапронової кислоти – 5%-100 мл та ін. Дуже перспективним засобом зупинки кровотечі є електрокоагуляція судин за допомогою ендоскопу. При неефективності консервативної терапії показана релапаротомія та усунення джерела кровотечі.

Рання спайкова кишкова непрохідність може виникнути практично після будь-якого втручання на органах черевної порожнини. Найбільш часто причиною непрохідності є спайковий процес в черевній порожнині. Клінічна картина проявляється немотивованим погіршенням загального стану, наростанням здуття живота і поступовим посиленням болей. Болі набувають характеру потуг, виникає блювота, з'являється чіткий шум плеску, позитивний симптом Валя. При оглядовій рентгеноскопії видно чаші Клойберга. При встановленні діагнозу ранньої спайкової непрохідності кишечника показана термінова релапаротомія, ретельна ревізія органів черевної порожнини і ліквідація непрохідності.

### ***Ускладнення з боку операційної рани***

***Евентрація*** – випадання сальника або кишечника із черевної порожнини при розходженні операційної рани. Розрізняють повну евентрацію, коли розходяться всі шари рани передньої черевної стінки і наступає випадання нутрощів під пов'язку, і неповну, при якій нутрощі випадають під шкіру в

результаті розходження брюшини і апоневрозу. Головними причинами в розвитку цього ускладнення є:

1. *Дефекти хірургічної техніки* (рідкі або часті шви, накладання швів занадто близько до країв апоневрозу, застосування швів із швидко розсмоктувальних матеріалів, коротке підрізання ниток біля самого вузла).

2. *Механічні фактори*, які приводять до підвищення тиску в черевній порожнині (парез кишечника, кашель, багаторазова блювота, утруднення дефекації і ін.).

3. *Невиправданий прийом антибіотиків*, гормональних препаратів, які знижують нормальні репаративні процеси.

4. *Розширення показань і обсягу оперативного втручання у ослаблених хворих і хворих похилого віку.*

В розвитку евентрації має значення тяжка анемія, дефіцит білка і вітамінів, лейкопенія, зайва травматизація тканин, наявність гематом, натяг країв зшитих тканин, грубий шовний матеріал, нагноєння рани, прогресуючий перитоніт.

При виявленні евентрації хворих необхідно оперувати. Зашивання евентрації допустимо під місцевою анестезією.

***Кровотеча із рани, гематоми.*** Кровотеча із країв рани спостерігається при недостатньому гемостазі, при зісковуванні лігатури, при порушенні здатності зсідатися крові. Накопичення крові в підшкірній клітковині, під апоневрозом, в передочеревинній клітковині приводить до утворення гематом. В цих випадках необхідно видалити гематому і зупинити кровотечу шляхом перев'язки або прошивання кровоточивих судин.

**Інфільтрати, нагноєння рани**

Нагноєння післяопераційної рани й інфільтрати виникають в основному при наявності інфекції, некротичних тканин у ослаблених і недостатньо підготовлених до операції хворих. Має значення і тривалість розтягнення рани крочками і рано- розширювачами, затиснення тканин грубими затискачами, забування в рані інохідних тіл. При інфільтратах призначають

антибактеріальну терапію і фізіотерапевтичне лікування. При нагноєнні операційної рани необхідно зняти шви, розвести краї рани, промити антисептиками і дреновати. В подальшому лікувати за загальними правилами лікування гнійних ран. Призначають антибіотики, протеолітичні ферменти, ультрафіолетові промені, УВУ-терапію.

Профілактика післяопераційних інфільтратів і нагноєнь полягає в суворому дотриманні асептики і антисептики, атравматичному оперуванні, використанні для зашивання гігроскопічних ниток.

Ускладнення з боку органів сечовиділення

**Анурія** – затримка виділення сечі нирками. Частіше за все має нервово-рефлекторне походження або пов'язана з інтоксикацією. Сечовий міхур пустий, позивів на сечовиділення немає. Застосовують двохсторонню паранефральну блокаду, діатермію на область нирок, вводять 1 мл 1% розчину пілокарпіну, осмотичні діуретики.

**Ишурія** – затримка сечовиділення. Це пов'язано з незвичним положенням хворого, мають значення і нервово-рефлекторні причини. Добру дію чинить грілка на ділянку сечового міхура, введення атропіну, а при відсутності ефекту – катетеризація сечового міхура.

### ***Корекція порушень функції печінки та нирок***

Порушення функції печінки та нирок виявляється зниженням синтезу ферментів, зростанням диспротеїнемії, олігурії, внаслідок зменшення ниркового кровообігу й збільшення вмісту альдостерону, антидіуретичного гормону.

Найбільш суворим ускладненням у післяопераційному періоді є ниркова та печінкова недостатність.

Гостра ниркова недостатність

У клініці гострої ниркової недостатності (ГНН) розрізняють чотири стадії: початкова, олігоанурія, відновлення діурезу та видужання.

Початкова стадія триває від декількох годин до 1-3 днів. У цю стадію мають місце різні прояви основного захворювання – перитоніту, шоку, сепсису та ін. У зв'язку з цим, лікування спрямовано на відшкодування крововтрати та гіповолемії шляхом переливання крові, білкових препаратів, гемоділютантів (плазма, альбумін, реополіглюкін та ін.). При значному порушенні загальної гемодинаміки інфузію кристалоїдів, колоїдів та препаратів крові можна проводити у 2-3 вени, а після поповнення крововтрати та при низькому артеріальному тиску потрібно проводити інфузію симпатоміметиків (дофамін, норадреналін, мезатон). Слід проте підкреслити, що при невідшкодованій крововтраті вказані препарати викликають спазм судин, гіпоксію тканин, що призводить до погіршення гострої ниркової недостатності.

Головними клінічними ознаками відновлення нормоволемії є нормалізація пульсу та артеріального тиску, стабілізація центрального венозного тиску в межах 80-100 мм.вод.ст., збільшення погодинного діурезу до 45-50 мл. Вразі необхідності проводять гемодіаліз.

Показання до гемодіалізу: анурія, азотемія (сечовина більше 300-500 мг%, креатинін більше 12-15 мг%) та гіперкаліємії (вміст калію більше 6-7 ммоль/л), при наявності ознак інтоксикації центральної нервової системи (м'язові посмикування, ослаблення сухожильних рефлексів, загальмованість, парестезії), метаболічному ацидозі, що виявляється зниженням лужних резервів крові нижче 12 мкг/л.

Протипоказанням до гемодіалізу є:

- 1) термінальна стадія ОПН з порушенням гемодинаміки;
- 2) крововиливи у мозок та внутрішньочерепні гематоми;
- 3) внутрішня кровотеча, що не була зупинена.

Гостра печінкова недостатність

Часто сполучається з гострою нирковою недостатністю. Хворі динамічні, в'ялі, скаржаться на головний біль, запаморочення, роздратованість. Відмічається гіпотонія, тахікардія, марення, судоми,



тремтіння кінцівок, ригідність м'язів потилиці, зміна розмірів печінки, метеоризм, пронос, кровоточивість ясен, носові кровотечі, свербіння шкіри, іктеричність шкіри, пігментація повік та кутів рота, еритема долонь, субіктеричність склер та м'якого піднебіння (три клінічні форми печінкової недостатності: печінкова кома, гепато-ренальний синдром, геморагічний діатез).

**Лікування.** Хворим призначають дієту, багату на вуглеводи та білки. Жири відмінюють. Внутрішньовенно вводять концентровані розчини глюкози з інсуліном (20-40% розчини до 3 г/кг на добу), вітаміни В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, 5% розчин аскорбінової кислоти по 5-10 мл на день.

Для нормалізування функцій печінки та попередження цирозу використовують ліпотропні речовини та гормони (метіонін по 0,5 г 3 рази на день, 5-10 мл 20% розчину хлориду холіну, 50 мл 10% розчину кальцію глютамінату, спленін по 1-2 мл внутрішньом'язово 1-2 рази на день, преднізолон по 4 мг/кг на добу, сірепар, есенціале, ГБО.

Дезінтоксикаційна терапія здійснюється введенням кристалоїдів внутрішньовенно крапельно.

Корекція ацидозу виконується за допомогою внутрішньовенного уведення 4% розчину гідрокарбонату натрію. При порушенні у системі згортання крові, кровотечах вводять гемостатичні препарати – хлорид кальцію 10%-10 мл внутрішньовенно, 1мл-1% розчину вікасолу внутрішньом'язово. Для поповнення білків вводять альбумін, протеїн, нативну плазму.

Корекція метаболічних порушень та харчування оперованих хворих

У післяопераційному періоді розрізняють три стадії: катаболічну, зворотнього розвитку та анаболічну.

*Катаболічна стадія* залежить від важкості виконаного оперативного втручання та можливих післяопераційних ускладнень, триває 3-7 днів. Вона характеризується нейроендокринними реакціями та нейрогуморальними порушеннями, які ведуть до змін судинного тону та кровообігу у тканинах,

розладів мікроциркуляції, порушення тканинного дихання, гіпоксії та метаболічного ацидозу. Все це обумовлює порушення водно-електролітного балансу, вихід рідини з кровоносного русла у міжтканинні простори та клітини, згущення крові й стаз формових елементів. На цій стадії спостерігається збільшення розпаду м'язових білків, білків сполучної тканини, печінки, плазми, шлунково-кишкового тракту. Підсумкова втрата білка у післяопераційному періоді значна, особливо при крововтраті, післяопераційних гнійних ускладненнях.

*Стадія зворотнього розвитку* триває 4-6 днів, характеризується зниженням активності симпатико-адреналової системи й катаболічних процесів. Зменшується виділення азоту й калію з сечею та глікогену. Відновлюється водно-електролітний баланс. Хворі стають більш активними, зникає біль, нормалізується температура тіла, шкірні покриви набувають нормального кольору, відновлюється діяльність шлунково-кишкового тракту.

*Анаболічна стадія* триває від 2 до 5 тижнів, характеризується посиленням синтезом білка, глікогена, жирів та відновленням порушених функцій нервової, серцево-судинної, дихальної, травної, видільної систем. Протягом наступних 3-6 місяців після операції завершуються процеси репаративної регенерації – дозрівання сполучної тканини й утворення рубця.

Таким чином, корекція метаболічних порушень показана у катаболічній стадії й залежить від важкості операції, передопераційної підготовки, післяопераційних ускладнень та великих втрат рідини при високих кишкових норицях та інших захворюваннях.

Показанням до гемотрансфузії слід вважати крововтрату більшу за 10-15% ОЦК. При цьому крововтрату заміщують переливанням крові на 50-60%, а решту об'єму поповнюють раціональним поєднанням колоїдів, кристалоїдів, компонентів крові. Корекцію метаболічного ацидозу здійснюють за допомогою інфузії 4% розчину гідрокарбонату.

Метаболічний алкалоз супроводжується гіпохлоремією чи гіпокаліємією, а нерідко і тим, і другим. Вводять 7,5% розчин хлориду калія

(1 мл містить 1 моль хлориду кальцію), 20% розчином глюкози для утворення 0,6-0,7% розчину препарату. Доцільно також застосування підвищених доз аскорбінової кислоти. При лікуванні порушень водно-електролітного балансу необхідно враховувати можливість дефіциту магнію, цинку, кальцію, заліза, літію.

Таким чином, для відновлення та підтримання гомеостазу необхідно застосовувати комплекс лікувальних заходів:

1. Підтримання нормального об'єму циркулюючої крові.
2. Нормалізація електролітного складу біологічних рідин.
3. Корекція зміни КЛС (тріс-буфер, бікарбонат натрію 4% 6-8 г).
4. Відновлення реології крові та мікроциркуляції.
5. Дезінтоксикаційна терапія (інфузійна терапія кристалоїдами, плазмаферез).
6. Нормалізація кисневого режиму організму (гіпербарична оксигенація, при відсутності протипоказань, застосування кисневих коктейлів, пін).
7. Кардіотонічна терапія з переважним застосуванням препаратів, не підвищуючих потреби міокарду у кисні (дігосин, ізоланід, лантозід).
8. Профілактика та лікування функції печінки, нирок підшлункової залози.
9. Блокада активності протеаз та протеолізу (контрікал 20000-30000 ОД на добу, гордокс, та ін., під контролем фібринолітичної активності крові).
10. Антикоагулянтна терапія (гепарин до 50000 ОД кожні 8-12 годин протягом 5-6 днів під контролем коагулограми з поступовим зниженням дози).
11. Нормалізація моторної, секреторної та ферментної функції шлунково-кишкового тракту.

Харчування хворих у післяопераційному періоді

Парентеральне та ентеральне харчування спрямовано на підтримання адекватного матаболізму (енергетичного, білкового, вуглеводного, жирового). Повноцінне парентеральне харчування забезпечується за

допомогою висококалорійних інфузійних середовищ. З цією метою застосовують концентровані розчини глюкози, білкові препарати, амінокислоти, жирові емульсії. Добовий калораж повинен складати 3-3,5 тис.ккал. Ефективні також цукоровмістні речовини: фруктоза, сорбіт, ксиліт, котрі засвоюються організмом без інсуліну. Виснаженим хворим уводять альбумін, розчин плазмового протеїну.

Пероральне харчування починають лише після відновлення моторно-евакуаторної функції шлунку та кишечника. У тих випадках, коли поживну суміш уводять через зонд у тощу кишки, харчування можна починати значно раніше – на 2-3 день після операції.

Лікувальне харчування у хірургічній клініці

Дієта № 0. Призначається хворим після операції на шлунково-кишковому тракті. Їжа вживається у рідкому вигляді. У її склад входять слизові протерті суміші, бульон, настій шипшини, кисілі, чай, молоко та ін. Ця дієта призначається у перші 2-3 дні після операції 7-10 разів на добу.

Дієта № 1а. Призначається хворим на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки у стадії загострення, після резекції шлунку на 4-5 день. Усі страви готуються у вареному вигляді чи на пару, рідкої чи рідко-кашицеподібної концентрації. У їжі достатня кількість білків (100 г), жирів (100 г) та вуглеводів (200 г). Калорійність – 2000 ккал. Харчування роздрібне, 6-8 разів на добу.

Дієта № 1б. Призначається хворим на виразкову хворобу та у післяопераційному періоді після дієти 1а. Їжу дають у протертому вигляді, відварену чи на пару. Виключено страви, які є сильними збудниками секреції. Калораж зменшено за рахунок вуглеводів (300 г) при нормальному вмісті білків (100 г) та жирів (100 г). Калорійність - 2600 ккал. Їжа вживається у теплого вигляді не менше 6 разів на добу.

Дієта № 1. Призначається хворим на виразкову хворобу під час ремісії та в післяопераційному періоді протягом 5-6 місяців. Їжу дають у рідкому, кашацеподібному вигляді чи у більш твердій консистенції у вареному чи

протертому вигляді. Харчування роздрібне, 5-6 разів на добу з нормальною калорійністю, помірним обмеженням солі та страв, які містять велику кількість клітковини. Їжа містить до 120 г білків та жирів, 400-500 г вуглеводів. Калорійність - 3000-3500 кал.

Дієта Мейленграхта. Призначається хворим із гастродуоденальними кровотечами. Дієта сприяє нейтралізації кислого вмісту шлунку, зменшенню перистальтики шлунку та кишечника, робить позитивну дію на процеси згортання крові та регенерацію. Дієта Мейленграхта багата на молочні продукти, овочі та фруктові соки, вітаміни С та К (овочеві та протерті супи, каші, картоплю, молоко, вершки, м'ясо у вигляді суфле, білий хліб та ін.). Їжа споживається 6-8 разів на добу у протертому, роздробленому вигляді, вміщує 70-100 г білків, 90-100 г жирів та 300-400 г вуглеводів. Калорійність 3000 кал.

Дієта № 2. Показана хворим на хронічний гастрит, коліт та ентероколіт у стадії загострення. У післяопераційному періоді призначається після оперативних втручань на товстому кишечнику та на прямій кишці. Дієта сприяє зменшенню бродіальних процесів та нормалізації моторної та секреторної функції шлунку та кишечника. Обмежені харчі, які важко перетравлюються, містять грубу клітковину, подразнюють слизову оболонку. Містять 100 г білків, 100 г жирів, 400 г вуглеводів. Калорійність 3000 кал. Травлення роздрібне, 4-5 разів на добу.

Дієта № 4. Призначають хворим на гострі та хронічні захворювання шлунка та кишечника (гастрити, коліти, гастроентероліти). Усі страви готуються у вареному вигляді, на пару, протерті, містять нормальну кількість білків (100 г), зменшену кількість жирів (70 г), вуглеводів (200-250 г) та – солі. Виключають прянощі, копчені страви, молоко, клітковину, жирне м'ясо, рибу, холодні напої. Харчування роздрібне, 5-6 разів на добу.

Дієта № 5. Показана хворим з гострими та хронічними холециститами, жовчнокам'яною хворобою, гепатитами. Вона сприяє накопиченню глікогену у печінці, стимулює жовчовідділення та моторну функцію кишечника. Всі

страви готуються у вареному вигляді чи на пару, містять нормальну кількість білків (100 г), підвищену кількість вуглеводів (500 г). Жири до 80 г, у тому числі 15% - рослинних. Дієта багата ліпотропними речовинами (метіонін, лецитін), клітковиною, овочами, фруктами. Забороняється холестериновмістні та екстрактивні речовини (жирні сорти м'яса, риби, сало, консерви, щавель, рибні та м'ясні супи, гострі пряні страви та ін.). Харчування 5-6 разів на добу. Калораж 3100 кал.

Дієта № 5п. Показана хворим з гострим та хронічним панкреатитом. Дієта сприяє зменшенню гіперферментації, пригніченню секреторної функції залози, зменшенню стазу у протоках підшлункової залози. Їжа містить 80 г білків, 40 г жирів та 200 г вуглеводів. Калорійність 1800 кал. У перші 2-3 дні рекомендовано голод чи лужну воду, в подальшому – слизові супи із різних круп (окрім пшона) на воді чи неміцному овочевому відварі, нежирне м'ясо у вигляді суфле, парових котлет (кури, індики, кролики, яловичина), нежирні сорти риби (тріска, судак, сазан, окунь), яйця у вигляді парового омлета, сир: свіжий, некислий у вигляді пасти або парового пудинга. Із овочів – картопля, морква, кабачки, капуста кольорова у вигляді пюре, парових пудингів. Яблука тільки печені (крім “антонівки”). Напої – компоти із сухофруктів, свіжих яблук, киселі, желе, мус на ксиліті, сорбіті, настій шипшини, чай неміцний, лужна мінеральна вода ( боржомі і ін.). При хронічному панкреатиті збільшується калорійність до 250-280 кал. (білки 130-140 г, жири – 60-80 г, вуглеводи 300-350 г). Їжа перетерта, парова або запечена в духовій шафі.

Дієта № 5щ. Призначається хворим після холецистектомії і інших оперативних втручань на гепатобіліарній системі. Дієта оберігаюча, містить 90 г білків, 50-60 г жирів, 250-280 г вуглеводів. Калорійність 2100 кал. Виключається рослинне масло, зменшується кількість вуглеводів і повареної солі. Страви готуються на пару або у відвареному вигляді (нежирний сир, омлет білковий паровий, суп рисовий з овочами перетертий, парові м'ясні

биточки, відварена риба, морков'яно-яблучні биточки, яблука печені без цукру, білі сухарі, відвар шипшини, кефір, чай з молоком і ін.).

Дієта № 7. Призначається хворим з захворюваннями нирок. Із раціону виключаються м'ясні, рибні, грибні юшки і підливи. М'ясо і рибу рекомендується відварювати. Вага денного раціону разом з рідиною не повинна перевищувати 2-2,5 кг, а загальна кількість рідини 1000-1500 мл. Вживання повареної солі максимально обмежено. Сіль добавляють у страви із розрахунку 3-5 г на день. При кулінарній обробці сіль повністю виключається.

Дієта № 9. В хірургічному стаціонарі призначається хворим з цукровим діабетом. Дієта містить 90 г білків, 75 г жирів і 320 г вуглеводів. Із меню виключається цукор і солодощі, обмежуються харчі, які містять багато крохмалю (хліб, крупи, картопля). Їжу вживають невеликими порціями 5-6 разів на день.

