

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 2

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

Електронний ресурс

Харків – 2025

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. 2 : методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії» [Електронний ресурс] / уклад. М. С. Матвеєнко, І. А. Рудас, Ф. В. Гладких. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 43 с.)

У цих методичних рекомендаціях розглядається зміст догляду за пацієнтами, його роль у структурі загальноклінічних заходів стаціонару, а також практичні аспекти, пов'язані з діагностикою, гігієною та організацією медичної допомоги. Особливу увагу приділено: методам вимірювання росту, ваги, окружності грудної клітки та інших антропометричних показників, визначенню індексу маси тіла та його значенню в оцінці стану пацієнта, а також веденню документації антропометричних досліджень; порядку проведення термометрії у пацієнтів, значенню вимірювання температури тіла для діагностики та моніторингу стану пацієнта; правилам використання різних типів термометрів; основним гігієнічним правилам для медичного персоналу, стандартам чистоти, обов'язковості використання стерильного одягу, правилам миття та дезінфекції рук; особливостям підбору, використання та підтримання чистоти лікарняної білизни, її своєчасної заміни для забезпечення комфорту та гігієни пацієнтів; технікам транспортування хворих до відділення або операційної, забезпеченню безпеки пацієнта під час транспортування, особливостям взаємодії медперсоналу при транспортуванні тяжкохворих; обов'язкам і організації роботи постової медсестри у хірургічному відділенні, забезпеченню безперебійної роботи посту медсестри та взаємодії з лікарями й іншим медичним персоналом.

УДК 616-089-083(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025

© Матвеєнко 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.....	7
2. ВСТУП.....	8
3. АНТРОПОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ	9
4. ТЕРМОМЕТРІЯ	11
5. ВИМОГИ ДО ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ ТА ОДЯГУ МЕДПЕРСОНАЛУ В ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ, ВИМОГИ ДО БЛИЗНИ ТА ОДЯГУ ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	15
6. ТРАНСПОРТУВАННЯ ХВОРОГО З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ДО ВІДДІЛЕННЯ ТА ОПЕРАЦІЙНОЇ	26
7. ОБОВ'ЯЗКИ ПОСТОВОЇ ТА СТАРШОЇ МЕДСЕСТРИ.....	31
8. ПОСТ МЕДСЕСТРИ	36
9. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	36
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	42

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ІМТ - Індекс маси тіла
- 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 білірубину, 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

- зміст догляду за хворими та його ролі в структурі загальноклінічних заходів хірургічного стаціонару;
- методи вимірювання росту, ваги, окружності грудної клітки та інших антропометричних показників, визначення індексу маси тіла (ІМТ) та його значення в оцінці стану пацієнта, ведення документації антропометричних досліджень;
- порядок проведення термометрії у пацієнтів, значення вимірювання температури тіла для діагностики та контролю стану пацієнта;
- правила використання різних типів термометрів (ртутний, електронний тощо);
- основні гігієнічні правила для медичного персоналу в хірургічному стаціонарі, стандарти чистоти та обов'язковість використання стерильного одягу, правила миття та дезінфекції рук медичного персоналу;
- особливості підбору та використання лікарняної білизни для пацієнтів, необхідність підтримання чистоти білизни та її своєчасної заміни, забезпечення комфорту та гігієни пацієнтів через правильний вибір одягу;
- основні правила та техніки транспортування хворих до відділення або операційної, забезпечення безпеки пацієнта під час транспортування, особливості взаємодії медперсоналу при транспортуванні тяжкохворих;
- основні обов'язки та організація роботи постової медсестри в хірургічному відділенні;
- організація посту медсестри в хірургічному відділенні, забезпечення безперебійної роботи та взаємодії з лікарями та іншим медичним персоналом.

1.2. Студент повинен вміти

- вимірювати основні антропометричні показники (ріст, вага, окружність грудної клітки), розраховувати ІМТ та інші параметри, аналізувати результати для оцінки фізичного стану пацієнта;
- використовувати різні типи термометрів для вимірювання температури тіла, реєструвати результати термометрії в медичній документації, інтерпретувати отримані показники для оцінки стану пацієнта;
- демонструвати володіння навичками забезпечення особистої гігієни та одягу медперсоналу;
- демонструвати володіння навичками забезпечувати відповідність білизни та одягу хворих хірургічного профілю вимогам;
- виконувати транспортування пацієнтів із дотриманням правил безпеки, використовувати спеціалізовані засоби для переміщення тяжкохворих (каталки, інвалідні візки тощо);
- демонструвати володіння обов'язків постової медсестри;
- планувати й організувати роботу постової медсестри, контролювати наявність необхідного обладнання, матеріалів та інструментів;
- демонструвати володіння навичками медичних маніпуляцій з дотриманням септики та антисептики;
- демонструвати володіння навичками застосовувати методи дезінфекції та стерилізації інструментів і робочого місця.

2. ВСТУП

Сучасна хірургія є однією з найбільш динамічних галузей медицини, яка вимагає високої точності, відповідальності та дотримання строгих стандартів догляду за пацієнтами. Ефективність лікування хворих з гострою хірургічною патологією залежить не лише від майстерності лікарів, але й від якості роботи медичного персоналу, зокрема молодших медичних спеціалістів.

У хірургічному стаціонарі важливе значення має виконання процедур антропометрії та термометрії, які дозволяють оцінити фізичний стан пацієнта, визначити динаміку його змін і вчасно виявити ускладнення. Не менш значущими є вимоги до особистої гігієни та одягу медичного персоналу, а також до білизни та одягу пацієнтів, які забезпечують дотримання санітарно-гігієнічних норм і знижують ризик інфекційних ускладнень.

Транспортування хворих з гострою хірургічною патологією до відділення або операційної потребує врахування фізіологічного стану пацієнта, правильного вибору обладнання для перевезення та злагодженої роботи медичного персоналу.

Окремої уваги заслуговують обов'язки постової та старшої медичної сестри, які забезпечують організацію та контроль за виконанням медичних і гігієнічних заходів у стаціонарі.

Дані методичні рекомендації спрямовані на формування у студентів вмінь і навичок, необхідних для якісного виконання професійних обов'язків у хірургічному стаціонарі. Вони містять теоретичні аспекти, практичні поради та алгоритми дій, які допоможуть підвищити рівень догляду за пацієнтами, сприятимуть покращенню їхнього стану і запобіганню ускладнень.

3. АНТРОПОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ

Антропометрія (від грец. anthropos - людина, metron - міра) - метод вимірювання морфологічних і функціональних ознак людини. Вимірювання зросту і довжини тулуба має велике значення для оцінки загального фізичного розвитку хворого і пропорційності розвитку окремих частин тіла. Остання може порушуватись при деяких уроджених (хондродистрофія) і набутих у дитячому віці захворюваннях (деякі ендокринні хвороби). Крім визначення росту і довжини тулуба, нерідко вимірюють об'єм грудної клітки, живота, шиї, голови, розміри нижніх кінцівок, таза та величину пухлинного запального процесу.

Вимірювання зросту

Вимірювання зросту проводять за допомогою спеціального приладу — зростоміра. Вертикальна його планка має сантиметрові поділки. Уздовж планки пересувається горизонтально розташована планшетка. На основу зростоміра стелять аркуш паперу або чисту клейонку. Хворий стоїть без взуття спиною до планки, щільно торкаючись її п'ятами, сідницями, лопатками та потилицею. Голова хворого в момент вимірювання зросту повинна знаходитися у такому положенні, щоб верхній край зовнішнього слухового проходу та кути очей були на одній горизонтальній лінії. Планшетку опускають на голову хворого та відраховують поділки на шкалі до нижнього краю планшетки.

