МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

У 4-х модулях. Модуль 1

У 4-х частинах

Частина 1

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії»

Електронний ресурс

Харків – 2025

УДК 616-089-083(072)
Д 59

Рецензенти:

Н. С. Шевченко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

О. М. Кудревич – кандидат медичних наук, доцент, завідувач хірургічного відділення КНП «Красноградська ЦРЛ» Харківської області.

Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 5 від 30 січня 2025 року)

Д 59 **Догляд** за хворими в умовах хірургічного стаціонару. У 4-х модулях. Модуль 1. У 4-х частинах. Ч. 1 : методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії» [Електронний ресурс] / уклад. М. С. Матвєєнко, І. А. Рудас, Ф. В. Гладких. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 32 с.)

Дані методичні рекомендації спрямовані на формування у студентів вмінь і навичок, необхідних для якісного виконання професійних обов’язків у хірургічному стаціонарі. У них висвітлюється зміст догляду за пацієнтами, його значення в структурі загальноклінічних заходів стаціонару, а також розглядаються принципи етики, деонтології та фахової субординації. Окрему увагу приділено: структурі та функціям хірургічного стаціонару; правилам забезпечення лікувально-охоронного і санітарно-гігієнічного режиму; методам сучасної антисептики й асептики; організації роботи в операційній, чистій та гнійній перев'язочних; особливостям догляду за пацієнтами в перев'язочних; правилам підготовки до використання хірургічного інструментарію, перев'язувального матеріалу та витратних матеріалів; організації підготовки пацієнтів до планових і термінових хірургічних утручань.

УДК 616-089-083(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025
© Матвєєнко М. С., Рудас І. А., Гладких Ф. В., уклад., 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……..4

1. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ……..5

1.1. Студент повинен знати……...**6**

1.2. Студент повинен вміти……...**6**

2. ВСТУП……7

3. ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ……...7

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ……..10

5. СТРУКТУРА ХІРУРГІЧНОЇ КЛІНІКИ……12

6. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ……13

7. ОСОБЛИВОСТІ САНІТАРНОЇ ОБРОБКИ ХВОРИХ З ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ……21

8. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ……28

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА……...31

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ФАП	-	Фельдшерсько-акушерський пункт
НДІ	-	Науково-дослідний інститут

1. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
Іноземна мова	Вміти працювати з іноземними джерелами для отримання актуальної інформації щодо етичних та організаційних аспектів роботи у хірургічній клініці, навичок командної роботи та ефективної комунікації з пацієнтами.
Медична біологія	Застосовувати сучасні комп'ютерні програми та вміти працювати з ними, володіти статистичними методами обробки результатів клінічних випробувань, аналізувати результати досліджень, вміти оцінювати та інтерпретувати результати клінічних випробувань.
Анатомія людини	Вміти описати будову різних ділянок тіла людини
Нормальна фізіологія, гістологія, цитологія та ембріологія	Знати нормальні функції та регуляцію серцево-судинної, легеневої системи, центральної нервової системи, розуміти і визначити взаємозв'язки їх структур та функцій з іншими органами і системами людини
Гістологія	Вміти описати будову тканин людини
Біоорганічна та біологічна хімія	Знати основні біохімічні процеси в організмі: обмін білків, вуглеводів, жирів, поняття про катаболічні та анаболічні процеси. Цикл Кребса, аеробний та анаеробний гліколіз. Продемонструвати знання показників загального білка і фракції білірубіну, коагулограми, глюкози, сечовини, креатиніну, загального аналізу крові і сечі у здорових осіб.
Пропедевтика внутрішньої медицини	Проводити фізикальне обстеження пацієнтів, аналізувати результати лабораторних та інструментальних досліджень. Вміти визначати провідні синдроми і симптоми. Вміти проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати і

	формулювати діагноз на підставі фізикального обстеження і даних додаткових методів дослідження.

1.1 Студент повинен знати

- змісту догляду за хворими та його ролі в структурі загальноклінічних заходів хірургічного стаціонару;
- принципів етики, деонтології та фахової субординації;
- структури та функції хірургічного стаціонару;
- вимог та правил забезпечення лікувально–охоронного і санітарно–

гігієнічного режиму основних підрозділів стаціонару;

- методів сучасної антисептики і асептики;
- організації роботи в операційній, в чистій та гнійній перев'язочних,

особливостей догляду за хворими в перев'язочних;

- правил підготовки до використання інструментарію та витратних матеріалів хірургічним хворим.

1.2. Студент повинен вміти

- демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у хірургічній клініці;
- демонструвати володіння навичками дотримання лікувально–охоронного

та забезпечення санітарно–гігієнічного режиму в хірургічній клініці;

- проводити розпитування та огляд хворого;
- демонструвати володіння навичками забезпечення особистої гігієни хворих та догляду за важкохворими;

- демонструвати методи підготовки до використання перев'язочного матеріалу, операційної білизни, хірургічного інструментарію, шовного матеріалу;
- демонструвати методи обробки рук хірурга та операційного поля;
- організовувати підготовку хворого до планового та термінового хірургічного втручання.