Дієта №10. Показана хворим, які перенесли інфаркт міокарда, з гіпертонічною хворобою, вираженим атеросклерозом. Їжа готується без солі. Досолювати рекомендується за столом (2-5 г солі на день). Обмежуються жири, особливо тваринного походження, харчі, які містять холестерин – яєчний жовток, мозок і ін.). Цукор бажано замінити ксилітом. Загальна кількість рідини (чай, молоко, кисіль, супи і ін.) не повинна перевищувати 1 л на день. Їжа повинна містити багато овочів, фруктів, вітаміни, харчі, яким властива протисклеротична дія (морська капуста, кальмари, креветки, морепродукти). Виключається шпинат, щавель, шоколад, солодкі кондитерські вироби, гострі приправи і спеції.

Дієта № 15. Загальний стіл.

Лікувальна фізкультура і масаж у ранньому післяопераційному періоді  
Вимушене положення хворого на спині, його недостатня активність, поверхневе дихання у зв'язку з парезом кишечника і болями в операційній рані ведуть до розвитку застійних явищ в легенях з порушенням газообміну, тромбоемболічних ускладнень, серцевої і легеневої недостатності. Ці

ускладнення розвиваються як у молодих, так і особливо у хворих похилого віку з різними супутніми захворюваннями.

Лікувальна фізкультура і масаж показані усім хворим після планових і термінових операцій на грудній і черевній порожнині, пацієнтам, які знаходяться довго на штучній вентиляції легень, паралізованим хворим.

Протипоказаннями для масажу і ЛФК є шлунково-кишкові кровотечі, гостра ниркова і печінкова недостатність, набряк легень, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, аневризми судин, септичний стан, делірій, гепаторенальний синдром, туберкульоз легень в активній фазі, лімфаденіти.

Фізичні вправи і масаж сприяють активізації дихання, кровообігу, обміну речовин, покращенню функціонального стану нервової і ендокринної систем. Прискорюється крово- і лімфообіг, покращується функція легень, серця, паренхіматозних органів і шлунково-кишкового тракту. Таким чином, попереджується розвиток пневмоній, тромбозів та емболій, динамічної кишкової непрохідності.

Види прийомів масажу та його послідовність вирішує лікар-фізіотерапевт під наглядом лікаря, котрий лікує хворого.

#### Основні принципи раціональної антибіотикотерапії

Антибіотики доцільно застосовувати лише при встановленні етіологічного фактору захворювання та вивчення чутливості даного мікробу до препарату, що застосовується. Перед тим, як призначити антибіотик, необхідно з'ясувати, чи отримував хворий їх раніше та чи були при цьому ускладнення. У хворих старанно збирають анамнез перенесених алергічних захворювань (бронхіальна астма, кропивниця, екзема, сезонна лихоманка, набряк Квінке, алергічний риніт і ін.). При наявності ускладнень чи алергічних захворювань підбирають необхідний антибіотик чи зовсім відмінюють їх введення.

Антибіотикотерапія передбачає необхідність дослідження крові не менше 1 разу на тиждень для виявлення еозинофілії, лейкопенії та контролю



ефективності терапії. У ці ж терміни проводиться клінічний аналіз мочі для з'ясування наявності білка, дріжджових грибків, циліндрів та ін.

Встановлення чутливості мікрофлори до антибіотика виконують через 5-6 днів. При появі високостійких форм мікроорганізмів необхідно відмінити даний антибіотик та призначити більш ефективний або комбінацію кількох антибактеріальних препаратів. Антибіотики можливо поєднувати з сульфаніламидами (подовженої дії – сульфадиметоксин, мадрібон, сульфаніридазин, байрон, спофадазин) та з нітрофуранами (фурагін, фуразолін). Неможливо поєднання нітрофурана із левоміцетином та рістоміцином у зв'язку з посиленням побічної дії на кровотворення.

У комплексі лікування антибіотиками слід вводити вітаміни групи В, С, Р. Для попередження кандидозу одночасно призначають протигрибкові препарати (леворін, ністатин).

Антибіотикотерапію продовжують протягом 5-7 днів, після чого препарат відмінюють, а якщо є показання для продовження лікування, призначають новий препарат в залежності від чутливості флори. Постійно звертають увагу та стан функцій печінки та нирок, при необхідності знижують дозу чи відмінюють найбільш токсичні антибіотики.

При призначенні антибіотикотерапії бактеріальних інфекцій неможливо забувати такі негативні фактори, як зростання стійкості мікроорганізмів у процесі лікування, недостатню концентрацію антибіотика у вогнищі ураження та збереження в організмі певної кількості збудника, що утворює небезпеку рецидиву та носійства. Попередження цих негативних факторів можливе за допомогою декількох антибіотичних речовин.

### ***Ускладнення, які пов'язані із введенням лікарських препаратів та трансфузійної терапії***

***Гемотрансфузійний шок.*** Спробуємо з'ясувати, що таке гемотрансфузійний шок. Ускладнення, що виникають при гемотрансфузії, можна розділити на три групи.

1. Гемолітичні.

2. Негемолітична.

3. Окремі синдроми, що виникають при гемотрансфузії.

Найбільш важкими і досі ще зустрічаються ускладненнями гемотрансфузії слід вважати гемолітичні ускладнення (насамперед, гемотрансфузійний шок). Це ускладнення розвивається при переливанні іногрупної крові. При цьому в судинному руслі розвивається масований гемоліз еритроцитів, що виділяється гемоглобін потрапляє в ниркові каналці і закупорює їх, оскільки осідає в кислій сечі. Розвивається гостра ниркова недостатність.

Суб'єктивними ознаками гемотрансфузійного шоку є сильні болі в попереку, запаморочення, озноб, втрата свідомості.

Що таке гемотрансфузійний шок. У клінічній картині переважають прояви серцево-судинної недостатності, систолічний артеріальний тиск може знизитися до 50 мм рт. ст. і нижче. Поряд з цим спостерігається тахікардія, пульс настільки слабкого наповнення і напруження, що визначається тільки на центральних артеріях. Шкіра хворого бліда, холодна, вкрита липким холодним потом. У легенях аускультативно визначаються сухі хрипи (ознаки інтерстиціального набряку легенів). Провідною ознакою є ниркова недостатність, яка проявляється зниженням дебіт-година сечі, менше 10 мл. Сеча мутна, рожевого кольору. У лабораторних показниках - азотемія (підвищення креатиніну, сечовини крові), гіперкаліємія, ацидоз.

Лікування гемотрансфузійного шоку повинно бути двохетапним.

1. На першому етапі необхідно припинити гемотрансфузії при перших ознаках шоку, голку залишити у вені: через неї буде проводитися масивна інфузійна терапія:

1) для інфузії використовуються як кристалоїдні розчини (розчин Рінгера-Локка, фізіологічний розчин), так і колоїди, що впливають на реологічні властивості крові (реополіглюкін, розчини гідроксильованого крохмалю). Мета інфузійної терапії - стабілізація систолічного артеріального тиску хоча б на рівні 90-100 мм рт. ст.;

2) також внутрішньовенно необхідно ввести преднізолон в кількості 60-90 мг, який призведе до підвищення судинного тону, підтримання артеріального тиску, а також корекції імунних порушень;

3) проводиться двостороння паранефральній блокада 0,25%-ним розчином новокаїну з метою підтримки внутрішньочечного кровотоку, а також знеболювання;

4) при стабілізації артеріального тиску необхідно вдаватися до діуретиків - лазикс у високих дозах (240 - 360 мг) внутрішньовенно - з метою зменшити тяжкість гострої ниркової недостатності і запобігти її прогресування. 2. На другому етапі допомоги хворому з гемотрансфузійним шоком проводяться заходи з групи симптоматичної терапії, тобто вони потрібні лише при виникненні окремих симптомів. У цю групу входять:

- 1) призначення антигістамінних препаратів;
- 2) застосування серцево-судинних засобів і аналептиків;
- 3) призначення еуффіліна внутрішньовенно (10 мл 2,4%-ного розчину, повільно);
- 4) корекція порушень кислотно-основного стану;
- 5) проведення гемодіалізу при наявності показань;
- 6) повне обмінне переливання крові (в даний час застосовується дуже рідко).

**Анафілактичний шок.** Найбільш часто анафілактичні реакції викликають: міорелаксанти (50-70%), латекс (10%), антибіотики, препарати для індукції анестезії, колоїди, опіюди, рентгенконтрастні речовини. Симптоми анафілаксії: глибока гіпотензія або зупинка серця (до 88%) випадків; гіпоксія через бронхоспазму, набряку гортані, неможливості вентиляції хворого; уртикарний або еритематозний висип.

Лікування першочергове:

1. Припинити введення препарату, імовірно викликав анафілаксію.
2. Ввести адреналін в/в 1 мл в розведенні 1:10000 (0,1 мг) протягом 1 хв, повторити при необхідності.

3. Забезпечити прохідність дихальних шляхів, подача 100% кисню.
4. Підняти ноги для збільшення венозного повернення
5. Почати інфузійну терапію колоїдами і кристалоїдами.

Терапія другого ряду:

1. Хлорфенірамін 10-20 мг в/в.
2. Гідрокортизон 100-300 мг в/в.
3. Адреналін у вигляді інфузії 0,05-0,1 мкг/кг/хв (тобто 1 мг адреналіну в 50 мл розчинника зі швидкістю 10-20 мл/год для людини масою 70 кг).

Обдумати використання бікарбонату, бронходилататорів (амінофілін, сальбутамол).

**Синдром масивної гемотрансфузії** - це симптомокомплекс, що виникає при крововтраті більше 1 ОЦК і подальшої гемотрансфузії цільної крові або еритроцитної маси в об'ємі більше 10-12 одиниць протягом 24 годин. Масивна трансфузія крові супроводжує політравму, розрив аневризми аорти, хірургію магістральних судин, акушерські кровотечі, трансплантацію печінки, шлунково-кишкові кровотечі. Смертність від синдрому масивної гемотрансфузії досягає у дорослих 40%.

**Цитратна інтоксикація.** При трансфузіях великих доз цільної крові чи плазми, особливо при великій швидкості переливання, заготовлених з використанням натрію цитрату, який, пов'язуючи в судинному руслі вільний кальцій, викликає гіпокальціємію. Трансфузія крові або плазми, заготовлених з використанням натрію цитрату, зі швидкістю 150 мл/хв знижує рівень вільного кальцію максимально до 0,6 ммоль/л, а при швидкості 50 мл/хв вміст вільного кальцію в плазмі реципієнта змінюється незначно. Рівень іонізованого кальцію повертається до норми одразу після припинення переливання, що пояснюється швидкою мобілізацією кальцію з ендогенних депо і метаболізмом цитрату в печінці.

При відсутності будь-яких клінічних проявів тимчасової гіпокальціємії стандартне призначення препаратів кальцію (для "нейтралізації" цитрату) невиправдане, оскільки може спричинити появу аритмії у хворих з

кардіальною патологією. Необхідно пам'ятати про категорії хворих, у яких є вихідна гіпокальціємія або про можливість її виникнення у разі проведення різних лікувальних процедур (лікувальний плазмаферез), а також під час оперативних втручань. Особливу увагу треба приділити хворим з такою патологією: гіпопаратиреоїдизм, Д-авітаміноз, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки і активний гепатит, природжені гіпокальціємії у дітей, панкреатит, токсико-інфекційний шок постреанімаційні стани, тривала терапія кортикостероїдними гормонами і цитостатиками.

Зниження рівня вільного кальцію в крові призводить до артеріальної гіпотензії, підвищення тиску в легеневій артерії і центрального венозного тиску, подовження інтервалу QT на ЕКГ, появи судом, сіпання м'язів гомілки, обличчя, порушення ритму дихання з переходом в апное у разі високого ступеня гіпокальціємії. Суб'єктивно наростання гіпокальціємії хворі сприймають спочатку як неприємне відчуття за грудиною, в ротовій порожнині з'являється неприємний присмак металу, відзначаються судорожні посмикування м'язів язика і губ. У разі подальшого зростання гіпокальціємії спостерігається поява тонічних судом, порушення дихання аж до його зупинки.

Профілактика полягає у виявленні хворих з потенційною гіпокальціємією (схильність до судом); введення крові зі швидкістю не вище 40-60 мл/хв; профілактичне введення 10% розчину глюконату кальцію - 10 мл на кожні 0,5 л крові.

Лікування. При появі клінічних симптомів гіпокальціємії необхідно припинити вливання плазми, внутрішньовенно ввести 10-20 мл глюконату кальцію або 10 мл хлористого кальцію, контроль ЕКГ

**Калієва інтоксикація.** Гіперкаліємія у реципієнта може виникнути при швидкому переливанні (близько 120 мл / хв) консервованої крові або еритроцитарної маси (при терміні зберігання понад 14 днів). Рівень калію в цих трансфузійних середовищах може досягати 32 ммоль/л). Основним клінічним проявом гіперкаліємії є розвиток брадикардії. Профілактика: при

використанні крові або еритроцитарної маси понад 15 днів зберігання трансфузія повинна проводитися крапельно (50-70 мл/хв). Однак, якщо наявності є тільки кров тривалих термінів зберігання, краще скористатися відмитими еритроцитами.

**Синдром гомологічної крові.** При синдромі масивної гемотрансфузії в організм реципієнта вводиться велика кількість імунокомпетентних, імунопродуктивних і імунагресивних факторів, від яких залежить несумісність донорської крові як тканини. Ця тканина організму, як ніяка інша, в надлишку насичена антигенними факторами, що визначають реакцію трансплантат проти хазяїна. Вона, як будь-яка інша чужорідна тканина донора, схильна в організмі реципієнта до реакції відторгнення, що виражається депонуванням та секвестрацією. Саме цими обставинами пояснюються гіпотонія та гіповолемія, анемія та гіпоксія після переливання масивних доз цільної крові, заготовленої від великого числа донорів. Причому, заміщення крововтрати донорською кров'ю за принципом крапля за краплю або перевищення її на 20-30% також не дає очікуваного результату.

Слід зазначити, що синдром гомологічної крові виникає не тільки після переливання великої кількості цільної крові, але, перш за все, після масивних трансфузій плазми. Переливання донорських еритроцитів, відмитих від плазмових факторів, синдром гомологічної крові, як правило, не викликає. Першопричиною розвитку цього синдрому є донорська плазма і її фактори.

Клініка. Якщо масивні гемотрансфузії, які проводять на тлі посттравматичної або постгеморрагической гіповолемії, не можуть нормалізувати ОЦК, відновити рівень артеріального тиску, коригувати анемію, (тобто проведені заходи не тільки не досягають клінічного ефекту, але при цьому спостерігається ще й погіршення стану хворого або потерпілого), то все це вказує на наявність феномена депонування крові та її секвестрації. Саме парадоксальна гіповолемія, як і гіпотонія, є першою клінічною ознакою розвитку синдрому гомологічної крові. Клінічні ознаки

цього синдрому проявляються лише при обсязі гемотрансфузії, що становить не менше 50% вихідного ОЦК реципієнта, тобто при переливанні не менше 2-2,5 л донорської крові. Даний обсяг гемотрансфузії слід вважати критичним у відношенні небезпеки розвитку гіповолемічного синдрому.

У хворих відзначається різка блідість шкірних покривів, за винятком тих випадків, коли поверхнево розташовані капіляри заповнені застійними агрегованими еритроцитами, що додають їм червоний колір (червоний шок). В результаті застійних явищ у легенях відзначається різка задишка, а в ряді випадків ціаноз. У периферичній крові вміст еритроцитів, гемоглобіну і тромбоцитів знижені і не збільшуються під впливом масивної гемотрансфузії. Концентрація фібриногену також знижена, геморагічний діатез не купірується, функція нирок знижується.

Профілактика. Об'єм гемотрансфузії не повинен перевищувати 50% вихідного ОЦК реципієнта, тобто 2-2,5 л. Донорську кров слід застосовувати лише з метою корекції кисневої ємності крові реципієнта, зниженою в результаті крововтрати або інфузійної гемодилуції. При цьому, замість цільної, донорської крові доцільно використовувати еритроцитарну масу або відмиті еритроцити. Для поліпшення макро-і мікроциркуляції слід ширше застосовувати різні кровозамінники.

***Перенесення інфекційних захворювань*** від донора реципієнту (сифіліс, малярія, вірусний гепатит, тифи, кір, скарлатина, грип, СНІД).

Крім відомих небажаних ефектів переливання крові, при масивних гемотрансфузіях виникають специфічні порушення гемостазу:

- ділюційна коагулопатія;
- тромбоцитопенія;
- тромбоцитопатія;
- мікроемболія.

Зміни в системі гемостазу призводять до розвитку в післяопераційному періоді геморагічного діатезу і дифузної мікросудинної кровоточивості, що має місце в 20-30% випадків.

Основними причинами розвитку синдрому масивної гемотрансфузії є:

- крововтрата і дефіцит факторів згортання, тромбоцитопенія;
- масивна травма тканин і надходження в русло тканинного тромбoplastину, активація гемостазу;
- споживання факторів коагуляції;
- інфузійна терапія, усугубляюча гемоділюційну коагулопатію;
- застосування адреноміметиків, які також активізують гемостаз, підвищують концентрацію факторів згортання крові (зокрема, фактор VIII, фактор фон Віллебранда), тканинного активатора плазміногену і сприяють ще більш швидкого виснаження системи протизгортання.
- і, нарешті, сама гемотрансфузія.

Ці патологічні процеси завершуються розвитком ДВЗ та поліорганної недостатності.

Найбільш типовими ускладненнями і особливостями синдрому масивної гемотрансфузії, які необхідно враховувати при лікуванні ДВЗ-синдрому, є:

1. Ділюційна тромбоцитопенія - розвивається при переливанні крові в обсязі, що перевищує 1,5 ОЦК.
2. Надлишкове введення натрію цитрату може призвести до зв'язування іонів  $Ca^{++}$ , отже, до зниження вмісту іонізованого  $Ca^{++}$ .
3. Гіперкаліємія внаслідок переливання крові (зустрічається досить рідко).

При трансфузії великих об'ємів крові необхідно використовувати фільтри, що затримують лейкоцити і мікротромби, і обов'язково зігрівати трансфузійні середовища до 35-37 °C.

Терапія синдрому спрямована на корекцію ділюційної коагулопатії і передбачає трансфузію свіжозамороженої плазми, тромбоконтрату, еритроцитарної маси. У деяких клініках з метою корекції дефіциту факторів згортання застосовуються препарати АТ III, фібриногену. Активну гемотрансфузійну тактику при ДВЗ-синдромі необхідно виконувати з



урахуванням тієї обставини, що трансфузія еритромаси переважніше переливання цільної крові, яка має ряд недоліків:

- маса менш стабільна при зберіганні;
- лейкоцити і тромбоцити вже в ранні терміни зберігання формують мікроагрегати, які є причиною мікроемболії і розвитку дистрес-синдрому;
- зміст ряду факторів гемостазу (фактори V, VIII, фактор Віллебранда) знижується до 25% від початкового рівня вже в перші години консервації. При заморожуванні плазми ці чинники зберігають свою активність протягом 6-12 місяців.

Несприятливою ознакою при ДВЗ-синдромі, розвиненому на тлі масивної гемотрансфузії, вважається посилення тромбоцитопенії (вміст тромбоцитів менше  $50 \times 10^9/\text{л}$ ) і розвиток глибокої гіпофібриногенемії (фібриноген менше 0,5 г/л).

На закінчення необхідно відзначити, що при масивній крововтраті, еритроцитну масу і СЗП рекомендується переливати в співвідношенні 1:1. Саме такий режим трансфузійної терапії дозволяє купірувати ділюційну коагулопатію.

## **РОЗДІЛ 2. ДОГЛЯД ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ**

### **2.1. Клінічна гігієна хірургічного стаціонару та медичного персоналу**

*Поняття про загальний догляд за хворими в хірургічному стаціонарі*

В хірургічних відділеннях робота базується на принципах лікувально-охоронного режиму. Хворі повинні бути забезпечені увагою та турботою медичного персоналу. Повнота догляду залежить від режиму хворого, який йому приписаний. Лікування направлене на боротьбу з захворюванням, а завданням догляду є підтримка сил організму в боротьбі з хворобою. Хворому необхідно забезпечити надходження свіжого повітря, повноцінне харчування, що відповідає його стану, нормальні гігієнічні умови і сприятливу для відпочинку та сну обстановку.

Завідуючий відділенням, палатні лікарі, старша медична сестра є організаторами правильного науково обґрунтованого догляду за хворим. Постові і молодші медичні сестри, сестра-господарка забезпечують безпосередній догляд за хворим. Існує двоступенева і триступенева системи лікування і догляду за хворим. При двоступеневій системі лікування хворих забезпечує лікар і сестра, при триступеневій - лікар, медсестра, санітарка. Допомога медичній сестрі - одна з функцій молодшого медичного персоналу, який, крім догляду за хворим, здійснює і деякі елементи хірургічної діяльності (бере участь у зондуванні шлунка, катетеризації сечового міхура, постановці очисних клізм і ін.).