Вимірювання зросту хворого можна проводити й у положенні сидячи; до висоти хворого у положенні сидячи додають відстань від підлоги до лавки зростоміра. Зріст тяжкохворого вимірюють сантиметровою стрічкою у положенні лежачи від тім'я до нижньої поверхні п'ят. Отриманий результат заносять у відповідну медичну документацію (медичну картку стаціонарного хворого).

Визначення маси тіла та ІМТ

Визначення маси тіла хворого здійснюють на медичних вагах, які перед цією процедурою правильно встановлюють та відрегульовують. Хворий повинен бути одягнений тільки в натільну білизну.

Перевіряють рівновагу ваг нульовим положенням грузила, закривають затвор.

На ваги стелять чисту клейонку або аркуш паперу і пропонують пацієнтові стати на середину основи ваг обличчям до шкали. Відводять затвор і пересувають грузило по нижній шкалі доти, доки приблизно не буде визначена маса тіла. Пересувають мале грузило верхньої планки до досягнення рівноваги та визначають масу тіла з точністю до 100 г. Зачиняють затвор і дозволяють пацієнтові зійти з основи ваг. Показники нижньої (одна поділка відповідає 1 кг) та верхньої (одна поділка відповідає 100 г) планок підсумовують.

ІМТ вважається оптимальним показником для оцінки розмірів тіла (ваги та зросту), які дозволяють оцінити ризики для здоров'я. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховується за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{маса (кг)} / (\text{зріст (м)})^2$$

Інтерпретація результатів	
<i>< 18,5</i>	Недостатня маса тіла
<i>18,5 – 24,9</i>	Норма
<i>25,0 – 29,9</i>	Надмірна маса тіла
<i>30,0 – 34,9</i>	Ожиріння I ступеня
<i>35,0 – 39,9</i>	Ожиріння II ступеня
<i>≥ 40,0</i>	Ожиріння III ступеня (морбідне)

Вимірювання обводу грудної клітки

Пацієнтові пропонують зняти одяг з верхньої частини тіла. Сантиметрову стрічку обводять навколо грудної клітки так, щоб вона ззаду

проходила під нижніми кутами лопаток, а спереду — на рівні IV ребра (у чоловіків під сосками, у жінок — вище грудних залоз).

Вимірюють обвід грудної клітки в стані спокійного дихання, під час максимального вдиху і видиху. Отриманий результат заносять у відповідну медичну документацію.

Різниця вимірів грудної клітки називається екскурсією грудної клітки. Величини різниці вимірів у 8—10—12 см свідчать про добрий розвиток дихального апарату. У людей, які не займаються фізичною працею і фізкультурою, а також у людей із захворюваннями органів дихання екскурсія грудної клітки не більше 5-6 см.

Вимірювання обводу живота

Таку процедуру проводять паралельно з визначенням маси тіла при ожирінні і асциті для спостереження динаміки цих показників при лікуванні пацієнтів. Процедуру проводять натще. Пацієнтові пропонують лягти на спину і звільнити від одягу ділянку живота. Сантиметрову стрічку обводять навколо тулуба, щоб ззаду вона проходила на рівні III поперекового хребця, а спереду — на рівні пупка. Отриманий результат заносять у відповідну медичну документацію.

4. ТЕРМОМЕТРІЯ

Роль температурного гомеостазу в забезпеченні життєдіяльності організму

Температура тіла є важливим діагностичним і прогностичним показником стану хворого оскільки її підвищення в більшості випадків свідчить про розвиток захворювання. про особливості його перебігу та реакції організму на патологічний процес. У звичайних умовах постійна температура тіла людини (36,4—36,8 °C) підтримується рахунок рівноваги

процесів теплопродукції і тепловіддачі завдяки теплорегуляції, впускаючи добові коливання лише в межах 1 °С.

В основі термопродукції лежать хімічні процеси обміну речовин у печінці й м'язах (хімічна терморегуляція), а в основі тепловіддачі (фізичної регуляції) — випромінювання з поверхні шкіри (70 %), потовиділення (16 %), виділення нагрітого повітря під час дихання (13 %), і 1 % тепла виділяється із сечею та калом. У механізмі теплорегуляції беруть участь нервово-вегетативна (гіпоталамо-гіпофізарна система і симпатичні волокна ЦНС) та ендокринна системи (щитоподібна залоза й надниркові залози). Підтримання постійної температури тіла (температурний гомеостаз) лежить в основі здатності організму в широкому діапазоні температурних коливань навколишнього середовища.

Вимірювання температури тіла називається *термометрією* (з грец. *thermos* — теплота, жар, *nutreo* — вимірювати). Розрізняють термометрію: *безпосередню* (на дотик) і *допомогою тильної поверхні кисті* (прикладання до шкіри спини) і *посередню* за допомогою медичного термометра (рідинний, електронний).

Методика термометрії.

Термометрію проводять за допомогою медичного термометра із вкороченою шкалою від 35 до 42 за Цельсієм з поділками 0,1 °С. Рівень рідинного стовпчика цього термометра при охолодженні не опускається, а залишається на максимальній висоті завдяки звуженню в цей момент скляного капіляра. Для зниження рівня рідини в капілярі термометр потрібно струснути.

Час вимірювання — двічі на добу: уранці з 6-ї до 8-ї години (ранковий мінімум добових коливань температури) і ввечері із 17-ї до 19-ї години (вечірній максимум).

Якщо виникне потреба (короткочасні або нерегулярні підвищення, кризи при сепсисі, ревматизмі, туберкульозі), термометрію проводять кожні 2—3 год протягом лоби, включаючи нічний час, але не обтяжуючи хворого.

Положення хворого. Термометрію проводять у стані спокою сидячи, а ліпше — у положенні лежачи. *Місця вимірювання:* пахвові ямки, пахові складки, ротова порожнина (у дітей), пряма кишка (стан непритомності; надмірні порушення в дітей; підозра на симуляцію). *Тривалість* термометрії — 8—10 хв.

ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В ПАХВОВІЙ

ЯМЦІ Й ПАХОВІЙ СКЛАДЦІ

1. Перевірити рівень рідини в термометрі. Якщо ртуть вище відмітки 34 °С, струснути кілька разів термометр і ще раз перевірити рівень рідини.
2. Якщо шкіра в пахвовій ямці волога, витерти її рушником.
3. Кінець термометра з резервуаром рідини помістити в пахову ямку і попросити хворого привести зігнуту в лікті руку до тіла і так тримати протягом 8—10 хв.
4. Показники температури занести в температурний листок.
5. Термометр продезінфікувати.
6. Дітям раннього віку температуру тіла вимірюють у паховій складці, зігнувши ногу в кульшовому суглобі.

ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ

1. Резервуар термометра із рідиною поміщують під язик хворого і просять, щоб він губами притримав корпус термометра.
2. Через 5 хв показники термометрії занести в температурний листок.
3. Термометр продезінфікувати.

ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В ПРЯМІЙ КИШЦІ

1. Покласти хворого на бік.

2. Резервуар термометра змастити вазеліном.
3. Увести резервуар термометра за сфінктер відхідника.
4. Через 5 хв визначити показання термометра, дані занести в температурний листок.
5. Термометр продезінфікувати.