2. ВСТУП

Медична етика та деонтологія є невід'ємними складовими професійної діяльності лікаря-хірурга. Вони забезпечують довіру між пацієнтом і медичним персоналом, сприяють дотриманню прав пацієнтів і підвищують якість надання медичної допомоги. Етика передбачає також врахування культурних, релігійних та соціальних аспектів кожного пацієнта. Сучасний медичний підхід базується на принципах доказової медицини, інтегрованої з гуманістичними цінностями.

Ці рекомендації спрямовані на формування у майбутніх медичних працівників розуміння етичних та організаційних аспектів роботи у хірургічній клініці, а також розвиток навичок командної роботи і ефективної комунікації з пацієнтами.

3. ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ

Філософ Бертран (1748—1832) першим увів термін "деонтологія" (від лат. деонтос — необхідність, борг, логос — навчання). Цим терміном позначають науку про борг, моральний обов'язок, професійну етику. Медична леонтологія - сукупність моральних вимог (правил, норм, заповідей, критеріїв, кодексів) і ставлення медичного працівника до

хворого, його родичів і близьких, взаємини з колегами й у суспільстві. За образним висловом А.Ф. Білібіна, деонтологія - душа медицини.

Кожний медпрацівник має розуміти, що автономні стосунки ні за яких умов не можуть поширюватися на хворих, навіть у формі зміненого настрою.

Потрібно прагнути осягнути духовний світ хворої людини і за необхідності вносити корективи у своє поводження з нею.

Уміння індивідуалізувати стиль роботи з хворим на основі його психологічних і соціальних особливостей, уміння бачити не тільки частковості й деталі, а й усю особистість у цілому з її складними переживаннями та інтересами — важливі вимоги до медпрацівника будь-якої спеціальності.

Поряд з іншими особливостями медичної діяльності основні деонтологічні принципи найбільше зосереджені на відповідальності під час розв'язання професійних завдань. Паралельно з почуттям відповідальності стиль роботи медперсоналу має вдосконалюватися. Сюди входить почуття міри, такту, пильність, гнучкість і т. д. Ці поведінкові особливості пов'язані з такими морально-етичними критеріями, як співпереживання, доброта, співчуття.

Вищевказані особливості, хоча й не можуть бути включені до переліку службових обов'язків, проте є стрижнем медичної деонтології.

Заповіт Сократа "Не можна лікувати тіло, не лікуючи душу" — найбільше стосується й хірургії.

Зрозуміло, необхідно виходити з того, що немає окремої деонтології для кожного прикладного розділу медицини, приміром для стоматології або хірургії. Однак не можна ігнорувати специфічні нюанси, що потребують її докладного розкриття.

Блискуче з погляду техніки виконана операція може не принести хворому полегшення й одужання, якщо при цьому жорстоко поранена його психіка.

Зважаючи на це, для повноцінної хірургічної роботи недостатньо мати відповідні теоретичні знання, спеціальне обладнання й добре володіти хірургічною технікою, потрібна ще низка принципових установок і правил поведінки, без яких на перший план виступають похмурі, страхітливі сторони роботи хірурга.

Неквапливість у спілкуванні з хворим, чітка послідовність, підкреслена увага - усе це входить у поняття медичного професіоналізму. У медичного працівника зазвичай багато хворих, але для хворого та його родичів, які звернулися по допомогу. на цей момент існує тільки одна людина! Тут не можна не згадати вислів, що його приписують Гіппократові: "Лікар має бути добрим і любити людей. Для хворого він має бути батьком, для того, хто одужує, — охоронцем, для здорового — другом"

Самокритичність — важлива риса хірурга. Треба вміти реально оцінювати власні можливості, уміння, досвід і за необхідності запросити більш досвідченого фахівця. Хірург має вміти самокритично оцінювати наслідки своєї діяльності, аналізувати причини невдач. ускладнень і помилок - тільки так можна їх уникнути.

Безкорисливість та відданість обраній професії, вміння одержувати моральне задоволення від своєї роботи - важливі риси будь-якого медика, а того, хто працює в хірургічному відділенні, особливо.

Дуже важливо враховувати, що здоровий психологічний мікроклімат у колективі лікарів є необхідною умовою їхньої плідної діяльності. Як об’єднати зусилля всіх медичних працівників різного профілю і рівня знань, різних наукових шкіл і напрямків, різних досвіду і практики біля постелі одного хворого? Як усе це застосувати до одного хворого, однієї його хвороби з усіма її особливостями й проявами.

Заздрість, підсиджування один одного, дрібне торжество у разі прорахунку колеги створюють украй несприятливий клімат у колективі й неминуче відбиваються на наслідках лікування хворих.

Зовсім неприпустимим є критиканство на адресу свого попередника, що часом трапляється.

Якість оперативного втручання залежить не тільки від професійної майстерності хірурга, а й від злагодженості роботи асистентів і медичного персоналу, їхнього позитивного психоемоційного настрою. Від того, як хірург навчатиме своїх працівників, як впливатиме на них, як зуміє підготувати увесь меличний персонал операційного блоку й усього віллілення, наскільки буде злагодженою робота всіх ланок колективу (під час операції, перев'язок, процедур тощо), багато в чому залежить здоров'я, а часом і життя хворого.

4. ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Етико-деонтологічні аспекти є невід'ємною частиною їхньої професійної діяльності.

Мораль — сукупність принципів, цінностей і норм, яких людидотримуються в своїй повсякденній поведінці та житті.