В догляді за хворими велике значення має дотримання порядку роботи хірургічного відділення. Новоприбулого хворого медсестра за вказівкою завідуючого відділенням або чергового лікаря оселяє в одну із палат. Тяжкохворих доставляють у відділення на каталці, а яким необхідна термінова операція, направляють безпосередньо в операційну; хворих, яким потрібна екстрена невідкладна допомога, госпіталізують в реанімаційне відділення або палату інтенсивної терапії.

Режим у хірургічному відділенні - це комплекс заходів щодо профілактики внутрішньолікарняної інфекції, організації праці медичного персоналу, спрямований на оптимізацію лікувально-діагностичного процесу і створення найкращих умов для одужання хворих. Режим для хворого

визначає лікуючий лікар, в залежності від тяжкості стану, він може бути суворо постільним, постільним, напівпостільним та загальним.

У відділенні неприпустимі голосні розмови, метушня. Прибирання палат необхідно проводити безшумно і в суворо визначений час, меблі та обладнання переставляються обережно, сигналізація допускається тільки світлова. Медперсонал повинен заспокоювати хворих, надихати на одужання, що особливо важливо при догляді за тяжкохворими. Потрібно максимально зменшувати негативні емоції, викликані операцією, перев'язками. Для того, щоб хворі переконалися в сприятливій дії операції, їх розміщують серед видужуючих.

В загальному догляді за хворим особливі вимоги пред'являються до санітарного режиму приміщень, де одержують, роздають і приймають їжу. Недотримання гігієнічних правил може бути причиною харчових отруєнь, глистних та інфекційних захворювань. Приміщення буфету та їдальні треба тримати в зразковій чистоті. Щодня після кожного приймання їжі вони повинні провітрюватись, прибиратись вологим способом з дезінфікуючими розчинами. Інвентар, який використовується для прибирання, треба зберігати в окремій шафі.

При роздачі їжі необхідно суворо дотримуватись термінів її зберігання, їжа повинна мати привабливий вигляд. Хворих з вільним режимом годують у їдальні, тяжкохворих – з допомогою палатної медсестри. Перед прийманням їжі всі процедури повинні бути закінчені, природні відправлення завершені, палати прибрані, провітрені. Після годування тяжкохворого йому пропонують прополоскати рот кип'яченою водою, а якщо він не в змозі, медсестра очищає йому рот марлевым тампоном, змоченим у воді. Якщо в силу захворювань хворий не може їсти природним шляхом, прибігають до штучного годування, яке буває зондовим і парентеральним. Технічний персонал до роздачі їжі не допускається.

Велике значення має контроль за передачами харчів для хворих та їх зберігання. У кожному відділенні повинен бути перелік продуктів, які

дозволяються для передач. Сухі продукти зберігаються в біляліжковій тумбочці, а швидкопсувні - у холодильнику. Завдання медперсоналу - ознайомити хворих з термінами зберігання продуктів. Необхідно проводити щоденний контроль вмісту тумбочки і холодильників. Зберігання харчів можливе в скляному посуді або в поліетиленових мішках. Для збирання відходів використовують металеві відра або баки з кришками, які обробляють 2% розчином кальцинованої соди або 2% розчином хлораміну.

***Структура хірургічного стаціонару. Клінічна гігієна та функції медичного персоналу в проведенні догляду за хворими.*** При довгому перебуванні в приміщенні людей відбувається поступова зміна мікроклімату, у повітрі збільшується концентрація водяних парів, підвищується температура, з'являються неприємні запахи. Ці зміни несприятливо позначаються на самопочутті хворих. Крім того, людина є джерелом бактеріального забруднення повітря, а тим більше в лікарні, де виникає й існує своя, особливо стійка до різних антибактеріальних засобів, дуже патогенна флора. Все це пояснює підвищені вимоги до розміщення і планування хірургічного стаціонару. При цьому звертається увага на здійснення принципу ізоляції, тобто окремого розміщення хворих, які є джерелом інфекції, й особливо до неї схильних. Дотримання принципу ізоляції є основним гігієнічним та епідеміологічним аспектом планування відділення. Це також стосується до збереження і транспортування різного матеріального оснащення і засобів.

Звичайне хірургічне відділення розраховане на 60 ліжок, в його складі є палати, відособлені приміщення для "чистих" і "гнійних" перев'язочних, маніпуляційні, буфет, ванні кімнати, санітарний вузол, який з'єднується з

відділенням через тамбур, кімната для білизни, окремі приміщення для розбирання брудної білизни, кімнати медперсоналу. Потрібно відзначити, що операційний блок може бути в складі відділення або може бути винесений в окремі приміщення, де ним користуються гінекологічне, травматологічне, ЛОР та інші відділення.

Обов'язковою частиною хірургічного відділення є пост медсестри, що розташовується так, щоб бачити і чути сигнал із палат.

Медичний персонал повинен дотримуватись особистої гігієни. Це необхідно як для нього самого, так і для хворих, які обслуговуються ним. Кожен медичний працівник повинен бути прикладом санітарної культури. Для збереження здоров'я та запобігання хвороб треба займатися фізкультурою, не курити, гартувати свій організм. Медпрацівник повинен щодня ретельно слідкувати за чистотою свого тіла. Особливе значення має догляд за руками. Мити руки потрібно не тільки перед їжею та після відвідування туалету, але і перед кожною медичною маніпуляцією та після неї. Миють руки щіткою, тому що вона досить добре очищає від бруду навколонігтьову та піднігтьову ділянки. Однак часте миття рук веде до сухості шкіри, тому її потрібно постійно підживлювати, змазуючи щодня на ніч і після роботи яким-небудь живильним кремом або сумішшю гліцерину з нашатирним спиртом у співвідношенні 3:1. Мити підлогу, прибирати санітарний вузол, працювати в саду, городі, чистити овочі потрібно в гумових рукавичках. Нігті потрібно коротко стригти і підпилювати. Фарбувати нігті лаком не рекомендується.

Мити голову слід не частіше одного разу в 8 -10 днів. Волосся повинно бути акуратно підстриженим. Необхідно уникати надмірно пишних зачісок, при яких волосся під час роботи вибиваються з-під шапочки або косинки. Не рекомендується, знаходячись на роботі, застосовувати косметику та різні прикраси, а бути скромним і помірним в її вживанні.

Догляд за порожниною рота має велике значення, тому що недбайливе ставлення до неї приводить до захворювання зубів і неприємного запаху з

роту. Чистити зуби потрібно 1-2 рази на добу і після кожного приймання їжі полоскати рот. Періодично слід навідуватись до стоматолога.

**НЕОБХІДНО УНИКАТИ ХОДІННЯ ПО ВІДДІЛЕННЮ У ВЗУТТІ НА КАБЛУКАХ, ІЗ ТВЕРДОЮ ПІДОШВОЮ. ПОВИННО БУТИ ЗМІННЕ ВЗУТТЯ.**

**КОЖНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК (ЛІКАРІ, МЕДСЕСТРИ, САНІТАРКИ) ПОВИНИЙ ВМІЛО ПРОВОДИТИ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНУ ПІДГОТОВКУ ХВОРИХ ДО БУДЬ-ЯКОЇ БОЛЮЧОЇ ПРОЦЕДУРИ АБО ОПЕРАЦІЇ.**

Відвідування хворих дозволяється завідуючим відділенням або лікуючим лікарем у дні і години, які встановлені розпорядком лікувального закладу. Не рекомендується відвідування хворих більш ніж 1-2 відвідувачами. Візит не повинен бути довгим, в середньому 10-15 хв. Відвідувачу під час бесіди з хворим не бажано торкатися тем, які можуть стурбувати його. У розмові необхідно підтримувати віру хворого в одужання. Якщо відвідувачі приходять з дітьми, необхідно, щоб вони також поводитися стримано, не бігали по палаті, коридорам.

Підвищенню ефективності та оптимізації праці медичного персоналу сприяє чітке виконання функції кожним медичним працівником. Завідуючий відділенням здійснює безпосереднє керівництво персоналом, несе повну відповідальність за культуру і якість обслуговування хворих. Ординатор відділення (лікуючий лікар) несе повну відповідальність за забезпечення обстеження, лікування та необхідний догляд за хворим. Він керує роботою середнього і молодшого медичного персоналу, перевіряє правильність і своєчасність виконання ними призначень, бере участь у їх вихованні, підвищенні кваліфікації. Старша медсестра призначається з числа найбільш досвідчених сестер, вона керує середнім і молодшим медичним персоналом. У виховно-організаційній роботі серед колективу, в спілкуванні з хворими і відвідувачами вона покликана бути першим помічником завідуючого. Медична сестра стаціонару (постова, палатна) - одна із центральних фігур в хірургічному відділенні. Її функціональними обов'язками є догляд за хворими, ознайомлення їх із правилами внутрішнього розпорядку та режиму, умивання і годування тяжкохворих, спостереження за прийманням ванн і зміною білизни, контроль за чистотою палат і організація їх прибирання. Палатній сестрі доводиться розмовляти з родичами хворих, ставлення до яких повинно бути уважним і співчутливим. Відвідувачів у невідповідному

одязі, у нетверезому стані, з респіраторними й іншими захворюваннями вона не повинна пропускати у відділення. Молодша медична сестра (санітарка) повинна доглядати за хворими, утримувати в чистоті відділення, регулярно обходити палати, з'ясовуючи потреби хворих. Вона повинна стежити за збереженням і чистотою предметів догляду та прибирання, прибирати і провітрювати палати, наводити порядок в тумбочці, постелі та ін. При неможливості виконати прохання хворого, вона зобов'язана повідомити палатну або чергову сестру.

Потрібно пам'ятати, що ізоляція і дезінфекція - головні принципи клінічної гігієни персоналу. Розуміння небезпеки не тільки занесення інфекції в стаціонар, але і розповсюдження її в межах стаціонару, а також винесення її за його межі, є одним із основних принципів догляду за хворим.

***Гігієна хірургічного стаціонару, прибирання, санітарно-епідеміологічний стан.*** Гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі спрямований на профілактику шпитальної інфекції, яка спричиняється патогенними мікроорганізмами (стафілококами, синьогнійною паличкою та ін.). В розповсюдженні внутрішньолікарняної інфекції найбільше значення має повітряно-крапельний шлях. Основним компонентом, який забруднює повітря приміщення хірургічного стаціонару, є пил дуже дрібної дисперсності, на якому збираються мікроорганізми. Джерелом пилу є звичайна та спеціальна одежа хворих і персоналу, постельні речі, ґрунтовий порошок, що надходить з повітря. Значне забруднення повітря відбувається при ранковому прибиранні ліжок в палатах, появі хворих і персоналу, роздяганні та їх переодяганні.

Серед заходів, спрямованих на забезпечення чистоти повітря, окрім планування, найбільше значення має правильний і постійний обмін повітря в приміщеннях стаціонару, що практично виключає розвиток внутрішньолікарняної інфекції. Найбільш досконала система вентиляції досягається установками кондиційованого повітря, а при відсутності їх - систематичним провітрюванням приміщень через вікна і фрамуги. Обмін повітря повинен бути не менше 4 раз протягом години. Гігієнічна норма повітря в палаті 27- 30 м<sup>3</sup>. Вентиляція через кватирки і фрамуги важко

піддається обліку, залежить від метеорологічних умов, тому в сучасних лікарнях широко використовується перипливно-витяжна вентиляція з застосуванням повітряних фільтрів. Для штучної дезінфекції повітря застосовується ультрафіолетове опромінювання. Бактерицидні лампи (настінні або на стелі) в перев'язувальних, операційних включаються за годину до початку операції і перев'язок, у перервах між процедурами або прибиранням. Не слід включати бактерицидну лампу під час перебування в приміщенні людей, оскільки це може спричинити променеві опіки. Трохи рідше застосовується хімічна дезінфекція повітря розпиленням спеціальних аерозолей (10-20% розчину перекису водню, молочної кислоти).

Асептичність повітря хірургічних приміщень можна досягти застосуванням матеріалів, які мають бактерицидну дію. До таких речовин відносяться похідні фенола і трихлорфенола, хлорамін, формальдегід, срібло та ін. Ними імпрегнують постільну та натільну білизну, халати, перев'язувальний матеріал. В усіх випадках бактерицидність зберігається від декількох тижнів до року. М'які тканини зберігають бактерицидну дію більш ніж 20 діб. Дуже ефективним є нанесення на поверхню стін та інших предметів плівки різних лаків і фарб з добавкою бактерицидних речовин. Ці плівки значно знижують бактеріальне заселення поверхні та повітря і не впливають на організм хворого.

До методів дезінфекції повітря також відносяться прибирання приміщень та предметів, які в ній знаходяться. Розрізняють щоденне дворазове планове прибирання, поточне прибирання після зміни білизни, перев'язок і щотижневе генеральне прибирання. Прибирання завжди потрібно проводити вологим методом з застосуванням мильно-содових розчинів. У випадку виникнення внутрішньолікарняної інфекції застосовують миючі і дезінфікуючі речовини. Вологе прибирання завжди поєднують з провітрюванням приміщень і дезінфекцією повітря бактерицидними лампами.

Для дезінфекції приміщень хірургічного стаціонару застосовують наступні засоби: прояснений розчин хлорного вапна (0,2—10%), 1% розчин хлораміну Б, 0,75% розчин хлораміну з 0,5% миючим засобом, 0,2% розчин дезаксона-1, 2% розчин дихлор-1, препарат С-4 та ін.



Ліжка, столи, стільці, приліжкові тумбочки обробляються 1% розчином хлораміну не рідше одного разу на тиждень. Крім того, проводиться щоденне вологе прибирання столів, стільців, тумбочок, підлоги, 3 рази на тиждень - ліжок, телевізорів.

Перед надходженням хворого в палату приліжкові тумбочки протираються ганчіркою, змоченою дезінфікуючим розчином. Металеві частини, що ржавіють, протирають засобом, який містить фенол (5% р-н лізола) і етиловим спиртом, стільці та інші меблі, покриті синтетичним матеріалом, обробляються 1 % розчином хлораміну, а меблі, обшиті тканиною - 3% розчином формальдегіду.

Ванни, раковини, крани, бачки протираються зволоженою серветкою з миючими дезінфікуючими засобами ("Дихлор-1", "Белка"), чистячи ми і дезінфікуючими препаратами ("Блеск-2", "Санита") або дворазово протираються просвітленим розчином хлорного вапна, 1 % р-ном хлораміну з наступним ретельним миттям гарячою водою.

Для прибирання санітарного вузла виділяється спеціальний інвентар, що зберігається окремо. Для миття унітазів, водопровідних і каналізаційних труб застосовують 0,5% просвітлений розчин хлорного вапна.

Лікувально-діагностична апаратура, штативи для інфузій, шафи, медичні столики, перев'язочні й операційні столи обробляються 1% р-ном хлораміну; крісла, каталки - 0,5% просвітленим розчином хлорного вапна. Тапочки та інше взуття протирають тампоном, змоченим у 25% розчині формаліна або 40% розчині оцтової кислоти і кладуть на 3 години в поліетиленовий мішок, після чого виймають і провітрюють протягом 10-12 годин.

При відсутності протипоказань не рідше 1 разу в 10 днів хворі проходять санітарну обробку з заміною постільної і натільної білизни. Гоління проводиться 2 рази на тиждень, а стриження волосся за показанням.

Матраци, ковдри, подушки знезаражують в параформалінових камерах. При можливості необхідно дотримувати циклічність у заповненні палат, а також обмежити ходіння по коридорах.

До гігієни повітря і приміщень стаціонару відноситься також створення мікроклімату в приміщеннях. Мікроклімат, у свою чергу, крім вентиляції, прибирання, визначається опалюванням. Температура в палатах повинна бути близько 20-21 °С, у перев'язочних, ваннах - до 25°С. Рівень шуму для лікарняних палат допускається до 35 ДБ для денного і 25 ДБ для нічного часу, для операційних -25 ДБ. В усіх приміщеннях хірургічного відділення повинно бути штучне освітлення: загальне, місцеве, приліжкове та нічне, а також устаткування для УФ-санації повітря.

***Гігієна тіла та одягу медичного персоналу.*** Медичний персонал зобов'язаний суворо дотримуватись гігієни одягу. Вона повинна відповідати порі року і кліматичним умовам. При виборі тканини для робочого одягу слід враховувати характер виконуваної роботи. У хірургічних відділеннях для співробітників є індивідуальні шафи для збереження робочого одягу, взуття, спецодягу.

На медперсоналі повинен бути чистий халат, шапочка або косинка. Особливе значення надається правильному носінню медичного ковпака, який повинен достатньо ізолювати волоссяний покрив голови, через те, що на волоссі може збиратись, накопичуватись та розповсюджуватись пил з мікроорганізмами. Медичний халат повинен закривати особистий одяг; змінне взуття - з нетканого матеріалу, в якому можна без шуму пересуватись. Бажано носити шкіряні або шкірозамінні тапочки на гумовій підшві. Вони добре піддаються знезараженню.

В якості компонента персонального одягу медперсоналу слід віддати перевагу бавовняним штанам зеленого або білого кольору. Одяг повинен бути не тільки чистим та зручним для виконання роботи, але і не дратувати хворих надмірною яскравістю та вигадливим кроєм.

За останні роки спостерігаються зміни біологічних властивостей гноєтворних мікроорганізмів, швидкий ріст антибіотикостійких та антибіотикозалежних штамів мікроорганізмів, що нерідко створює серйозні перешкоди в лікуванні багатьох захворювань. Персонал відділень може бути бацилоносієм антибіотикостійких форм. В "чистих" відділеннях антибіотикостійкі стафілококи виявлені в 45 - 47%, в "гнійних" - у 64 - 67%

медичних працівників. У зв'язку з цим кожен співробітник, який влаштовується на роботу в хірургічне відділення, проходить бактеріологічне дослідження на носійство патогенних мікроорганізмів (мазок з носоглотки, огляд стоматолога, отоларінголога) та інструктаж по проведенню санітарно-гігієнічних заходів.

Весь працюючий персонал повинен бути під диспансерним наглядом для своєчасного виявлення і лікування хронічних запальних захворювань рото- і носоглотки, носійство патогенного стафілокока (особливо персонал операційного блоку, палат інтенсивної терапії, відділення реанімації, післяопераційних палат).

При виявленні гострих і хронічних запальних захворювань у співробітників, їх відсторонюють від роботи до повного видужання. Один раз на три місяці завідуючий відділенням організує обстеження персоналу на носійство патогенного стафілокока, в випадку виявлення носіїв забезпечує їх санацію та лікування.

Для санації медичного персоналу використовують розчини фурациліну (1:5000), ріванолу (1:5000), марганцевокислого калію (0,01%), борну кислоту (1-2%), настій листків евкаліпта, водний розчин Люголя, стафілококовий бактеріофаг, лізоцим (0,1%), хлоргексидин (0,2%), хлорфіліпт та ін.

Для одержання найбільш ефективних результатів санації слід проводити заміну сануючих речовин через кожні 7 днів протягом 2-3 тижнів. Після завершення санації повторюють посів. У випадку відсутності позитивних результатів санації, медичного працівника переводять на іншу роботу. Таким чином, своєчасна ізоляція хворих з гнійно-септичними ускладненнями й активне виявлення носіїв патогенного стафілокока з наступною санацією їх є одним із головних заходів профілактики внутрішньолікарняної інфекції.

### ***Практична деонтологія загального догляду за хірургічними хворими***

*Медична деонтологія* - сукупність етичних заходів, необхідних для виконання своїх професійних обов'язків. Під цим поняттям мають на увазі поведінку медичного персоналу, направлену на максимальне підвищення

корисності лікування й усунення шкідливих наслідків медичної роботи. Від поведінки медичного працівника залежить здоров'я і благополуччя хворих.

Практична деонтологія - це система науково обґрунтованої поведінки та спеціально розроблених конкретних дій на психіку хворого з метою усунення напруження і негативних емоцій у зв'язку з майбутньою операцією. Деонтологія є частиною етики медичного працівника, вчення про мораль взаємовідносин медичного працівника і хворого; медпрацівника і родичів хворого; професійні взаємини і ін.

Лікування хірургічних хворих - складна і відповідальна справа, що вимагає гармонічної роботи всього колективу. Доля хворого, успіх лікування залежить від раннього виявлення хвороби, своєчасної госпіталізації і раціонального лікування. Через те одним із головних завдань медичних працівників є глибоке засвоєння професійних знань і постійне їх поповнення новими досягненнями науки.