Реєстрацію показників температури тіла проводять після кожного вимірювання у вигляді температурної кривої та в медичній карті хворого. Значення поділки шкали "Т" температурного листка становить 0.2 °С. Температуру наносять у вигляді крапки в графі відповідної дати, часу доби (ранок, вечір) і показника температури за шкалою "Т". З'єднавши ці точки лініями, одержуємо температурну криву.

Дезінфекція медичних термометрів

- Після використання термометра в складках замочити його в 1 % розчині хлораміну на 30 хв або в 3 % розчині водню пероксиду на 80 хв.
- Промити водою й витерти насухо.
- Після вимірювання температури в прямій кишці термометр замочити в 3 с розчині хлораміну на 1 год, за необхідності знежирити, промити водою й витерти насухо.

У нормі середня добова температура тіла дорослої людини становить 36,4-36,8 °С і протягом доби коливається приблизно в межах 1 °С: від 36,0-37,0 °С (у пахвовій ямці) і 36,5—37,5 °С (у прямій кишці). Найвищу температуру тіла реєструють о 16—18-й годині, а найнижчу — о 3—6-й. Фізіологічні коливання температури тіла залежать від віку: у дітей через високу інтенсивність обміну речовин середня температура тіла коливається в межах 36,9—37,2 °С, а в осіб літнього і старечого віку — 36,0-36,5 °С; а також від інтенсивності роботи м'язів, харчування, емоційного стану людини. За температури вище 42,5 °С і нижче 33 °С виникають незворотні порушення обміну речовин і зміни клітин, які несумісні з життям.

Розлад терморегуляції може призвести або до стійкого підвищення температури тіла (якщо переважає теплопродукція) — гіпертермія, або до її зниження (якщо переважають процеси тепловіддачі) — гіпотермія.

Електронні термометри (інша назва — цифрові термометри) — більш сучасна модифікація порівняно з рідинним аналогом. Вони працюють на основі вбудованого датчика й дисплея, що показує дані вимірювань.

Безпечні, адже не містять ртуті, тому немає такої катастрофічної небезпеки у разі пошкодження. Вимірюють температуру набагато швидше, ніж ртутні. Ударостійкі, адже здебільшого мають корпус із високоякісного пластику або гуми із вбудованим наконечником і дисплеєм.

Безконтактний інфрачервоний термометр. Безконтактний термометр вимірює інфрачервоне випромінювання, яке виходить від поверхні тіла, та перетворює його у значення температури.

Забезпечує вимірювання в діапазоні температур

- ✓ тіла: зазвичай 32°C – 42 °C;
- ✓ інших об'єктів: 0°C – 100 °C;
- ✓ похибка: $\pm 0,2^\circ\text{C}$ – 0,3 °C.

Швидкість вимірювання становить 1–2 секунди. Як правило, наявна можливість вимірювання температури на лобі, у вусі, температуру кімнати, температура інших об'єктів.

5. ВИМОГИ ДО ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ ТА ОДЯГУ МЕДПЕРСОНАЛУ В ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ, ВИМОГИ ДО БІЛИЗНИ ТА ОДЯГУ ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Гігієна медперсоналу включає три основні елементи – особиста гігієна, гігієна професійного одягу та робочого місця, гігієна виконання медичних маніпуляцій. Медперсонал має бути взірцем чистоти і охайності.

Робочим одягом є халат або костюм, шапочка, м'які шкіряні закриті тапочки. Професійний одяг має бути зручним і простим у покрої, не стримувати рухи. Шапочка має повністю закривати волосся. Для роздачі їжі та годування хворих має бути інший чистий халат. Виходячи за межі лікарні або відвідуючи санвузол необхідно знімати халат. Перед кожною маніпуляцією необхідно вимити руки, а маніпуляції необхідно проводити у рукавичках. Слід пам'ятати, що надмірне застосування косметичних засобів здатне негативно відбитися на етичній атмосфері спілкування з хворими. У медпрацівника нігті на руках повинні бути коротко підрізані, руки – чистими, теплими і м'якими, що вимагає спеціального догляду за ними.

Важливим є диспансерне спостереження за **медперсоналом**, яке спрямоване на своєчасне виявлення і санацію вогнищ хронічної інфекції (каріозні зуби, захворювання верхніх дихальних шляхів і ротової порожнини, носійство стафілококів). Огляди проводять 1 раз на 3 місці (терапевт, хірург, стоматолог, отоларинголог, окуліст, гінеколог, RW, HBs-антиген, антитіла до ВІЛ, бакдослідження носу, зівя і ротової порожнини). Санацію виявлених носіїв патогенного стафілококу проводять розчином Люголя, фурациліну 1:5000.

Гігієна медичного персоналу хірургічних відділень.

Під гігієною медичного персоналу розуміють підтримання зовнішнього вигляду, вибір та носіння комплекту спеціального медичного одягу, взуття, догляд за тілом (а особливо за руками) перед початком роботи, під час та після закінчення роботи.

Підтримання зовнішнього вигляду включає наступні окремі вимоги:

- загальний вигляд медичного персоналу повинен бути естетично довершеним, строгим та водночас привабливим для зору, що сприяє довіри з боку пацієнтів та їх близьких;

- волосся повинно прибиратися під шапочку, дуже довге волосся прибирається під халат;

- нігті повинні бути короткими, довгі нігті перешкоджають виконанню медичних маніпуляцій та процедур, огляду хворого; часте виконання манікюру з обробкою шкіри біля нігтьових ділянок може привести до появи мікротравм та запальних захворювань пальців; використання лаку для нігтів в поєднанні з необхідністю частої обробки рук на протязі робочого дня приводить до розтріскування лаку, що не сприяє адекватному гігієнічному стану рук. Теж саме можна віднести щодо носіння прикрас на руках;

- одяг та взуття повинні бути чистими;

- не існує певних вимог щодо використання макіяжу у жінок, але слід пам'ятати про естетичну довершеність при мінімальних витратах.

Вимоги до спеціального медичного одягу та взуття у співробітників хірургічних відділень, а особливо працівників операційно-перев'язувального блоку, дещо відрізняються від вимог до одягу співробітників інших підрозділів лікарського закладу. Так, хірурги, операційні сестри, а також всі особи, що приймають участь в операції, перед операцією приймають гігієнічний душ, надягають комплект операційної білизни (сорочка, штани), змінюють взуття. Перед входом до операційної знімають медичний халат, надягають маску з шапочкою (або, краще, стерильну маску-шолом, що цілком закриває обличчя та голову з шиєю, та має лише розріз для очей), бахіли та проходять до передопераційної, де проводять обробку рук та одягають стерильний халат, рукавички. Строго виконується «правило червоної смуги» – всі, хто входить до операційної за червону смугу, повинні бути одягнені в стерильну білизну.

Звичай носити медичні костюми (аналогічні комплекту операційної білизни) швидко розповсюдився не тільки в хірургічних відділеннях, а і в інших відділеннях лікарських закладів, але слід пам'ятати, що працівники хірургічних відділень змінюють свої комплекти після прання та прасування кожного робочого дня, або одразу після випадкового забруднення під час

роботи. Треба знати, що медичний одяг може бути виготовлений із різноманітних матеріалів, але у приміщеннях операційно-перев'язувального блоку, як було вже сказано в розділі 1.2.2, доцільно носити білизну із тканин, що не мають електризуючого ефекту, наприклад, з бавовни.