Етика — вивчення суспільних принципів, цінностей і норм, тому етика є ніби розмірковуванням про мораль.

Принципи — внутрішні переконання, погляд на речі, які зумовлюють норми поведінки.

Цінності - погляди відносно того, що є добре і справедливе.

Деонтологія — практичне втілення морально-етичних принципів у діяльність медичного персоналу. Етико-деонтологічні аспекти направлені на створення благодатних умов для ефективного лікування пацієнтів.

Найважливіша особливість медичної професії — гуманізм. Він випливає із самої суті цієї професії і глибокого відчуття людяності.

Стати хорошим медичним працівником без поваги до своєї праці, до хворої людини неможливо.

Обов'язок — це основа усвідомлених моральних принципів поведінки перед людьми і суспільством. Поняття обов'язку медичного працівника включає в себе такі етичні елементи, як **знання, людяність, терпіння, чесність, віру, надію, сміливість**.

Відчуженість і необізнаність не сумісні із щирими стосунками, які виникають у процесі догляду між медичним працівником і пацієнтом. Належний догляд можна здійснити тільки з позиції людяності, у поважній і стриманій манері.

При виявленні терпеливості медичний працівник засвідчує повагу до пацієнта. При більш глибоких взаєминах, пов'язаних із доглядом, дуже важлива чесність. Необхідно прийняти пацієнта таким, яким він с, а не таким, яким би вам хотілось його бачити.

Віра в пацієнта, яку проявляє медичний працівник, може укріпити його віру в себе, що у свою чергу може позитивно вплинути на видужування.

Надія — сподівання на добрий перебіг ситуації, яка є в даний момент. Надія витікає із знання потенційних можливостей того, хто здійснює догляд, і того, за ким здійснюється догляд.

Потрібно мати багато сміливості і мужності, щоб гідно тримати себе у стосунках із тяжкохворими і безнадійними хворими. У випадках змін стану пацієнта до гіршого медичний працівник повинен бути мужнім, щоб морально сприйняти такий результат і продовжувати доглядати за пацієнтом за таких обставин.

Пам'ятайте, що неможливо проявити однаковою мірою всі перелічені вище аспекти, тому не впадайте у відчай, коли будь-яка риса у вас виражена менше.

5. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

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

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

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

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

Хірургічні кафедри медичних вузів – крім надання хірургічної допомоги ведуть наукову розробку певних розділів хірургії. ***Науково-дослідні інститути (НДІ)*** – відповідно до свого профілю надають спеціалізовану хірургічну допомогу, проводять наукову розробку хірургічних проблем.

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

Хірургічні відділення ***загального профілю*** організовуються у складі районних і міських лікарень. Вони забезпечують основними видами кваліфікованої стаціонарної хірургічної допомоги велику частину населення країни. Тут лікують різні захворювання, серед яких більше 50%

припадає на гостру хірургічну патологію і 20-40% на пошкодження і захворювання опорно-рухового апарату.

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

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

• за нозологічними формами, з урахуванням локалізації – опікові відділення, хірургії сечостатевого і кістково-суглобового туберкульозу і т.п.; • за розділами хірургічної патології – онкологічні відділення, невідкладної хірургії, гнійної хірургії і т. п.;

• за особливістю методик операцій – пластична хірургія;

• за віковими особливостями – дитяча хірургія.

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

6. СТРУКТУРА ХІРУРГІЧНОЇ КЛІНІКИ

Сучасне хірургічне відділення - це складний лікувальний комплекс, звичайна діяльність якого регламентується відповідними санітарно-гігієнічними нормами. Хірургічні відділення рекомендують розміщувати в

окремих приміщеннях вікнами на південь, південний схід або південний захід. Така орієнтація відділення створює умови для освітлення палат природним сонячним світлом, з достатньою дозою ультрафіолетового проміння, яке згубно впливає на різні збудники інфекційних захворювань.

Основна вимога до хірургічного відділення - його ізоляція від інших відділень лікарні. Загальнохірургічне відділення районних і міських лікарень складається з приймального відділення, палат для хворих (стаціонару), додаткових приміщень (столова, маніпуляційна, сестринська та ін.) та операційно-перев'язувального блоку.

Приймальне відділення

Приймальне відділення функціонує за типом санпропускника, де проводять первинне сортування хворих. Приймальне відділення складається з реєстратури, кабінету первинного огляду хворих, душової, ванної кімнати, комірок для білизни, туалету. В окремих лікарнях при приймальних відділеннях створюють 1-2 діагностичні палати, а також ізолятор для інфекційних хворих. Огляд хворих проводять на кушетці, вкритій клейонкою, яку після огляду кожного хворого протирають серветками, змоченими дезінфекційними розчинами. Після огляду хворих, дослідження ран і заміни пов’язок персонал мие руки теплою проточною водою з милом протягом 3 хв та обробляє руки розчинами бактерицидних препаратів (0,2 % розчин хлораміну, 0,1 % дезоксону-1, 76° етиловий спирт, 0,5 % розчин хлоргексидину в 70° етиловому спирті, стериліум та ін.).

У приймальному відділенні хворому проводять санітарну обробку (гігієнічний душ, ванна), переодягають у лікарняний одяг (халат, білизна, тапочки). При госпіталізації ургентного хворого проводять забір крові, сечі та інших біологічних рідин для аналізу.