Завдання медичних працівників полягає в охороні психіки хворого. Під час розмов з хворим вони повинні розвіяти або зменшити їх занепокоєння, вселити віру в успішне закінчення операції, швидке одужання, своєчасне повернення до повсякденної роботи.

Необхідно уважно ставитися до хворого. Медичні працівники повинні вивчати індивідуальні особливості хворого, передбачати психічну травму (особливо у онкологічних хворих), яка може легко виникнути при найменших порушеннях організації хірургічної роботи. Бесіди з хворими повинно бути оптимістичними. Між середнім медичним персоналом і лікарями не повинні бути розбіжності в питаннях діагностики і лікування хворих. Хірург несе відповідальність за лікування хворого і всі лікувальні призначення повинні виконуватись своєчасно.

Хворий повинен одержувати ідентичну інформацію від лікарів і середнього медичного персоналу. Тільки хірург має право інформувати хворого і родичів про характер операції і її наслідки. При порушенні цього принципу виникають ятрогенні захворювання. Взаємовідносини між лікарями та середнім медичним персоналом повинні будуватись на

принципах взаємної довіри і поваги. Одночасно лікар зобов'язаний постійно контролювати дії медичних сестер, підвищувати рівень їх знань і практичних навичок. Середні медичні працівники виконують різні медичні маніпуляції, працюють зі складною медичною технікою. Вони повинні виконуватись акуратно, дотримуючись правил асептики та антисептики.

Необхідні нормальні взаємини медичних працівників у всіх ланках хірургічної служби з відкритим обговоренням помилок в атмосфері взаємоповаги.

Зовнішній вигляд і поведінка медичних працівників повинні бути бездоганними. Лікарі, старший і молодший медичний персонал повинні бути акуратними, дотримуватись установленної форми. Одяг повинен відповідати високим моральним якостям медичного працівника. Дуже важливо з самого початку налагодить діловий контакт з хворим, виявляючи максимум делікатності, терпіння і чуйності. Зім'ятий та брудний халат, неохайний вигляд, нетактовна поведінка, сміх, голосні розмови викликають негативні емоції у хворих, тому лікар повинен бути охайним, акуратно вдягненим, без зайвої витонченості зачіски, косметики, одягу, взуття, стану рук. Забороняється в присутності хворого вживати такі онкологічні терміни, як "рак", "злоякісна пухлина", "метастази" і ін. При з'ясуванні дефектів і недоглядів попереднього лікування хворого, необхідно дотримуватись принципу лікарської етики, не говорити про можливі ускладнення або несприятливий кінець хірургічного втручання. Неприпустиме повідомлення даних про стан хворого по телефону, обговорення діагнозу або оперативного втручання в транспорті, в присутності родичів. Усі питання вирішує лікуючий лікар, завідуючий відділенням або завідуючий кафедрою.

## **2.2. Клінічна гігієна хірургічного хворого**

*Організація і проведення догляду в приймально-діагностичному відділенні.* Роботу всієї лікарні визначає правильна і чітка робота приймального відділення. Якщо медперсонал привітно й уважно відноситься

до поступаючих хворих, то вони переймаються повною довірою до даного хірургічного стаціонару.

Головними завданнями приймального відділення є первинне обстеження, сортування направлених хворих у різні відділення лікарні або на амбулаторне лікування, надання екстреної амбулаторної допомоги, санітарна обробка доставлених хворих, оформлення документації, організація прийому - виписки та облік руху хворих, зв'язок із станцією швидкої допомоги й іншими лікувальними закладами.

У прийомному відділенні виділяють три комплекси приміщень: загальні, діагностично-лікувальні та санітарний пропускник. Загальне приміщення включає вестибюль, реєстратуру-довідкову, виписку, кімнати персоналу, комору, туалети та ін; діагностично-лікувальна оглядова (чоловіча і жіноча), процедурна, перев'язочна, експрес-лабораторія, протишоковий блок. В останні роки широкого розповсюдження набуває ендоскопічне дослідження в спеціально виділених палатах, наявність рентгенкабінетів. Санітарний пропускник включає роздягальню, ванну, одягальню.

У прийомному відділенні працюють завідуючий, лікарі, середній і молодший медичний персонал, що здійснюють госпіталізацію планових і ургентних хворих. При екстреній госпіталізації хворим призначають відповідні лабораторні, рентгенологічні та ендоскопічні дослідження, а при необхідності організуються консультації фахівців. При плановій госпіталізації основні аналізи приносить сам хворий, більш складні дослідження проводяться в стаціонарі.

За вказівкою чергового лікаря хворі проходять повну або часткову санітарну обробку у відведених для цього приміщеннях. Для миття кожний із них одержує мочалки, що піддаються попередньому кип'ятінню протягом 15 хв.

Медична сестра вимірює температуру, перевіряє документи хворих, які госпіталізуються, заповнює на хворого паспортну частину медичної картки, реєструє в книзі обліку хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, заносить паспортну частину в алфавітну книгу. При задовільному стані хворого проводять антропометрію (вимір рісту, зважування). Приймає від

хворого цінності, при цьому пояснює порядок їх одержання, знайомить із правилами поведінки у лікарні.

Хворий обстежується лікарем і оглядається медичним персоналом на предмет виявлення гнійно-септичних захворювань, педикульозу, корости, грибкових захворювань шкіри. Після огляду, хворий приймає ванну 20-30 хв. при температурі води 35-36°C. Якщо хворому за станом здоров'я ванна заборонена, то призначають душ. Якщо хворий у важкому стані або середньої тяжкості, молодша медична сестра протирає тіло вологим тампоном, змоченим спиртом. Хворому видають чисту білизну, піжаму, тапочки. Одяг і взуття зберігаються на складі в індивідуальних пакетах.

Медична сестра прийомного відділення повідомляє по телефону медичному персоналу хірургічного відділення про прибуття хворого, організовує відправку в відділення або сама його супроводжує.

Церата на кушетці після кожного хворого дезінфікується двохразовим протиранням ганчіркою, змоченою 1 % розчином хлораміну Б або 0,2% розчином дезоксона-1, 3% розчином перекису водню з 0,5% миючим засобом. Термометр занурюється в 0,5% розчин хлораміну Б на 30 хв або в 0,1 % розчин дезоксона-1 на 15 хв із наступним промиванням у воді. Знезаражування металевих шпателів проводять кип'ятінням.

Ванни, раковини перед використанням протирають 5 хв зволеним тампоном миючим дезінфікуючим засобом ("Дихлор-1", "Белка"), або дворазово протирають хлорним вапном, 0,5% розчином хлордезина, 3% розчином перекису водню з 0,5% нашатирного спирту.

Приладдя для гоління, машинки для стрижки, кусачки або ножиці для нігтів, наконечники для клізм після використання піддаються спеціальному знезаражуванню шляхом занурення на 15 хв у 70% етиловий спирт або на 45 хв у "потрійний" розчин Крупеніна (формалін - 20,0, карболова кислота - 3,0, сода каустична - 15,0, дистильована вода - 1000,0), а скляні або пластмасові наконечники для клізм кип'ятять у воді 15 хв.

Прибирання всіх приміщень здійснюється 2 рази на день із застосуванням 1% р-ну хлораміну Б, 3% р-ну перекису водню з 0,5% миючим засобом, 0,2% р-ну дезоксона-1 і ін. Дезінфекція прибиральних матеріалів (відра, щітки й ін.) проводиться зануренням на годину в 1 % р-н хлораміну Б, 0,2% р-н сульфохлорантина та ін.

У приймальному відділенні здійснюється стрижка нігтів, гоління, стрижка волосся і підготовка операційного поля. При виявленні головної воші волосся на голові вистригають і обробляють інсектицидами (0,15% водяної емульсії карбофоса, гексахлораміновим милом або милом ДТТ) і зав'язують голову на 20 хв косинкою. Волосся споліскують, а потім розчісують у теплому 6% оцті, що розчиняє речовину, якою гниди прикріплюються до волосся. При виявленні платтяних вошей хворий приймає ванну, цілком змінює білизну. Одяг піддають обробці ДТТ і камерній обробці. Білизну замочують у 0,15% емульсії карбофосу або перуть милом ДТТ. Приміщення обробляють дезінфектантами і проводять вологе прибирання.

Після кожного огляду хворого медперсонал повинен мити руки милом протягом 2 хв. Щодня видається індивідуальний рушник кожному члену ургентної бригади. Щітки для миття рук кип'ятяться 15 хв і зберігаються в стерилізаторі. Кожен член бригади, працюючи в перев'язочній, повинен цілком закривати волосся, надівати маски, рукавички, при обробці гнійно-септичних ран - цератові фартухи. Після огляду хворих із гнійно-септичними захворюваннями проводять дезінфекцію рук 80% етиловим спиртом або 0,5% р-ном хлоргексидина в 70% етиловому спирті.

Ургентні хворі повинні обстежуватись в прийомній палаті. Якщо хворий знаходиться в шоці, з кровотечею (внутрішньою чи зовнішньою), госпіталізація його проводиться негайно.

***Організація та догляд за хворими в хірургічному відділенні.***  
***Перев'язочна.*** Перев'язочна призначена для перев'язок хворих, знімання швів, лікування ран. У хірургічних відділеннях повинні бути дві перев'язочні



- для "чистих" і "гнійних" хворих. При наявності однієї перев'язочної спочатку перев'язують хворих після "чистих" операцій, потім - із гнійними ранами.

В чистій перев'язочній можна робити невеликі операції (видалення атером, ліпом і ін.), новокаїнові блокади, пункційну біопсію, переливання крові, накладання гіпсових пов'язок; у гнійних - розкриття гнійників, ревізію ран, заміну дренажів, ректальне обстеження й ін.

Перев'язочна розташовується у великій світлій кімнаті, стіни та стелі покривають олійною фарбою. У приміщенні повинен бути перев'язочний стіл, стіл для інструментарію, декілька стільців, таз або спеціальні відра для використаного перев'язочного матеріалу. Освітлення досягається за допомогою операційної лампи. Вентиляція припливно-витяжна, фрамуги або система кондиціонованого повітря. Усі меблі фарбують білою емалевою фарбою.

Перев'язочну прибирають щодня, підлогу і меблі обробляють дезінфікуючими розчинами, один раз на місяць роблять бактеріологічне дослідження повітря, рук, перев'язочного матеріалу, інструментарію.

Перев'язочні сестри щодня обробляють руки, одягають стерильний халат, маску, рукавички, розкладають стерильні інструменти і перев'язочний матеріал. Весь персонал і лікарі повинні працювати в перев'язочній у масках, а перев'язки робити з допомогою стерильних пінцетів. В першу чергу в перев'язочній знімають шви і роблять контрольні перев'язки після чистих операцій. Тяжкохворим перев'язки роблять у палаті. Перев'язки повинен робити лікар з перев'язочною медсестрою. Вона подає інструменти і перев'язочний матеріал стерильним корнцангом.

У перев'язочній повинні бути стерильні рукавички, пінцети, ножиці, гачки Фарабефа, кровоспинні затискачі, голкотримач, зонди, катетери, шприци, шпателі, стерильні пробірки для взяття матеріалу на бактеріологічне дослідження, антисептичні розчини, мазі й ін.

Перев'язочна медсестра зобов'язана проводити перев'язки хворим, підготувати інструменти і матеріал для перев'язок, забезпечити достатню кількість засобів і перев'язочного матеріалу, підтримувати на належному рівні санітарний стан перев'язочної.

Перев'язку необхідно проводити без болю. Хворий повинен знаходитись в зручному положенні, місце перев'язки треба добре освітлювати. Безболісність маніпуляції забезпечується правильними технічними прийомами, а при необхідності, знеболюванням. Пов'язку, яка прилипла до тіла відшаровують кулькою, змоченою перекисом водню. Марлю піднімають пінцетом паралельно довжині рани. При цьому шкіру підтримують кульками, щоб вона не тяглася за пов'язкою. Пов'язки, які присохли, відмочують розчином калія перманганату (1:3000) або перекисом водню. Якщо пов'язка була накладена за допомогою клеола, останній знімають авіаційним

бензином, ефіром. Шкіру навколо рани обробляють 3% р-ном йоду, 70% спиртом, безпосередньо рану - антисептиками, після чого накладають відповідну пов'язку.

В гнійних перев'язочних важливо не допустити поширення мікроорганізмів за межі рани хворого. У зв'язку з цим в першу чергу перев'язують хворих із гнійними ранами, потім - зі значним гнійним виділенням, в останню чергу - септичних хворих з кишковою норицею. Особливих запобіжних заходів потребують хворі з анаеробною інфекцією.

Перш ніж приступити до перев'язки гнійних ран, необхідно постелити змінну стерильну клейонку і підготувати лоток, який при виділенні гною прикладається до тіла хворого, прикритий стерильною серветкою. Гній, що потрапив на стіл або підлогу, негайно видаляють тампоном, змоченим дезінфікуючим розчином. Після кожної перев'язки клейонку на столі обробляють антисептиками. Інфіковані пов'язки і дренажні трубки виносять для спалювання в спеціальну піч.

Після закінчення перев'язок роблять передстерилізаційну підготовку та стерилізацію інструментів, скляних і гумових виробів. Наприкінці робочого дня перев'язочну миють з використанням антисептиків, опромінюють бактерицидною лампою 30-40 хв, перевіряють, а при необхідності поповнюють запас дезінфікуючих розчинів, бинтів і стерильного матеріалу.

### ***Маніпуляційний кабінет***

В маніпуляційному кабінеті працює спеціально навчена медична сестра, яка виконує підшкірні, внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції, бере кров для клінічних і біохімічних аналізів, визначає групу крові, збирає системи для внутрішньовенного введення лікарських засобів, проводить стерилізацію шприців і голок кип'ятінням.

Площа маніпуляційного кабінету повинна бути не менше 15 м<sup>2</sup>. Він має бути добре освітленим, провітрюваним, оснащений холодною і гарячою водою, змішувачем. На початку і наприкінці робочого дня роблять вологе прибирання, а при необхідності - поточне; один раз у тиждень - генеральне прибирання з миттям стін, підлоги, всього устаткування.

Ранком медсестра викидає брудний використаний перев'язочний матеріал, миє шприци, інструменти, обробляє руки, одягає халат, шапочку, ставить кип'ятити інструменти, розставляє бікси зі стерильним матеріалом, системи, установлює черговість маніпуляцій за списком. Спочатку робить забір крові для біохімічних аналізів, групи крові та ін., потім - внутрішньовенні ін'єкції і крапельні вливання. В першу чергу обслуговуються тяжкохворі. В кінці робочого дня поповнює запас лікарських засобів, включає бактерицидну лампу, закриває на ключ кабінет, залишаючи його черговій сестрі.

В маніпуляційному кабінеті має бути така медична документація: журнали реєстрації груп крові і резус-фактора; переливання крові, плазми, кровозамінників і білкових препаратів, взяття крові для біохімічних досліджень, внутрішньовенних вливань, забору крові на реакцію Вассермана і СНІД; облік шприців, голок і систем для внутрішньовенних вливань,

препаратів, які застосовують при анафілактичному шоку; інструкції з надання долікарської допомоги при анафілактичному шоку і санітарній обробці маніпуляційного кабінету; таблиця препаратів проти отрути, які застосовують при гострих отруєннях; журнал реєстрації генерального прибирання маніпуляційного кабінету.

### *Палати хірургічного відділення*

Палата є основною ланкою лікувально-лікарняного корпусу, у ній розміщено від 1 до 4 ліжок. На кожного хворого повинно бути 25 м<sup>3</sup> повітря. У палатах установлюється люмінісцентна лампа денного світла або електрична з матовими плафонами. Поруч з ліжком повинен бути нічник; стіни пофарбовані олійною фарбою. Підлоги покривають пластиком, ліноліумом.

Ліжко повинно бути нікельованим чи пофарбованим олійною фарбою. Для тяжкохворих використовують функціональні ліжка. До них підводиться кисень, радіоприймач з навушниками, кнопка для електричного чи звукового сигналів. Біля ліжка ставлять приліжковий столик для особистих речей хворого, а для хворих з постільним режимом -пересувні столики для прийому їжі. Відділення має 40-60 ліжок.

В кожному лікувальному закладі дотримуються певного лікарняного режиму, що складається з правил внутрішнього розпорядку, санітарно-гігієнічного змісту лікувального закладу, особистої гігієни хворих і персоналу, індивідуального режиму хворих.

Прибирання палат проводиться вологим методом 2 рази на добу з застосуванням дезінфікуючих засобів (розчин хлорного вапна, хлорамін і ін.). Щодня протирають меблі, миють панелі. Верхня частина стін, стелі, плафони, віконні рами, двері очищають від пилу два рази на місяць. В разі необхідності дезінфекції використовують механічні, фізичні і хімічні методи. Розрізняють профілактичну дезінфекцію та вогнищеву. Останню проводять при виявленні якої-небудь інфекції у відділенні.

Лікувально-охоронний режим забезпечує хворому фізичний і психічний спокій. Розрізняють суворий постільний режим, коли хворому забороняються активні рухи у постелі; постільний – хворому дозволяється повертатись в постелі, не залишаючи її; напівпостільний — дозволяється ходити до туалету, і загальний, коли хворому дозволяється ходити по відділенню.

Медична сестра виконує широке коло лікарських призначень та діагностичних маніпуляцій, стежить за дотриманням хворими правил особистої гігієни, якістю санітарної обробки, забезпечує догляд за хворими, організує годування пацієнтів, які знаходяться на суворому постільному

режимі, стежить за збереженням продуктів в біляліжкових тумбочках, холодильниках, перевіряє вміст і якість передач.

***Клінічна гігієна навколишнього середовища.*** Однією із головних відмітних рис догляду за хірургічними хворими є попередження внутрішньолікарняної інфекції. При тривалому перебуванні людей у приміщенні поступово змінюється мікроклімат. Збільшується кількість водяного пару, підвищується температура, з'являються неприємні запахи. Сам хворий є джерелом бактеріального забруднення повітря. У лікарні існує своя стійка і патогенна флора. У зв'язку з цим підвищуються вимоги до планування і розміщення хірургічного стаціонару. Важливе значення має принцип ізоляції, тобто роздільного розміщення хворих, які є джерелом інфекції, й особливо до неї сприйнятливих. У зв'язку з цим виділяються відділення для "чистих хворих" і хворих із гнійними хірургічними захворюваннями. Якщо неможливо виділити відділення для гнійних хворих, вживають заходи, які розділяють ці групи в палатах, операційних, перев'язочних. В палатах встановлюють ультрафіолетові бактерицидні лампи закритого типу. Оптимальна температура повинна бути в межах 20°C, у перев'язочній і у ванних кімнатах - до 25°C. Палати повинні бути добре освітлені, тому їх орієнтують на південний схід, південний захід і південь. Співвідношення площі вікон до площі підлоги в палатах 1:6, у перев'язочній 1:4 і 1:5. Оптимальна відносна вологість повітря 55-60%, рухливість повітря - 0,15 м/сек.

Найсучасніша вентиляція досягається установками кондиціонування повітря, а при відсутності їх - систематичним провітрюванням приміщень через вікна і фрамуги. Цим значно знижується мікробне засмічення повітря. Найбільш оптимальним є чотириразовий обмін повітря протягом години. На одного хворого повинно бути 27-30 м<sup>3</sup> повітря в палаті. У сучасних лікарнях широко використовують припливно-витяжну вентиляцію через повітряні фільтри.

Дезінфекція є другим найважливішим принципом профілактики внутрішньолікарняної інфекції. Для дезінфекції повітря застосовують опромінення ультрафіолетовими променями. Бактерицидна лампа в перев'язочній включається за годину до початку перев'язок, у перервах, після закінчення процедур, прибирання. Рідко застосовується хімічна дезінфекція повітря розпиленням аерозолі (10-20% р-н перекису водню).

У хірургічному стаціонарі проводиться щоденне дворазове планове прибирання, поточне та щотижневе генеральне. Прибирання проводиться вологим способом із застосуванням мильно-содового розчину. При виникненні інфекції необхідно поєднувати вологе прибирання з провітрюванням і УФО - опроміненням.

Для дезінфекції приміщень найчастіше використовують просвітлений р-н хлорного вапна (0,2-10%), 1% р-н хлораміну Б, 0,75% р-н хлораміну з 0,5% миючим розчином, 3% р-н перекису водню з 0,5% миючим розчином, 0,2% р-н дезоксону-1, 2% р-н дихлор-1, препарат С- 4 і ін.