Взуття медичного персоналу та хворих, що знаходяться в хірургічному відділенні, повинно бути виготовлено з матеріалу, що витримує багаторазову обробку дезінфекційними засобами. Найчастіше використовується шкіряне взуття, але можна носити взуття виготовлене з гуми чи синтетичних пластмас. Під час забруднення, та після завершення робочого дня взуття протирається тампоном з 25 % розчином формаліну чи 40 % розчином оцтової кислоти.

Особливої уваги потребує знання догляду за руками медичного персоналу хірургічних відділень. Доцільно нагадати, що *мікрофлора шкіри людини складається із звичайної нормальної (синоніми – постійна, автохтонна, резидентна, сапрофітна) мікрофлори та транзиторної мікрофлори.*

Нормальна мікрофлора живе та розмножується на шкірі, при цьому 10 – 20 % її може знаходитись у глибоких шарах (сальні, потові залози, волосяні фолікули), що робить неможливим повне її видалення всіма існуючими засобами обробки, можливо лише зменшити її численність на поверхні шкіри. Найчастіше така мікрофлора представлена коагулазонегативними коками, найчастіше *Staphylococcus epidermidis*, *S. hominis*, *S. Capitis*, *Micrococcus luteus*. Також постійна мікрофлора може включати дифтероїди, рідко – грамнегативні бактерії. Резидентна мікрофлора не може бути причиною патологічних процесів при неушкодженій шкірі, але може викликати інфекційні ускладнення, якщо попадає до стерильних порожнин тіла чи на ушкоджену шкіру.

Транзиторна мікрофлора – це мікрофлора, що набута медичним персоналом в процесі роботи під час контакту з інфікованими хворими чи іншими колонізованими об'єктами зовнішнього середовища. Транзиторні мікроорганізми зберігаються на шкірі рук до 24 годин. Транзиторна флора може бути представлена більш небезпечними мікроорганізмами, наприклад, шпитальними штамами *E. coli*, клібсїєлами, сальмонелами та ін. Транзиторна флора потребує постійного видалення з поверхні шкіри під час виконання роботи.

В хірургічних стаціонарах під час роботи розрізняють три рівні обробки рук медичного персоналу:

1. Звичайне миття рук із милом – проводиться для видалення забруднень та транзиторної мікрофлори. Показання для обов'язкового миття з милом – до та після фізичного контакту з пацієнтом, після відвідування туалету, перед приготуванням, роздаванням їжі, годуванням хворих, перед їжею та у всіх випадках, коли руки забруднені. Мило може бути у вигляді брусків, рідким, гранульованим, порошковим. Перевага зазвичай надається рідкому милу, яке використовується з дозаторами, при цьому не відбувається контакту рук персоналу з милом, а лише з клапаном дозатора, який постійно обробляється антисептиками.

Техніка звичайного миття рук з милом включає наступні кроки:

- знімають всі прикраси з рук;
- під краном руки споліскують та намилюють одна об одну на протязі 10 секунд і знову споліскують від мила;
- висушують руки за допомогою одноразових серветок чи рушників, найчастіше виготовлених із м'якої гігроскопічної бумаги.

2. Другий рівень гігієнічної антисептики рук – проводиться для видалення забруднень та знищення транзиторної мікрофлори. Відрізняється від першого рівня обробки тим, що після звичайного миття з милом китиці додатково одноразово короткочасно обробляються одним із

хімічних антисептиків призначених для обробки рук. Оскільки даний рівень обробки підтримується досить часто під час роботи в хірургічному відділенні і це може викликати значне подразнення чи ушкодження шкіри перевага надається антисептикам, що включають у своєму складі пом'якшуючі речовини (гліцерин, ланолін) для шкіри. Деякі комерційні препарати саме розроблені з метою зменшення подразнення та пом'якшення шкіри, наприклад, «Стериліум».

Обов'язково така обробка проводиться:

- Перед виконанням інвазійних процедур – ін'єкції, перев'язки ран, катетеризації;
- Перед роботою з новонародженими та імунодепресивними хворими;
- Після випадкового контакту з кров'ю чи рановими виділеннями та всіх випадках контакту відкритих рук з інфікованими об'єктами.

3. Рівень хірургічної дезінфекції (хірургічної деконтамінації) рук
– проводиться перед хірургічними операціями.

Техніка хірургічної дезінфекції рук включає наступні етапи:

- Миття рук з милом під проточною водою. Щітки для миття з милом рук при використанні в наступному етапі сучасних дезінфікуючих засобів вживати не обов'язково. Для мила та для антисептиків краще використовувати дозатори з поданням рідини без участі китиць рук;

- Висушування рук стерильними марлевими одноразовими серветками або стерилізованими рушниками;

- Обробка рук антисептичним засобом. Обробку рук проводять до верхньої половини передпліччя в кілька етапів: першим етапом обробка проводиться до верхньої половини передпліччя, другим етапом проводиться обробка тільки китиць для попередження контакту з необробленою антисептиком поверхнею рук. Перед кожним етапом у китиці подається нова порція антисептика. Самі китиці обробляють виконуючи певні прийоми згідно з європейським стандартом Е 1500 для

більшої ефективності дії антисептичного засобу та найкращої деконтамінації як це показано на рисунку 1;

- Після повного висихання рук одягають стерильний халат (при необхідності) та стерильні медичні одноразові рукавички.

Для дезінфекції рук сьогодні використовують переважно наступні препарати: група детергентів – євросепти (стериліум, кутасепт F, АХД 2000) та спиртовий 0,5-1,0 % розчин хлоргексидину біглюконату; похідні мірамістину – препарат мірамідез (0,1 % спиртовий розчин мірамістину).

При використанні хлоргексидину руки після миття теплою водою з милом протирають ватним або марлевым тампоном, змоченим 0,5-1,0 % спиртовим розчином хлоргексидину протягом 3 хвилин. При використанні євросептів розчин порціями по 10,0-20,0 мл двічі втирають у шкіру протягом 5 хвилин. При використанні мірамідезу руки обробляють розчином протягом 1 хвилини.

Щодо використання медичних рукавичок доцільно вказати про їх використання не тільки під час хірургічних операцій, а й в інших ситуаціях в процесі роботи всього медичного персоналу хірургічних відділень на протязі робочого дня. Завдяки використанню рукавичок знижується ризик професійного зараження при контакті з інфікованими хворими чи їх виділеннями та, навпаки, зменшується ризик контамінації хворих резидентною чи транзиторною флорою персоналу. Взагалі, рукавички попереджають контамінацію транзиторною мікрофлорою рук персоналу. Використання рукавичок необхідне під час прибирань, при обробці хворих, при виконанні інвазійних маніпуляцій, при роботі з кров'ю, при перев'язках. Але, на відміну від рівня хірургічної дезінфекції рук, при цьому можливо використовувати нестерильні одноразові рукавички, які змінюються після кожного прибирання та проведення перев'язки чи іншої маніпуляції.

Розрізняють три типи медичних рукавичок:

- хірургічні – використовуються при проведенні інвазивних медичних утручань та при хірургічних операціях (виготовляються з латексу, біогелю, неоперену);

- оглядові – використовуються при виконанні багатьох медичних маніпуляцій, переважно під час обстеження хворого (виготовляються з латексу, тактилону, поліетилену, полівінілхлориду);

- побутові – використовуються при обробці обладнання, забруднених поверхонь, при роботі з відходами медичних закладів, під час прибирань (виготовляються з гуми, нітрилу, неоперену).