Хірургічне відділення

Лікують хворих у спеціально обладнаних і оснащених хірургічних відділеннях.

У великих стаціонарах створюють спеціалізовані відділення на 30-40 ліжок для надання допомоги хворим з судинною, ендокринною, легеневою та ін. патологією. Щоб попередити передачу гнійної інфекції від одного до другого хворого, бажано мати чисте хірургічне відділення і відділення хірургічної інфекції. Вони повинні бути ізольовані одне від одного, мати окремий інвентар, обладнання і обслуговуючий персонал. Якщо неможливо зробити окремі відділення, для гнійних хворих відводять окремі палати і перев’язувальну. В цих умовах важливе значення має дотримання чистоти і порядку у відділенні. Всю роботу планують так, що спочатку проводять операції, потім виконують перев’язки чистих хворих і лише після всього – гнійні перев'язки (порядок перев'язок).

У складі хірургічного відділення входять палати для хворих, операційний блок, перев’язувальні, маніпуляційна і допоміжні приміщення (туалет, ванна, столовий зал, буфет, кімнати для білизни, обслуговуючого персоналу, стерилізаційна та ін.). Палати повинні бути просторими, з розрахунку 6,5-7,5 кв.м. площі на кожного хворого. В палаті доцільно розміщувати 2-4 ліжка.

Природне освітлення повинно бути таким, щоб відношення площі вікон до площі підлоги становило 1:6.

Штучне освітлення повинно забезпечуватись люстрами з матовими плафонами і настільними лампами для тяжкохворих. Хворий повинен мати зручне ліжко, краще функціональне або із спеціальним підголовником, тумбочку, стілець для відвідувачів.

У палаті повинно бути прибрано, чисто, тихо. Температурний режим повинен витримуватись в межах 18-20 °С.

Радіо повинні слухати в навушниках, дивитись телевізор в окремих кімнатах. Для найбільш тяжких післяопераційних хворих у хірургічному стаціонарі обладнують палату або відділення інтенсивної терапії із спеціальною апаратурою, набором медикаментів, інструментів, необхідних для можливого проведення реанімаційних заходів. Хворих, які помирають, розташовують у спеціальних палатах - ізоляторах.

Хірургічне відділення повинно бути обладнане центральним водогоном (холодна, тепла вода), центральним опаленням, каналізацією і приточно-витяжною вентиляцією. Гігієнічні норми об’єму повітря в палаті становлять 27-30 м2, що при природному або штучному повітрообміні дозволяє в приміщенні створити концентрацію вуглекислоти не більше 0,1%, швидкість руху повітря повинна бути 0,10-0,15 м/ с при вологості повітря 50-55%. Це оптимальні умови для нормальної життєдіяльності людини. Вказані параметри можна легко регулювати за допомогою кондиціонера. Для зв'язку чергового персоналу з хворими в палатах повинна бути звукова або світлова сигналізація. Коридори повинні бути просторими, затишними.

На підлогу настилають лінолеум. У хірургічному відділенні проводять вологе прибирання з додаванням антисептиків (хлорного вапна, хлораміну, мікробаку, сокрена і ін.). Прибирання потрібно проводити два рази на добу. Вологе прибирання в палатах розпочинають тумбочок, плафонів, ліжок. При цьому слід відкрити кватирки. Лежачі хворі повинні бути добре вкритими. Прибирання слід проводити від вікон і стін до дверей. Вологе прибирання меблів проводять кожного дня. Панелі миють один раз на три дні. Верхні частини стін, стелю, плафони очищують від пилу не менше двох разів на місяць. Одночасно протирають віконні рами і двері.

Важливе значення має дотримання санітарно-гігієнічних вимог у їдальні.

Посуд миють у двох водах при температурі 70-90 °С або у водяній ванні з додаванням гірчиці чи спеціальних засобів для миття посуду. Не можна використовувати посуд з оббитими краями. Харчові відходи збирають у спеціальні закриті відра. Для утримання санітарного вузла у належному порядку необхідно мати спеціальні позначені відра, ганчірки, швабри. Їх не можна використовувати для прибирання інших приміщень. Чітке дотримання санітарно-гігієнічних норм є запорукою профілактики внутрішньолікарняної інфекції.

Операційний блок

Операційний блок призначений для виконання найбільш важливої і відповідальної хірургічної маніпуляції - оперативного втручання. Для проведення операцій виділяють чисту операційну для хворих з гнійними захворюваннями.

Вони використовуються для виконання планових і ургентних операцій. Кожна операційна повинна мати окремий інструментарій, обладнання, а також обслуговуючий персонал. Однією з умов попередження інфікування хворих є ізоляція операційного блоку в окремому приміщенні або на окремому поверсі. До складу сучасного операційного блоку входять: передопераційна кімната, операційний зал, стерилізаційна, матеріальна, інструментальна, автоклавна, душова і туалетна кімнати. Операційний зал повинен бути просторим (40 м2 на один операційний стіл), мати багато світла і повітря з добре налагодженою вентиляцією, кондиціонуванням повітря. Висота операційної
повинна становити не менше 3,5 м.

Операційні, як правило, розташовуються вікнами на північ, північний схід або захід.

Стіни і стеля операційної повинні бути з заокругленнями.