Після виписки хворого ліжко, біляліжкову тумбочку, підставку для підкладання судна протирають ганчіркою, змоченою дезінфікуючим розчином. Досить високі вимоги повинні пред'являтися до санітарного режиму приміщень для одержання, роздачі і приймання їжі хворими. Недотримання цих правил може бути причиною харчових отруєнь, гнільних та інфекційних захворювань. Після кожного прийому їжі проводиться провітрювання, вологе прибирання приміщень буфету, їдальні миючими

засобами з дезінфектантами. Уживаний інвентар зберігають в спеціальних шафах.

***Санітарний розклад приміщень хірургічного стаціонару. Клінічна гігієна хворого до операції. Особливості догляду та профілактика ускладнень.***

*Санітарно-гігієнічний режим* - це комплекс заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій. Він вимагає неухильного дотримання. Після виписки хворого і відповідної дезінфекції ліжка його застеляють постільними речами, що пройшли камерну обробку. Хворому виділяють індивідуальні предмети догляду (підкладне судно, сечоприймач і ін.), що після виписки знезаражують зануренням на 2 години в 1% р-н хлораміну, 0,2% р-н сульфохлорантіну або 3 % р-н дихлор-1.

Предмети, що не витримують дезінфекційну обробку в хірургічному відділенні, не приймають. Хворих із гнійно-септичними захворюваннями і післяопераційними ускладненнями ізолюють в окремі палати. Забороняються самовільні пересування хворих з палати в палату й в інші відділення. Виписку хворих роблять в окремому приміщенні. Після виписки тапочки й інше взуття протирають тампоном, змоченим 25% р-ном формаліну або 40% р-ном оцтової кислоти, або обробляють аерозолем ("Сапोजок-74"). Після цього взуття кладуть на 3 години в поліетиленовий пакет, а потім провітрюють 10-12 години.

***Підготовка хворих до операції***

При підготовці хворих до операції необхідно спорожнити сечовий міхур і очистити кишечник, прийняти гігієнічний душ з наступною зміною білизни, широко видалити волоссяний покрив в області майбутньої операції, обробити шкіру антисептиками. Особливого значення набуває догляд при наявності травматичної рани в зв'язку з обмежаністю руху, підвищеною небезпекою розвитку ускладнень. Тіло хворого повинно бути чистим. Гігієнічні заходи повинні носити постійний планомірний характер. Регулярно миють обличчя і руки. Один раз у тиждень приймають ванну або душ. Ванну після кожного

хворого ретельно миють мочалкою з милом, а потім обробляють 0,5% проясненим розчином хлорного вапна або 2% розчином хлораміну. Після миття роблять зміну натільної і постільної білизни.

### *Гігієнічний догляд за тілом хворого з постільним режимом*

Щодня миють шию, обличчя і руки з милом. Обтирають усе тіло теплою водою і висушують сухим рушником, миють лежачих хворих у ванні, а при наявності гнійних ран додають антисептики. Особливо важливий догляд за шкірою у повних, літніх, виснажених хворих. Тіло протирають 40% етиловим або камфорним спиртом, одеколоном та ін. Щодня промивають промежину розчином перманганату калію й іншими дезінфікуючими розчинами.

Нігті на руках і ногах регулярно підрізають. Голову миють не рідше 1 разу на тиждень, волосся розчісують, упорядковують. У чоловіків щодня голять бороду, вуси. Тяжкохворим допомагають чистити зуби і полоскати рот. Для цього використовують зубні еліксири (10-15 крапель на склянку води), водяні р-ни повареної солі і двовуглекислої соди (по 1/2 чайної ложки на склянку води), р-ни марганцевокислого калію (1:1000), ріванолу (1:1000), настої шавлії або ромашки (1 чайна ложка на склянку окропу). Слизові оболонки змазують гліцерином, рідким вазеліном. Обробляють зубні протези. Особливе значення надається санації порожнини рота перед хірургічними операціями. Це попереджає розвиток паротиту, стоматиту, гінгівіту.

Натільну і постільну білизну змінюють не рідше одного разу на 7 днів і після кожного забруднення. Білизну змінюють також при підготовці до планової операції. Чиста білизна зберігається у сестри-господарки або постової сестри. Розроблені способи зміни білизни "лежачих" хворих. При наявності гнійних ран, свищів для захисту білизни від забруднення використовують церату, пелюшки й ін.

Виділення хворого (слиз, слина, сеча, кал, блювотні маси) збираються в індивідуальний посуд, що підлягає санітарній обробці та дезінфекції.

Корисно обмежувати контакти хірургічного хворого з родичами і знайомими (до 2 разів у тиждень) через можливість занесення інфекції або її винесення за межі хірургічного відділення. З метою обмеження контакту вводяться пропуски. Важливо виділити місце для побачень "ходячих" хворих з родичами та ін. Допуск у палату тільки до "лежачого" хворого у халатах, шапочках, змінному взутті. Родичам дозволяють брати участь в індивідуальному догляді за тяжкохворими, тому їх інструктують щодо лікувально-охоронного та санітарно-гігієнічного режиму, харчування, надання допомоги іншим хворим. Під час обходу лікаря та виконання процедур родичам варто виходити з палати. Після того, як відвідувачі пішли, проводиться прибирання хірургічного відділення дезінфікуючими засобами.

***Гігієна натільної білизни та одягу хворого.*** Зміна натільної і постільної білизни проводиться не рідше 1 разу на тиждень після гігієнічної ванни або душу. У тяжкохворих постільну білизну перестилають щодня ранком і ввечері. На простирадлах, наволочках і сорочках у тяжкохворих не повинно бути рубців, швів на стороні, зверненій до хворого. Зміна постільної білизни у тяжкохворих проводиться з мінімальною витратою сил. Якщо хворому не можна вставати, то простирадло змінюють таким чином: подушку забирають, хворого повертають набік обличчям до ліжка, з боку спини скочують брудне простирадло в вигляді валика, а на місце, що звільнилося, кладуть чисте простирадло наполовину згорнутим валиком. Хворого повертають на спину, а потім на другий бік і він лягає на чисте простирадло. Потім забирають брудне простирадло, чисте розправляють. Подібним же чином можна замінити простирадло під головою чи ногами.

При зміні натільної білизни у тяжкохворих слід підвести руки під крижі хворого, взяти руками край сорочки і підвести її до голови, потім підняти обидві руки хворого і скочену біля шиї сорочку зняти через голову. Після цього знімають рукава. Вдягають у зворотному порядку. На хворого зі строгим постільним режимом надягають сорочку у вигляді дитячої сорочки.



Останню спускають з обох плечей на спину, знімають з однієї руки, потім витягують з-під тіла та знімають з другої руки.

Брудна білизна збирається в бавовняні мішки або ємності з кришкою. В спеціальному приміщенні воно сортується і збирається. Проходить прання з кип'ятінням у пральні. Піжами, халати, кольорова білизна замочується в дезінфікуючому 0,2% р-ні хлораміну Б на 240 хвилин або 0,05% р-ні дезоксону-1 на 60 хв із наступним пранням у пральні.

**Гігієна особистих речей хірургічного хворого.** Кількість особистих речей хворого в хірургічному стаціонарі необхідно звести до мінімуму, тому що вони можуть бути джерелом бактеріального забруднення. Бажано використовувати речі однократного використання (паперові серветки, свіжі журнали, газети й ін.). Особисті речі хворого повинні пройти дезінфекцію. Набір для гоління, ножиці, гребінці замочують на 45 хв у "потрійному" розчині з наступним промиванням водою; натільну білизну перуть з кип'ятінням; піжами, халати, кольорову білизну замочують у дезінфікуючому р-ні (хлораміну Б 0,2% - 240 хв, сульфохлорантину 0,2% - 60 хв, хлордезину 1% - 120 хв., дихлор-1 0,5% - 120 хвилин, дезоксону -1 0,05% - 60 хвилин) з наступним пранням; мочалки кип'ятять 15 хвилин або занурюють у 3% р-н перекису водню з 0,5% миючим розчином на 30 хвилин з наступним промиванням; підкладні судна і сечоприймачі після звільнення від вмісту занурюють у дезінфікуючий розчин (1% хлорамін Б або 0,2% сульфохлорантин, 2% дихлор-1, 1% хлордезин на 120 хв). Забороняється передача хворому одягу та взуття із шерсті, войлока, предметів тривалого використання, що не витримують дезінфекційної обробки. Медичний персонал щодня повинен контролювати наявність та стан особистих речей хворого і при необхідності вносити корективи.

**Робота палатної медсестри. Харчування хворих.** Сестринський пост розташовується так, щоб легко було контролювати все, що відбувається. Пост обладнаний секретером (1-2) із приставленою до нього шафочкою. Поруч розташований письмовий стіл. В секретері та шафочці зберігається

запас ліків на добу, які групуються за принципом однорідності. Особливо виділяють 2 додаткових ящика. Один - для отруйних речовин (наркотичні препарати, атропін і т.д.) з літерою "А" (чорного кольору) на дверці, другий - для сильнодіючих (адреналін, кофеїн і т.д.) з літерою "Б" (червоного кольору). На окремих полках розміщують шпателі для огляду зіву, термометри для вимірювання температури тіла, гумові грілки та пузири, ліки для зовнішнього вживання, лотки, стерилізатор із запасом шприців і голок, невеликий бікс з стерильним матеріалом та ін. Все повинно замикатись ключем.

В ящиках письмового столу зберігають письмові приладдя, чисті бланки температурних листів, медичні картки. Поруч розташований телефон. Одна медична сестра обслуговує 30 хворих.

Ранком, переодягнувшись в робочий одяг, сестра приймає пост. Приймання і здавання чергувань відбувається в палатах. Звертають увагу на гігієнічний стан хворих, якість прибирання палат, збирання аналізів, підготовку пацієнтів до операцій, виконання ранкових призначень, відміток в температурних листах. Важливе значення надається перевірці ліків, особливо наркотичних і сильнодіючих. Перевіряють, чи на місці всі медичні картки, зошит призначень.

На ранковій конференції, коли здається зміна чергування, сестра коротко доповідає про стан поста: число хворих, виписаних, госпіталізованих, гарячкових і тяжкохворих.

Таким чином, основні обов'язки по догляду за хворими припадають на долю палатної медичної сестри, яка повинна дотримуватись порядку поведінки та особистої гігієни, контролювати і знайомити з правилами санітарного та лікувально-охоронного режиму відвідувачів, здійснювати загальний догляд за хворими, підготувати та стерилізувати інструменти і предмети догляду за хворими, робити забір матеріалу для аналізів, виконувати призначення лікаря, підготувати хворих до операції, транспортувати хворих, допомагати лікареві при виконанні лікарських

маніпуляцій, доглядати за хворими в післяопераційному періоді, вести медичну документацію, брати участь в обході лікаря.

Раціональне харчування є одним з найважливіших умов правильного й ефективного догляду та лікування. Важливим елементом харчування є дотримання дієтичних столів, проміжків між окремими прийомами їжі, об'єму порцій, смакових і фізичних властивостей їжі. Температура гарячих страв повинна бути близько 60°C, холодних - 10-15°C.

Для різних категорій хворих розроблені 15 лікувальних столів, що мають лікувальну дію. Дієти № 1а, 1б, 1 - призначаються при виразковій хворобі, гастриті. При ентериті, коліті, хронічному гастриті з секреторною недостатністю - дієта № 2. Дієта № 3 показана при хронічних захворюваннях кишечника з переважаючими закрепамі в періоди різкого загострення або ремісії.

Хворі з загальним режимом приймають їжу в їдальні. Тяжкохворих годує палатна сестра. Якщо хворі самі не можуть приймати їжу, сестра годує їх з ложки, піднявши головний кінець ліжка або підтримуючи голову рукою. Рідку їжу хворий одержує із поїльника.

Якщо хворий не може приймати їжу через рот, необхідно годувати його штучно (ентеральне зондове і парентеральне харчування). Зондове харчування проводиться через оро- або назоінтестинальний зонд, гастростому, єюностому, пряму кишку. Ентеральне харчування проводиться при травмах ротової порожнини, глотці, стравоходу або після операцій на них, при операціях на стравоході та шлунку з відновлюванням пасажу, при тонкокишкових норичах, при тяжкій черепно-мозковій травмі, комі з довгою втратою свідомості, при невидалених пухлинах стравоходу, глотки при їх обтурації. Для ентерального зондового харчування використовують м'які силіконові або резинові трубки з зовнішнім діаметром 3-5 мм і спеціальною оливою на кінці. Якщо зонд вводять під час операції, то дистальний його кінець установлюють в початковому відділі порожньої кишки або на 20-30 см дистальніше накладеного анастомозу. Використовують збалансовані харчові

суміші: 80-100 г білка + 400-500 г вуглеводів + 80-100 г жирів + необхідна кількість вітамінів, мікроелементів, мінеральних солей. Суміші повинні добре засвоюватися, бути збалансованими по замінним і незамінним факторам харчування, стійкими при зберіганні, мати високий ступінь дисперсності, легко проходити через зонди малого діаметру, мати високу харчову цінність і енергетичну компактність в розрахунку на 1 мл суміші. Це в першу чергу суміші енпیتی, "комплан" та ін. При їх відсутності можна використовувати харчові речовини в рідкому і напіврідкому стані, краще гомогенізовані в міксері (курячий м'ясний бульйон, молоко, вершки, яйця, цукор, вершкове масло, фруктові соки). Гарні дитячі харчові суміші — "Малыш", "Виталакт", "Детолакт" та ін.

Зондове годування можна проводити фракційним методом або постійно крапельно з допомогою спеціальних пристроїв. Швидкість введення залежить від суб'єктивних відчуттів хворого та характеру випорожнень. При швидкому введенні з'являються болі в животі та часті рідкі випорожнення. Через гастростому годування розпочинають з 2-ї доби після операції. Вводять 100-150 мл поживної суміші з інтервалом 2-3 години. З 5-7 дня переходять на введення 400-800 мл рідкої і кашеподібної їжі 4-6 раз в день через лійку або шприц Жане. Після годування проводять туалет шкіри навколо нориці та змазують її пастою Лассара, закривають марлевою серветкою. При годуванні через еюностому, щоб запобігти регургітації, трубку в кишку вводять не менше як на 40-50 см, а отвір стоми закривають.

Іноді проводять годування хворого за допомогою крапельних клізм після звільнення прямої кишки від вмісту. Температура розчинів, що вводяться, 36-40 °С. Уводять 5% р-н глюкози, 0,85% р-н хлористого натрію, амінопептид в кількості 100-200 мл 2-3 рази на день.

При тяжкому стані хворих в ранньому післяопераційному періоді використовують парентеральне годування. Внутрішньовенно крапельно вводять амінокислоти, жирові емульсії, альбумін, 10-40% розчини глюкози,

ізотонічний р-н хлорида натрію. Об'єм 3-2,5 л на добу. Швидкість введення 30-40 крапель у хвилину.

**Гігієна виділень хірургічного хворого.** Для хворих з напівпостільним режимом відведені спеціальні санітарні кімнати, туалети. Тяжкохворим подають підкладне судно. Воно може бути металевим з емалевим покриттям або резиновим. Судно миють теплою водою і підводять під крижі, допомагаючи хворому підняти таз. Після дефекації і сечовипускання необхідно підмити хворого. Вміст судна виливають в унітаз, після чого промивають гарячою водою і замочують на 2 години в 1 % хлораміні або в інших дезінфікуючих розчинах.

У виснажених хворих з пролежнями, при нетриманні калу або сечі застосовують резинові судна, сечоприймачі.

**Операційний блок. Принципи організації праці та санітарно-гігієнічний режим у ньому. Транспортування хворих.** Операційний блок складається з операційної зали, передопераційної, стерилізаційної, матеріальної, апаратної, кімнати операційних сестер, лікарів, душової, санвузла та ін. Виділяють окремі операційні для планових екстрених, асептичних і гнійних операцій. Важливе значення має боротьба з бактеріальним засіменінням навколишнього середовища, тому що під час операції велика вірогідність інфікування рани та розвиток раневої інфекції. Перебіг післяопераційного періоду часто прямо залежить від умов, в яких була зроблена операція.

В операційному блоці необхідно прийняти всі заходи для зменшення небезпеки занесення екзогенної інфекції. Він відокремлюється від всіх приміщень хірургічного відділення і постійно закритий. Блок складається із ряду підрозділів: стерильна зона - операційна, стерилізаційна; зона суворого режиму - передопераційна, наркозна, мийна; зона обмеженого режиму - приміщення для медсестер, хірургів, зберігання крові, переносної апаратури, чистої білизни; зона загального режиму - кабінети завідуючого, старшої сестри, приміщення для брудної білизни.

Головним джерелом інфекції в операційному блоці є людина. Співробітники повинні бути одягнені в спецодяг, в якій вихід за межі блоку суворо заборонено. Студенти, консультанти перед входом надівають 4-шарову маску, закривають волосся шапочкою, знімають шерстяну та синтетичну білизну, одягають бахіли. Сторонніх в операційному блоці бути не повинно. Ходіння виключено.

Гігієна співробітників операційного блоку повинна бути дуже високою. Вони повинні регулярно проходити бактеріологічний контроль, санувати хронічні вогнища інфекції.

Приміщення оперблоку необхідно будувати так, щоб максимально полегшити підтримку хірургічної чистоти. Стіни приміщення фарбують до стелі олійною фарбою або покривають кахелем, кути закруглені. На вікнах повинні бути великі шибки з відкриваючимися фрамугами усередину. Підлогу облицьовують кахелем або пластмасовою плиткою. Площа операційного залу на 1 операційний стіл має бути не менше 40 м<sup>2</sup>.

Устаткування операційної складається із операційного столу, безтіньової під стелею лампи, безтіньового пересувного світильника, наркозного апарату, наркозного столу, великого інструментального столу, пересувного столика для інструментів, бікса на підставках з педальним пристроєм, безтіньової бактерицидної лампи на стінах або під стелею, хірургічного інструментарію, апарату для електрокоагуляції та ін.

До складу операційної бригади входять хірург, асистенти, операційна сестра, анестезіолог, сестра - анестезист. Планові операції виконуються в денний час, ургентні - у будь-який час протягом доби.

В операційному блоці розрізняють 4 види прибирання: попереднє (ранком), поточне (під час операції), остаточне (наприкінці операції), генеральне (1 раз на тиждень). Попереднє прибирання виконують ранком вологою ганчіркою, яка змочена дезінфікуючим розчином. Поточне прибирання проводять під час операції (підбирають з підлоги інструменти, марлеві кульки й ін.) Після операції забирають з тазів вміст, обробляють

церату операційного столу та підлогу. Під час заключного прибирання дезінфікуючими розчинами миють підлогу, стіни на висоті 2 м, меблі, поверхні апаратів та приладів. Для миття підлоги, стін, меблів, устаткування використовують суміш 0,75% р-на хлораміну або 3% р-на перекису водню з 0,5% р-ном миючих засобів ("Новость", "Астра", препарат С-4 та ін.).

В день генерального прибирання операції не призначаються. Дезінфікують стіни 6% розчином перекису водню з 0,5% миючого засобу. Після цього опромінюють ультрафіолетовими променями, бактерицидними опромінювачами (ОБН-200, ОБН-350, один опромінювач на 30 м<sup>3</sup> приміщення; ОБН-150 або ОБН-300 на 60 м<sup>3</sup> приміщення), які підвішені на стіні або під стелею.

Для підвищення стерильності повітря використовують повітряоочишувачі, але найкраще очищення досягається шляхом кондиціонування. Однак частіше використовують припливно-витяжну вентиляцію та фрамуги, що відкриваються під час прибирання. В операційній вологість повітря повинна бути менше 60%, температура 22-23 °С. Підвищення тиску в операційній викликає потік повітря з операційної в інші приміщення, що дозволяє в кілька разів зменшити число післяопераційних ускладнень.

Кондиціонування повітря проводиться місцевим або централізованим способами. Видалення повітря здійснюється через витяжний отвір, розташований на протилежній стіні. Ефективність заходів для очищення повітря в операційній контролюється посівами повітря до, під час і після операції, з рук операційної бригади.

Транспортування хворих в операційну та в палату здійснюється ношами - каталками або кріслами - каталками, які покривають поліетиленовою плівкою або цератою, протирають ганчіркою, змоченою 3% р-ном перекису водню з 0,5% миючим р-ном. Після чого їх покривають чистим простиралом і покривалом. Транспортування повинне бути бережливим і без поштовхів.

Перенести і перекласти хворого на руках можуть 2 або 3 людини. В першому випадку одна з них підводить руки під лопатки, ближче до шиї та криж, друга - під сідниці і гомілки. Якщо хворий тяжкий або потребує дуже обережної перекладки, беруть участь 3 людини: одна тримає голову і груди, друга - крижі і стегно, третя - гомілку. Якщо у хворого функціонує система для внутрішньовенних інфузій, то в перекладанні хворого бере участь і медсестра, яка відповідає за її збереження та функціонування.