Рис. 1. Правила обробки китиць рук сучасними антисептиками за європейським стандартом Е 1500 (малюнок з офіційного сайту спільної німецько-української компанії по виготовленню антисептичних засобів «Lysoform Medical», www.lysoform.net).

Після закінчення робочого дня, а також періодично під час роботи, доцільно обробляти руки пом'якшуючими та зволожуючими кремами для попередження подразнення та ушкодження рук дезінфікуючими та миючими засобами.

Гігієна білизни і одягу хворих

Після надходження хворого до стаціонару йому виділяють ліжко з чистою білизною, яка пройшла камерну обробку і при необхідності предмети догляду (склянку, судно, сечоприймач, плювальницю). Ліжко хворого повинно бути металевим або дерев'яним з гладенькою поверхнею (Сіх можна дезінфікувати). Для тяжкохворих призначені функціональні ліжка, які дають змогу надавати хворому різних положень.

Натільну та, постільну білизну змінюють один раз на 7 днів, після гігієнічної ванни, або по мірі необхідності, після забруднення. Відповідає за заміну білизни сестра-господиня. Всю білизну необхідно прати. Мокру від поту сушити не рекомендується. Щоразу при заміні білизни стежать, щоб простирадло і сорочка були добре розпрасовані, щоб не утворювалися грубі згортки, які перешкоджають спокійному сну хворих, а у тяжкохворих нерідко сприяють пролежням. Білизну, забруднену кров'ю або іншими виділеннями, необхідно згорнути забрудненою поверхнею до середини і транспортувати в щільних клейончастих мішках на пральню. Сортувати білизну в палатах забороняється.

Ліжко хворого застеляють таким чином поверх сітки кладуть матрац із на матрацником. Зверху стелять чисте простирадло, краї якого підгинають по всій довжині на матрац для попередження утворення складок. Для важкохворих із нетриманням сечі, калу, якщо немає спеціального ліжка, на матрацник кладуть клейонку, прикріплюючи її, або підгинаючи під матрац. Клейонку можна постелити на простирадло, накриваючи її пелюшкою.

Хворому дають ковдру. Постіль повинна бути чистою, застеленою без складок і рубців. Перестеляти її треба двічі на день – вранці та ввечері. Щоранку натільну і постільну білизну витрушують і провітрюють, матрац на цей час не застилають, щоб він теж провітрився. При зміні постільної білизни важкохворому треба проявити обережність, щоб не завдати йому

додаткового болю і страждань. Заміну простирадла здійснюють, починаючи згортання по довжині до середини, піднімаючи таз і забираючи простирадло. В цей час згорнуте простирадло підставляють під таз хворого і розгортають його із середини до країв. Повертають хворого на бік згортають простирадло із одного боку, відразу розстилають чисте, повертають хворого на чисте до кінця. Згортають чисте простирадло по довжині, піднімають ноги хворого, скручують брудне простирадло і одночасно закручують чисте, піднімають таз хворого, забирають брудне і розстилають чисте, піднімають тулуб хворого, забирають брудне простирадло і до кінця розстеляють чисте.

Заміна постільної білизни тяжкохворому, якому дозволено повертатись у ліжку. Чисте простирадло необхідно до половини згорнути валиком у довжину. Підняти трохи голову хворого і забрати подушку. Підсунути хворого на край ліжка і повернути його на бік. Брудне простирадло згорнути у довжину в напрямку до хворого. На звільнену частину ліжка розстелити чисте простирадло, щоб його вільний край дещо звисав. Повернути хворого на спину, а потім на інший бік, тобто на ту частину ліжка, що покрита чистим простирадлом.

Забрати брудне простирадло й розправити чисте. Повернути хворого на спину. Краї простирадла заправити під матрац. Підкласти під голову подушку, надати хворому зручного положення, укрити його ковдрою з підковдрою.

Заміна постільної білизни тяжкохворому, якому заборонено повертатися на бік. Чисте простирадло треба згорнути по ширині валиком. Трохи підняти верхню половину тіла хворого, забрати і згорнути брудне простирадло з-під голови до крижів. На звільненому місці розстелити приготовлене чисте простирадло. На нього покласти подушку і опустити голову хворого. Підняти таз хворого, прибрати з-під нього брудне

простирадло і продовжити розправляти чисте. Підняти ноги хворого, прибрати брудне простирадло, поправити чисте й опустити ноги хворого. Заправити краї простирадла під матрац, надати хворому зручного положення.

Можна використати третій спосіб перестилання. Для цього чисте простирадло з двох боків по ширині згорнути валиком до середини.

Подушку з-під голови хворого прибрати. Брудне простирадло згорнути двома валиками від голови і від ніг до таза, по чергово піднімаючи верхню частину тулуба і ноги. Запропонувати або допомогти пацієнтові підняти таз, забрати використане простирадло. На його місце підкласти під таз чисте простирадло і розправити його в напрямку до голови і до ніг. Краї простирадла підгорнути під матрац, під голову підкласти подушку. Надати хворому зручного положення, вкрити ковдрою.

Заміна сорочки тяжкохворому. Спочатку легкими рухами, які найменше турбують хворого, підтягують сорочку ззаду до потилиці, а спереду — до грудей.

Після цього, піднявши руки хворого, скидають сорочку через голову, а потім послідовно звільняють руки. Надягають сорочку в зворотному порядку: спершу на руки, потім через голову і далі обережними рухами розпростують по спині та грудях і акуратно розправляють.

Якщо у пацієнта хвора одна рука, рукав знімають спочатку зі здорової, а потім з хворої руки, а надягають у зворотному порядку, починаючи з хворої верхньої кінцівки. Якщо тяжкохворому необхідний повний спокій, то користуються сорочкою, яка має розріз уздовж усієї спини. Надягають її лише на руки, а краї закладають під спину і розправляють.

У реанімаційних відділеннях доцільніше у перші години і дні утримувати пацієнтів оголеними під простирадлом з тим, щоб був вільний

доступ до всіх частин тіла, а також щоб зручніше і частіше можна було здійснювати часткове оброблення шкіри.

6. ТРАНСПОРТУВАННЯ ХВОРОГО З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ДО ВІДДІЛЕННЯ ТА ОПЕРАЦІЙНОЇ

Після огляду хворого, виконання діагностичних, лікувальних маніпуляцій в приймальному відділенні та встановлення показань до госпіталізації хворого виникає питання щодо транспортування його в хірургічний стаціонар. При цьому слід враховувати, як було вже сказано в попередньому розділі, загальний стан хворого та особливості його захворювання. Транспортування відбувається як в межах хірургічного відділення, так і лікувального закладу в цілому. Наприклад, транспортування з приймального відділення до операційної і після виконання операції в палату, для виконання діагностичних та лікувальних маніпуляцій – до рентгенкабінету або інших діагностичних кабінетів або інших підрозділів багатоповерхового корпусу.

Види транспортування хворих:

- самостійно в супроводі чи без супроводу медичних працівників:
 - 1) без допоміжних засобів для пересування;
 - 2) з допоміжними засобами для пересування – милиці, ходунки, ролери, тростина;
- в кріслі-каталці сидячи чи напівлежачи (в залежності від можливостей трансформації крісла-каталки та необхідного положення);
- лежачи на спеціальній медичній каталці;
- лежачи на ношах;
- в імпровізованих пристосуваннях при деяких ушкодженнях під час надання невідкладної допомоги.