Стіни покривають кахлем, а стелю фарбують масляною кольоровою фарбою (сіро-зеленою або зелено-голубою, салатовою). Підлогу в операційній вистеляють керамічною плиткою або спеціальним лінолеумом; вона повинна легко очищуватись і витримувати миття дезінфекційними розчинами, бути антистатичною.

Опалення повинно бути паровим, з радіаторами, замурованими в стіни, щоб на них не накопичувався пил. Оптимальна температура операційного блоку повинна бути +20-22 °С влітку (взимку +19-20 °С) при вологості 50-55 % і швидкості руху повітря до 0,1 м/ с.

Освітлення операційної має бути рівномірним, але не яскравим, і здійснюватись як природними, так і штучними джерелами.

Відношення площі вікон до площі підлоги - 1:3. Штучне освітлення здійснюється безтіньовими лампами, бічним освітленням, аварійним освітленням. Загальна освітленість операційної повинна бути 300-500 лк.
В операційній має бути обладнання для подання кондиційованого, підігрітого і зволоженого в межах норми повітря. Очищення повітря в операційній проводять за допомогою механічних, хімічних та фізичних методів. Механічні методи - це застосування різних фільтрів, через які пропускається повітря.

Хімічні методи - це використання різних хімічних середників (аерозолів перекису водню), що мають бактерицидну дію і ароматичний ефект. Фізичні засоби - використання бактерицидних кварцевих ламп для опромінення.

Воно здійснюється в перервах між роботою або в спеціально відведений час.

Для проведення особливо чистих хірургічних втручань в операційній використовують ламінарний потік стерильного повітря з обміном його до 500 разів на годину, що забезпечує виконання великих, складних і тривалих операцій.

Обладнання операційного блоку повинно складатись тільки з апаратури і предметів, які необхідні для роботи:

- операційного стола, що дозволяє надати хворому будь-яке положення;
- стола для операційної медичної сестри, де розміщуються інструменти, шовний матеріал, серветки, кульки та ін.;
- біксів, електровідсмоктувача, термокоагулятора, анестезіологічної апаратури.

Кисневі балони і балони з наркотичними газами повинні бути винесені за межі операційної. Подача газів повинна здійснюватись за допомогою спеціальних трубопроводів.

Вхід в операційну повинен бути закритим. Заходити без операційного одягу, тапочок, шапочки, маски категорично заборонено.

Операційний блок складається з ряду підрозділів, які розміщені в окремих кімнатах, що поділяються на режимні зони:

1) зона загального режиму - кабінети завідувача, старшої операційної медичної сестри, приміщення для брудної білизни, вхід в які не зв'язаний з проходженням через санітарний пропускник або шлюз;

2) зона обмеженого режиму - приміщення для зберігання крові, переносної апаратури, кімнати операційних сестер, хірургів, приміщення для чистої білизни;

3) зона суворого режиму - передопераційна, наркозна, мийна. Вхід у ці зони позначають на підлозі червоною лінією шириною 10см. Сюди заходять лише в операційному одязі;

4) стерильна зона - операційна, стерилізаційна.

Робота в операційному блоці вимагає виконання загальномедичних обов'язків і правил, якими керуються в хірургічному відділенні, але у зв'язку із специфікою роботи в операційному блоці є і певні відмінності.

При наявності в хірургічному відділені 50 і більше ліжок у штат лікарні вводять посаду старшої операційної сестри, яку призначають з числа кращих і найбільш кваліфікованих сестер операційного блоку. Вона підпорядковується безпосередньо завідувачу відділенням, а за його відсутності - черговому лікарю. Розпорядження старшої операційної сестри є обов'язковими для молодшого персоналу операційного блоку. Вона є матеріально відповідальною особою. Від її досвіду і культури залежать стан і порядок в операційному блоці.

Сестринський пост

Його розміщують, як правило, в коридорі недалеко від палат.

На столі чергової сестри повинна бути світлова або звукова сигналізація, телефон, настільна лампа та ін.

Маніпуляційний кабінет

У маніпуляційному кабінеті знаходяться:

1) шафи для медикаментів і стерильних шприців з надписами "внутрішнє", "для ін'єкцій", "зовнішнє" , які зачиняються на ключ;

2) столик для біксів із стерильним матеріалом і антисептичних засобів (спирт, хлоргекседин, йодинол та ін.);

3) сейф для зберігання сильнодіючих і наркотичних препаратів;

4) холодильник для внутрішньовенних розчинів;

5) умивальник з рушником;

6) кушетка, стільці.

Робоче місце сестри хірургічного відділення повинно утримуватись у зразковому порядку. Медична сестра повинна суворо дотримуватись правил особистої гігієни: бути охайною, одягнутою в чистий халат,

шапочку або косинку. При виконанні ін'єкцій або внутрішньовенних вливань необхідно обов'язково користуватись маскою та гумовими рукавичками.

7. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ. ОСОБЛИВОСТІ САНІТАРНОЇ ОБРОБКИ ХВОРИХ З ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Приймальні відділення у складі багатопрофільного лікарського закладу можуть бути створені за *централізованим*, або *децентралізованим* принципом. Централізоване приймальне відділення проводить прийом всіх хворих, що надходять до лікарського закладу за направленням лікарів амбулаторно-поліклінічної служби, доставляються бригадами швидкої допомоги чи звертаються самостійно.