З палати хірургічного відділення в операційну хворого транспортують тільки на каталці. В передопераційній хворого перекладають на каталку операційного блоку і доставляють до операційного столу, спостерігаючи за станом хворого. Після операції хворого транспортують у відділення інтенсивної терапії при обов'язковій участі лікаря-анестезіолога. Хворого укладають на функціональне ліжко. Особливу обережність необхідно дотримувати при перекладанні хворих із зовнішніми дренажами. Необхідно користуватись ліфтом. При його відсутності хворого несуть на ношах 2 або 4 людини головою вперед при підніманні по східцях або ногами вперед - при спуску.

### **2.3. Організація і проведення догляду за хворими на етапах лікування в хірургічному стаціонарі**

#### ***Догляд за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії***

Великі, складні, травматичні і тривалі оперативні втручання, операції у хворих літнього і старечого віку, у тих, що мають важку супроводжуючу патологію, потребують старанної передопераційної підготовки та інтенсивної терапії в ранньому післяопераційному періоді. В сучасних клініках організовані спеціалізовані відділення, де здійснюється інтенсивне спостереження, тобто, постійний кваліфікований контроль за станом хворого. Лікарі, середній та молодший медичний персонал відділення інтенсивної терапії або реанімації здійснюють комплекс універсальних лікувальних заходів, спрямованих на нормалізацію гомеостазу, попередження і лікування гострих порушень життєвоважливих функцій серця, легень, печінки, нирок, обмінних процесів у хворих, що перебувають у критичному стані.

Відділення анестезіології і реаніматології або реанімації та інтенсивної терапії повинні бути поблизу від приймальної палати та операційного блоку.



В кожному відділенні повинні бути реанімаційні зали, палати інтенсивної терапії, операційна для нетранспортабельних хворих, в якій виконуються невеликі операційні втручання (трахеостомія, пункція плевральної порожнини та ін.), а також перев'язки під час ревізії операційних ран, редренування та ін.; експрес-лабораторія, кабінет зав. відділенням, ординаторська, кімнати старшої сестри і сестри-господарки, середнього і молодшого персоналу, душові, санвузол.

Відділення реанімації та інтенсивної терапії оснащується функціональними ліжками, які дають змогу хворому перебувати у вигідному для нього положенні. Ліжка розташовуються у залах і в палатах так, щоб до хворого можна було вільно підійти з трьох боків, і щоб усі вони були добре помітними з сестринського поста. Вони забезпечені великими колесами з гальмовим обладнанням, що дає змогу їх легко пересувати і використовувати для доставки хворого з операційної та при переводі до хірургічного відділення. Кожне ліжко забезпечується штативом для інфузійної системи, звукової і світлової сигналізації, індивідуальним світильником, централізованою подачею кисню, контрольно-діагностичною, дихальною, наркозною апаратурою. В палатах є також монітори, що дають змогу реєструвати частоту пульсу, його ритм, ЕКГ, параметри дихання, артеріальний тиск, тиск у легеневій артерії та інше. Експрес-лабораторія дає інформацію про рівень гемоглобіну, гематокриту, білків, електролітів, ОЦК, кислотно-лужного стану, білірубіну, сечовини, цукру, протромбіну та ін. Періодичну інформацію збирають не рідше 3 разів на добу, а при необхідності і частіше, контролюючи таким чином стан хворого і ефективність інтенсивної терапії. У тих випадках, коли хворим необхідна екстрена допомога, в палатах інтенсивної терапії повинна бути наркозно-дихальна апаратура для ШВЛ, набори для трахеостомії та венесекції, дефібрилятор, набір лікарських препаратів, трансфузійних засобів та ін.

Для зниження мікробної флори повітря в палатах встановлюються пересувні рециркуляційні повітряочишувачі. Двері у відділення повинні бути зачиненими. Лікувальні приміщення і тамбур перед входом обладнують

стаціонарними бактерицидними ртутно-кварцевими лампами низького тиску.

Організація праці лікарів, середнього і молодшого персоналу відзначається цілим рядом особливостей, обумовлених тяжким станом хворих, екстреністю медичної допомоги, різним обладнанням, високим напруженням розумових і фізичних сил, моральної відповідальності за життя пацієнтів. Персонал відділення повинен бути зібраним, акуратним, професійно грамотним. В основі інтенсивного спостереження лежить раннє виявлення симптомів, котрі свідчать про порушення обміну речовин або виникнення ускладнення в післяопераційному періоді, а також неадекватність відповідних реакцій хворого на лікувальні дії, що дає змогу попередити виникнення критичних станів.

Інтенсивне спостереження може бути візуальним, моніторним, лабораторним і комбінованим. На кожного хворого слід завести карту погодинного спостереження і листок призначення. Через 1—3 години протягом доби реєструються показники дихання, кровообігу, температури тіла, діурезу, кількість виділеного по дренажах і катетерах, об'єм рідини, яку вводять, і тієї, що виводиться. При оцінці стану хворого важливе значення має спостереження за функціональним станом органів (форма і ступінь здуття живота, напруження м'язів передньої черевної стінки, наявність внутрішньої або зовнішньої кровотечі, стан післяопераційної рани та ін.). Заслуговують на увагу ікавка або блювання в післяопераційному періоді, кількість і характер шлунково-кишкового виділення, його колір, запах. Аускультация і перкусія живота дають змогу визначити перистальтичні шуми кишечника, наявність газу або рідини в черевній порожнині.

Динамічне спостереження за функцією дихання і серцево-судинної системи найчастіше здійснюється за допомогою моніторних обладнань. Моніторна техніка дає змогу реєструвати частоту дихання, вміст вуглекислого газу, число серцевих скорочень, артеріальний і центральний венозний тиск, ЕКГ, тиск в порожнинах серця, температуру тіла та ін. У

випадках, коли хворий перебуває на штучній вентиляції легень (ШВЛ), слід вести старанне спостереження за роботою респіратору, контролювати хвилинний об'єм дихання, частоту його, тиск при вдиху і видиху, визначати ступінь адаптації хворого до апарату, виконувати аускультативний контроль, туалет трахеобронхіального дерева.

Поряд з візуальним і моніторним спостереженням не менш важливим є лабораторна діагностика, що дає змогу вивчати до 55 лабораторних показників. При тривалій ШВЛ, крім контролю її ефективності за клінічними, рентгенологічними і лабораторними даними, слід проводити вібраційний і перкусивний масаж грудної клітки. Харчуються такі хворі парентерально або через зонд. В залежності від функціонального стану кишечника призначають очищувальні, гіпертонічні або сифонні клізми.

Особливу увагу слід звернути на функціонально вигідне положення хворого. Тривале положення на спині призводить до розвитку пролежнів, гіпостатичної або абсцедуючої пневмонії, легеневої недостатності. Розлад дихання нерідко спостерігається внаслідок механічної закупорки дихальних шляхів (западання язика, закупорка чи затікання блювотних мас в дихальні шляхи, закупорка штучною щелепою і зйомними зубами та ін.). При западанні язика необхідно висунути нижню щелепу наперед так, щоб хрипляче дихання змінилось на рівне, або ввести повітрявід.

При асфіксії застосувати штучне дихання засобом «рот в рот» або «з рота в ніс». Для попередження потрапляння блювотних мас в дихальні шляхи голову хворого повертають вліво, щоб витікав вміст шлунку. З метою евакуації блювотних мас застосовують електровідсмоктувач або тампони, які змащують вазеліновим маслом, розчином гліцерину чи іншими засобами. Слід дотримувати суворої асептики при венепункції, катетеризації судин, сечового міхура, зміни інфузійних систем і перев'язках.

Персоналу відділення важливо стежити за випорожненням і сечовипусканням хворих. Можливі мимовільні сечовипускання і дефекація.

Необхідно використовувати підкладні клейонки і додаткову білизну, котрі замінюються після забруднення.

Харчування хворих проводиться лише після дозволу оперуючого хірурга або лікуючого лікаря. Ентеральне приймання харчів проводиться малими дозами з ложки чи поїльника. Харчі даються висококалорійні, легкозасвоювані, в теплом і рідкому вигляді. За спеціальними хірургічними показниками харчі у вигляді поживних сумішей вводяться по постійному назогастральному зонду (зондове ентеральне харчування).

Хворі, що оперовані з приводу перитоніту, гнійних захворювань і післяопераційних ускладнень, розміщуються в ізольовані палати. В них повинна бути гарна вентиляція (4 - 8-кратний обмін повітря на годину), що забезпечується вентиляційними установками з перевагою притоку і бактеріальними фільтрами. Досить ефективним методом зниження бактеріальної флори є кондиціонування. Для виключення перехресної інфекції, поруч з ретельною дезинфекцією, доцільне короткочасне перебування хворих у відділенні. По можливості дотримують систему циклічності заповнення палат. Черговість «роботи» і «відпочинку» приміщень є дієвою мірою профілактики внутрішньолікарняної інфекції. Прибирання приміщень проводять вологим способом не рідше 2 разів на день з використанням дезінфікуючих засобів. Один раз на тиждень проводять генеральне прибирання приміщень. Перед надходженням хворих з операційної дезінфікують приліжкову тумбочку, ліжко, потім застилають ліжко білизною, котра пройшла камерну обробку. Постільну білизну міняють щодня.

Поряд з ретельним доглядом за хворим важливе значення має дотримання правил медичної етики і деонтології. Лікар, середній і молодший медичний персонал мусять виявляти співчуття, підтримувати атмосферу посиленої уваги до хворого і надію на видужання, берегти його психіку. Персонал відділення регулярно обстежується на бактеріоносіїв і при їх виявленні проводиться санація. Особи з ознаками інфекційних захворювань

до роботи не допускаються. Відвідування хворих родичами не дозволяється. Огляд хворих лікуючими лікарями, консультантами допускається лише в змінному одязі і бахілах.

***Догляд за хворими після операцій на органах черевної порожнини.*** На органах черевної порожнини виконується велика кількість планових і ургентних хірургічних втручань. Догляд в післяопераційному періоді має мету створювати найбільш сприятливі умови для одужання і запобігання розвитку післяопераційних ускладнень.

Нерідко операції проводяться з приводу гострих гнійно-запалювальних захворювань у важкохворих. У зв'язку з цим з'являється небезпека розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції.

Щоб запобігти розвитку перехресної інфекції і зниженню несприятливих контактів, хворі з операційної чи з відділень реанімації та інтенсивної терапії переводяться в спеціальні післяопераційні палати. Вони забезпечені стаціонарними джерелами ультрафіолетового опромінення. Палата прибирається 2 рази на день вологим способом із застосуванням дезінфікуючих засобів. Ліжко після відповідної дезінфекції застеляється білизною, що пройшла камерну обробку.

Хворого після операції вкладають горизонтально на спину. Якщо операція була проведена під наркозом, медичний персонал повинен перебувати в палаті до повного пробудження пацієнта, контролюючи пульс, артеріальний тиск, дихання. В післяопераційний період може виникнути блювання, регургітація, тому голова хворого повинна бути на низькій подушці або повернена на бік. Це запобігає западінню язика або аспірації блювотних мас. Після виходу з наркозу хворому надається зручне і функціонально вигідне напівсидяче положення.

Протягом першої доби після операції поверх пов'язки укладають міхур із кригою. Таку процедуру з кригою повторюють періодично протягом 1-1,5 години. Це зменшує запалювальний процес в ділянці рани. В залежності від

тяжкості і складності оперативного втручання, хворому призначають анальгетики, антибіотики і іфузійну терапію.

Руховий режим залежить від характеру і обсягу операції, наявності супутніх захворювань. Спочатку дозволяють хворому повертатись, потім сидіти і, нарешті, вставати. Варто однак підкреслити, що перед активізацією необхідно призначити лікувальну фізкультуру, масаж верхніх і нижніх кінцівок.

Найбільш частими ускладненнями з боку легень в післяопераційному періоді є набряк, пневмонія, ателектази, дихальна недостатність. Для попередження цих ускладнень необхідно з першого дня після операції примушувати хворих глибоко дихати, робити дихальну гімнастику, застосовувати різні методи масажу грудної клітки (постукування, вибивання долонею, вібромасаж) в сполученні з бронхолітиками, муколітиками та інгаляційною зволожуючою терапією. Попереджає розвиток ускладнень дихання з підвищеним опором на видиханні (роздування гумових куль, надувних іграшок, гумових камер), дихання через маску наркозного апарату, з'єднану з трубкою, яку занурюють у воду на глибину 10 см, рання активність хворих у сполученні з достатнім знеболюванням.

Тривалий постільний режим призводить до сповільнення циркуляції крові, внаслідок чого виникають тромбоемболічні ускладнення (тромбози вен нижніх кінцівок). Ці ускладнення частіше у хворих з хронічними захворюваннями вен (варікозна хвороба, тромбофлебіт). Для профілактики тромбоутворення і поліпшення мікроциркуляції необхідно активно вести післяопераційний період. Лікувальну гімнастику і раннє вставання слід рекомендувати з перших днів операції, вводити достатню кількість рідини, в тому числі реополіглюкін. При схильності до тромбозів призначають прямі і непрямі антикоагулянти (гепарин та ін.). Хворим з варикозним розширенням вен накладають еластичний бинт на обидві кінцівки від пальців до пахової зв'язки. Важливо стежити, щоб тури бинта не послаблювались і не звернулись.

Досить частим ускладненням раннього післяопераційного періоду є парез і атонія кишечника, що супроводжується сильним болем, пригніченням моторної діяльності шлунка і кишечника, інтоксикацією. Живіт здутий, відсутня перистальтика, не відходять гази. З'являється тошнота, блювання.

Важливим моментом, що сприяє відновленню м'язового тону, є декомпресія шлунка і кишечника шляхом спорожнювання їх від повітря і вмісту. З цією метою в шлунок вводять зонд, з допомогою якого евакуюють шлунковий вміст, а при операціях з приводу загального гнійного перитоніту, тонко- або товстокишкової непрохідності інтубірують увесь кишечник, здійснюючи таким чином декомпресію всього тракту. Зонд опускають в спеціальну ємність, яку підвішують до ліжка нижче рівня тіла хворого. Щоб зонд не випав його фіксують лейкопластиром або прив'язують лігатурою. Кількість шлункового або кишкового вмісту, його колір, запах обов'язково враховується. Для відведення газів із товстої кишки через анальний отвір вводять газовідвідну трубку. Кінець її вміщують в судно, розташоване між ніг хворого або в бутель, підвішений до ліжка. Дезінфекція шлункових зондів і газовідвідних трубок здійснюється кип'ятінням після попереднього миття.

Варто відзначити, що поруч з дренажами, якими здійснюють декомпресію шлунку і кишечника, нерідко дренажують черевну порожнину і малий таз, заочеревинний простір. Дренажі можуть бути різноманітними за формою, виготовлені з різних матеріалів і мають одну або кілька невеликих дірок. Дренажування може бути пасивне і активне. При пасивному дренажуванні кінець трубки опускається в посудину; попередньо дезінфіковану. Перед використанням на дно її наливають 50 мл розчину фурациліну або ріванолу, в який занурюють кінчик дренажа.

При активному дренажуванні дренаж прикріплюється до апаратури, яка створює постійне розрідження 10-15 мм рт.ст. Для подовження дренажу використовують скляні трубки – перехідники, що дає змогу стежити за правильним його функціонуванням.

В післяопераційному періоді нерідко має місце ускладнення з боку органів сечовипускання. Затримка сечовипускання (ішурія) пов'язана з незвичайним положеннями хворого або нервоворефлекторними причинами. Після призначення грілки на ділянку сечового міхура, введення атропіну,

сечовипускання відновлюється, а за відсутності ефекту проводиться одноразова або постійна катетеризація сечового міхура. Затримка відділення сечі нирками (анурія) часто пов'язана з інтоксикацією. Сечовий міхур порожній, виділення сечі нирками не відбувається. В такому випадку слід зробити двосторонню паранефральну блокаду, діатермію на ділянку нирок, ввести 1 мл 1 % розчину пілокарпину, продовжити дезінтоксикаційну терапію. При постійній катетеризації сечового міхура слід стежити за катетером, підраховувати кількість виділеної сечі.

Старанного догляду в післяопераційному періоді вимагає також шкіра хворого (обличчя, спина, таз, ділянка крижів, статеві органи, промежина). Хворий в перші 2-3 дня не може самостійно харчуватись, тому слід зволожувати, протирати і змащувати слизову оболонку рота розчином соди (на 1 стакан води 1 чайна ложка), стимулювати слиновідділення шляхом смоктання шматочків лимону, жувальної гуми та ін. Натільна і постільна білизна повинні бути чистими і замінюватись при найменшому забрудненні. Для таких хворих виділяють додаткові пелюшки і підкладні клейонки, які легко замінюються.

Особливої уваги вимагає ділянка післяопераційної рани. Пов'язка, просочена кров'ю, сукровицею, гноєм, калом, сечею стає досить принадною для розповсюдження мікроорганізмів. Про це тут же повинно бути повідомлено лікареві, пов'язку слід замінити. Промокання пов'язки гноєм свідчить про те, що рана загноєна, промокання сукровицею – про разходження країв її, промокання кров'ю - про кровотечу. Надходження в рану вмісту кишечника або сечі свідчить про розкриття просвіту кишечника або сечового міхура. Про всі ці ускладнення слід повідомити лікаря або завідуючого відділенням.

***Догляд за хворими після операцій на органах грудної клітки.*** Операції на органах грудної клітки виконуються планові і екстрені (при пораненні серця, легень, судин та ін.). Всі ці операції досить травматичні і практично завжди виконуються під інгаляційним ендотрахеальним наркозом з штучною



вентиляцією легень. Тривалі і травматичні оперативні втручання можуть привести в післяопераційному періоді до найрізномісних ускладнень: гіпостатичних, аспіраційних, інфарктних, інтерстиціальних пневмоній, ателектазів легень, ларінготрахеїтів, трахеобронхітів, гнійних захворювань плеври, серцево-судинних, нирково-печінкових і т. ін.

У зв'язку з цим, головними вимогами правильного ведення післяопераційного періоду є такі: 1) підтримування на відповідному рівні нормальної легеневої вентиляції; 2) своєчасне поповнення крововтрат; 3) збереження адекватного рівня гемодинаміки і поліпшення периферійного кровообігу; 4) поліпшення функціонального стану печінки і нирок; 5) збереження показників зсідальної і антизсідальної систем крові на безпечних рівнях.

З метою чіткого виконання вищенаведених вимог, хворих після операції розміщують у відділення реанімації і інтенсивної терапії, або в спеціальні післяопераційні палати. Палати і ліжка готуються за загальноприйнятими правилами, згаданими вище. Хворий лягає на спину в горизонтальному положенні, без подушки під головою. Після пробудження, при спонтанному адекватному диханні і стабільних показниках гемодинаміки, інтубаційна трубка або повітрявід виймаються із трахеї, а хворому надається напівсидяче положення з піднятим головним кінцем ліжка. Це поліпшує вентиляцію легень, дренажну функцію бронхів, дає змогу краще відкашлювати мокротиння. З перших днів слід проводити активну дихальну гімнастику.

Щоб підняти м'язовий тонус, поліпшити кровообіг і кровопостачання тканин, слід призначити хворому місцевий і загальний масаж, лікувальну фізкультуру. Ранню дихальну гімнастику слід розпочинати з першої доби після операції. Вона складається з чергування глибоких вдихів і видихів, надування пластикових іграшок, гумових камер та ін. Чергування глибоких вдихів і видихів повторюють через кожні 15-30 хвилин. Ці вправи виконуються під контролем медичного персоналу, розпочинаючи з 2-4 вдихів, поступово збільшуючи, але не стомлюючи хворого. Положення

хворого змінюють в залежності від його стану. Дихальну гімнастику краще проводити, лежачи на спині з піднятою головою або на здоровому боці, щоб поліпшувалась вентиляція на боці, де операційна рана.

Для профілактики дихальної недостатності нерідко проводять інгаляції зволеним киснем через спеціальні катетери, вставлені в носові ходи. Дихальна недостатність розпочинається з помірної задишки, яка може привести до повного порушення газообмінної функції легень (синдром шокової легені). Для запобігання шокової легені слід забезпечити добре розправлення легень в кінці операції і старанний туалет дихальних шляхів, а також штучну вентиляцію легень (ШВЛ) в режимі ПТКВ (позитивний тиск в кінці видиху). За наявності ознак дихальної недостатності доцільно застосовувати продовжену штучну вентиляцію легень.

Післяопераційна пневмонія розвивається внаслідок тривалого порушення легеневої вентиляції, при частковій або повній обтурації дихальних шляхів, на фоні ателектазів, які можуть з'явитись у зв'язку з аспірацією шлункового вмісту. Для профілактики пневмонії надзвичайно важливим є аспірація шлункового вмісту перед операцією, а також періодичне відсмоктування його через назогастральний зонд під час операції. Видалення шлункового вмісту позитивно впливає і на збільшення об'єму дихальних екскурсій.

Нерідко в післяопераційному періоді розвивається набряк гортані, котрий проявляється осиплістю голосу, кашлем, утрудненим диханням. В таких випадках призначаються теплі інгаляції з гідрокарбонатом натрію, гідрокортизоном, ефедрином, банки, гірчичники, вводять дімедрол, кальцію хлорид, лазікс, преднізолон. При неефективності консервативного лікування виконують трахеостомію.

Гігієна тіла хворого, протирання шкіри, зміна білизни, перестилання ліжка проводяться на загальних підставах. Принципово важливим для хворих, оперованих на грудній клітці, є догляд за дренажами. Правильна функція дренажної системи дає змогу швидко розправити частину легень, що лишились після операції, своєчасно евакуювати ексудат, що є перепорою в розправленні

легень та слугує живильним середовищем для мікроорганізмів, а також контролювати культу бронха. Дренаж приєднують до аспіратора або опускають в посуд з рідиною, попередньо зодягши на нього листковий клапан (дренаж за Бюлау). При порушенні герметичної системи, роз'єднанні дренажа, повітря засмоктується по ньому в плевральну порожнину, що призводить до розвитку пневмоторакса і інших небезпечних наслідків. Тому персонал зобов'язаний уважно стежити за дренажом, щоб він був надійно фіксований до відсосу, систематично контролювати кількість і склад виділених речовин. При інтенсивному червоному забарвленні ексудату перевіряють вміст гемоглобіну, велика концентрація якого свідчить про кровотечу в плевральну порожнину. Про це негайно повідомляють лікаря, який ставить показання до повторної операції.

В першу добу після операції хворого через кожні 6 годин перевертають в постелі, протирають йому спину камфорним спиртом. Для полегшення відкашлювання через кожні 2 години проводять інгаляції закису азоту і кисню за допомогою наркозного апарату, а також лужних розчинів у вигляді аерозолей. При затрудненні відкашлювання трахею пунктують через перснещитовидну зв'язку і вводять 10 мл 4% розчину гідрокарбонату натрію для розрідження мокроты і стимуляції кашлю. Деякі хірурги рекомендують для стимуляції кашлю накладати мікротрахеостому, проводячи в трахею тонкий поліетиленовий катетер, через який періодично вводять розчин гідрокарбонату натрію і антибіотики.

Велику небезпеку являє собою нагноєння рани грудної стінки з можливим інфікуванням плевральної порожнини. В післяопераційному періоді здійснюється постійний нагляд за раною і швами. Першу зміну пов'язки виконують на наступний день після операції. В подальшому огляд рани проводять через кожні 2 дні. При появі гіперемії і наростанні набряку шкіри знімають 1—2 шви, розводять краї рани, обробляють антисептиками і дренажують.

*Догляд за хворими з травматичними ушкодженнями опорно-рухального апарату.* Хворі з травматичним пошкодженням верхніх і нижніх кінцівок тривалий час прикуті до ліжка, нерідко в одному положенні. Вимушена нерухомість призводить до виникнення легеневих і тромбоемболічних ускладнень, появи пролежнів, гнійної інфекції. Під час тривалого лежання білизна може збиратися у складки, насичуватись потом, забруднюватись залишками їжі, сечею, калом. Все це вимагає спеціального обладнання палат, ліжок і догляду.

Палати для травматичних хворих повинні бути просторими, світлими і зручними для підходу до пацієнтів з усіх боків. Ліжко розраховане не лише на вагу тіла хворого, але й на спеціальну апаратуру і вантажі, що кріпляться до ліжка для виконання різних функціональних вправ. Ортопедичне ліжко обладнане твердим матрасом і ортопедичними подушками. Для попередження пролежнів додатково застосовують надувні гумові круги, які підкладають під сідницю, а також ватно-марлеві «бублики» — під п'ятки. Під впливом ваги тіла хворого і пошкоджена кінцівка можуть зміщуватись. Для упирання здоровою ногою у нижній кінець ліжка ставлять дерев'яний ящик. Необхідно стежити, щоб ізолюючі марлеві стерильні пов'язки в місцях проведення спиць щільно тримались на шкірі, не зміщувались і були сухими. В іншому разі можуть розвиватись важкі гнійні ускладнення (флегмона, остеомієліт).

Постільна білизна повинна бути чистою, сухою, без складок. Шкіру регулярно обмивають теплою водою з милом, два рази на день тіло протирають камфорним спиртом, одеколоном або 40% етанолом до появи легкої гіперемії.

Судно подають три санітарки: дві обережно піднімають хворого під спину і таз, а третя підкладає судно. Якщо пошкоджена у хворого одна з нижніх кінцівок, санітарка підходить до нього з здорового боку, пропонує трохи підвестись, упираючись здоровою ногою й руками, і в цей час підкладає судно. Після фізіологічних відправлень хворого обмивають 2—3 рази

на день. Промежину обробляють теплим розчином марганцевокислого калію за допомогою ватного тампона, прихопленого корнцангом, над судном. Обмивання ведуть від статевих органів до заднього проходу. Іншим ватним тампоном в тому ж напрямі насухо витирають шкіру. Зміну білизни постільним хворим проводять таким чином. Хворого перевертають на бік і підтягують до краю ліжка. Простирadlo, яке треба замінити, зсувають до спини хворого і вільну частину матраса застилають чистим простирadlo; хворого знову перевертають спиною на чисте простирadlo, знімають старе простирadlo і застилають матрас чистим. Потім поправляють подушки, міняють на них наволочки і хворого опускають на чисту постіль. Під час зміни натільної білизни зручно користуватись спеціальними сорочками із зав'язками, тому що їх легше міняти. Хвора кінцівка залишається вільною від білизни. Медичному персоналу важливо стежити, щоб не було відвисання стопи. Вона повинна бути під кутом  $95^{\circ}$  до осі гомілки. З цією метою використовується спеціальний підметок. Годують хворого в постелі. Для зручності підкладають додаткову подушку. Важкохворих годує медсестра з ложки або з поїльника.

Догляд за хворими в гіпсових пов'язках має такі особливості: 1) після накладання пов'язки кінцівку фіксують у функціонально вигідному положенні до повного затвердіння гіпса; 2) під пов'язку накладають прошарок вати, що запобігає тиску гіпса на тканини; 3) хворого з накладеною гіпсовою пов'язкою вкладають на ліжко з підкладеною під кінцівку ортопедичною подушкою; 4) для попередження пролежнів хворого періодично перевертають на здоровий бік.

Неправильно накладена гіпсова пов'язка приводить до здавлювання м'яких тканин, судин, нервових стовбурів, внаслідок чого кінцівка набуває блілого або синюшного кольору, стає холодною, набрякає, порушується чутливість, рухальна спроможність. Недостатня увага і несвоєчасне надання допомоги може призвести до омертвіння кінцівок. Про всі помічені зміни

негайно повідомляється лікар або завідуючий відділенням, котрі вживають заходи для попередження вищеназваних ускладнень.

Тривале перебування травматологічних хворих у постелі часто приводить до атрофії м'яких тканин кінцівок, атонії кишечника. Хворі страждають запорами. Щодня варто проводити гігієнічну гімнастику, загальний і місцевий масаж, своєчасне і повноцінне харчування. Якщо хворий не в змозі сам полоскати рот, вранці і після їжі ротову порожнину зрошують слабким дезінфікуючим розчином (марганцевокислого калію 1:5000, 2% розчином гідрокарбонату натрію, 5% розчином борної кислоти), після чого обережно протирають марлевым тампоном, змоченим 1% розчином бури з гліцерином, защічні порожнини, десна, зуби, язик. Волосся миють 1 раз в 7 днів, безпосередньо в постелі. Для цього хворому надають підвищеного положення, з дещо закинutoю головою, підкладають під нього і потилицю клейонку, а нижче ставлять таз із теплою водою, в якій і миють волосся. Після висушування і розчісування волосся у жінок закривають хустинкою. У важкохворих чуб краще стригти або голити. Очі промивають марлевым тампоном, змоченим в 3% розчині борної кислоти. В носові ходи на 3—5 хвилин вводять марлеві турунди, змочені вазеліновим маслом або гліцерином, після чого обертовими рухами видаляють кірки. Під час утворення сірчаної пробки її розм'якшують 3% розчином перекису водню, а потім видаляють ватною турундою обертовими рухами або вимивають теплим розчином фурациліну за допомогою шприца Жане. Під час запорів хворим призначають легке проносне або очисну клізму.

*Догляд за хворими з опіками та відмороженнями.* Опіки відносяться до травматичних ушкоджень тканин, що виникають внаслідок дії на шкіру і слизову оболонку різних факторів: термічних, хімічних, електричних і радіаційних. В залежності від глибини пошкодження тканин розрізняють чотири ступені опіку і чотири фази опікової хвороби (опіковий шок, гостра токсемія, період ранньої інтоксикації і септичних ускладнень, період реконвалесценції). Клініка, діагностика і лікування опіків та відморожень описана в методичних

рекомендаціях, виданих нами в 1988 р. (І. Ф. Сирбу, Г. І. Шульга), а також в підручниках і монографіях.

Хворі госпіталізуються в спеціалізовані опікові відділення, в невеликі палати з постійним медичним наглядом. Багато відділень мають палати інтенсивної терапії, а там, де їх нема, санітарно-гігієнічний режим має бути таким же, як і в реанімаційних відділеннях. Слід пам'ятати, що опікові рани легко інфікуються, тому потрібно ретельно дотримуватись асептики і антисептики, використовувати найефективніші методи лікування. Закриті способи лікування застосовуються в основному при невеликих поверхових опіках. Більш ефективним є відкритий спосіб лікування, під час якого хворі лежать голими на повітряних матрасах, вкритих стерильним простирадлом. Для таких пацієнтів створюють так зване абактеріальне середовище. Стерильне повітря подається через кондиціонери і фільтри з надмірним тиском при температурі 30<sup>0</sup> і вологості близько 16%.

Під час опіку відбувається велика втрата рідини, солей, білку, порушується терморегуляція. Хворі розміщуються під каркасом з укріпленими на ньому електричними лампами. Каркас закривається стерильним простирадлом. Існують також спеціальні ліжка, де підтримується спеціальна температура. Використовують також матраси, що складаються з окремих сегментів, у яких періодично змінюється тиск повітря або водяні матраси, які сприяють зменшенню тиску на опікову поверхню і профілактиці пролежнів.

Персонал працює в стерильних халатах, ковпаках, марлевих масках і рукавичках. Для попередження легеневих захворювань хворого слід періодично перевертати. Поліпшує дихання підвищене напівсидяче положення, інгаляції кисню. У зв'язку з тяжкою інтоксикацією і високими енергетичним і білковими та водно-сольовими втратами, необхідно ввести в першу добу після опіку не менше 3-5 л рідини (нативна плазма, розчин Рінгера, колоїдні розчини, збалансовані сольові розчини ацесоля, дісоля, хлосоля, буферні розчини рінгер-лаквата, лактасоля, трисоля). В період

опікового шоку і токсемії хворого годують через зонд. Медичному персоналу старанно потрібно стежити за функцією нирок (погодинний діурез, клінічні аналізи сечі). При метеоризмі вводять газовідвідну трубку, котра стимулює перистальтику кишечника. Особлива увага звертається на туалет порожнини рота, носових ходів, промежини. Після некректомії і очищення опікової рани застосовують лікувальні ванни.

Догляд за хворими з відмороженнями такий же, як і при опіках. Звертається увага на зігрівання, підтримання температурного балансу, висококалорійне харчування, профілактику гнійно-септичних ускладнень, забезпечення лікувально-охоронного режиму. Для поліпшення кровообігу у відморожених частинах тіла призначають теплі ( $36^{\circ}$  -  $40^{\circ}$ ) загальні і місцеві ванни з додаванням антисептиків, легкий місцевий масаж, фізпроцедури.

***Догляд за хворими з гнійними хірургічними захворюваннями.*** Хворі з гнійними хірургічними захворюваннями повинні бути ізольовані в самостійні відділення гнійної хірургії або окремі палати, де є перев'язочна, операційна, маніпуляційна та інші службові приміщення для цієї категорії хворих. Для гнійного хірургічного відділення виділяються світлі, добре вентильовані приміщення. Палати повинні бути обладнані ультрафіолетовими бактерицидними опромінювачами закритого типу. Площа палат визначається з розрахунку не менше 7,5 кв. м на одне ліжко. Палати повинні бути великими і світлими на 2-4 особи, з раковиною й туалетом, меблі - зручними і легко піддаватись вологому прибиранню. Молодший персонал відділення проводить щоденне двократне вологе прибирання палат та інших приміщень відділення з використанням різних дезінфікуючих засобів (розчин хлораміну, лізолу, перекис водню та ін.). Хворі повинні старанно дотримуватись правил особистої гігієни. Зміна натільної і постільної білизни проводиться частіше. Запас білизни у гнійному відділенні повинен бути значно більшим, ніж у «чистому». Слід звернути увагу на режим харчування хворих. Харчі мають бути легко засвоювані, калорійні, багаті білками і вітамінами.



Медичний персонал працює в ковпаках, халатах, масках. Після закінчення роботи проводиться заміна одягу, а руки дезінфікуються 70% етиловим спиртом або 0,5% хлоргексидіном біглюконатом в 70% етиловому спирті протягом 2 хвилин.

При перев'язці хворих з гнійними ранами медична сестра або лікар одягають халат, призначений лише для роботи у перев'язочній, поверх якого одягається клейончатий фартух, попередньо дезінфікований антисептиками. Перев'язки виконуються в рукавичках одноразово. Перев'язочний матеріал збирається в індивідуальний тазик для кожного хворого, котрий в подальшому спалюється.

В перев'язочній гнійного відділення повинні бути використанні антисептичні засоби і антибіотики. Важливе значення має застосування фізіотерапевтичних процедур (ультрафіолетового опромінювання, ультразвуку, електрофореза, лазерної терапії та ін.). У зв'язку з цим доцільно, щоб фізіотерапевтичний кабінет розташовувався поблизу гнійного відділення.

Хірургічні інструменти, голки, шприци добре промивають проточною водою, замочують в антисептичному розчині, а потім стерилізують. Систематично проводиться проба на чистоту голок, бактеріологічний контроль за чистотою в перев'язочній (посіви з інструментів, перев'язочного матеріалу, білизни, перев'язочних столів і стін).

У відділенні гнійної хірургії здійснюється постійний догляд за важкохворими (чистотою рук, порожнини рота, тіла). Під час промокання пов'язок гноєм вони повинні мінятись або підбинтовуватись. Дренажі мають бути опущені в закриті ємкості, підвішені до ліжка, а їх дистальні кінці розташовані нижче рівня, налитого на дно антисептика.

***Догляд за хворими з каловими і сечовими норицями.*** При злякисних захворюваннях товстого відділу кишечника, непрохідності, перфорації з розлитим гнійним перитонітом, операцію нерідко закінчують виведенням кишки на передню черевну стінку (колостомія). Існують різні варіанти

накладання колостом: одно-двохстовбурні, тимчасові, постійні, однак за всіх умов вимагається їх старанний догляд. Після розсікання колостоми шкіру навколо неї слід обробити розчином фурациліну (можна йодонатом, дімексидом або іншими антисептиками). Виведену частину кишки прикривають марлевою серветкою, змоченою синтоміциновою емульсією або вазеліновим маслом. При просочуванні серветок кишечним виділенням їх негайно замінюють, кишку і шкіру обмивають теплим розчином фурациліну, а потім знову обробляють антисептиками і накладають асептичну пов'язку. Після відновлення перистальтики кишечника з метою охорони операційної рани і шкіри від забруднення на стому накладають калоприймач. Останній повинен відповідати діаметру норицевого отвору і щільно прилягати до шкіри. На кільце кріпиться поліетиленовий мішок, який при наповненні замінюється іншим. Для запобігання дерматиту шкіру під кільцем потрібно обробляти пастою Лассара або цинковим мастилом.

Нині застосовуються різні моделі калоприймачів з одноразовими пластиковими мішками, пористими фільтрами та ін. Однак у всіх випадках медичному персоналу необхідно стежити за чистотою калоприймача, шкіри і нормальною функцією стоми. З цією метою налагоджують регулярний режим харчування і дефекації. При запорах призначають чорний хліб, капусту, сирі фрукти, свіжий кефір, молоко, мед, при проносах - білий хліб, рис, сир, картопляне пюре, бульйон, м'ясо, цукор.

Очищувальні клізми можна робити і через колостому. На кільце калоприймача одягають довгий целофановий рукав, кінець якого опускають в унітаз, а через додаткові отвори вводиться в стому зонд, через який вливають 1 - 1,5 літра води.

Деякі урологічні операції також закінчуються утворенням нориці. Нориці накладають на сечовий міхур або на сечоводи. Сечоприймачі мають практично таку ж конструкцію і кріплення, як і калоприймач. Діаметр їх значно менший і повинен відповідати отвору фістули, фістули, накладені на сечовий міхур, можуть бути тимчасовими і постійними. У порожнину міхура

вводять катетер Петцера, котрий добре фіксується. Кінець катетера опускається в скляну посудину або поліетиленовий пакет, підвішений до пояса хворого або до ліжка. Під час догляду потрібно стежити, щоб сеча не витікала мимо катетера, пов'язка лежала добре і не промокала. Для запобігання уроінфекції 1 - 2 рази на день сечовий міхур промивають через катетер антисептиками. Хворі з каловими, сечовими фістулами повинні перебувати в окремих палатах, де проводиться щоденне дворазове прибирання з застосуванням сучасних дезінфікуючих засобів. Персонал працює в ковпаках, халатах, масках, рукавичках. Після закінчення роботи необхідно змінити одяг, прийняти душ, дезінфікувати руки.

### ***Особливості догляду за хворими похилого і старечого віку.***

Контингент осіб похилого і старечого віку складає приблизно 25-30% хірургічних хворих стаціонару, причому з кожним роком збільшується і число оперативних втручань, що виконуються в цій віковій категорії. За прийнятою класифікацією (ВОЗ) осіб від 60 до 74 років, відносять до похилого віку, від 75 до 90 років - до старих, а старших 90 років - до довгожителів.

У цих хворих важливе значення має правильна доопераційна діагностика захворювання, з приводу якого передбачається оперативне втручання, а також визначення характеру і ступеня вираженості супутніх захворювань, що можуть викликати тяжкі ускладнення в післяопераційному періоді. Літні і старі люди часто страждають захворюваннями легень, бронхів, серця, судин, печінки, нирок та ін.

В післяопераційному періоді необхідно вжити заходів, які б не допустили посилення обструкції бронхіального дерева. Для цього слід зменшити бронхоспазм, набряк слизової оболонки, секрецію мокроти. Хворому надають напівсидячого положення, проводять інгаляцію кисню з парами спирту, внутрішньовенно вводять строфантин, еуфілін, кальцію хлорид, лазикс. Під час розвитку набряку легень позитивну дію виявляють осмотичні діуретики (маніт, 30% розчин сечовини, приготований на 10 % розчині глюкози),

морфін, нітрати, супрастин, дімедрол, піпольфен, преднізолон або 100 мг гідрокортизону внутрішньовенно. За відсутністю ефекту - інтубація, відсмоктування піни, керована вентиляція, симптоматичне лікування.

Похилим людям треба дуже обережно призначати знеболюючі і наркотичні засоби. Дозу медикаментних препаратів краще зменшити наполовину. Слід відмовитись від введення морфіну, який пригнічує дихальний центр і послаблює кашлевий рефлекс. Пов'язані з цим порушення дренажної функції легень у ослабленого хворого сприяють виникненню ателектазів і пневмоній. Для попередження цих ускладнень медичний персонал мусить активно вести хворих у післяопераційному періоді (часта зміна положення хворого, загальний масаж, дихальна гімнастика). Аналгезію проводити НПВС або проводити перідуральну (спіральну) аналгезію.