При задовільному стані хворий направляється до стаціонару та пересувається в межах відділення самостійно у супроводі медичної сестри або молодшої медичної сестри без допоміжних засобів для пересування чи з певними засобами. З допоміжних засобів для пересування хворих найчастіше використовують милиці, ходунки, тростину (рис. 2).



Рис. 2. Допоміжні засоби для самостійного пересування хворих:

А – милиці звичайні пахвові; Б – милиці ліктєвові; В – тростина; Г, Д – ходунки пересувні з колесами (ролери) та без колеса.

Якщо стан хворого оцінюється як середньої тяжкості, то транспортування може відбуватися в кріслі-каталці сидячи чи напівлежачи та лежачи на медичній каталці. При неможливості хворого самостійно пересісти до крісла-каталки його спочатку усаджують в ліжко так, щоб ноги звисали до підлоги, потім з обох боків підтримують хворого, підкладаючи руки під сідниці та ззаду за спину, і перекладають до крісла. Краще таке перекладання робити удвох. Крісла-каталки можуть бути для звичайного пересування хворих без можливостей трансформації положення тулуба та з можливістю надання лежачого чи напівлежачого положення (можливість трансформації в каталку). Крісла-каталки можуть бути активні та пасивні. Активні крісла-каталки призначені для самостійного пересування хворих і

можуть бути обладнані різноманітними пристроями для руху – електричним двигуном чи ручним або ножним приводом. Пасивні крісла-каталки призначені лише для транспортування хворих із сторонньою допомогою (рис. 3).

Хворих в тяжкому стані завжди транспортують лежачи на медичній каталці чи ношах.



Рис. 3. Крісла-каталки для транспортування хворих: А – активне крісло-каталка з ручним приводом для пересування; Б – пасивне крісло-каталка з можливістю трансформації положення в каталку.

Сучасні медичні каталки (рис. 4) у більшості побудовані як розбірні з регулюванням по висоті, тобто носилки можуть зніматися з колісної бази та можна обирати рівень висоти частини нош каталки. Існують спеціальні каталки для транспортування хворих в операційну та після виконання операції, в яких частина нош відкріплюється від каталки та прикріплюється до станини операційного столу разом з хворим. Після закінчення оперативного втручання частина нош знову прикріплюється до колісної бази каталки та хворий транспортується до палати. Це можливо при виконанні оперативних втручань, коли немає необхідності надання

спеціального положення операційного столу, наприклад, при виконанні невеликих оперативних втручань та маніпуляцій.

Існують певні *правила перекладання хворого* з каталки до операційного столу або ліжка та навпаки. Найкраще виконувати перекладання хворого втрьох. Один з тих, що перекладають хворого, підкладає руки та підтримує голову та плечовий пояс, другий – підтримує тулуб та тазовий пояс, третій – підтримує стегна та гомілки. Хворого одночасно підіймають та переміщують за командою. Каталка при цьому може розміщуватись паралельно впритул до ліжка (операційного столу, медичної кушетки) або перпендикулярно ножним кінцем каталки до головного кінця ліжка. Висота каталки встановлюється на одному рівні з ліжком (операційним столом, медичною кушеткою). При пересуванні каталки по відділенню та приміщеннях слід транспортувати хворого головним кінцем вперед. Перед перекладанням слід орієнтуватися та враховувати для зручності пересування місце знаходження головного кінця ліжка (операційного столу, медичної кушетки).

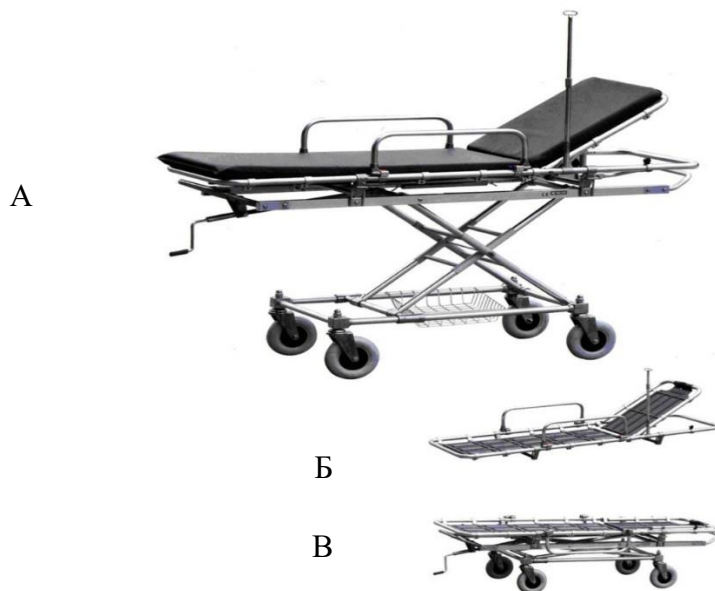


Рис. 4. Каталка медична для транспортування хворих:
А – в зібраному вигляді; Б – зняті ноші з основи каталки; В – в складаному вигляді з мінімально низьким рівнем висоти.

Ноші часто використовують в медичній практиці (рис. 5). В умовах обмеженого пересування транспортних засобів на колесах, наприклад, на сходах чи сходових прольотах, може відбуватися транспортування лежачи на ношах чи в імпровізованих пристосуваннях. Найчастіше такий спосіб транспортування використовується в необладнаних ліфтом житлових будинках в практиці робітників швидкої допомоги, але може виникнути така необхідність і в межах стаціонару при деяких випадках. При транспортуванні на ношах слід дотримуватись максимальної обережності в рухах, бо втрата рівноваги чи різкі обертання можуть привести до падіння хворого. Під час пересування по сходах слід максимально наближувати рівень нош до горизонтального, тому основне фізичне навантаження перепадає на того, хто знаходиться на нижчому рівні сходів. Цей факт слід враховувати при розподіленні фізичного навантаження серед носіїв.

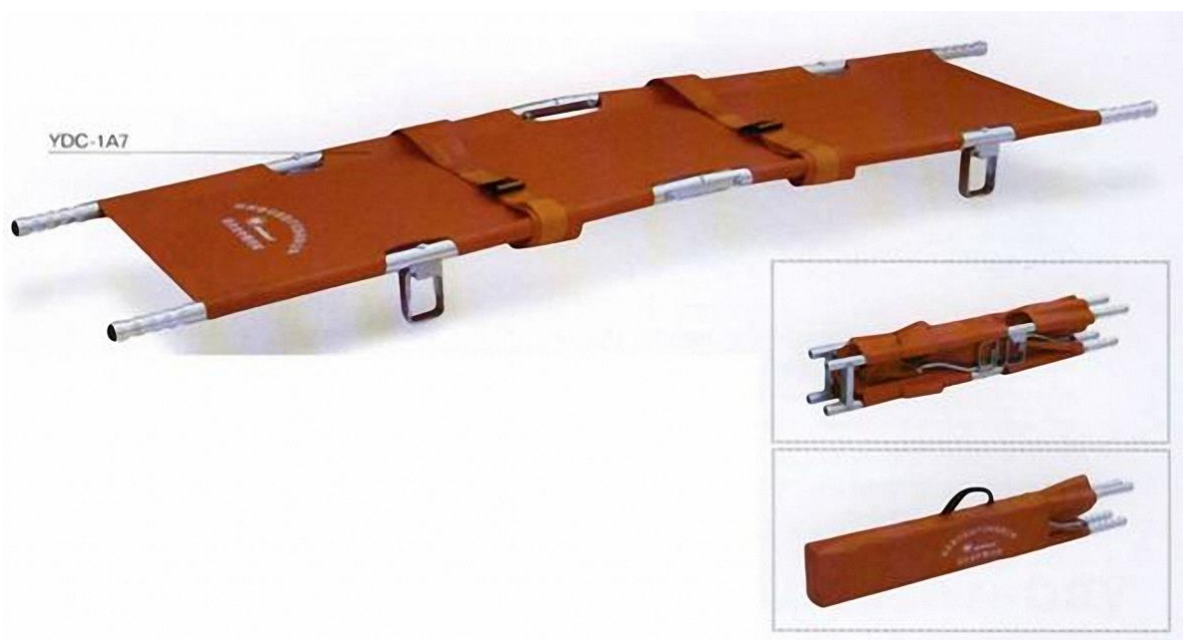


Рис. 5. Ноші медичні для транспортування хворих в розібраному та в складеному вигляді

З імпровізованих засобів для транспортування хворих можуть використовуватись стільці, простирадла, ковдри, хворого можна перенести

на руках. При деяких ушкодженнях, наприклад, при переломах кісток тазового поясу, навіть доцільно проводити транспортування сидячи на простираллі чи ковдрі з розведеними ногами. Але, коли немає спеціальних показань та є можливість вибору транспортного засобу, доцільно використовувати стандартні медичні вироби для транспортування хворих.

7. ОBOB'ЯЗКИ ПОСТОВОЇ ТА СТАРШОЇ МЕДСЕСТРИ

Роботу медичної сестри відділення щодо обслуговування хворих контролює ординатор відділення, щодо розпорядку роботи — старша медсестра відділення.

Медична сестра відповідає за своєчасне і правильне виконання лікарських призначень і за якість догляду за хворими в палатах або перев'язочній та маніпуляційній.

На посаду палатної медичної сестри призначають особу із середньою медичною освітою.

В коло її обов'язків входить:

1. Догляд і спостерігання за хворими з дотриманням принципів медичної деонтології.
2. Своєчасне й точне виконання призначень лікаря-ординатора; у разі невиконання призначень незалежно від причини негайно доповідає про це лікарю.
3. Своєчасна організація обстеження хворих у діагностичних кабінетах, у лікарів-консультантів і в лабораторії.
4. Спостерігання за станом хворого, фізіологічними відправленнями, сном. Про виявлені зміни доповідає лікарю.
5. Негайне повідомлення лікаря, а за його відсутності - завідувачу відділення або черговому лікарю про раптове погіршення стану хворого.

записування призначеного лікування, догляд за хворими, контроль за виконанням призначень.

6. Участь в обході лікарів у закріплених за нею палатах, повідомлення про стан хворих. записування призначень і догляд за хворими, контроль за виконанням призначень.

7. Санітарно-гігієнічне обслуговування фізично ослаблених і тяжкохворих

(умивання, годування, напування, за потреби полоскання рота, промивання очейвух тощо.).

8. Приймання і розміщення в палаті хворих, перевірка якості санітарної обробки хворих, яких госпіталізовано.

9. Перевірка передач хворим, щоб не допустити вживання протипоказаної їжі і напоїв.

10. Ізолювання агонуючих хворих, присутність під час смерті хворого, виклик лікаря для констатації смерті, підготовка трупів померлих для передачі їх до моргу.

11. Передача чергування біля ліжка пацієнта. Прийом чергування та огляд закріплених за нею приміщень, стану електроосвітлення, наявність жорсткого і м'якого інвентарю, медичного устаткування та інструментарію, медикаментів. Розписування та приймання чергувань у щоденнику відділення.

12. Контроль за виконанням хворими та їхніми родичами режиму відділення. Про випадки порушень режиму медична сестра доповідає старшій медичній сестрі.

13. Керівництво роботою молодшого медичного персоналу і контроль за виконанням ними правил внутрішнього розпорядку.

14. Один раз на тиждень проведення зважування хворих, фіксація маси тіла в історії хвороби. Хворим, яких госпіталізовано, вимірювання температури тіла двічі на день, запис показників у температурний листок.

15. У разі виявлення у хворого ознак інфекційного захворювання негайно повідомляти про це лікарю, за його розпорядженням ізолювати хворого і негайно провести поточну дезінфекцію.

16. За призначенням лікаря підрахунок пульсу, дихання, вимірювання добової кількості сечі, мокротиння тощо, фіксація цих даних в історії хвороби.

17. Контроль за санітарним станом закріплених за нею палат, а також особистою гігієною хворих (догляд за шкірою, ротовою порожниною, станом волосся та нігтів), за своєчасним прийманням гігієнічних ванн, заміною натільної і постільної білизни.

18. Піклування про своєчасне забезпечення хворих усім необхідним для лікування й одужання.

19. У разі змін у стані хворого, що вимагають термінових заходів, повідомляти лікарю відділення, а за його відсутності - негайно викликати чергового лікаря, надати екстрену долікарську допомогу.

20. Контроль за прийомом хворими їжі згідно з призначеною дієтою.

21. Контроль за вживанням хворими призначених ліків у її присутності.

22. Підвищення професійної кваліфікації шляхом участі у науково-практичних конференціях для середнього медичного персоналу.

23. Ведення необхідної звітної документації.

24. За відсутності сестри-господарки спільно із молодшою медсестрою відповідає за зберігання отриманої білизни для хворих.

25. За відсутності старшої медичної сестри під час обходу супроводжує лікарів відділення, чергового лікаря, представників

адміністрації. Заносить у щоденник відділення всі їхні зауваження і розпорядження.

Роботою медсестер і молодших медсестер хірургічного відділення керує старша медична сестра, а її роботою — завідувач відділення. Вона виконує його вказівки щодо догляду і обслуговування хворих і несе всю відповідальність за це.

Враховуючи коло обов'язків, на цю посаду призначають медичну сестру зі стажем роботи на цій посаді не менше трьох років і зазвичай з першою атестаційною категорією. Старшу медичну сестру хірургічного відділення призначає і звільняє головний лікар лікарні за рекомендацією завідувача хірургічного відділення.

Відповідно до завдань хірургічного відділення старша медична сестра забезпечує:

- проведення заходів щодо раціональної організації праці середнього і молодшого медичного персоналу шляхом використання малої механізації тощо;
- доцільний підбір кадрів молодшого і середнього медичного персоналу з урахуванням психологічної сумісності: складання графіків роботи молодшого і середнього медперсоналу згідно зі штатним розкладом;
- нормальне функціонування відділення шляхом своєчасної заміни медсестер і молодших медсестер, котрі з якихось причин не змогли вийти на роботу;
- володіння медичним інструментарієм і медичними препаратами, а також іншими предметами догляду за хворими; зберігання, розподіл, механізм списування і контролю за їх використанням;
- санітарно-епідеміологічний режим у відділенні;
- дотримання правил зберігання і облік наркотичних препаратів;

- організацію індивідуальних постів біля тяжкохворих за індивідуальним розпорядженням завідувача відділення;
- дотримання персоналом відділення, хворими, відвідувачами правил внутрішнього розпорядку відділення;
- контроль за травленням у хворих шляхом призначення відповідних дієт, складання порційних вимог відповідно до прийнятих дієт, за якістю приготованої їжі, та її роздачею;
- облік госпіталізації і виписки хворих, складання звіту про рух хворих у відділенні, передача у приймальне і поліклінічне відділення інформації про наявність вільних койок;
- за допомогою персоналу приймального відділення оповіщення родичів хворого про день і годину виписки або переведення його в інше відділення, за потреби забезпечує хворого супровідним співробітником і транспортом.

В обов'язки контролю старшої медичної сестри входить:

- своєчасність і чіткість виконання призначень лікаря;
- дотримання принципів лікувально-охоронного режиму:
- збереження в робочому вигляді медичного інструментарію, апаратури і предметів догляду за хворими, а також так званого м'якого і твердого інвентарю.
- своєчасне і правильне забезпечення харчування хворих:
- виконання правил прийому і виписки хворих середнім і молодшим медперсоналом відділення;
- під керівництвом завідувача відділення розробка і контроль виконання планів підвищення кваліфікації середнього і молодшого медперсоналу:
 - участь у роботі ради медичних сестер лікарні, сестринських конференціях тощо.

8. ПОСТ МЕДСЕСТРИ

Запорукою успіху в роботі медичної сестри хірургічного відділення є організація її робочого місця. Навантаження на медсестру зазвичай становить 25-30 хворих, що дає можливість їй якісно виконувати всі лікарські призначення. Частина призначень виконують медичні сестри процедурного (маніпуляційного) (взяття крові, внутрішні інфузі тощо) і перев'язного кабінетів.

Пост медичної сестри має розташовуватися неподалік від палат, які вона обслуговує, найчастіше в коридорі між палатами.

Устаткування поста медичної сестри: стіл з шухлядами, що замикаються, для зберігання документації та історій хвороб, телефон, настільна лампа, крісло, панель, на яку надходить сигналізація з палат, та ін.

У процедурному/маніпуляційному кабінеті мають бути:

- шафи для медикаментів з написами "Внутрішнє", "Зовнішнє", які закриваються на ключ;
- столик для бікса зі стерильним матеріалом і антисептичними засобами (йод, спирт та інше);
- сейф для зберігання сильнодіючих і наркотичних препаратів;
- холодильник для внутрішньовенних розчинів;
- умивальник з рушником;
- кушетка, кілька стільців.

Робоче місце як постової медичної сестри, так і процедурний (маніпуляційний) кабінет мають утримуватися в зразковому порядку.

Медична сестра зобов'язана суворо дотримуватись правил особистої гігієни: бути охайною, одягненою в чистий халат, носити шапочку або косинку, під час виконання ін'єкцій і внутрішньовенних інфузій зобов'язана користуватися марлевою маскою.

Медичний персонал має планувати свій робочий день виходячи з режиму роботи хірургічного відділення.

Важливим моментом у роботі медичного персоналу є передача чергувань. Передаючи чергування, медична сестра доповідає тій, котра прийшла на зміну, про: кількість хворих у відділенні, наявність медикаментів, які потрібно використовувати за призначенням, і стан здоров'я тяжкохворих. Медичні сестри спільно обходять палати.

Приступаючи до чергування, медична сестра приймає:

- медичний інструментарій (шприци, термометри) і лікарські препарати;
- ключі від сейфа із сильнодіючими і наркотичними препаратами, журнал про використання їх;
- журнал лікарських призначень лікарських препаратів і маніпуляцій, списки хворих, яких потрібно готувати до операцій та інструментальних обстежень;
- журнал передачі чергувань, де позначено загальну кількість хворих і списки тяжкохворих. У цьому журналі обидві медичні сестри ставлять свої підписи.

9. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Який із методів антропометрії є обов'язковим для пацієнтів з гострою хірургічною патологією?

- A) Вимірювання окружності талії
- B) Вимірювання зросту та маси тіла
- C) Вимірювання об'єму грудної клітки
- D) Визначення індексу маси тіла

2. Де рекомендовано вимірювати температуру тіла у пацієнта з гострою хірургічною патологією?

- A) В порожнині рота
- B) У пахвовій западині
- C) У прямій кишці
- D) На поверхні шкіри грудної клітки

3. Який із зазначених пунктів НЕ відповідає вимогам до особистої гігієни медперсоналу хірургічного відділення?

- A) Регулярне миття рук із застосуванням антисептичних засобів
- B) Використання одноразових рукавичок при контакті з пацієнтом
- C) Носіння прикрас під час роботи з хворими
- D) Заміна робочого одягу після кожного чергування

4. Який тип білизни рекомендовано для пацієнтів хірургічного відділення?

- A) Синтетична, яка легко очищується
- B) Бавовняна, яка легко стерилізується
- C) Льняна, що не мнеться
- D) Зі змішаних тканин для довготривалого використання

5. Що є основною умовою транспортування пацієнта до операційної з гострою хірургічною патологією?

- A) Пацієнт має бути у власному одязі
- B) Пацієнт має перебувати на каталці в положенні лежачи
- C) Пацієнта транспортують лише в супроводі лікаря
- D) Транспортування здійснюється без супроводу медичного персоналу

6. Який із зазначених факторів є пріоритетним при транспортуванні пацієнта до операційної?

- A) Комфорт пацієнта
- B) Швидкість доставки
- C) Дотримання асептики та антисептики
- D) Спілкування з родичами пацієнта

7. Яким є основне завдання постової медсестри?

A) Організація графіку роботи лікарів
B) Контроль за виконанням призначень лікаря та догляд за пацієнтами

- C) Проведення оперативних втручань
- D) Видача медикаментів зі складу

8. Що входить до обов'язків старшої медсестри?

- A) Розподіл лікарських призначень між молодшим персоналом
- B) Забезпечення відділення медикаментами та обладнанням
- C) Надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам
- D) Проведення лекцій для пацієнтів щодо хвороб

9. Яке з тверджень є правильним щодо поста медсестри?

A) Пост розташований в ізольованій зоні, недоступній для пацієнтів
B) На посту обов'язково ведеться журнал обліку прийнятих і виписаних пацієнтів

- C) Пост медсестри використовується лише для зберігання обладнання
- D) Пост медсестри закривається після закінчення зміни

10. Який інструмент використовують для вимірювання маси тіла пацієнта?

- A) Динамометр
- B) Медичні ваги
- C) Тonomетр
- D) Лінійка

11. Як часто необхідно проводити термометрію у пацієнта з гострою хірургічною патологією в перші дні після госпіталізації?

- A) Один раз на добу
- B) Два рази на добу
- C) Щотригодини
- D) Лише за наявності скарг

12. Чому пацієнтам хірургічного профілю заборонено використовувати власний домашній одяг під час перебування у відділенні?

- A) Для зручності медичного персоналу
- B) Через необхідність дотримання правил асептики та антисептики
- C) Для уникнення втрати особистих речей
- D) Це рекомендація, але не обов'язкова вимога

13. Що потрібно врахувати під час транспортування пацієнта у післяопераційному періоді?

- A) Положення пацієнта залежно від типу операції
- B) Наявність супроводу родичів
- C) Швидкість руху транспортування
- D) Температуру повітря у приміщенні

14. Який інструмент є необхідним під час транспортування пацієнта до операційної?

- A) Електрокардіограф

- В) Стерильна каталка або візок
- С) Шприц з анестетиком
- Д) Медичний набір для перев'язок

Правильні відповіді на тестові питання

1) В; 2) В; 3) С; 4) В; 5) В; 6) С; 7) В; 8) В; 9) В; 10) В; 11) В; 12) В; 13) С; 14) В.

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. Іващенко. — 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. 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 2

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. 1,78. Обсяг 1,203 Мб. Зам. № 5/25.

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