При децентралізованому принципі створення приймальні відділення розташовують окремо у кожному лікувальному корпусі, або для кількох корпусів одночасно, для обслуговування хворих, що надходять для надання допомоги за профілем відділень даного корпусу. Наприклад, у складі лікарні є три лікувальних корпуси: хірургічний (із загальнохірургічним, травматологічним, урологічним, реанімаційним відділеннями), акушерсько-гінекологічний (із пологовим, гінекологічним, післяпологовим, патології новонароджених відділеннями), терапевтичний (із терапевтичним, гастроентерологічним, неврологічним, кардіологічним відділеннями). При децентралізованому принципі утворення у кожному корпусі на перших поверхах буде розташоване окреме приймальне відділення. При цьому обов'язки чергових лікарів приймального відділення можуть виконуватися по черзі лікарями відділень, що знаходяться в даному лікувальному корпусі.

Функції приймального відділення:

- Реєстрація хворих, що звернулися, або доставлені для надання допомоги;
- Проведення первинного огляду та діагностичних заходів;
- Сортування хворих в залежності від профілю відділень та необхідності надання допомоги (планові та невідкладні захворювання);
- Проведення санітарної обробки хворих;
- Первинне обстеження хворих з використанням лабораторних та інструментальних засобів, організація консультативних оглядів спеціалістів відділень лікарні;
- Надання термінової допомоги та проведення реанімаційних заходів у разі виникнення невідкладних станів;
- Транспортування хворих у відділення;
- Оформлення облікової медичної документації;
- Повідомлення в органи внутрішніх справ про суіцидні випадки, дорожно-транспортні та кримінальні травми, про доставлених мерців, а також про людей в непритомному стані без супроводження рідних або без документів;
- Повідомлення станції швидкої медичної допомоги про випадки самостійного покидання хворим приймального відділення без надання медичної допомоги.

Первинний огляд, надання першої допомоги, сортування хворих проводить черговий лікар приймального відділення. Найчастіше у приймальному відділенні працюють лікарі загальної терапевтичної практики. Окрім чергових лікарів до штатного складу централізованого приймального відділення входять медичні сестри (або фельдшери) та молодші медичні сестри. Штат має бути укомплектованим для забезпечення надання безперервної цілодобової допомоги хворим.

Після первинного огляду, за необхідністю, у приймальне відділення викликаються спеціалісти з інших відділень лікарні (консультанти

приймального відділення призначаються наказом по лікарні) для визначення подальшої тактики обстеження та лікування, вирішення питань необхідності стаціонарного лікування. Після огляду і вирішення лікувально-діагностичних питань лікарем та медичними сестрами заповнюється первинна медична документація (перелік включає 25 одиниць облікової документації). **До основної первинної документації приймального відділення відносять***: історію хвороби*, якщо хворий надходить до стаціонару (у приймальному відділенні заповнюється титульний лист історії хвороби, відомості про ознайомлення з режимом медичного закладу, дані про перенесені інфекційні хвороби, результати огляду на педикульоз та коросту); *журнал обліку прийому хворих в стаціонар* (заносяться основні дані про всіх хворих, що зверталися за допомогою); *журнал реєстрації амбулаторних хворих* (заносяться дані про хворих, яким допомога була надана у приймальному відділенні, та які були відправлені для подальшого амбулаторно-поліклінічного лікування); *журнал відмовлень у госпіталізації*.

У складі приймального відділення мають бути наступні приміщення:

- реєстратура (диспетчерський пост);
- кімнати для огляду хворих (в тому числі спеціалізовані – гінекологічні, травматологічні, хірургічні з відповідним обладнанням);
- санітарний пропускник з ванною, душовою кімнатою та туалетами;
- палати для перебування хворих на час проведення первинних лікувально-діагностичних маніпуляцій;
- бокси для ізоляції хворих з інфекційними висококонтагіозними захворюваннями;
- процедурна та перев’язувальна кімната;
- лабораторія;
- рентгенівський кабінет;

- допоміжні приміщення (кімнати чергового персоналу, комори, камери для зберігання речей).

Після первинного огляду та вирішення питання про необхідність госпіталізації хворого лікар встановлює обсяг санітарно-гігієнічної обробки. Хворі, що надходять для стаціонарного лікування у плановому порядку, як правило, приймають гігієнічний душ вдома вранці та в приймальному відділенні лише переодягаються, змінюючи одяг та взуття. Хворі, що надходять до стаціонару у невідкладному порядку підлягають санітарній обробці. При цьому виключення складають лише хворі у вкрай важкому та непритомному станах (гостра кровотеча, гострий інфаркт міокарду, коматозний стан, перфорація порожнистого органу черевної порожнини та інше) яким санітарно-гігієнічна обробка не проводиться. При тяжкому стані хворого проводиться обмивання мочалкою, змоченою мильним розчином, ополіскування чистою водою та обтирання чистим рушником. Температура води для миття та ополіскування 36,0 – 38,0° С. В задовільному стані хворий приймає гігієнічний душ під спостереженням медичного персоналу. Вкрай забруднені хворі при задовільному стані організму можуть приймати гігієнічну ванну з мильним розчином.