При атеросклерозі, кардіосклерозі, гіпертонії хворим призначаються сердечні глікозиди ( $\beta$ -блокатори) і гіпотензивні препарати (блокатори АПФ). Для поліпшення коронарного кровотоку хворим показані нітропрепарати. Виникаюча в післяопераційному періоді мерехтлива аритмія небезпечна розвитком тромбоемболічних ускладнень. В таких випадках необхідно вводити антиаритмічні медикаментозні засоби. Якщо, незважаючи на вжиті заходи, явища аритмії не проходять, слід використати електричну дефібриляцію.

Медичному персоналу слід пам'ятати, що дія серцевих глікозидів на м'яз серця можлива при відповідному співвідношенні внутрішніх і позаклітинних електролітів (натрію, калію, кальцію, магнію), тому літнім людям в післяопераційний період необхідно кожні 2 - 3 дні обстежувати плазму на вміст цих електролітів і своєчасно поповнювати їх дефіцит.

У хворих похилого та старечого віку групі переважають гіперкоагуляційні властивості крові, які особливо проявляються при злоякісних новоутвореннях, гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини (апендицит, холецистит, панкреатит, перитоніт та ін.).

Для профілактики тромбоемболічних ускладнень ще в доопераційному періоді призначають антикоагулянти (фенілін, пелентан та ін.) навіть при нормальній тромбоеластограмі і коагулограмі. В післяопераційному періоді застосовують гепарин.

У хворих похилого та старечого віку після перенесених операцій часто розвиваються гострі виразки шлунково-кишкового тракту і гнійні ускладнення. Необхідно постійно стежити за показниками червоної крові, станом післяопераційної рани. Імунобіологічна активність пригнічена, регенеративна спроможність тканин у літніх людей знижена. Хворим призначають метилураціл, пентоксил. Шви рекомендується знімати на 16-й день, а в осіб, оперованих з приводу онкологічних захворювань, на 15 - 16 день після операції.

В старечому віці більш виражено порушується моторна функція травного тракту, що призводить до запорів, тяжкої динамічної непрохідності. Для збудження перистальтики використовують гіпертонічні клізми, вводять прозерін, пітутрін, церукал, аміназін, застосовують електростимуляцію, динамічні токи Бернара, тривалу перидуральну анестезію, інфузії 0,25 % розчину новокаїну в корінь брижі тонкої кишки.

Гігієнічний догляд за шкірним покривом набуває особливого значення в осіб літнього і старечого віку. Тривалий постільний режим призводить до здавлювання тканин, внаслідок чого утворюються пролежні - омертвіння шкіри, підшкірної клітковини, а нерідко - і м'язів. Вони виникають в ділянці крижів, лопаток, великих вертлюгів, ліктів, п'яток, остистих відростків. Першими ознаками пролежнів є блідість або почервоніння і набрякання шкіри з наступним відшаруванням епідермісу, появою пухирів. Приєднання інфекції призводить до тяжких нагноювальних процесів, сепсису і смерті. У зв'язку з цим, медичний персонал повинен кілька разів на день змінювати положення тіла хворого, під крижі і сідниці підкладати надувне гумове коло, 2 - 3 рази на день протирати шкіру в місцях кісткових виступів камфорним спиртом (40 % розчином), або теплою водою з подальшим протиранням

насухо. При поприлості шкіри її обмивають водою з милом, висушують і припудрюють присипкою. Для поліпшення місцевого кровообігу призначають масаж, кварц. Постільну і натільну білизну весь час тримають сухими, чистими, без складок.

**Догляд за тяжкохворими і агонуючими.** Тяжкохворі вимагають до себе постійної уваги в будь-який час доби. Для забезпечення спокою і належного догляду їх кладуть в одно-двомісні палати або у відділення реанімації і інтенсивної терапії.

Важливо так покласти хворого в постіль, щоб він не відчував незручностей. Частіше всього важкохворих кладуть на функціональне ліжко, за його відсутністю на звичайних ліжках використовують додаткові засоби: дерев'яні щити, валики, підіймають надголів'я за рахунок кількох подушок і т. ін. Слід також забезпечити вільний доступ до постелі хворого. Щоб не втомлювати хворого, відвідувати його дозволяють лише близьким особам.

Виділяють три групи таких хворих.

1. Хворі зі стабільним станом функцій життєвоважливих органів, у яких показники кровообігу, дихання і метаболізму не викликають будь-яких тривог.

2. Хворі з лабільним ставом життєвоважливих функцій, у яких показники кровообігу і дихання нестійкі.

3. Хворі з надзвичайно великим ступенем порушення життєвоважливих функцій організму. Вони перебувають у критичному стані і без екстреного реанімаційного втручання настає зупинка дихання і серця. Серед них є хворі, які перебувають в непритомному стані або свідомість їх плутана. Деяким з них проводиться штучна вентиляція легень. Є й агонуючі хворі. Це найбільш важкий контингент хворих, котрі вимагають не лише грамотного кваліфікованого лікування, а й старанного догляду. Для зручності цих хворих не зодягають в натільну білизну, тому необхідно стежити, щоб вони були вкриті і не мерзли.

Гігієнічний догляд за шкірним покривом, очима, вухами, порожниною носа, рота у терапевтичного або хірургічного хворого у вкрай важкому або несвідомому стані є дуже важливою ланкою лікування. Щодня все тіло обтирається теплою водою і осушується сухим рушником. Якщо дозволяє стан хворого, то слід частіше змінювати його положення і частіше перестилати і розправляти постіль, щоб у нього не утворились пролежні. За необхідністю підкладають надувні гумові кола, протирають шкіру дезінфікуючим розчином. В огрядних хворих, особливо жінок, виключну увагу слід звертати на попередження дерматитів і попріlostей під молочними залозами, в пахових складках і в ділянці промежини. Ці ділянки щодня обмивають слабким дезінфікуючим розчином перманганату калію або борної кислоти, осушують і припудрюють тальком. Жінкам щодня на ніч і вранці проводять гігієнічні підмивання. Аналогічне підмивання проводиться після дефекації і сечовипускання.

У тяжкохворих необхідно провести промивання очей від виділень, що склеюють вії. Кожне око промивають окремим тампоном в теплому 3 % розчині борної кислоти. Промивати слід від зовнішнього кута ока до внутрішнього. Під час запалення кон'юнктиви викликають на консультацію офтальмолога, призначення якого обов'язкове до виконання.

Для попередження висихання кон'юнктиви очей у хворих без свідомості, на очі накладаються ватні тампони, змочені фізіологічним розчином хлориду натрію (0,9 %) або 1 % розчином борної кислоти.

Найстараннішого догляду вимагають носові ходи. Нерідко вони запалюються внаслідок поранення слизової оболонки різними зондами, катетерами. Хворі часто дихають не через ніс, а відкритим ротом. Це призводить до висихання слизової оболонки, запалювальних процесів (стоматиту, паротиту) та інших ускладнень. Тому необхідно регулярно, через кожні 1-2 години протирати вологим тампоном порожнину рота і змащувати розчином гліцерину, вазеліном або олією.

Не менш важливо стежити за виділеннями хворих, у яких можливі мимовільні сечовипускання і дефекація. Слід мати додаткову білизну, набір підкладних клейонок, які негайно змінюються в міру забруднення.

Під час блювання голова хворого повинна бути повернена набік так, щоб вона була трохи нижче тулуба. До рота підводиться лоток. Для запобігання забруднення подушки і білизни слід підкласти рушник або простирadlo. Після блювання хворому дають прополоскати рот теплою водою і витирають губи і куточки рота. Якщо хворий у непритомному стані, проводять старанний туалет порожнини рота з використанням роторозширювача, язикотримача, корнцанга, марлевих тампонів і антисептичних розчинів.

Мокрота із трахеї і бронхів евакуюється шприцом або електровідсмоктувачем шляхом введення в дихальні шляхи назотрахеального зонду. При прогресуючій дихальній недостатності хворому накладають мікро- або трахеостому, через яку відсмоктують мокроту, вводять необхідні лікарські препарати.

Хворим в непритомному стані проводиться катетеризація сечового міхура з погодинним контролем діуреза. Сечовий міхур промивають теплим розчином фурациліну та іншими антисептиками. Спорожнювання прямої кишки здійснюється очищувальними клізмами або пальцями.

Особливу увагу звертають на харчування хворих з важкими хворобами. Якщо хворий не може сидіти в ліжку, треба надати йому напівсидячого положення, підклавши під спину кілька подушок, шию і груди прикрити фартухом або клейонкою. Для лежачих хворих під час годування використовують приліжкові столики, на які ставлять харчі. Медична сестра лівою рукою підіймає голову хворого разом з подушкою, а правою підносить йому ложку до рота або спеціальний поїльник з їжею. В останньому випадку інколи на носик поїльника одягають прозору поліетиленову трубку діаметром 8-10 мм і довжиною 20-30 см. Трубку вводять в рот по спинці язика до його кореня.



Вливати харчі силоміць, якщо хворий не ковтає, не можна, в такому випадку застосовують штучне годування.

Важливе систематичне спостереження за фізіологічними відправленнями хворих; враховується кількість актів дефекації, характер, наявність в ньому патологічних домішок (показати лікареві), змірюється добовий діурез. При запорах або затримці сечі роблять очищувальну клізму або проводять катетеризацію сечового міхура.

Індивідуальний пост по догляду за важкохворими організується як у стаціонарі, так і на дому. Звичайно на індивідуальний пост призначають найбільш досвідчений медичний персонал. Заступивши на чергування, фельдшер чи медична сестра постійно перебуває біля постелі хворого. Спочатку їй треба перевірити чи зручно хворому, забезпечити вільний доступ до нього. Біля постелі повинні бути чисті і готові до вживання предмети догляду (постільна і натільна білизна, поїльник, судно, сечоприймач, киснева подушка та ін.). На окремому столику розташовують стерилізатор зі шприцями і голками, спирт, лікарські засоби, стерильний матеріал. Під час чергування медична сестра веде докладний погодинний запис всіх виконаних призначень, а також записує скарги (доповідає про них лікареві), пульс, дихання, температуру тіла, артеріальний тиск, час приймання їжі і пиття, кількість мокроти, сечі і ін. Медична сестра стежить за особистою гігієною хворого, при необхідності замінює йому натільну і постільну білизну, проводить профілактику пролежнів, годує, напуває хворого. Якщо у хворого спостерігається затримка випорожнень протягом 2-х діб, ставить очищувальну клізму; якщо він самостійно мочитися не може, випускає сечу катетером 1-2 рази на добу.

*Догляд за хворими під час пропасниці (гарячки)* визначається її періодами. При підвищенні температури, коли виражені озноб, головний біль, ціаноз губ і кінцівок, хворого слід добре вкрити, напоїти теплим чаєм, покласти грілку до ніг. В період максимального підняття температури дають велику кількість рідини (соки, чай з лимоном та ін.), у наголів'я вміщують

міхур із кригою, обтирають обличчя і шию вологим холодним рушником або використовують холодні примочки з тим, щоб не було гіперемії. Слизові оболонки рота і губів обробляються відповідним чином, щоб запобігти висиханню і появі тріщин. Третій період пропасниці (зниження температури) характеризується вираженою пітливістю, слабкістю. Інколи (під час кризи) знижується артеріальний тиск, настає похолодання кінцівок, ціаноз. Слід частіше міняти натільну і постільну білизну, обтирати шкіру сухим рушником, а також водою, змішаною наполовину зі спиртом чи розведеним оцтом або одеколоном. Застосовують препарати, які підвищують артеріальний тиск.

*Догляд за хворими під час марення, галюцинацій, в непритомному стані* здійснюють постійно, організовуючи індивідуальний пост. Ліжка таких хворих затягують сіткою, оскільки вчинки їхні неадекватні, вони можуть бути збуджені, агресивні і, навпаки, апатичні. Окрім постійного нагляду медична сестра стежить за виконанням гігієнічних заходів, здійснює харчування хворого, вводить ліки, приписані лікарем. На випадок відмовлення від їжі застосовується зондове харчування. Слід оглядати порожнину рота, щоб перевіряти, чи приймає хворий ліки. Хворого, що перебуває у непритомному стані, слід частіше перевертати, стежити за своєчасною заміною постільної білизни, проводити профілактику пролежнів, здійснювати своєчасно гігієнічні заходи, годувати штучно, вести спостереження за основними параметрами життєвоважливих функцій.

*Резанімація (оживлення)* — система заходів, направлених на відновлення життєдіяльності організму і виведення його-з термінального (такого, що межує з біологічною смертю) стану. До термінальних станів відносяться передагональний період, агонія, клінічна смерть. В передагональному стані свідомість хворого ще зберігається, але сплутана. Систолічний артеріальний тиск не перевищує 70 мм.рт.ст., пульс різко частішає і стає нитковидним, дихання поверхневе, ослаблене, шкірні покриви бліді, ціанотичні.

Під час агонії артеріальний тиск і пульс не визначаються, зорові рефлекси (роговичний, реакція зіниці на світло) зникають, дихання набуває характеру заковтування повітря. Клінічна смерть - короточасна перехідна стадія між життям і смертю, тривалість її 3 - 5 хвилин. Дихання і серцева діяльність відсутні, зіниці розширені, шкірні покриви бліді і холодні, рефлексів немає. В цей короткий період ще можливе відновлення життєвих функцій за допомогою реанімації. Всі реанімаційні заходи направлені на відновлення кровообігу, дихання, обміну речовин. Вибір методів реанімації визначається механізмом настання смерті і часто не залежить від характеру основного захворювання. Основні реанімаційні заходи - масаж серця, штучна вентиляція легень, дефібриляція і електрична стимуляція серця - проводяться лікарем та другими медичними працівниками. В наданні реанімаційної допомоги хворому беруть участь 2-3 працівника.

Показанням до негайного проведення масажу серця є припинення серцевих скорочень. В долікарській реанімації застосовується тільки непрямий або закритий масаж серця. Під час непрямого масажу хворого кладуть на тверду і рівну поверхню. В області нижньої третини грудини проксимальною частиною кисті проводять періодичне натискування 100 раз за хв., при цьому іншу руку кладуть на тильну поверхню першої для посилення натискування. Грудина повинна прогинатись на 3 - 5 см, при цьому серце, що перебуває в середостінні, здавлюється між хребтом і грудиною, а кров з його порожнини надходить в аорту і в легеневі артерії. Під час розслаблення грудна клітка повертається до свого звичайного положення, серце розправляється і порожнини його наповнюються кров'ю з вен. При ефективному закритому масажеві серця з'являється пульс на сонних і стегнових артеріях, максимальний тиск підвищується до 60 - 90 мм.рт.ст. Додатково внутрішньовенно або внутрішньоплеврально вводять адреналін, атропін, кордарон, лідокаїн.

Треба враховувати, що в людей похилого віку еластичність грудної клітки знижена, тому енергійний масаж може викликати переломи ребер, травму легень, печінки та інших органів.

Закритий масаж проводять разом з штучним диханням в співвідношенні 30:2. Показанням до штучної вентиляції легень є різке послаблення або відсутність самостійного дихання. Завдання штучної вентиляції - ритмічне нагнітання повітря в легені в достатньому об'ємі (700 см<sup>3</sup>).

Найбільш ефективними методами є два: з рота в рот або з рота в ніс.

Перед початком проведення штучного дихання слід вийняти зубні протези, очистити рот від блювотних мас.

***Дихання методом «рот в рот».*** Хворого кладуть на спину із закинutoю назад головою. Рот покривають марлевою серветкою. Зробивши глибокий вдих, той, хто надає допомогу, щільно притискує свої губи до губ хворого, затискує пальцями його ніс, з силою вдуває повітря. Видих хворого відбувається пасивно за рахунок спадання трудної клітки. Ритм дихання – 8 - 10 на хв. Якщо щелепи хворого щільно стиснуті, то застосовують метод «з рота в ніс». Хворий перебуває в тому ж положенні, рот його під час штучного вдиху закритий, а під час видиху він повинен бути напіввідкритим. Якщо штучне дихання здійснюють одночасно з непрямим масажем серця, один медичний працівник виконує штучне дихання, а інший - непрямий масаж серця.

Штучна вентиляція легень може бути виконана також за допомогою ручних респіраторів.

***Догляд за помираючими*** включає в себе комплекс гігієнічних заходів: обтирання шкіри дезрозчином, надання відповідного положення, догляд за порожниною рота, прибирання блювотних мас, а також змочування губ, слизової рота, зміна натільної і постільної білизни, подача кисню, при необхідності обкладання грілками. Необхідно забезпечити постійний нагляд з реєстрацією основних життєвих функцій, проводити реанімаційні заходи та інтенсивну терапію. Не варто біля постелі хворого обговорювати його

захворювання, навіть якщо хворий без пам'яті. З боку медичних працівників вимагається чимало такту в спілкуванні з родичами хворого. Не варто подавати їм необгрунтовані надії на добрий кінець хвороби, але разом з тим слід запевнити в тому, що все можливе для хворого робиться. Добрий догляд за тяжкохворими краще без будь-яких слів переконує родичів в тому, що вживаються всі заходи для порятунку життя хворого.

**Біологічна смерть** — це припинення життєдіяльності організму. Після клінічної смерті (див. вище) настає біологічна смерть, що характеризується такими порушеннями центральної нервової системи, після яких відновлення життєдіяльності організму неможливе.

При біологічній смерті настає розслаблення м'язів, охолодження тіла до температури навколишнього середовища. Пізніше з'являються трупні плями на нижчележачих відділах тіла. Смерть констатує лікар і записує до історії хвороби день, час і хвилини її настання. Труп роздягають, вкладають на спину, підв'язують нижні щелепи, опускають повіки, накривають простиралом і залишають в постелі на час від 30 хв. до 2 годин. На стегні померлого записують прізвище, ім'я, по батькові, номер історії хвороби. Оформляють супроводжуючу записку, разом з історією хвороби труп доставляють в патологоанатомічне відділення. Цінності з померлого знімають у відділенні в присутності лікаря і передають на зберігання старшій медичній сестрі або в приймальне відділення (під розписку). Якщо цінності зняти не вдається, то про це роблять запис в історії хвороби і труп надсилають в морг з цінностями.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Загальна хірургія / за ред. С.П.Жученка, М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча. Київ, “Здоров’я”, 1999.
2. Загальна хірургія. Вибрані лекції / за ред. Б.І.Дмитрієва. Одеса, 1999.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия. Москва, 1993.
4. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.
5. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Москва, 1988.
6. Юрихин А.П. Десмургия. Ленинград, 1986.
7. Казицкий В.М., Корж Н.А. Десмургия. Київ, 1999.
8. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. Москва, 1991.
9. Мурашко В.В., Шуганов Е.Г., Панченко А.В. Общий уход за больными. Учебное пособие. Москва, 1988.
10. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999.
11. Методика обстеження хірургічного хворого / під ред. М.О.Ляпіса. Тернопіль, 2000.
12. Жизневский Я.А. Основы инфузионной терапии. Минск, 1994.
13. Шевченко Ю.Л., Жибурт Е.Б. Безопасное переливание крови. Санкт-Петербург, 2000.
14. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. Москва, 1990.
15. Даценко Б.М. Теория и практика местного лечения гнойных ран. Киев, 1995.
16. Трещинский А.И., Саенко В.Ф. Сепсис и антибактериальная терапия. Киев, 1997.
17. Попов В.А., Воробьев В.В. Панариций. Москва, 1986.
18. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробная инфекция в хирургии. Ленинград, 1989.
19. Котельников В.П. Отморожения. Москва, 1988.
20. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, “Здоров’я”, 1999.
21. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, “Здоров’я”, 2004.
22. С.В. Петров. Общая хирургия // Санкт-Петербург, 2002, 750 с.
23. Мокшенов И.Я., Гарелин П.В., Дубовин О.И. и др. Хирургические операции // Минск, 2004, с.413.
24. Мокшенов И.Я. Врачебная деонтология // Минск, 1998.
25. Чен Г., Соннендэй К.Дж., Лилремо К.Д. Руководство по технике врачебных манипуляций (2-е издание) перевод с английского // Москва.: Медицинская литература. – 2002. – 384 с.
26. Бондаренко В.А., Лупальцев В.И. Острый аппендицит. - К.: Здоров’я, 1993.-197 с.
27. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Велігоцький М.М. та ін. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок. -Тернопіль – Рівне, 1997.-144 с.

28.Томашук И.П., Томашук И.И. Острый аппендицит и его дифференциальная диагностика. - К.: Здоров'я, 1998.-95 с.

29.Бойко В.В., Криворучко А.И., Шевченко Р.И. и др. Острый панкреатит. Патопфизиология и лечение. – Х.: Торнадо, 2002.-258 с.