Під час первинного огляду обов'язково проводиться огляд для можливого виявлення корости та педикульозу. Особливу увагу для виявлення корости та педикульозу слід приділяти при огляді осіб, що ведуть безладний та неосідлий спосіб життя, доставлених із місць позбавлення волі, військових частин, тобто з місць найімовірнішого розповсюдження цих захворювань. Для виявлення корости проводиться огляд тулуба та кінцівок з акцентуванням на місця типового знаходження ознак корости – міжпальцеві простори, зони ліктьових ямок, піхвових ділянок, бокових поверхонь тулуба. Сліди корости виглядають як наявність подвійних (на відстані 1-2 мм одне від одної) дуже сверблячих червоних цяток, які є місцями входу та виходу збудника корости. При виявленні ознак

корости діагноз затверджується оглядом дерматолога, який призначає відповідні додаткові діагностичні заходи та обирає спосіб обробки хворого.

Для виявлення педикульозу медичною сестрою проводиться огляд волосся, шкіри та білизни пацієнтів. Для ретельного огляду необхідно наступне обладнання: настільна лампа, лупа, густий гребінь, дезрозчин для змочування гребня.

На тілі людини паразитують три види вошей – платяні, головні та лобкові. Платяні і головні воші є носіями висипного тифу, волинської гарячки та зворотнього тифу. Ураження лобковими вошами називається – фтиріоз. Воші протягом свого життя перебувають на тілі людини і живляться її кров'ю, при своєму розвитку проходять 3 стадії: яйце («гнида»), личинка та статевозріла воша. Яйце має довгасту форму (1,0 – 1,5 мм довжини), жовтувато-білого кольору, міцно склеєне з волоссям. Личинка сірувато-коричневого кольору. Дорослі воші сірувато-коричневого забарвлення, після кровосмоктання темніші, пересуваються за допомогою 3 пар лапок з кігтиками. Воші мають довжину 2,1 – 4,75 мм. Платяна воша живе та відкладає яйця в білизні купками по 6 – 14 штук, для смоктання крові виходить на шкіру. Головна воша відкладає яйця на волосся голови біля коріння. Лобкова воша (площиця) живе на волоссі лобка, бровах та інших волосистих частинах тіла. Укуси воші виглядають як невеличкі капсулоподібні папули.

При виявленні осіб з педикульозом (наявність живих вошей, гнід та подряпин на місцях укусів від кровосмоктання) проводиться відповідна санітарна обробка в приймальному відділенні. Дезінсекцію проводять одночасно, знищуючи вошей безпосередньо на голові, тілі людини, білизні, одязі. Для обробки місць, уражених педикульозом (волосиста частина голови або лобок) використовують два способи: сухий і вологий (хімічний).

А) Сухий спосіб обробки:

1. Гоління волосся машинкою, або бритвою;

2. Обмивання теплою водою з милом (двічі);

3. Висушування;

5. Волосся збирають і спалюють.

Б) Вологий (хімічний) спосіб обробки голови:

1. На голову наносять один із педикулоцидних засобів: 0,15% водну емульсію карбофосу, 20 % водно-мильну суспензію бензилбензоату, мильно-сольвентова емульсія, лосьйон «Ниттіфор», 10% водно-гасову емульсію, шампунь «Брек», засіб «Локодин», «Лонцид», «Педикрин», «Опофос», «Перфолон», «Педикулін» та інші;

2. Голову покривають поліетиленовою косинкою або рушником. При використанні карбофосу, шампуню «Брек», засобів «Локодин», «Лонцид», бензилбензоату, мильно-сольвентової або водно-гасової емульсії час контакту 30 хвилин, при використанні лосьйону «Ниттіфор» – 40 хвилин;

3. Промивають голову шампунем;

4. Ополіскують волосся 5% розчином оцту;

5. Розчісують густим гребінцем.

Одяг пацієнтів з виявленим педикульозом збирають в поліетиленовий мішок, обробляють дустом, направляють в дезінсекційну камеру. Вологому способу обробки не підлягають діти до 5 років, вагітні жінки та матері, що годують грудним молоком і особи з пошкодженнями шкіри (мікротравми, дерматит, екземи), хворі у тяжкому стані. У даному випадку використовують сухий спосіб обробки, або обробляють волосся 5% борною маззю.

Перед процедурою слід обов’язково проінформувати пацієнта про наявність в нього педикульозу, про необхідність та спосіб обробки та отримати дозвіл на обробку. Медична сестра, що виконує обробку, проводить пацієнта до окремої кімнати з санітарним вузлом та доброю вентиляцією, одягає захисний одяг, а після проведення обробки дезінфікує приміщення. Про випадок виявлення педикульозу чи корости

повідомляється в санітарно-епідеміологічну службу, що обслуговує даний район.

Послідовність праці та розподіл обов'язків співробітників приймального відділення:

1) реєстрація пацієнтів – проводиться медичною сестрою, або фельдшером у відповідних журналах. Якщо хворий доставлений бригадою швидкої медичної допомоги, вона залишає в приймальному відділенні супровідний лист, в якому внесені паспортні дані пацієнта та відомості про загальний стан, обсяг первинної допомоги. При відмові у госпіталізації лікарем приймального відділення, або лікарями профільних відділень, заповнюється як супровідний лист швидкої допомоги так і спеціальний журнал з аргументацією причин відмовлення та подальшими рекомендаціями;

2) ретельний огляд для виключення педикульозу або корости (виконує медична сестра, або фельдшер);

3) огляд та обстеження пацієнта лікарем приймального відділення (при необхідності і іншими лікарями профільних відділень) для встановлення попереднього діагнозу та вирішення питань щодо необхідності та профілю госпіталізації. В цей час, поряд з об'єктивним обстеженням пацієнта, виконуються необхідні лабораторні, інструментальні, рентгенологічні дослідження;

4) при встановленні показань до госпіталізації лікарем вирішується питання про необхідність та вид санітарної обробки, обирається спосіб транспортування хворих до відділення;

5) санітарна обробка, переодягання та транспортування пацієнта до відділення здійснюється медичною сестрою (фельдшером) за допомогою молодшої медичної сестри.

У випадках надання екстреної хірургічної допомоги, коли існує безпосередня загроза для життя пацієнта, вищезазначена послідовність

праці може не тільки змінюватись, але й окремі елементи можуть взагалі не виконуватись (або здійснюються вже після госпіталізації хворого та надання йому допомоги). Всі заходи виконуються максимально швидко спільними зусиллями співробітників приймального відділення, працівників швидкої медичної допомоги та відділень лікарні.

8. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Який основний принцип медичної етики повинен дотримуватися хірург при спілкуванні з пацієнтом?

A. Поважати гідність пацієнта

B. Бути авторитарним

C. Уникати надання детальної інформації

D. Передавати рішення про лікування родичам

2. Що є обов'язковою складовою деонтології в хірургічній практиці?

A. Точне виконання алгоритмів маніпуляцій

B. Максимальна швидкість виконання операцій

C. Збереження довіри пацієнта

D. Уникнення будь-якого контакту з пацієнтом після операції

3. Який із зазначених відділів зазвичай НЕ входить до структури хірургічної клініки?

A. Реанімаційне

B. Операційне

C. Педіатричне

D. Амбулаторно-поліклінічне

4. Що є основною функцією операційного блоку?

A. Організація санітарної обробки пацієнтів

B. Проведення хірургічних втручань

C. Забезпечення амбулаторного прийому

D. Проведення адміністративної роботи

5. У якому відділенні пацієнт проходить первинну діагностику після прибуття до хірургічного стаціонару?

A. Операційне

B. Приймальне

C. Терапевтичне

D. Анестезіологічне

6. Яке з приміщень обов'язково має бути у складі приймального відділення?

A. Конференц-зал

B. Санітарний пропускник

C. Кабінет УЗД

D. Лабораторія для дослідження ДНК

7. Який документ оформлюється у приймальному відділенні для пацієнта, що госпіталізується?

A. Виписка з амбулаторної карти

B. Історія хвороби

C. Акт передачі пацієнта

D. Квитанція про оплату

8. Які хворі звільняються від повної санітарної обробки у приймальному відділенні?

A. Пацієнти похилого віку

B. Пацієнти у вкрай важкому стані

C. Діти до 5 років

D. Пацієнти з невідкладною травмою кінцівки

9. Яка температура води повинна використовуватися для санітарної обробки хворого?

A. 25–28°C

B. 30–32°C

C. 36–38°C

D. 40–42°C

10. У яких випадках медичний персонал зобов'язаний повідомляти санітарно-епідеміологічну службу?

A. Відмова пацієнта від госпіталізації

B. Самовільне покидання стаціонару

C. Виявлення педикульозу або корости у пацієнта

D. Погіршення стану хворого після госпіталізації

Правильні відповіді на тестові питання

1) A; 2) C; 3) C; 4) B; 5) B; 6) B; 7) B; 8) B; 9) C; 10) C

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації / за ред. В.І. Литвиненка. — 2-ге вид., випр. — Київ: Медицина, 2009. — 387 с

2. Догляд за хворими (практика): підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, С.І. Шевченко та ін.; за ред. О.М. Ковальової, В.М. Лісового, С.І. Шевченка, Т.В. Фролової. — 3-є вид., випр. — Київ: ВСВ «Медицина», 2010. — 487 с.

3. Догляд за хірургічними хворими: навчальний посібник для самостійної роботи студентів вищих медичних закладів освіти III – IV рівнів акредитації / В.В. Іващенко, Є.Р. Балацький, В.С. Ковальчук, О.І. Ніколаєв, Ю.І. Журавльова, А.В. Іващенко, М.А. Койко; за редакцією В.В. Іващенка. – Донецьк: [вид-во], 2010. – 177 с.

4. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - 494 с.

5. Каніковський О.Є., Дронов О.І., Польовий В.П., Сандер С.В. (ред.) Загальна хірургія з клінічною психологією. (https://textbook.com.ua/medicina/1473451382)

6. Особливості догляду за хворими хірургічного профілю: Навчально-методичний посібник За ред. О.Ю. Іоффе. — К.: ДЕЛЬТА, ФОП Терещенко Є.Д., 2023. — 268 с.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Матвєєнко Марія Сергіївна
Рудас Іван Андрійович
Гладких Федір Володимирович

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

У 4-х модулях. Модуль 1

У 4-х частинах

Частина 1

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 30.01.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 1,84. Обсяг 0,612 Мб. Зам. № 4/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна