

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра загальної, дитячої та військової хірургії з курсом урології та
офтальмології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ВИРОБНИЧОЇ
ПРАКТИКИ «ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ
ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ»**

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

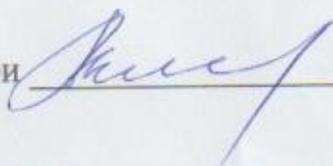
Одеса 2025

Затверджено:

Засіданням кафедри загальної, дитячої та військової хірургії з курсом урології та офтальмології Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 26.08.2025р.

Завідувач кафедри



Михайло КАШТАЛЬЯН

Розробники: д.мед.н., проф. Каштальян М.А.; д.мед.н., проф. Вансович В.Є.;
к.м.н. доц. Давидов Д.М.; к.м.н., доц. Ціповяз С.В.; к.м.н., доц. Квасневський
Є.А.; к.м.н., доц. Ільїна-Стогнієнко В.Ю.; к.м.н., доц. Колотвін А.О.; д.ф., ас.
Ромак О.І.; ас. Білаш О.В.; ас. Вітюк М.С.; ас. Похлебїна В.Б.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра загальної, дитячої та військової хірургії з курсом урології та
офтальмології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

_____ Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ВИРОБНИЧОЇ
ПРАКТИКИ «ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ
ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ»**

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

Одеса 2025

Затверджено:

Засіданням кафедри загальної, дитячої та військової хірургії з курсом урології та офтальмології Одеського національного медичного університету

Протокол № _____ від 26.08.2025р.

Завідувач кафедри _____ Михайло КАШТАЛЬЯН

Розробники: д.мед.н., проф. Каштальян М.А.; д.мед.н., проф. Вансович В.Є.; к.м.н. доц. Давидов Д.М.; к.м.н., доц. Ціповяз С.В.; к.м.н., доц. Квасневський Є.А.; к.м.н., доц. Ільїна-Стогнієнко В.Ю.; к.м.н., доц. Колотвін А.О.; д.ф., ас. Ромак О.І.; ас. Білаш О.В.; ас. Вітюк М.С.; ас. Похлебїна В.Б.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 1

ТЕМА: Особливості деонтології в роботі медичних працівників хірургічного відділення. Комунікація з невиліковним пацієнтом та його близькими. Психологічні та духовні аспекти паліативної та хоспісної допомоги. Ознайомлення з правилами поведінки з померлою людиною. Структура та функції поліклініки. Структура та функції хірургічного стаціонару. Основні професійні обов'язки молодшого медичного персоналу. Медична документація. Приймальне відділення хірургічного стаціонару. Госпіталізація, санітарна обробка та транспортування хворих.

Мета:

Сформувані у здобувачів вищої освіти цілісне уявлення про організацію роботи хірургічного стаціонару, роль та обов'язки медичного персоналу. Навчити застосовувати принципи медичної деонтології у спілкуванні з пацієнтами хірургічного профілю, в тому числі інкурабельними. Опанувати практичні навички прийому хворих, їх санітарної обробки та транспортування з дотриманням правил безпеки та ергономіки.

Основні поняття:

Медична деонтологія, ятрогенія, паліативна допомога, хоспіс, біологічна смерть, приймальне відділення, медичне сортування (тріаж), санітарна обробка, педикульоз, транспортування пацієнта.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Проводиться шляхом фронтального опитування або вхідного тестування для перевірки базових знань)

1. Визначення поняття «здоров'я» та «хвороба».
2. Поняття про асептику та антисептику (базовий рівень).
3. Основні види медичної документації.

2. Обговорення теоретичних питань (Зміст теми)

2.1. Особливості деонтології в хірургії та комунікація.

Хірургічна деонтологія — це вчення про принципи поведінки медичного персоналу, спрямовані на створення максимально сприятливих умов для одужання хворого. Специфіка хірургічного відділення полягає у наявності у пацієнтів значного психоемоційного напруження (страх перед операцією, болем, каліцтвом).

У спілкуванні з пацієнтами медичний персонал повинен дотримуватися принципу «партнерства», проявляти емпатію та стриманість. Особливої уваги потребує комунікація з невиліковним (інкурабельним) пацієнтом. Згідно з сучасними біоетичними нормами, пацієнт має право знати правду про свій діагноз, проте ця інформація повинна подаватися лікарем у доступній, делікатній формі, не позбавляючи хворого надії (на знеболення, на підтримку, на догляд). Важливою є робота з родичами пацієнта, підготовка їх до можливих наслідків захворювання та залучення до процесу догляду.

2.2. Паліативна та хоспісна допомога. Правила поводження з померлим.

Паліативна допомога спрямована не на одужання, а на покращення якості життя пацієнта з невиліковною хворобою. Основними завданнями є адекватне знеболення, симптоматична терапія (боротьба з нудотою, задишкою) та психологічна підтримка. Духовний аспект включає повагу до релігійних переконань пацієнта.

У разі настання біологічної смерті, факт якої констатує лікар, медичний персонал повинен дотримуватися шанобливого ставлення до тіла померлого. Після констатації смерті з тіла знімають усі медичні пристрої (дренажі, катетери), підв'язують нижню щелепу, закривають очі. Тіло залишають у відділенні на 2 години (до появи ранніх трупних явищ), після чого на стегно прикріплюють бірку з даними пацієнта, накривають простиралом і транспортують у патологоанатомічне відділення на спеціальній каталиці.

2.3. Структура та функції поліклініки і стаціонару.

Поліклініка забезпечує надання первинної та спеціалізованої допомоги хворим, що не потребують цілодобового нагляду. Хірургічний кабінет поліклініки виконує діагностичну, лікувальну (малі операції), диспансерну та експертну функції.

Хірургічний стаціонар призначений для цілодобового лікування. Його структура включає: приймальне відділення, лікувальні відділення (чиста хірургія, гнійна хірургія, травматологія тощо), операційний блок, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, діагностичні підрозділи. Важливим принципом є поділ потоків хворих на «чистих» та «гнійних» для запобігання перехресному інфікуванню.

2.4. Приймальне відділення та госпіталізація.

Приймальне відділення є "фільтром" стаціонару. Його основні функції: реєстрація хворих, лікарський огляд і встановлення попереднього діагнозу, санітарна обробка, надання невідкладної допомоги.

Документація приймального відділення:

- «Журнал реєстрації поступаючих хворих» (ф. № 001/о);

- «Медична карта стаціонарного хворого» (ф. № 003/о).

2.5. Санітарна обробка хворих.

Санітарна обробка проводиться в санпропускнику після огляду лікаря.

1. **Огляд на педикульоз:** Ретельно оглядають волосисті частини тіла. При виявленні вошей проводять дезінсекцію (обробка спеціальними розчинами, стрижка волосся за згодою, спалювання волосся, камерна дезінфекція одягу).
2. **Гігієнічна ванна або душ (повна обробка):** Показана хворим у задовільному стані. Тривалість ванни 20-25 хв, Т води 35-37°C.
3. **Часткова обробка (обтирання):** Проводиться тяжкохворим, яким протипоказана ванна (шок, інфаркт, масивна кровотеча, гострий живіт). Шкіру протирають тампонами, змоченими теплою водою з антисептиком.

2.6. Транспортування хворих.

Спосіб транспортування визначає лікар залежно від тяжкості стану:

- **Самостійно (пішки):** тільки при задовільному стані.
- **На кріслі-каталці:** для ослаблених хворих, хворих похилого віку, при травмах нижніх кінцівок (якщо дозволено сидіти).
- **На каталці (ношах-каталці):** для тяжкохворих, непритомних, хворих з шоком. Пацієнта кладуть головою до того кінця, де немає поворотних коліс. Транспортують **головним кінцем уперед** (щоб бачити обличчя хворого).
- **На санітарних ношах (ручних):**
 - По рівній поверхні: несуть ногами вперед.
 - **Вгору сходами:** несуть **головою вперед** (щоб голова була вище ніг).
 - **Вниз сходами:** несуть **ногами вперед** (щоб голова була вище ніг і хворий не впав).

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Заповнення документації приймального відділення.

Мета: Навчитися реєструвати пацієнта.

Алгоритм: На підставі паспортних даних пацієнта та направлення заповнити паспортну частину «Медичної карти стаціонарного хворого» (ПІБ, дата народження, адреса, місце роботи, ким направлений, діагноз направлення). Внести дані в «Журнал реєстрації поступаючих хворих».

Завдання №2. Проведення антропометрії.

Мета: Визначити фізичні параметри пацієнта.

Алгоритм: Виміряти зріст (ростоміром) та масу тіла (медичними вагами). Розрахувати індекс маси тіла (ІМТ). Отримані дані занести в температурний листок історії хвороби.

Завдання №3. Транспортування хворого на ношах.

Мета: Опанувати техніку безпечного транспортування.

Алгоритм:

1. Розмістити носі перпендикулярно до кушетки (або під кутом).
2. Трьом особам підійти до хворого з одного боку, підкласти руки під голову/лопатки, таз/стегна, гомілки.
3. За командою синхронно підняти хворого, повернутися на 90/180 градусів і покласти на носі.
4. Здійснити транспортування по сходах: вгору — головою вперед, вниз — ногами вперед.

Завдання №4. Деонтологічна ситуаційна задача.

Умова: У приймальне відділення поступив пацієнт з підозрою на неоперабельну пухлину. Він стривожений і прямо запитує медсестру: "У мене рак? Я помру?".

Завдання: Продемонструвати правильну відповідь.

Рекомендація: Медсестра не має права повідомляти діагноз. Правильна тактика: заспокоїти пацієнта, сказати, що обстеження ще тривають і остаточні висновки зробить лікар, запропонувати покликати лікаря для розмови.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за результатами опитування, виконання практичних навичок та вирішення ситуаційних задач.

Критерії оцінювання:

- **«Відмінно» (5):** Здобувач вільно володіє матеріалом, демонструє глибокі знання деонтології та структури стаціонару, безпомилково виконує алгоритми транспортування та санітарної обробки.
- **«Добре» (4):** Здобувач добре володіє матеріалом, допускає незначні неточності у формулюваннях або виконанні навичок, які самостійно виправляє.

- **«Задовільно» (3):** Здобувач орієнтується в матеріалі поверхово, допускає суттєві помилки в алгоритмах, потребує допомоги викладача.
- **«Незадовільно» (2):** Здобувач не володіє матеріалом, не може виконати практичні навички.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації. — К. : Медицина, 2017. — 424 с.
2. Ковальова О.М., Лісовий В.М. Догляд за хворими (практика): підручник. — К.: Медицина, 2017. — 488 с.
3. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 744 с.

Додаткова:

1. Паліативна та хоспісна допомога : підручник / за ред. Т. В. Семиглазової. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020.
2. General Surgery. Textbook for students / Edited by Prof. S.D. Khimich, Prof. M.D. Zheliba. — Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2019.

Електронні ресурси:

1. Сайт МОЗ України: <https://moz.gov.ua/>
2. Сайт ВООЗ: www.who.int

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 2

ТЕМА: Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Асептика та антисептика. Профілактика внутрішньолікарняної інфекції. Передстерилізаційна обробка та стерилізація інструментарію. Обробка рук медичного персоналу.

Мета:

Ознайомити здобувачів з основами профілактики внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ). Сформувати професійні знання про методи асептики та антисептики, види та етапи стерилізації хірургічного інструментарію. Опанувати практичні навички гігієнічної та хірургічної обробки рук, надягання стерильного одягу та рукавичок, контролю якості передстерилізаційної обробки.

Основні поняття:

Асептика, антисептика, стерилізація, дезінфекція, внутрішньолікарняна інфекція, екзогенна та ендогенна інфекція, проба на приховану кров (азопірамова), автоклавування.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Проводиться у формі вхідного тестування або усного опитування)

1. Що таке інфекційний процес?
2. Шляхи передачі інфекції.
3. Поняття «дезінфекція»: види та методи.

2. Обговорення теоретичних питань (Зміст теми)

2.1. Поняття про асептику та антисептику. Джерела інфекції.

У хірургії існує два основні методи профілактики інфекції:

- **Асептика** (без гниття) — це комплекс заходів, спрямованих на попередження потрапляння мікробів у рану. Це досягається знищенням мікробів на всіх предметах, що контактують з раною (інструменти, білизна, руки хірурга). Основний закон асептики: *«Все, що стикається з раною, має бути стерильним»*.
- **Антисептика** (проти гниття) — це комплекс заходів, спрямованих на знищення мікробів, які вже потрапили в рану або знаходяться в організмі хворого.

Джерела хірургічної інфекції:

1. Екзогенна (зовнішня) — потрапляє ззовні:

- *Повітряно-крапельна*: через пил та краплі слини (роль масок, вентиляції, кварцювання).
- *Контактна*: через інструменти, руки, перев'язувальний матеріал (головний шлях передачі!).
- *Імплантаційна*: через шовний матеріал, протези, що залишаються в рані.

2. Ендогенна (внутрішня) — джерело знаходиться в організмі самого хворого (каріозні зуби, хронічний тонзиліт, гнійники на шкірі).

2.2. Передстерилізаційна обробка та стерилізація.

Обробка багаторазового інструментарію проходить у 3 етапи:

1. **Дезінфекція**: замочування інструментів у дезрозчині одразу після використання для знищення патогенної флори.
2. **Передстерилізаційна обробка (ПСО)**: механічне видалення залишків білка, жиру та ліків. Включає: промивання проточною водою, замочування в миючому розчині (наприклад, з перекисом водню), миття щітками, ополіскування дистильованою водою, сушіння.
 - *Контроль якості ПСО*: **Азопірамова проба** (на залишки крові — фіолетове забарвлення), **Фенолфталеїнова проба** (на залишки лужного миючого засобу — рожеве забарвлення).
3. **Стерилізація**: повне знищення всіх мікроорганізмів та їх спор.
 - **Паровий метод (Автоклав)**: насичена водяна пара під тиском. Основний режим для білизни та інструментів: 132°C, 2 атм., 20 хв.
 - **Хімічний метод**: замочування в розчинах (сурфаніос, корзолекс) або газова стерилізація (для оптики, пластику).

2.3. Види антисептики.

Залежно від методу впливу розрізняють:

- **Механічна**: первинна хірургічна обробка рани (ПХО), видалення некротизованих тканин, промивання рани струменем води.
- **Фізична**: використання гігроскопічних пов'язок, дренивання (відтік гною за законом гравітації), застосування лазера, ультразвуку, УФ-опромінення.
- **Хімічна**: застосування хімічних речовин (антисептиків) — спирти, йодофори (бетадин), перекис водню, хлоргексидин, декасан.

- **Біологічна:** застосування антибіотиків, ферментів, сироваток, анатоксинів.

2.4. Гігієна рук медичного персоналу.

Руки персоналу — найважливіший фактор передачі інфекції. Розрізняють три рівні обробки рук:

1. **Звичайне миття:** водою з милом для видалення бруду та транзиторної флори (після відвідування туалету, перед їжею).
2. **Гігієнічна антисептика:** втирання спиртовмісного антисептика (3 мл протягом 30 сек) без води. Проводиться перед і після контакту з пацієнтом, після зняття рукавичок, перед виконанням інвазивних процедур.
3. **Хірургічна антисептика:** складна процедура перед оперативним втручанням (миття рук до ліктів, стерильні серветки, втирання антисептика двічі по 5 хв, стерильні рукавички).

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Гігієнічна обробка рук.

Мета: Засвоїти техніку знезараження рук для щоденної роботи.

Алгоритм:

1. На сухі долоні нанести 3 мл антисептика.
2. Енергійно втирати засіб у шкіру рук до повного висихання (не менше 30 сек), дотримуючись послідовності рухів:
 - Долоня до долоні.
 - Права долоня по тильній стороні лівої кисті і навпаки.
 - Внутрішні поверхні пальців переплетені.
 - Тильна сторона пальців до долоні другої руки (замок).
 - Обертальні тертя великих пальців.
 - Кінчики пальців по долоні іншої руки.

Завдання №2. Надягання та зняття стерильних рукавичок.

Мета: Забезпечити стерильність при маніпуляціях.

Алгоритм:

1. Розкрити зовнішню упаковку, не торкаючись внутрішньої стерильної.
2. Розгорнути внутрішню упаковку «книжкою», торкаючись лише країв.

3. Взяти першу рукавичку за відворот (внутрішню поверхню) і натягнути на руку, не торкаючись стерильної зовнішньої сторони.
4. Взяти другу рукавичку стерильною рукою *під* відворот (зовнішню поверхню) і натягнути на другу руку.
5. Розправити манжети.
6. *Зняття*: захопити рукавичку за зовнішню поверхню, стягнути її, вивертаючи навиворіт. Другу рукавичку знімати, просунувши палець під манжету. Утилізувати в контейнер для медичних відходів (категорія В).

Завдання №3. Контроль якості передстерилізаційної обробки (Азопірамова проба).

Мета: Виявити приховані залишки крові на інструментах.

Алгоритм:

1. Змішати реактиви азопіраму та 3% перекису водню (1:1).
2. Нанести 2-3 краплі розчину на інструмент (в ділянку замка, на ріжучу кромку) або протерти тампоном.
3. Оцінити результат протягом 1 хв:
 - **Фіолетове забарвлення, що швидко переходить у рожево-бузкове** — позитивна реакція (є кров, інструмент брудний).
 - Відсутність забарвлення — інструмент чистий.
 - *Примітка*: При позитивній пробі вся партія інструментів підлягає повторній обробці.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за результатами демонстрації практичних навичок (обробка рук, надягання рукавичок) та теоретичного опитування.

Критерії оцінювання:

- **«Відмінно» (5):** Бездоганне знання алгоритмів асептики, правильне виконання проби на якість ПСО та техніки обробки рук.
- **«Добре» (4):** Впевнене виконання навичок з незначними поправками.
- **«Задовільно» (3):** Помилки в послідовності рухів при обробці рук, порушення стерильності при надяганні рукавичок, які виправляються після зауваження.
- **«Незадовільно» (2):** Грубі порушення правил асептики.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник. — К. : Медицина, 2017. — 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 744 с.
3. Наказ МОЗ України № 798 від 21.09.2010 «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу».

Додаткова:

1. Хірургія: підручник / [Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч та ін.]. — К. : ВСВ «Медицина», 2010. — 712 с.
2. Gostishchev V.K. General Surgery. The Manual. – М.: GEOTAR-Media, 2020.

Електронні ресурси:

1. Сайт МОЗ України: <https://moz.gov.ua/>
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України: <https://phc.org.ua/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 3

ТЕМА: Основні професійні обов'язки молодшого медичного персоналу. Особиста гігієна. Гігієна хворих. Зміна натільної та постільної білизни тяжкохворим.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти глибоке розуміння важливості санітарно-гігієнічного режиму для профілактики внутрішньолікарняних інфекцій та прискорення одужання пацієнтів. Ознайомити з фізіологічними аспектами функціонування шкіри та слизових оболонок. Навчити виконувати складні маніпуляції з догляду за тяжкохворими (зміна білизни різними способами, проведення туалету тіла) з дотриманням принципів медичної етики, деонтології та ергономіки.

Основні поняття:

Гігієна праці, санітарно-протиепідемічний режим, особиста гігієна хворого, мацерація шкіри, попрілості, пролежні, функціональне ліжко, положення Фаулера, положення Сімса, поздовжній та поперечний методи зміни білизни.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Проводиться шляхом розгорнутого опитування або вхідного тестування)

1. Анатомо-фізіологічні функції шкіри (захисна, терморегулююча, видільна, дихальна).
2. Вплив порушення гігієни на перебіг післяопераційного періоду.
3. Основні вимоги до санітарного стану палат хірургічного відділення.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Роль та місце молодшого медичного персоналу. Гігієна праці.

Молодша медична сестра (санітарка) відіграє ключову роль у забезпеченні комфорту пацієнта та підтриманні асептичних умов. Її робота регламентується посадовою інструкцією та правилами внутрішнього розпорядку.

Основою профілактики інфекцій є особиста гігієна персоналу. Медичний працівник повинен мати охайний вигляд, носити чистий, випрасуваний спецодяг (халат або піжаму) та шапочку, що повністю закриває волосся. Взуття має бути на низьких підборах, з матеріалу, що легко миється та не створює шуму при ходьбі. Особлива вимога стосується рук: нігті мають бути коротко підстрижені, без лакового покриття та штучних нігтів, оскільки під ними

накопичується патогенна мікрофлора, а довгий манікюр може травмувати шкіру пацієнта при маніпуляціях або пошкодити гумові рукавички.

2.2. Санітарний режим палати.

Для створення сприятливих умов одужання у палатах підтримується суворий санітарний режим. Вологе прибирання із застосуванням дезінфікуючих засобів проводиться не менше двох разів на добу (вранці та ввечері). Провітрювання здійснюється за графіком (4–5 разів на добу по 10–15 хвилин) для зниження бактеріального забруднення повітря та збагачення його киснем. Оптимальна температура повітря становить 18–20 °С, а в післяопераційних палатах — 20–22 °С. Ліжка розміщують на відстані не менше 1 метра одне від одного, щоб забезпечити доступ персоналу з усіх боків.

2.3. Особиста гігієна хворого та догляд за шкірою.

Шкіра виконує життєво важливі функції: бере участь у терморегуляції, газообміні, виведенні продуктів метаболізму. У тяжкохворих, які тривалий час перебувають у ліжку, ці функції порушуються. Накопичення поту, шкірного сала, злущеного епідермісу та пилу створює сприятливе середовище для розмноження мікроорганізмів, що призводить до гнійничкових захворювань, попрілостей, свербіжу та пролежнів.

Тому щоденний туалет хворого є обов'язковою процедурою. Він включає:

- Вмивання обличчя та миття рук з милом (обов'язково перед їдою).
- Догляд за ротовою порожниною: чищення зубів або протирання ясен, язика та зубів ватним тампоном, змоченим 2% розчином натрію гідрокарбонату (соди) або слабким розчином перманганату калію. Це профілактує стоматит та паротит.
- Обтирання тіла: проводиться частинами (щоб не переохолодити хворого) за допомогою рушника, змоченого теплою водою з додаванням оцту або спирту. Після вологого обтирання шкіру витирають насухо, звертаючи увагу на природні складки (під молочними залозами, у паху, пахвах).

2.4. Методики зміни постільної білизни тяжкохворим.

Зміна білизни у пацієнтів, які перебувають на суворому ліжковому режимі, є складною маніпуляцією, що вимагає вправності та часто — участі двох осіб. Головне правило: білизна має бути чистою, сухою, без грубих швів та складок, які можуть травмувати шкіру.

Існує два основні способи заміни простирадла, вибір яких залежить від рухової активності пацієнта:

- **Поздовжній спосіб:** Використовується, якщо пацієнту дозволено повертатися на бік. Суть методу полягає у поступовому зміщенні брудної

білизни та розгортанні чистої вздовж осі тіла (справа наліво або навпаки). Цей метод менш травматичний для пацієнта.

- **Поперечний спосіб:** Застосовується для пацієнтів, яким категорично заборонено активні рухи або поворот на бік (наприклад, після операцій на хребті, при переломах таза, великих судинних втручаннях). У цьому випадку зміна відбувається шляхом скачування білизни зверху вниз (від голови до ніг), при цьому послідовно піднімають голову/плечі, а потім таз/ноги хворого.

2.5. Правила зміни натільної білизни (сорочки).

Для тяжкохворих використовують спеціальні сорочки-ропашонки. При заміні сорочки важливо дотримуватися послідовності, яка мінімізує біль та ризик додаткової травматизації, особливо якщо одна з кінцівок пошкоджена (перелом, опік, парез).

Золоте правило травматології та десмургії:

1. При *знятті* одягу: спочатку звільняють **здорову** руку, а потім — **хвору**.
2. При одяганні: спочатку одягають хвору руку, а потім — здорову.

Це дозволяє уникнути зайвих рухів ушкодженою кінцівкою та зменшити больові відчуття.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Алгоритм зміни постільної білизни поздовжнім способом.

Мета: Опанувати техніку зміни білизни пацієнту, який може повертатися.

Виконання:

1. Підготувати чисте простирadlo, скачавши його валиком по довжині до середини.
2. Прибрати ковдру, накривши хворого індивідуальною ковдрою (влітку — простирadлом). Обережно підняти голову та прибрати подушку.
3. Медичний працівник стає збоку ліжка і допомагає хворому повернутися на бік, спиною до себе (або обличчям до краю ліжка, страхуючи від падіння).
4. На звільненій половині ліжка брудне простирadlo згортають валиком впритул до спини хворого.
5. На звільнене місце кладуть валик чистого простирadla і розкочують його поряд із брудним.
6. Обережно перевертають хворого на спину, а потім на інший бік (так, щоб він опинився на чистому простирadлі).

7. Прибирають згорнуте брудне простирадло.
8. Розгортають решту чистого простирадла, ретельно натягують його краї та заправляють під матрац (складок не повинно бути!).
9. Змінюють наволочку, кладуть подушку, вкривають хворого.

Завдання №2. Алгоритм зміни постільної білизни поперечним способом.

Мета: Опанувати техніку зміни білизни нерухомому пацієнту.

Виконання:

1. Чисте простирадло скачати валиком по ширині.
2. Один медичний працівник (або помічник) підтримує голову і плечі хворого, трохи піднімаючи їх. Інший швидко згортає брудне простирадло з боку узголів'я до попереку.
3. На звільнене місце кладуть чисте простирадло і розкочують його до спини.
4. Хворого опускають на чисте.
5. Потім піднімають таз і ноги хворого. Брудне простирадло прибирають, а чисте розкочують до кінця ліжка.
6. Опускають таз і ноги, натягують краї простирадла.

Завдання №3. Алгоритм зміни натільної білизни (сорочки) при травмі руки.

Мета: Засвоїти правило «хворої/здорової руки».

Виконання:

1. Зняття:

- Підвести руки під крижі хворого, захопити край сорочки і обережно підтягнути її вгору до пахвових ділянок.
- Підняти голову хворого (або попросити його зробити це) і зняти сорочку через голову.
- Зняти рукав зі **здорової** руки.
- Обережно стягнути рукав із **хворої** руки, підтримуючи її знизу.

2. Одягання:

- Рукав чистої сорочки, призначений для **хворої** руки, зібрати в гармошку.
- Ввести руку всередину рукава і обережно надіти його на хвору кінцівку.
- Надіти сорочку через голову.

- Надіти рукав на здорову руку.
- Розправити сорочку на спині та грудях.

Завдання №4. Туалет ротової порожнини тяжкохворого.

Мета: Забезпечити гігієну при неможливості самостійного чищення зубів.

Виконання:

1. Підготувати лоток, пінцет, марлеві кульки, розчин антисептика (фурацилін, сода).
2. Нахилити голову хворого набік, підкласти рушник.
3. Захопити пінцетом марлеву кульку, змочити в розчині, відтиснути.
4. Послідовно протерти: вестибулярну (зовнішню) поверхню зубів, жувальну поверхню, язичну поверхню. Для кожної ділянки брати нову кульку.
5. Обережно протерти язик (знімаючи наліт) та внутрішню поверхню щік.

4. Підведення підсумків

Оцінювання проводиться комплексно, враховуючи теоретичну підготовку та якість виконання маніпуляцій.

Критерії оцінювання:

- **«Відмінно» (5):** Здобувач демонструє глибоке розуміння фізіологічних процесів, вільно володіє технікою зміни білизни обома способами, діє впевнено, дотримується правил ергономіки та безпеки пацієнта.
- **«Добре» (4):** Здобувач знає теоретичний матеріал, виконує практичні навички правильно, але допускає незначні затримки або неточності (наприклад, неідеально розправляє складки), які виправляє самостійно.
- **«Задовільно» (3):** Теоретичні знання поверхневі. При виконанні маніпуляцій порушує послідовність (плутає хвору/здорову руку), потребує допомоги викладача.
- **«Незадовільно» (2):** Не знає алгоритмів, діє хаотично, своїми діями створює небезпеку для пацієнта.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.

2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з догляду за пацієнтами і медичної маніпуляційної техніки : навч. посіб. / [В. М. Лісовий, О. М. Ковальова, Т. В. Фролова та ін.] ; за ред. В. М. Лісового, О. М. Ковальнової. Київ : Медицина, 2019. 160 с.

Додаткова:

1. Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / громадських закладах, що надають соціальні послуги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. № 1614. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1318-21>.
2. Мацков В. І., Волянська Л. А. Основи медсестринства : підручник. Тернопіль : ТДМУ, 2020. 524 с.
3. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
4. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.
5. **Електронні інформаційні ресурси:**
 1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
 2. Центр громадського здоров'я МОЗ України (розділ «Інфекційний контроль»). URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/infekciyniy-kontrol>
 3. Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization). URL: <https://www.who.int/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 4

ТЕМА: Догляд за тяжкохворими. Профілактика пролежнів. Туалет очей, вух, носа, ротової порожнини. Догляд за хворими з гарячкою. Догляд за агонуючими пацієнтами.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти клінічне мислення щодо ризиків виникнення пролежнів у малорухомих пацієнтів. Опанувати сучасні стратегії профілактики та догляду за шкірою згідно з міжнародними протоколами (ЕРУАР). Навчити виконувати туалет природних отворів у непритомних пацієнтів, забезпечувати адекватний догляд у різні стадії гарячки та надавати паліативну підтримку в термінальних станах.

Основні поняття:

Пролежні (декубітальні виразки), ішемія, некроз, мацерація, шкала Нортон/Брейдена, положення Фаулера, положення Сімса, гарячка (febris), криза (crisis), лізис (lysis), агонія, клінічна смерть.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або усне опитування)

1. Анатомія та фізіологія шкіри, механізм мікроциркуляції.
2. Поняття про асептику при догляді за слизовими оболонками.
3. Основні параметри вітальних функцій (температура, пульс, АТ, ЧД).

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Етіологія та патогенез пролежнів.

Пролежень (decubitus) — це ятрогенне (часто попереджуване) ускладнення, що являє собою змертвіння (некроз) м'яких тканин унаслідок порушення кровообігу, спричиненого тривалим безперервним механічним тиском.

Основний механізм розвитку:

1. **Тиск:** Коли зовнішній тиск на тканини перевищує тиск у капілярах (приблизно 32 мм рт. ст.), кровотік у цьому місці припиняється. Якщо тиск триває понад 2 години, розвивається ішемія, гіпоксія тканин і, як наслідок, некроз.
2. **Зсув (зрізуюча сила):** Виникає, коли пацієнт «з'їжджає» вниз по ліжку (наприклад, у напівсидячому положенні). Шкіра залишається на місці

через тертя об простирadlo, а глибокі тканини та скелет зміщуються вниз. Це призводить до розриву дрібних судин і глибоких пошкоджень.

3. **Тертя:** Пошкоджує епідерміс (садна), що робить шкіру вразливою до інфекції.
4. **Вологість:** Нетримання сечі/калу призводить до мацерації (розм'якшення) шкіри, знижуючи її бар'єрну функцію.

2.2. Класифікація пролежнів за стадіями.

Важливо вміти розпізнати пролежні на ранніх етапах:

- **I стадія:** Стійка гіперемія (почервоніння) шкіри, яка **не зникає** після припинення тиску. Шкірний покрив цілісний. Це сигнал тривоги — ішемія вже почалася.
- **II стадія:** Поверхнєве порушення цілісності шкіри (ураження епідермісу та дерми). Може виглядати як пухир (з рідиною або розірваний) або неглибока виразка з рожевим дном.
- **III стадія:** Ураження всієї товщі шкіри до підшкірної жирової клітковини. Виразка виглядає як глибокий кратер, дно може бути вкрите некротичними масами.
- **IV стадія:** Глибокий некроз із пошкодженням м'язів, сухожиль, суглобових капсул та кісток. Високий ризик остеомієліту та сепсису.

2.3. Алгоритм профілактики пролежнів.

Профілактика починається з оцінки ризику за шкалами (Нортон, Ватерлоу або Брейдена). Якщо ризик середній або високий, негайно впроваджується план догляду:

1. **Зміна положення тіла:** Це "золотий стандарт". Позицію пацієнта змінюють кожні 2 години (навіть вночі).
 - *Схема:* Спина -> Правий бік -> Спина -> Лівий бік.
2. **Використання допоміжних засобів:**
 - Протипролежневі матраци (динамічні, з компресором) постійно змінюють точки тиску.
 - Підкладні круги (під крижі), ватно-марлеві валики (під п'яти, лікті).
3. **Догляд за шкірою:**
 - Щоденний огляд «зон ризику» (потилиця, лопатки, лікті, крижі, сідничні горби, п'яти).
 - Миття шкіри без тертя, ретельне висушування промокальними рухами.

- *Заборонено:* Масажувати ділянки гіперемії (це поглиблює пошкодження судин) та використовувати спиртові розчини, що пересушують шкіру (зеленка, йод). Використовують захисні креми або камфорний спирт *лише навколо* зони ризику для покращення кровообігу.

2.4. Гігієна природних отворів у тяжкохворих.

У пацієнтів без свідомості відсутній моргальний рефлекс та здатність до самоочищення рота.

- **Очі:** Без догляду висихає рогівка (кератит). Очі промивають щодня. Важливо: протирати від зовнішнього кута до внутрішнього, щоб не занести інфекцію у слізний канал.
- **Ротова порожнина:** Накопичення слизу та залишків їжі веде до стоматиту та аспіраційної пневмонії. Роботу проводять за допомогою затискача (корнцанга) з марлевою кулькою. Губи зволожують вазеліном.
- **Ніс та вуха:** Головна мета — видалення кірочок та сірки, що можуть порушувати дихання або слух. Використовують ватні турунди (не гострі предмети!), змочені олією.

2.5. Догляд при гарячці (Febris).

Тактика медперсоналу залежить від стадії гарячки:

1. **Стадія підвищення (st. incrementum):** Теплопродукція перевищує тепловіддачу. Хворий скаржиться на холод, озноб.
 - *Дії:* Зігріти хворого (ковдри, грілки до ніг), дати гарячий чай.
2. **Стадія розпалу (st. fastigium):** Температура висока, судини розширені. Хворий скаржиться на жар, головний біль, марення.
 - *Дії:* Охолодження. Холодний компрес на чоло (міняти кожні 5-10 хв), обтирання тіла водою кімнатної температури. Забезпечити рясне пиття (профілактика зневоднення). Слідкувати за свідомістю.
3. **Стадія зниження (st. decrementum):**
 - *Критичне зниження (криза):* Різке падіння температури за кілька годин. Небезпечне гострою судинною недостатністю (колапсом). Потрібно: зігріти, контролювати АТ і пульс, підготувати розчини кофеїну/мезатону.
 - *Літичне зниження (лізис):* Поступове зниження протягом кількох діб. Супроводжується рясним потінням. Потрібно: часта зміна натільної та постільної білизни, питний режим.

2.6. Догляд за агонуючими.

Агонія — термінальний стан, що передує клінічній смерті. Характеризується порушенням свідомості, дихання (Куссмауля, Чейн-Стокса), зниженням АТ.

Дії: Медичний персонал не залишає хворого. Забезпечують максимально зручне положення, проводять оксигенотерапію, зволожують слизові. Етичний аспект: створення спокійної обстановки, допуск родичів, психологічна підтримка сім'ї.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Техніка вкладання пацієнта в положення Фаулера (напівсидячи).

Показання: Ризик пролежнів, дихальна недостатність, годування, спілкування.

Алгоритм:

1. Пояснити пацієнту хід процедури.
2. Підняти головний кінець функціонального ліжка під кутом 45–60° (високе положення Фаулера) або 30° (низьке). За відсутності функціонального ліжка — використати подушки.
3. Голова пацієнта має лежати на низькій подушці, щоб уникнути перерозгинання шиї.
4. Під поперек підкласти невелику подушку (зменшує навантаження на хребет).
5. Під стегна (ближче до сідниць) підкласти невелику подушку або валик (профілактика зсуву тіла вниз).
6. Під нижню третину гомілок підкласти валик, щоб п'яти не торкалися ліжка (профілактика пролежнів п'ят).
7. Забезпечити упор для стоп під кутом 90° (профілактика «провисання» стопи).

Завдання №2. Техніка вкладання пацієнта в положення Сімса.

Показання: Розвантаження крижів, введення клізми.

Алгоритм:

1. Перевести пацієнта в положення «лежачи на боці» (наприклад, лівому).
2. Ліву (нижню) руку відвести за спину пацієнта вздовж тулуба.
3. Праву (верхню) руку зігнути в ліктьовому суглобі і розмістити на подушці перед обличчям.
4. Ліву (нижню) ногу злегка зігнути в колінному суглобі.

5. Праву (верхню) ногу зігнути в кульшовому і колінному суглобах під кутом 90° і покласти на подушку (нога має бути на рівні стегна, щоб не порушувати кровообіг).

Завдання №3. Догляд за ротовою порожниною тяжкохворого.

Алгоритм:

1. Надати хворому положення Фаулера (якщо притомний) або повернути голову набік (якщо непритомний — для профілактики аспірації).
2. Груди накрити рушником або пелюшкою.
3. Одягнути рукавички. Підготувати антисептичний розчин (фурацилін, 2% сода) у лотку.
4. За допомогою затискача (корнцанга) захопити марлеву кульку, змочити в розчині і відтиснути (щоб рідина не стікала в горло!).
5. Послідовно обробити: вестибулярну поверхню зубів, внутрішню поверхню щік, ясна, язик (знімаючи наліт). Міняти кульки після обробки кожної ділянки.
6. Обробити губи вазеліном.

Завдання №4. Туалет очей.

Алгоритм:

1. Вимити руки, одягнути рукавички.
2. У стерильний лоток налити теплий розчин фурациліну або кип'ячену воду.
3. Взяти стерильну марлеву кульку, змочити її і злегка відтиснути.
4. Протерти одне око в напрямку **від зовнішнього кута ока до внутрішнього** (до носа). Це запобігає занесенню інфекції в слізну залозу та протоки.
5. Викинути кульку.
6. Повторити процедуру 3-4 рази (щоразу новою кулькою) до повного видалення виділень.
7. Просушити шкіру сухою стерильною серветкою.
8. Аналогічно обробити друге око.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться комплексно, враховуючи теоретичну підготовку та якість виконання маніпуляцій.

- **Відмінно (5):** Вільне володіння матеріалом, бездоганне виконання алгоритмів позиціювання, чітке розуміння патогенезу пролежнів.
- **Добре (4):** Впевнене виконання навичок з незначними неточностями, які студент виправляє самостійно.
- **Задовільно (3):** Знання алгоритмів на базовому рівні, непевненість у діях, потреба в допомозі викладача.
- **Незадовільно (2):** Відсутність знань, грубі помилки, що можуть зашкодити пацієнту.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з догляду за пацієнтами і медичної маніпуляційної техніки : навч. посіб. / [В. М. Лісовий, О. М. Ковальова, Т. В. Фролова та ін.] ; за ред. В. М. Лісового, О. М. Ковальнової. Київ : Медицина, 2019. 160 с.

Додаткова:

1. Протокол надання медичної допомоги хворим з пролежнями : Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 622 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нейрохірургія».
2. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
3. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Європейська консультативна група з пролежнів (EPUAP). URL: <https://www.epuap.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 5

ТЕМА: Основні заходи догляду за хворими. Невідкладна допомога. Допомога при блюванні, аспірації, непритомності. Найпростіші реанімаційні заходи (СЛР). Контроль вітальних функцій (АТ, пульс, ЧД).

Мета:

Забезпечити глибоке розуміння студентами фізіологічних основ вітальних функцій організму та механізмів розвитку невідкладних станів. Навчити правильно інтерпретувати показники гемодинаміки. Сформувати стійкі алгоритми дій при наданні домедичної допомоги у разі блювання, непритомності та раптової зупинки серця, базуючись на сучасних міжнародних рекомендаціях (ERC Guidelines).

Основні поняття:

Артеріальний пульс, характеристики пульсу (частота, ритм, наповнення, напруження), артеріальний тиск (сistolічний, діастолічний, пульсовий), тахікардія, брадикардія, аспірація, синдром Мендельсона, непритомність (колапс, синкопе), клінічна смерть, серцево-легенева реанімація (СЛР), компресії грудної клітки.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або розгорнуте опитування)

1. Будова серцево-судинної системи та механізм серцевого поштовху.
2. Фізіологічна регуляція артеріального тиску.
3. Поняття гіпоксії та толерантності кори головного мозку до ішемії.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Дослідження артеріального пульсу.

Артеріальний пульс — це ритмічні поштовхоподібні коливання стінок артерій, які виникають внаслідок викиду крові з лівого шлуночка в аорту та розповсюдження пульсової хвилі по артеріальному руслу.

Дослідження пульсу дає важливу інформацію про роботу серця та стан судин. Найчастіше пульс визначають на променевій артерії (a. radialis), оскільки вона розташована поверхнево і лежить на кістці. Також дослідження проводять на сонній, скроневої, стегновій, підколінній артеріях та артеріях тилу стопи.

Основні характеристики пульсу, які необхідно оцінити:

- **Частота:** У нормі в дорослої людини в стані спокою становить 60–80 ударів за хвилину. Збільшення частоти понад 90 уд./хв називається *тахікардією* (виникає при гарячці, шоці, фізичному навантаженні). Зменшення частоти менше 60 уд./хв називається *брадикардією*.
- **Ритмічність:** Пульс вважається ритмічним, якщо інтервали між пульсовими хвилями однакові. Чергування різних інтервалів свідчить про аритмію (наприклад, миготлива аритмія, екстрасистолія).
- **Наповнення:** Залежить від об'єму крові, що викидається серцем. Розрізняють повний пульс та порожній. При масивних крововтратах пульс стає слабким, ледь відчутним ("ниткоподібним").
- **Напруження:** Визначається силою, яку треба прикласти пальцями, щоб перетиснути артерію і припинити пульсацію. Напружений (твердий) пульс свідчить про високий артеріальний тиск, м'який — про низький.

2.2. Вимірювання артеріального тиску (АТ).

Артеріальний тиск — це сила, з якою кров тисне на стінки артерій.

Вимірювання проводиться непрямим аускультативним методом (методом М.С. Короткова) за допомогою сфігмоманометра (тонометра). Shutterstock

Показники АТ:

- **Систолічний тиск (максимальний):** Відображає роботу серця в момент скорочення лівого шлуночка. Норма: 100–139 мм рт. ст.
- **Діастолічний тиск (мінімальний):** Відображає тонус периферичних судин у момент розслаблення серця. Норма: 60–89 мм рт. ст.
- **Пульсовий тиск:** Різниця між систолічним та діастолічним тиском (у нормі 30–50 мм рт. ст.). Це важливий показник гемодинаміки; його зниження може свідчити про серцеву недостатність.

2.3. Невідкладна допомога при блюванні.

Блювота у післяопераційних хворих є небезпечним симптомом, що може виникнути як реакція на наркоз, інтоксикацію або парез кишківника.

Головною загрозою для життя пацієнта, особливо якщо він перебуває у непритомному або ослабленому стані, є аспірація — потрапляння шлункового вмісту в дихальні шляхи. Кислий шлунковий сік викликає хімічний опік слизової оболонки бронхів та альвеол, що призводить до розвитку важкої аспіраційної пневмонії (синдром Мендельсона) або миттєвої смерті від механічної асфіксії (задухи).

Тактика: Ключовим моментом є негайне забезпечення відтоку блювотних мас назовні. Пацієнта не можна залишати лежати на спині! Голову (або все тіло) слід повернути набік, щоб сила тяжіння сприяла очищенню ротової порожнини.

2.4. Невідкладна допомога при непритомності (синкопе).

Непритомність — це раптова короткочасна втрата свідомості, зумовлена гострою ішемією (нестачею кисню) головного мозку. Причиною може бути різке падіння артеріального тиску, переляк, біль, перебування в задушливому приміщенні.

Клінічна картина розвивається швидко: з'являється різка блідість шкіри, холодний липкий піт, запаморочення, потемніння в очах, після чого хворий втрачає свідомість і падає. Пульс стає слабким, АТ знижується.

Механізм допомоги: Головна мета — відновити кровопостачання мозку. Для цього пацієнта кладуть горизонтально з піднятими ногами (аутотрансфузія — кров з депо ніг переміщується до життєво важливих органів). Піднімати голову категорично заборонено, оскільки це посилює ішемію мозку.

2.5. Серцево-легенева реанімація (СЛР).

СЛР проводиться у випадку клінічної смерті — оборотного етапу вмирання, що триває 5–7 хвилин після зупинки серця.

Ознаки клінічної смерті:

1. Відсутність свідомості.
2. Відсутність дихання (або агональне, судомне дихання типу "гапінг").
3. Відсутність пульсу на магістральних судинах (сонних артеріях).
4. Розширення зіниць (не реагують на світло).

Сучасний алгоритм надання допомоги базується на принципі **С-А-В**:

- **С (Circulation) — Компресії грудної клітки:** Це пріоритетна дія. Штучна циркуляція крові підтримується ритмічними натисканнями на грудину, що дозволяє постачати кисень до мозку.
- **А (Airway) — Прокідність дихальних шляхів:** Забезпечується шляхом закидання голови назад та підняття підборіддя.
- **В (Breathing) — Штучне дихання:** Вдування повітря в легені потерпілого.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Алгоритм вимірювання артеріального тиску.

1. Пацієнт повинен перебувати в спокої не менше 5 хвилин перед вимірюванням. Рука звільнена від одягу, лежить на столі долонею вгору, м'язи розслаблені.

2. Манжету тонометра накласти на плече на 2–3 см вище ліктьового згину. Щільність накладання перевіряють пальцем (під манжету повинен вільно проходити один палець).
3. Знайти пульсацію плечової артерії у ліктьовій ямці і приставити мембрану фонендоскопа до цього місця (не підсовуючи її під манжету!).
4. Закрити клапан груші і швидко нагнати повітря в манжету до рівня, що перевищує зникнення пульсу на 20–30 мм рт. ст.
5. Повільно відкривати клапан, випускаючи повітря зі швидкістю 2 мм рт. ст. за секунду.
6. Уважно слухати тони. Поява перших звукових тонів (тони Короткова) відповідає **систолічному** тиску.
7. Продовжувати випускати повітря. Момент повного зникнення звуків відповідає **діастолічному** тиску.

Завдання №2. Допомога при блюванні у лежачого хворого.

1. При появі позивів до блювання негайно повернути голову хворого набік. Якщо стан дозволяє — повернути пацієнта на бік повністю.
2. Під кут рота підставити ниркоподібний лоток. Шию і груди накрити рушником або клейонкою, щоб не забруднити білизну.
3. Медичний працівник повинен притримувати голову хворого, поклавши руку на лоб.
4. Після завершення блювання необхідно провести туалет ротової порожнини:
 - Якщо пацієнт притомний — дати води для полоскання рота.
 - Якщо пацієнт ослаблений або непритомний — очистити порожнину рота за допомогою груші або пальця, обмотаного марлевою серветкою, змоченою водою.
5. Заспокоїти пацієнта, змінити забруднену білизну.

Завдання №3. Алгоритм базової СЛР (BLS) для медичних працівників.

1. **Оцінка безпеки:** Переконатися, що місце події безпечне.
2. **Перевірка свідомості:** Голосно звернутися до потерпілого: «Ви мене чуєте?», обережно струснути за плечі.
3. **Виклик допомоги:** Якщо реакції немає, голосно покликати на допомогу, доручити комусь викликати реанімаційну бригаду.

4. **Оцінка вітальних функцій:** Одночасно перевірити наявність дихання (візуально — рух грудної клітки) та пульсу на сонній артерії (пальпаторно). На це відводиться **не більше 10 секунд**.
5. **Компресії грудної клітки (якщо пульс відсутній):**
- Покласти хворого на тверду поверхню.
 - Основу долоні однієї руки покласти на центр грудної клітки (нижня половина грудини). Другу руку покласти зверху в «замок».
 - Руки в ліктях мають бути прямими, тиск здійснюється вагою корпусу.
 - Виконувати натискання на глибину **5–6 см** з частотою **100–120 за хвилину**.
 - Забезпечити повне розправлення грудної клітки після кожного натискання.
6. **Штучне дихання:**
- Виконати потрібний прийом Сафара: закинути голову назад, висунути нижню щелепу вперед, відкрити рот.
 - Зробити 2 вдихи методом «рот до рота» або за допомогою мішка Амбу (кожен вдих триває 1 секунду).
7. **Цикл СЛР:** Продовжувати у співвідношенні **30 компресій : 2 вдихи** без перерв до прибуття бригади або відновлення ознак життя.

4. Підведення підсумків

Оцінювання знань та навичок:

- **Відмінно (5):** Студент вільно оперує фізіологічними поняттями, безпомилково виконує алгоритм СЛР, демонструє чіткі дії при моделюванні ситуації "аспірація".
- **Добре (4):** Допускає незначні неточності в техніці вимірювання АТ або позиціюванні рук при СЛР, які виправляє після зауваження.
- **Задовільно (3):** Знає алгоритми лише теоретично, невпевнено діє практично, плутає послідовність дій при непритомності.
- **Незадовільно (2):** Не вміє визначити пульс/АТ, допускає грубі помилки в СЛР (перерви більше 10 с, недостатня глибина компресій).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з догляду за пацієнтами і медичної маніпуляційної техніки : навч. посіб. / [В. М. Лісовий, О. М. Ковальова, Т. В. Фролова та ін.] ; за ред. В. М. Лісового, О. М. Ковальнової. Київ : Медицина, 2019. 160 с.

Додаткова:

1. Порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441.
2. European Resuscitation Council Guidelines 2021. URL: <https://cprguidelines.eu/>
3. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
4. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Всеукраїнська Рада Реанімації (ресусцитації) та екстреної медичної допомоги. URL: <https://vrc.org.ua/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 6

ТЕМА: Організація та особливості харчування хворих. Годування тяжкохворих у ліжку. Ентеральне (зондове) та парентеральне харчування.

Мета:

Ознайомити здобувачів освіти з принципами лікувального харчування в хірургічному стаціонарі. Навчити розрізняти види харчування (активне, пасивне, штучне). Сформувати практичні навички годування тяжкохворих пацієнтів з ложки та напувалки, а також опанувати основи догляду за назогастральним зондом та техніку введення поживних сумішей ентеральним шляхом.

Основні поняття:

Лікувальне харчування, дієтичні столи (за Певзнером), нова система харчування (Наказ № 931), активне/пасивне харчування, штучне харчування, ентеральне харчування (назогастральний зонд, гастростома), парентеральне харчування, аспірація їжі.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Фізіологія травлення: основні відділи ШКТ та їх функції.
2. Поняття про білки, жири, вуглеводи та енергетичну цінність їжі.
3. Водний баланс організму.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Організація лікувального харчування. Дієтичні столи.

Харчування хворого є невід'ємною частиною лікувального процесу. У хірургії воно має сприяти відновленню тканин, загоєнню ран та підвищенню імунітету.

Історично в Україні використовується система дієтичних столів за М.І. Певзнером (№ 0–15):

- **Стіл № 0:** Призначається в перші дні після операцій на шлунку та кишківнику. Це максимально щадна, рідка їжа (бульйон, кисіль, рисовий відвар).
- **Стіл № 1:** Виразкова хвороба шлунка (протерті супи, парові котлети).
- **Стіл № 5:** Захворювання печінки та жовчних шляхів (обмеження жирів).

- **Стіл № 9:** Цукровий діабет (обмеження легкозасвоюваних вуглеводів).
- **Стіл № 15:** Загальний стіл (повноцінне харчування для одужуючих).

Примітка: Згідно з **Наказом МОЗ України № 931**, впроваджується сучасна система номенклатури дієт (Дієта №1 — основна, Дієта №2 — щадна, Дієта №3 — високобілкова тощо), яка поступово замінює столи за Певзнером, наближаючи стандарти до європейських.

2.2. Способи харчування хворих.

Залежно від стану пацієнта виділяють:

1. **Активне харчування:** Пацієнт їсть самостійно (сидячи за столом у палаті або їдальні).
2. **Пасивне харчування:** Пацієнт притомний, але через слабкість або строгий постільний режим не може їсти сам. Його годує медична сестра (з ложки або напувалки).
3. **Штучне харчування:** Введення поживних речовин, оминаючи ротову порожнину (коли пацієнт непритомний, має опіки стравоходу, порушення ковтання).
 - *Ентеральне:* У шлунок або кишку (через зонд, гастростому).
 - *Парентеральне:* Внутрішньовенно (через катетер).

2.3. Годування тяжкохворих (пасивне харчування).

Годування лежачого хворого потребує терпіння та дотримання правил безпеки для запобігання аспірації (потрапляння їжі в дихальні шляхи).

- **Температура їжі:** Гарячі страви — 55–60°C, холодні — 10–15°C.
- **Положення:** Напівсидяче (Фаулера). Якщо це неможливо — голову повертають набік.
- **Обсяг:** Невеликі порції. Наступну ложку дають тільки після того, як хворий проковтнув попередню.

2.4. Ентеральне зондове харчування.

Показання: непритомність (кома), бульбарні розлади (порушення ковтання), травми щелеп, опіки стравоходу, відмова від їжі.

Здійснюється через назогастральний зонд.

- **Суміші:** Використовують спеціальні збалансовані промислові суміші або гомогенізовану рідку їжу (бульйон, вершки, рідке пюре).

- **Правила:** Суміш має бути теплою (37–38°C). Вводять повільно (крапельно або шприцом Жане дробно), щоб не викликати блювання. Після годування зонд обов'язково промивають водою.

2.5. Парентеральне харчування.

Це введення поживних речовин безпосередньо в кров'яне русло, обминаючи ШКТ.

Показання: повна непрохідність кишківника, важкий панкреатит, синдром короткої кишки, політравма.

Для цього використовують:

- Розчини амінокислот (будівельний матеріал).
- Жирові емульсії (джерело енергії).
- Розчини глюкози (вуглеводи).
- Вітаміни та мікроелементи.

Введення здійснюється через центральні вени (підключичну, яремну) з суворим дотриманням асептики.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Годування тяжкохворого з ложки.

Мета: Нагодувати пацієнта, який перебуває на ліжковому режимі.

Алгоритм:

1. Пояснити пацієнту хід процедури, узгодити меню.
2. Допомогти пацієнту помити руки (протерти вологою серветкою).
3. Надати пацієнту положення Фаулера (напівсидячи). Груді накрити серветкою.
4. Поставити тарілку на приліжковий столик. Перевірити температуру їжі (капнувши на тил своєї кисті).
5. Лівою рукою трохи підняти голову пацієнта (якщо потрібно). Правою піднести напівпорожню ложку до нижньої губи.
6. Стежити, щоб пацієнт прожував і проковтнув їжу. Не поспішати!
7. Періодично пропонувати пити (з напувалки або через соломинку).
8. Після їди протерти губи серветкою, запропонувати прополоскати рот.
9. Надати пацієнту зручного положення.

Завдання №2. Годування через назогастральний зонд.

Мета: Введення їжі пацієнту з порушеним ковтанням.

Оснащення: Шприц Жане (або система для ентерального харчування), поживна суміш (38°C), склянка з кип'яченою водою, затискач, лоток.

Алгоритм:

1. **Перевірка положення зонда:** Перед кожним годуванням переконатися, що зонд у шлунку (аспірувати шприцом вміст — має з'явитися шлунковий сік, або ввести 20 мл повітря і вислухати фонендоскопом "булькання" в епігастрії).
2. Надати пацієнту напівсидячого положення (щоб уникнути рефлюксу).
3. Набрати у шприц Жане теплу поживну суміш.
4. З'єднати шприц із зондом. Повільно вводити суміш (або підвісити систему гравітаційно). Швидкість — не більше 300 мл за 10–15 хв.
5. Після введення суміші набрати у шприц 30–50 мл чистої води і промити зонд (щоб залишки їжі не закисло і не закупорили просвіт).
6. Перекрити зонд затискачем або корком.
7. Пацієнт повинен залишатися в напівсидячому положенні ще 30–60 хв.

Завдання №3. Догляд за назогастральним зондом.

Алгоритм:

1. Щодня оглядати шкіру носа на наявність пролежнів від трубки.
2. Змінювати фіксацію пластирем, щоб змінювати точку тиску на крило носа.
3. Промивати зонд водою після кожного введення їжі або ліків.
4. Змащувати носові ходи та губи зволожуючим засобом (вазеліном), оскільки пацієнт дихає ротом.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів:

- **Відмінно (5):** Студент знає покази до різних видів харчування, безпомилково демонструє техніку годування через зонд, знає заходи профілактики аспірації.
- **Добре (4):** Правильне виконання навичок, але дрібні помилки в температурному режимі їжі або ергономіці.
- **Задовільно (3):** Знає теоретично, але невпевнено виконує практичні дії (наприклад, забуває перевірити положення зонда).

- **Незадовільно (2):** Не розуміє різниці між видами харчування, грубі помилки, що створюють ризик для життя пацієнта (аспірація).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Про затвердження Порядку організації системи лікувального харчування в закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 № 931. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1965-13>
2. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
3. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. URL: <https://www.espen.org/guidelines-home>

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Європейська асоціація клінічного харчування та метаболізму (ESPEN). URL: <https://www.espen.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 7

ТЕМА: Догляд за пацієнтами з порушеннями функцій шлунково-кишкового тракту. Застосування клізм та газовідвідної трубки.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти глибоке розуміння фізіології та патофізіології роботи кишківника у хірургічних хворих. Навчити диференційовано підходити до вибору методу очищення кишківника залежно від клінічної ситуації. Опанувати техніку постановки різних видів клізм (очисної, сифонної, олійної, лікувальної) та газовідвідної трубки, суворо дотримуючись правил асептики, безпеки та медичної етики. Особливий наголос зробити на вивченні протипоказань для запобігання ятрогеним ускладненням.

Основні поняття:

Обстипація (запор), метеоризм, атонія та парез кишківника, очисна клізма, сифонна клізма, принцип сполучених посудин, мікроклізма, газовідвідна трубка, положення Сімса, кишкова непрохідність.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Проводиться у формі розгорнутого усного опитування або вхідного тестування)

1. Анатомічні особливості прямої та сигмоподібної кишки (вигини, сфінктери, кровопостачання).
2. Механізм акту дефекації та роль черевної порожнини в цьому процесі.
3. Поняття про перитоніт та симптоми подразнення очеревини («гострий живіт»).

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Порушення функцій кишківника у хірургічній практиці.

У пацієнтів хірургічного профілю порушення роботи шлунково-кишкового тракту зустрічаються надзвичайно часто. Це зумовлено впливом наркозу (який пригнічує перистальтику), застосуванням опіоїдних анальгетиків, вимушеним ліжковим режимом (гіподинамією) та зміною характеру харчування.

Найпоширенішими проблемами є:

- **Запор (обстипація):** Стан, при якому випорожнення кишківника затримується на 48 годин і більше, або ж акт дефекації є неповним і

утрудненим. У хірургічних хворих часто розвивається *атонічний запор* внаслідок слабкості м'язової стінки кишки.

- **Метеоризм:** Надмірне накопичення газів у просвіті кишківника. Це не лише викликає дискомфорт і біль, але й небезпечно для післяопераційних хворих, оскільки роздутий кишківник тисне на діафрагму, обмежуючи екскурсію легень і утруднюючи роботу серця. Крім того, підвищення внутрішньочеревного тиску може негативно вплинути на цілісність післяопераційних швів.

2.2. Загальна характеристика та види клізм.

Клізма (clyster) — це медична маніпуляція, що полягає у введенні рідини в нижній відрізок товстої кишки з лікувальною або діагностичною метою. Механізм дії клізм базується на механічному (об'єм рідини), термічному (температура) та хімічному подразненні рецепторів слизової оболонки, що стимулює перистальтику.

Класифікація клізм за метою застосування:

1. **Очисна клізма:** Її мета — розрідження і евакуація вмісту лише *нижніх* відділів товстої кишки. Показаннями є підготовка до планових операцій, пологів, рентгенологічних (іригоскопія) та ендоскопічних (колоноскопія) досліджень, а також отруєння та запори.
2. **Сифонна клізма:** Це більш складна процедура, що дозволяє промити *весь* товстий кишківник. Вона базується на принципі сполучених посудин. Показаннями є: відсутність ефекту від очисних клізм, необхідність видалення з кишківника продуктів бродіння/гниття, отрут, а також підозра на кишкову непрохідність (якщо після сифонної клізми не відходять гази і кал, діагноз непрохідності підтверджується).
3. **Послаблюючі (мікроклізми):** Застосовуються при наявності протипоказань до натужування або при спастичних запорах.
 - *Олійна:* Введення підігрітої олії (37–38 °C), яка обволікає калові маси і розслаблює мускулатуру.
 - *Гіпертонічна:* Введення розчину солі або магnezії, що "витягує" воду в просвіт кишки, розріджуючи кал.
4. **Лікарська клізма:** Введення лікарських речовин для місцевої (лікування проктитів, колітів) або загальної дії (коли неможливо ввести ліки через рот). *Важливо:* перед введенням ліків за 30–40 хвилин обов'язково ставиться очисна клізма.

2.3. Температурний режим розчинів.

Температура води має вирішальне значення для ефекту клізми:

- **Прохолодна вода (12–20 °С):** Сильно подразнює терморцептори, різко посилює перистальтику. Використовується при *атонічних* запорах. (Обережно! Може викликати спазм).
- **Тепла вода (37–40 °С):** Розслаблює гладку мускулатуру, всмоктується слизовою. Використовується при *спастичних* запорах.
- **Інферентна (20–22 °С):** Стандартна температура для більшості очисних клізм.
- **Гаряча (понад 40 °С):** Категорично заборонена, оскільки викликає опік слизової оболонки.

2.4. Протипоказання: коли клізма небезпечна.

Медичний персонал повинен чітко знати ситуації, коли постановка клізми заборонена, оскільки це може призвести до фатальних наслідків (перфорації кишки, кровотечі, перитоніту):

1. **Гострі запальні процеси в черевній порожнині («гострий живіт»):** Гострий апендицит, перитоніт. Посилення перистальтики може призвести до розриву запаленого органу.
2. **Шлунково-кишкові кровотечі:** Процедура може посилити кровотечу.
3. **Виразково-запальні процеси в ділянці ануса:** Гострий парапроктит, тріщини, геморої у стадії загострення (через біль і ризик інфікування).
4. **Випадіння прямої кишки.**
5. **Пухлини прямої кишки у стадії розпаду.**
6. **Перші дні після операцій на органах травлення:** Щоб не порушити цілісність анастомозів (швів на кишці).

2.5. Використання газовідвідної трубки.

Застосовується у випадках вираженого метеоризму, коли постановка клізми небажана або не дає ефекту відходження газів.

Гумова трубка вводиться в пряму кишку на глибину 20–30 см. Зовнішній кінець опускається в судно з водою (для візуального контролю виходу бульбашок газу).

Критичне правило: Газовідвідну трубку не можна тримати в кишківнику довше 1 години, оскільки тривалий тиск гуми на стінку кишки може викликати утворення пролежня слизової оболонки. За необхідності процедуру повторюють через 1–2 години перерви.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Техніка постановки очисної клізми.

Мета: Очищення нижніх відділів кишківника.

Оснащення: Кухоль Есмарха (гумовий резервуар ємністю 1,5–2 л), штатив, наконечник, вазелін, клейонка, судно.

Алгоритм дій:

1. Заповнити кухню Есмарха водою (1–1,5 л) потрібної температури. Відкрити кран, заповнити систему рідиною, витіснивши все повітря (поява струменя води без бульбашок), закрити кран. Підвісити кухню на штатив на висоту 1 метр над рівнем ліжка.
2. Вкласти пацієнта на кушетку на **лівий бік** (це анатомічно обґрунтовано, оскільки пряма кишка переходить у сигмоподібну саме вліво, що полегшує введення води). Ноги пацієнта мають бути зігнуті в колінах і приведені до живота (для розслаблення черевного преса).
3. Під сідниці підкласти клейонку, край якої опустити в таз/відро.
4. Надіти рукавички, змастити наконечник вазеліном.
5. Лівою рукою розвести сідниці пацієнта. Правою обережно ввести наконечник у задній прохід обертальними рухами:
 - Перші 3–4 см — у напрямку до пупка (паралельно анальному каналу);
 - Далі ще на 5–8 см — паралельно куприку (відповідно до вигину прямої кишки).
6. Відкрити кран. Вода має надходити під дією гравітації. Якщо пацієнт скаржиться на біль або сильний позив, слід перекрити кран на хвилину і попросити глибоко подихати животом.
7. Після введення води закрити кран і обережно вийняти наконечник.
8. Рекомендувати пацієнту затримати воду в собі протягом 5–10 хвилин для розм'якшення калових мас, після чого спорожнити кишківник.

Завдання №2. Техніка постановки сифонної клізми.

Мета: Глибоке промивання кишківника.

Оснащення: Два товстих шлункових зонди, з'єднаних скляною трубкою, лійка (0,5–1 л), відро з чистою водою (10–12 л), відро для зливу, клейонка, фартух.

Алгоритм дій:

1. Змастити сліпий кінець зонда вазеліном і ввести його в пряму кишку на глибину **30–40 см**.
2. Тримаючи лійку трохи вище рівня тіла пацієнта, налити в неї воду.

3. Підняти лійку вгору (на висоту 1 м). Вода почне надходити в кишківник.
4. Як тільки рівень води досягне звуження лійки (не допускати повного спорожнення, щоб не потрапило повітря!), швидко опустити лійку **нижче рівня тіла** пацієнта над відром для зливу.
5. За законом сполучених посудин вміст кишківника (вода з калом і газами) почне виливатися назад у лійку.
6. Вміст лійки вилити у відро.
7. Процедуру (залиття-злиття) повторювати багаторазово (до 10–15 разів), використовуючи 10–12 літрів води, доки з кишківника не почне виходити чиста вода без домішок калу.

Завдання №3. Застосування газовідвідної трубки.

Алгоритм дій:

1. Підготувати гумову трубку довжиною 40 см. Закруглений кінець змастити вазеліном.
2. Ввести трубку в пряму кишку обертальними рухами на глибину 20–30 см.
3. Зовнішній кінець трубки опустити в судно з невеликою кількістю води (для контролю виходу газів).
4. Прикрити пацієнта ковдрою. Час процедури — 30–60 хвилин.
5. Після видалення трубки шкіру періанальної ділянки протерти серветкою, змастити дитячим кремом (оскільки можливе подразнення слизом).

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за такими критеріями:

- **Відмінно (5):** Студент глибоко розуміє фізіологічні механізми дії клізм, безпомилково демонструє техніку, чітко називає протипоказання, знає анатомічні орієнтири введення наконечника.
- **Добре (4):** Студент володіє технікою, але допускає дрібні неточності (наприклад, не перекрив кран вчасно при болю), які сам виправляє.
- **Задовільно (3):** Знає алгоритм поверхово, плутає температурні режими, невпевнено діє з оснащенням.
- **Незадовільно (2):** Не знає протипоказань, намагається ввести наконечник із застосуванням сили (ризик травми), не розуміє принципу сифонної клізми.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з догляду за пацієнтами і медичної маніпуляційної техніки : навч. посіб. / [В. М. Лісовий, О. М. Ковальова, Т. В. Фролова та ін.] ; за ред. В. М. Лісового, О. М. Ковальнової. Київ : Медицина, 2019. 160 с.

Додаткова:

1. Schwartz's Principles of Surgery, 11th Edition. McGraw-Hill Education, 2019. 2192 p.
2. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
3. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Medscape: Procedures – Enema Administration. URL: <https://emedicine.medscape.com/>
3. British Society of Gastroenterology Guidelines. URL: <https://www.bsg.org.uk/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 8

ТЕМА: Догляд за хворими з порушеннями функцій сечовидільної системи. Затримка сечі. Катетеризація сечового міхура м'яким катетером. Догляд за постійним катетером.

Мета:

Сформувати у студентів чітке розуміння причин порушення сечовиділення у хірургічних хворих. Навчити диференціювати гостру затримку сечі від анурії. Опанувати техніку катетеризації сечового міхура м'яким катетером у чоловіків та жінок з дотриманням правил суворої асептики. Навчити доглядати за постійним сечовим катетером (Фолея) для профілактики висхідної інфекції.

Основні поняття:

Діурез, гостра затримка сечі (ішурія), анурія, катетер Нелатона, катетер Фолея, катетер Тімана, шкала Шар'єра (French scale), епіцистостома, висхідна інфекція.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Топографічна анатомія сечовивідного каналу (уретри) у чоловіків (довжина, вигини, звуження) та жінок.
2. Фізіологія сечовиділення. Поняття добового діурезу.
3. Правила асептики при виконанні інвазивних маніпуляцій.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Порушення сечовиділення у хірургічних хворих.

У післяопераційному періоді часто виникають розлади сечовипускання.

Медичний персонал повинен вміти розрізняти два принципово різні стани:

- **Анурія:** Стан, коли сеча *не виробляється* нирками і не надходить у сечовий міхур (сечовий міхур пустий). Це ознака ниркової недостатності.
- **Гостра затримка сечі (Ішурія):** Нирки працюють, сечовий міхур переповнений, пацієнт відчуває сильний позив і біль над лобком, але самостійно випорожнитися не може.
 - *Причини в хірургії:* Рефлекторний спазм сфінктера після операцій (особливо на прямій кишці, промежині, грижах), вплив спінальної анестезії, гіперплазія простати у чоловіків, неможливість помочитися лежачи.

- *Допомога:* Спочатку застосовують рефлекторні методи (шум води, тепла грілка на лобок, якщо немає протипоказань, можливість встати). Якщо це не допомагає — проводять катетеризацію.

2.2. Види уретральних катетерів.

Катетер — це трубка для виведення рідини з порожнин. Розрізняють за конструкцією та матеріалом:

1. **Катетер Нелатона:** Прямий, м'який (гумовий або ПВХ), з одним отвором на закругленому кінці. Використовується для *одноразового* виведення сечі.
2. **Катетер Фолея:** Має надувний балон на кінці, який фіксує катетер у сечовому міхурі. Використовується для *тривалого* дренивання (постійний катетер). Буває двоходовий (один канал для сечі, другий для роздування балона) та триходовий (третій канал для постійного промивання міхура).
3. **Катетер Тімана (Тіманна):** Жорсткіший, має вигнутий дзьобоподібний кінець. Використовується урологами для катетеризації чоловіків з аденомою простати (вигин дозволяє пройти звужену частину уретри).

2.3. Протипоказання до катетеризації.

Категорично заборонено вводити катетер при:

- **Травмі уретри:** Головна ознака — виділення крові із зовнішнього отвору уретри (уретрорагія) або гематома промежини (часто буває при переломах кісток тазу). Спроба катетеризації перетворить частковий розрив уретри на повний!
- Гострому уретриті, простатиті, абсцесі простати (ризик генералізації інфекції).

2.4. Особливості катетеризації у чоловіків та жінок.

- **Жінки:** Уретра коротка (3–4 см), широка і пряма. Катетеризація технічно проста, ризик травми мінімальний, але високий ризик занесення інфекції через близькість ануса.
- **Чоловіки:** Уретра довга (18–25 см), вузька, має два фізіологічні вигини (S-подібна форма). Процедура складна.
 - *Правило:* При введенні катетера статевий член потрібно тримати під кутом 90° до передньої черевної стінки (випрямлення переднього вигину).
 - *Застереження:* Якщо катетер зустрів перешкоду, **насилля неприпустиме!** Це призведе до створення хибного ходу (per via falsa).

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Катетеризація сечового міхура жінки м'яким катетером.

Оснащення: Стерильний набір для катетеризації (лоток, пінцети, марлеві серветки, ватні кульки, катетер Нелатона або Фолея), антисептик (фурацилін, повідон-йод), стерильний гліцерин/вазелинова олія, рукавички, пелюшка, судно, ємність для сечі.

Алгоритм:

1. Пацієнтка лежить на спині, ноги зігнуті в колінах і розведені (положення "жаби"). Під сідниці підкласти пелюшку/судно.
2. Виконати гігієнічне підмивання зовнішніх статевих органів.
3. Одягнути стерильні рукавички.
4. Лівою рукою розвести статеві губи. Правою рукою пінцетом взяти ватну кульку з антисептиком і обробити вхід в уретру (рухом зверху вниз).
5. Змастити кінець катетера стерильною олією.
6. Пінцетом (або стерильною рукою) ввести катетер в отвір уретри на глибину **4–6 см**.
7. Поява сечі свідчить про знаходження катетера в міхурі. Опустити зовнішній кінець у сечоприймач.
8. Після виведення сечі обережно витягнути катетер (якщо це одноразова процедура).

Завдання №2. Катетеризація сечового міхура чоловіка м'яким катетером.

Алгоритм:

1. Пацієнт лежить на спині, ноги випрямлені.
2. Обробити голівку статевого члена антисептиком (від центру до периферії).
3. Лівою рукою (через серветку) взяти статевий член за голівку, відтягнути крайню плоть і підняти член вертикально вгору (**90° до тулуба**), трохи витягуючи його. Це випрямляє передній вигин уретри.
4. Правою рукою пінцетом захопити змащений олією катетер і ввести його в уретру.
5. Просувати катетер повільно, перехоплюючи пінцетом. На глибині 15–18 см може відчуватися легкий опір (сфінктер або простатична частина) — попросити пацієнта зробити глибокий вдих (розслабитися) і продовжити введення.

6. Катетер вводиться на глибину **20–25 см** до появи сечі.
7. *Важливо:* Ніколи не застосовувати силу! Якщо м'який катетер не проходить, процедуру припиняють (викликають лікаря-уролога).

Завдання №3. Догляд за постійним катетером Фолея.

Мета: Профілактика катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів (КАІСШ).

Алгоритм:

1. **Фіксація:** Після введення катетера Фолея роздути балон (ввести шприцом 10 мл стерильного фізрозчину в порт з кольоровим клапаном). Підтягнути катетер до упору.
2. **Дренажна система:** Приєднати мішок-сечоприймач. Мішок повинен **завжди** знаходитися нижче рівня сечового міхура, щоб сеча не затікала назад (гравітаційний принцип).
3. **Гігієна:** Двічі на день промивати місце входу катетера в уретру водою з милом, видаляючи кірочки та слиз.
4. **Споорожнення мішка:** Зливати сечу через нижній клапан мішка кожні 3–4 години (або при наповненні), не допускаючи переповнення.
5. **Видалення:** Перед видаленням катетера обов'язково **відкачати рідину з балона шприцом!**

4. Підведення підсумків

- **Відмінно (5):** Студент знає анатомічні відмінності уретри, безпомилково демонструє техніку, знає принцип роботи катетера Фолея.
- **Добре (4):** Дрібні помилки в асептиці або послідовності дій, які виправляються самостійно.
- **Задовільно (3):** Невпевнене володіння технікою, спроби застосувати силу при введенні катетера, незнання об'єму балона.
- **Незадовільно (2):** Незнання протипоказань (травма уретри), грубе порушення асептики, неможливість виконати процедуру.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.

3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Campbell-Walsh-Wein Urology, 12th Edition. Elsevier, 2020.
2. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
3. EAUN Guidelines on Indwelling Catheters in Adults. European Association of Urology Nurses, 2021.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. European Association of Urology (EAU) Guidelines. URL: <https://uroweb.org/guidelines>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 9

ТЕМА: Догляд за пацієнтами з дренажами та стомами.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти розуміння видів та призначення хірургічних стом (гастростома, колостома, ілеостома, цистостома). Ознайомити з сучасними засобами догляду за стомами (одно- та двокомпонентні калоприймачі). Навчити виконувати алгоритми заміни калоприймача, годування через гастростому та догляду за шкірою навколо стоми для профілактики мацерації та дерматитів. Опанувати принципи догляду за дренажними системами.

Основні поняття:

Стома, гастростома, колостома (анус претернатураліс), ілеостома, цистостома, калоприймач (адгезивна пластина, мішок), паста-герметик, мацерація шкіри, дренаж (активний/пасивний), дренаж за Редоном.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Анатомія шлунково-кишкового тракту.
2. Поняття про асептику та антисептику при перев'язках.
3. Фізіологія травлення у різних відділах кишківника (характер вмісту: рідкий/сформований).

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Поняття про стоми та їх класифікація.

Стома (від грец. stoma — отвір, рот) — це штучно створений хірургічним шляхом отвір, що з'єднує порожнистий орган із зовнішнім середовищем.

Основні види стом у хірургії:

1. **Гастростома:** Отвір у шлунку, виведений на передню черевну стінку. Призначення — харчування пацієнта при непрохідності стравоходу (пухлини, опіки) або бульбарних розладах.
2. **Кишкові стоми (для виведення калових мас):**
 - *Колостома:* Виведення товстої кишки (найчастіше сигмоподібної). Калові маси оформлені або напівоформлені, випорожнення 1–2 рази на добу.

- *Ілеостома*: Виведення тонкої кишки. Вміст рідкий, їдкий (через наявність ферментів), виділяється постійно і часто, що створює високий ризик хімічного опіку шкіри.

3. **Уростома (епіцистостома)**: Виведення сечового міхура для відтоку сечі.

4. **Трахеостома**: Отвір у трахеї для забезпечення дихання.

2.2. Сучасні засоби догляду за кишковими стомами.

Раніше використовували гумові судна та марлеві пов'язки, що призводило до запаху та мацерації шкіри. Сучасний стандарт — використання калоприймачів.

Вони поділяються на:

- **Однокомпонентні**: Клейова пластина і мішок є єдиним цілим. Змінюються повністю 1–2 рази на добу (або частіше при необхідності).
- **Двокомпонентні**: Клейова пластина кріпиться до шкіри на 3–5 днів, а змінні мішки приєднуються до неї за допомогою фланцевого замка. Це менше травмує шкіру частим відклеюванням.

За типом мішків:

- *Закриті (недреновані)*: Для оформленого стільця (колостома). Змінюються після наповнення.
- *Відкриті (дреновані)*: Мають отвір знизу із затискачем. Для рідкого стільця (ілеостома). Спорожнюються по мірі наповнення без відклеювання від шкіри.

2.3. Догляд за шкірою навколо стоми.

Шкіра навколо стоми (парастомальна ділянка) — це «слабке місце». Постійний контакт із кишковим вмістом викликає мацерацію (розм'якшення), ерозії та дерматит.

Правила:

1. Миття теплою водою з нейтральним милом (або спеціальними лосьйонами). Не терти!
2. Ретельне висушування промокальними рухами.
3. Використання захисних паст (герметиків), які вирівнюють складки шкіри і покращують зчеплення з пластиною.
4. Використання загоювальних кремів (цинкова мазь, паста Лассара) у *перервах* між носінням калоприймача (або використання спеціальних пудр під пластину).

2.4. Годування через гастростому.

Через гастростому вводиться гумова трубка (або використовується гудзикова гастростома).

Вимоги до їжі: Їжа повинна бути теплою, напіврідкою, гомогенною (перетертою), висококалорійною.

Догляд: Шкіру навколо трубки щодня обробляють антисептиком і змащують цинковою пастою для захисту від шлункового соку, який може підтікати.

Трубку після годування промивають водою.

2.5. Догляд за дренажами.

Дренування — це забезпечення відтоку вмісту (крові, гною, ексудату) з ран або порожнин тіла.

Види дренування:

- *Пасивне*: Відтік під дією сили тяжіння (гумові смужки, трубки у банку, що стоїть нижче рівня ліжка).
- *Активне (аспіраційне)*: Відтік за рахунок створення вакууму (гармошка, груша, електричний відсмоктувач). Приклад: дренаж за Редоном.

Завдання медперсоналу:

1. Стежити за герметичністю системи (щоб дренаж не випав).
2. Стежити, щоб трубка не перегибалася.
3. Вчасно спорожнювати ємності та вимірювати кількість виділень.
4. Міняти пов'язку навколо місця виходу дренажу (розрізану "штанцями" серветку).

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Алгоритм заміни калоприймача (на прикладі однокомпонентного).

1. Підготувати оснащення: чистий калоприймач, трафарет для вимірювання стоми, ножиці (бажано з вигнутими кінцями), тепла вода, м'які серветки, пакет для утилізації, рукавички.
2. Надіти рукавички. Обережно відклеїти старий калоприймач (шкіру притримувати рукою, відклеювати зверху вниз). Покласти його в пакет для утилізації.
3. Очистити шкіру навколо стоми серветками з теплою водою. Залишки клейкої речовини видалити спеціальним очисником (якщо є) або водою.
4. Просушити шкіру м'яким рушником (промокальними рухами).
5. Виміряти розмір стоми за допомогою трафарету.

6. На захисному покритті нового калоприймача вирізати отвір, що відповідає розміру та формі стоми. **Важливо:** Отвір має бути на 2–3 мм більшим за саму стому (щоб край пластини не травмував слизову кишки).
7. Зігріти клейову пластину між долонями (для кращої адгезії).
8. Зняти захисну плівку. Накласти пластину на шкіру знизу вгору, стежачи, щоб стома потрапила в отвір.
9. Притиснути пластину до шкіри протягом 1–2 хвилин, розгладжуючи від центру до країв, щоб не було складок.

Завдання №2. Алгоритм годування через гастростому.

1. Підготувати їжу (підігріти до 35–40°C), лійку або шприц Жане, воду.
2. Надати пацієнту напівсидячого положення (якщо стан дозволяє).
3. Відкрити затискач на гастростомічній трубці.
4. Приєднати лійку/шприц. Вводити їжу повільно, невеликими порціями.
5. Стежити, щоб у трубку не потрапляло багато повітря (заповнювати лійку до того, як вона повністю спорожніє).
6. Після годування промити трубку 30–50 мл кип'яченої води.
7. Закрити трубку затискачем/корком, накласти стерильну серветку на кінець.
8. Оглянути шкіру навколо стоми. При ознаках подразнення — обробити цинковою маззю.

Завдання №3. Догляд за активним дренажем (типу «гармошка» або груша).

1. Надіти рукавички.
2. Перекрити дренажну трубку затискачем (щоб рідина не повернулася в рану при відкритті ємності).
3. Відкрити корок «гармошки»/груші.
4. Злити вміст у мірну склянку, оцінити колір (кров, гній, сукровиця) та об'єм.
5. Стиснути «гармошку»/грушу рукою, щоб випустити повітря і створити вакуум.
6. Не розтискаючи руки, закрити корок.
7. Зняти затискач з дренажної трубки. Переконайтеся, що гармошка почала розправлятися, всмоктуючи рідину.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів:

- **Відмінно (5):** Студент вільно орієнтується в типах калоприймачів, безпомилково вирізає отвір під розмір стоми, знає методи захисту шкіри та догляду за дренажами.
- **Добре (4):** Дрібні помилки в послідовності дій (наприклад, забув зігріти пластину руками), але правильне виконання основного алгоритму.
- **Задовільно (3):** Знає теорію, але не може правильно підібрати розмір отвору (вирізає занадто великий або малий), невпевнено діє з дренажем.
- **Незадовільно (2):** Не розуміє різниці між колостомою та гастростомою, не знає правил асептики, намагається промити дренаж без призначення лікаря.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Schwartz's Principles of Surgery, 11th Edition. McGraw-Hill Education, 2019. 2192 p.
2. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.
3. Clinical Nursing Skills and Techniques / Anne Griffin Perry et al. 10th ed. Elsevier, 2021.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. United Ostomy Associations of America (UOAA). URL: <https://www.ostomy.org/>
3. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). URL: <https://www.wocn.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 10

ТЕМА: Догляд за хворими з ранами. Десмургія. Тимчасова зупинка кровотечі.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти цілісне клінічне уявлення про перебіг ранового процесу та принципи догляду за ранами в різні фази загоєння. Навчити швидко ідентифікувати вид кровотечі та обирати адекватний метод гемостазу (пальцеве притиснення, джгут, тиснуча пов'язка). Опанувати техніку десмургії — накладання типових бинтових пов'язок на голову, тулуб та кінцівки з дотриманням правил асептики і функціональності.

Основні поняття:

Рана (*vulnus*), фази ранового процесу (гідратація, дегідратація, рубцювання), кровотеча (артеріальна, венозна, капілярна), тимчасовий гемостаз, джгут Есмарха, турнікет, правило «золотої години», десмургія, тури бинта, пов'язка «Чепець», пов'язка Дезо, колосоподібна пов'язка.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або усне опитування)

1. Будова шкіри, підшкірної клітковини та м'язів.
2. Топографія магістральних судин тіла (сонна, плечова, стегнова артерії).
3. Поняття асептики, антисептики та профілактики правця.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Рани та перебіг ранового процесу.

Рана — це механічне пошкодження тканин, що супроводжується порушенням цілісності шкіри або слизових оболонок. Основними клінічними ознаками будь-якої рани є: біль, кровотеча та зянення (розходження країв).

Лікування ран неможливе без розуміння фазності ранового процесу (за М.І. Кузіним):

1. **I фаза — фаза запалення (гідратації).** Починається одразу після поранення. Характеризується набряком тканин, болем, підвищенням місцевої температури та виділенням ексудату. Відбувається відторгнення некротичних тканин («очищення рани»)
 - *Завдання догляду:* Забезпечити відтік гною та ексудату. Використовують пов'язки з гіпертонічним розчином (10% NaCl) або

мазями на водорозчинній основі (Левомеколь), які «витягують» рідину з рани.

2. **II фаза — фаза регенерації (дегідратації).** Набряк спадає, рана очищується і заповнюється грануляційною тканиною (яскраво-червона, дрібнозерниста тканина, що легко кровоточить — "живе м'ясо").
 - *Завдання догляду:* Захистити ніжні грануляції від травмування. Використовують мазі на жировій основі (метилурацилова, солкосерил), які не присихають до рани.
3. **III фаза — епітелізації та рубцювання.** Утворення міцного сполучнотканинного рубця і покриття його епітелієм.

2.2. Класифікація кровотеч та методи їх зупинки.

Залежно від виду пошкодженої судини розрізняють:

- **Капілярна кровотеча:** Кров виступає окремими краплями по всій поверхні рани («симптом роси»). Колір — насичено-червоний. Зазвичай зупиняється самостійно.
 - *Допомога:* Обробка країв рани антисептиком (йод, бетадин) та накладання асептичної пов'язки.
- **Венозна кровотеча:** Кров темно-вишневого кольору, витікає безперервним струменем, не пульсує. Небезпечна можливістю повітряної емболії (при пораненні вен шиї).
 - *Допомога:* Накладання **тиснучої пов'язки**. На рану кладуть стерильну серветку, зверху — щільний валик з бинта (пелот) і туго прибинтовують. Це притискає стінки вени і зупиняє кров.
- **Артеріальна кровотеча:** Найнебезпечніша. Кров яскраво-червона (алоїдна), витікає пульсуючим струменем («фонтаном»).
 - *Допомога:* негайно виконати пальцеве притиснення артерії до кістки **вище** місця поранення, після чого накласти кровоспинний джгут.

2.3. Правила накладання джгута (турнікета).

Джгут — це крайній захід, оскільки він повністю припиняє кровопостачання кінцівки, що загрожує некрозом.

Алгоритм дій:

1. **Місце:** Джгут накладається **вище** рани (ближче до серця), але якнайближче до місця поранення (щоб зберегти кровопостачання здорової частини кінцівки).

2. **Підкладка:** На шкіру під джгут обов'язково накладають тканину (одяг, рушник, бинт), щоб запобігти защемленню шкіри.
3. **Техніка:** Джгут сильно розтягують і роблять перший тур навколо кінцівки. Він має бути найтугішим — саме він зупиняє кровотік. Наступні тури накладають з меншим натягом впритул один до одного (по спіралі), щоб не защемити шкіру між витками.
4. **Критерій ефективності:** Зупинка кровотечі, зникнення пульсу на периферичній артерії, збліднення кінцівки. Якщо кінцівка посиніла — джгут накладено неправильно (перетиснуті тільки вени), треба перекласти тугіше.
5. **Час:** Максимальний час перебування джгута — **1 година** взимку і **2 години** влітку (безпечний стандарт — до 1 години незалежно від пори року).
6. **Маркування:** Обов'язково вкласти під джгут записку з точним часом накладання (наприклад, «14:30»). Якщо записки немає — написати час на лобі пораненого маркером/кров'ю.

2.4. Десмургія: правила бинтування.

- Пацієнт має займати зручне положення, а частина тіла, яку бинтують, має бути нерухомою і доступною з усіх боків.
- Бинтувати кінцівку слід у фізіологічному положенні (ліктьовий суглоб — зігнутий під кутом 90°, нога — трохи зігнута в коліні).
- Бинтування проводять **від периферії до центру** (знизу вгору).
- Головку бинта тримають у правій руці, розкочуючи її по поверхні тіла, не відриваючи, а хвіст бинта утримують лівою.
- Кожен наступний оберт (тур) повинен перекривати попередній на 1/2 або 2/3 ширини бинта.
- Пов'язка не повинна порушувати кровообіг (перевіряють колір шкіри та пульс нижче пов'язки).

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Накладання пов'язки «Чепець».

Це найнадійніша пов'язка для фіксації матеріалу на волосистій частині голови.

Алгоритм:

1. Відрізати шматок бинта довжиною близько 1 м (це буде "зав'язка"). Покласти його серединою на тім'я. Кінці зав'язки пацієнт або помічник утримує вертикально вниз перед вухами, злегка натягуючи.

2. Зробити перші два закріплюючі циркулярні тури навколо голови (через лоб і потилицю, над зав'язками).
3. Дійшовши до правої зав'язки, обгорнути бинт навколо неї петлею і вести по лобній частині до лівої зав'язки.
4. Обійти ліву зав'язку петлею і вести бинт по потиличній частині, перекриваючи попередній тур вище.
5. Продовжувати ходи («туди-сюди»), поступово піднімаючись до центру голови, доки вся волосиста частина не буде закрита.
6. Кінець бинта прив'язати до однієї із зав'язок. Кінці зав'язки зв'язати під підборіддям (але не душити!).

Завдання №2. Накладання пов'язки Дезо.

Використовується для іммобілізації верхньої кінцівки при переломах ключиці, плеча або вивихах.

Алгоритм:

1. У пахову западину з боку пошкодження вкласти ватно-марлевий валик. Руку зігнути в лікті під прямим кутом і притиснути до тулуба.
2. **1-й тур:** Циркулярний хід навколо грудної клітки, що притискає плече до тулуба (ведеться від здорової сторони до хворої).
3. **2-й тур:** Зі здорової пахової западини бинт ведуть косо вгору на надпліччя хворої сторони.
4. **3-й тур:** Вертикально вниз по задній поверхні хворого плеча під лікоть (охоплюючи передпліччя знизу).
5. **4-й тур:** З-під ліктя косо вгору через груди у здорову пахову западину.
6. Далі тури повторюються (1-й -> 2-й -> 3-й -> 4-й) кілька разів для надійної фіксації.
7. Кисть руки підвішують на косинку або окрему лямку.

Завдання №3. Накладання колосоподібної пов'язки на плече.

Застосовується для закриття ран у ділянці плечового суглоба та верхньої третини плеча.

Алгоритм:

1. Зробити закріплюючі тури навколо верхньої третини плеча.
2. Бинт ведуть по зовнішній поверхні плеча на спину.
3. Через здорову пахову западину переходять на груди.

4. З грудей — на плече, перехрещуючи попередній тур на зовнішній поверхні суглоба.
5. Бинт йде під пахву хворої руки і виходить на зовнішню поверхню.
6. Повторювати ходи, щоразу зміщуючи перехрест («колосок») вгору (висхідна пов'язка) або вниз (низхідна).

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за такими критеріями:

- **Відмінно (5):** Студент демонструє глибокі знання теоретичного матеріалу (фази ранового процесу), безпомилково і естетично накладає складні пов'язки (Дезо, Чепець), впевнено володіє технікою накладання джгута з дотриманням усіх правил.
- **Добре (4):** Студент правильно виконує алгоритми, але пов'язка накладена недостатньо туго (може сповзти) або не зовсім охайно; є дрібні неточності в теоретичних відповідях.
- **Задовільно (3):** Пов'язка функціонально непридатна (не фіксує), порушено напрямок турів, невпевненість у визначенні точок пальцевого притиснення артерій.
- **Незадовільно (2):** Грубі помилки, що загрожують життю пацієнта (накладання джгута на голу шкіру, перевищення часу накладання), повне невміння бинтувати.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з догляду за пацієнтами і медичної маніпуляційної техніки : навч. посіб. / [В. М. Лісовий, О. М. Ковальова, Т. В. Фролова та ін.] ; за ред. В. М. Лісового, О. М. Ковальнової. Київ : Медицина, 2019. 160 с.

Додаткова:

1. Порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441.
2. Stop the Bleed: курс навчальної програми Американської колегії хірургів. URL: <https://www.stopthebleed.org/>
3. Bailey & Love's Short Practice of Surgery, 27th Edition. CRC Press, 2018. 1632 p.
4. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Всеукраїнська Рада Реанімації. URL: <https://vrc.org.ua/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 11

ТЕМА: Догляд за хворими з травмами. Транспортна іммобілізація.

Мета:

Навчити здобувачів вищої освіти розпізнавати клінічні ознаки переломів та вивихів (абсолютні та відносні). Ознайомити із сучасними засобами транспортної іммобілізації (шина Крамера, пневматичні шини, шини SAM, комір Шанца). Сформувати стійкі практичні навички накладання транспортних шин при пошкодженнях верхніх та нижніх кінцівок з дотриманням правил профілактики вторинних ускладнень.

Основні поняття:

Перелом (*fractura*), вивих (*luxatio*), забій, розтягнення, транспортна іммобілізація, дротяна шина Крамера, шина Дітеріхса, пневматична шина, абсолютні та відносні ознаки перелому, кісткова крепітація, патологічна рухливість.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Будова скелета людини (кістки плечового пояса, верхньої та нижньої кінцівок).
2. Види суглобів та фізіологічний обсяг рухів у них.
3. Поняття травматичного шоку.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Класифікація та діагностика травм.

Перелом — це повне або часткове порушення цілісності кістки під впливом механічної сили. Переломи бувають закриті (шкіра не пошкоджена) та відкриті (є рана, через яку може бути видно уламки кістки; високий ризик інфікування).

Для встановлення діагнозу важливо розрізнити групи симптомів:

- **Відносні ознаки (ймовірні):** Біль, набряк, гематома, порушення функції кінцівки. Вони можуть бути і при забійних ранах.
- **Абсолютні ознаки (достовірні):**
 1. *Патологічна рухливість:* Рухи в тих місцях, де суглоба немає (наприклад, посередині гомілки).

2. *Кісткова крепітація*: Характерний хрукіт (тертя уламків один об одного) при пальпації.
3. *Деформація кінцівки*: Зміна осі або вкорочення кінцівки.
4. Кісткові уламки: Видно в рані (при відкритому переломі).

Увага: Спеціально перевіряти крепітацію та патологічну рухливість заборонено, оскільки це викликає нестерпний біль і може спровокувати шок!

Вивих — це повне роз'єднання суглобових поверхонь кісток. Характерна ознака — *пружиниста фіксація* (при спробі змінити положення кінцівки відчувається пружинистий опір, і кінцівка повертається у вимушене положення).

2.2. Поняття та цілі транспортної іммобілізації.

Транспортна іммобілізація — це створення нерухомості (спокою) пошкодженої частини тіла на час транспортування потерпілого до медичного закладу.

Цілі:

1. Зменшення болю (профілактика травматичного шоку).
2. Попередження вторинного пошкодження тканин (гострі краї кістки можуть перерізати артерію або нерв під час руху).
3. Попередження переходу закритого перелому у відкритий.

2.3. Засоби іммобілізації.

1. Табельні (стандартні):

- *Дротяна шина Крамера*: Універсальна драбинка, яка гнеться і моделюється під будь-яку ділянку тіла.
- *Пневматичні (вакуумні) шини*: Надувні камери, які фіксують кінцівку стисненим повітрям.
- *Шина SAM (Structural Aluminum Malleable)*: Сучасна тактична шина, легка, гнеться, рентгенпрозора.
- *Шина-комір Шанца*: Для фіксації шийного відділу хребта.

2. **Підручні (імпровізовані)**: Дошки, палиці, парасольки, лижі, картон, фанера.

3. **Аутоіммобілізація**: Прибинтовування пошкодженої ноги до здорової ноги, або пошкодженої руки до тулуба.

2.4. Правила накладання транспортних шин.

1. Шину накладають поверх одягу та взуття (якщо немає масивної кровотечі, що потребує зупинки).

2. Шина повинна фіксувати **мінімум два суглоби**, суміжні з місцем перелому (один вище, один нижче).
 - *Виняток:* При переломі стегнової або плечової кістки фіксують **три суглоби** (відповідно: кульшовий+колінний+гомілковостопний або плечовий+ліктьовий+променезап'ястковий).
3. Моделювання шини (надання їй форми кінцівки) проводять **на собі** або на здоровій кінцівці потерпілого. Гнути шину на зламаній нозі заборонено!
4. Кісткові виступи (ліктьовий відросток, кісточки, п'ята) захищають м'якими ватними прокладками, щоб уникнути пролежнів.
5. Взимку кінцівку з шиною потрібно утеплити.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Іммобілізація при переломі кісток передпліччя шиною Крамера.

Мета: Фіксація променево-зап'ясткового та ліктьового суглобів.

Алгоритм:

1. Підготувати шину Крамера довжиною від кінчиків пальців до верхньої третини плеча.
2. Обгорнути шину ватою та бинтом (якщо вона не має чохла).
3. Зігнути шину під кутом 90° (на рівні ліктя). Відмоделювати її на своїй здоровій руці.
4. Надати пошкодженій руці фізіологічного положення (зігнута в лікті під кутом 90°, долоня обернена до живота, пальці напівзігнуті). В долоню вкласти валик.
5. Накласти шину по задній поверхні руки від кінчиків пальців до верхньої третини плеча.
6. Прибинтувати шину спіральними турами від кисті вгору.
7. Підвісити руку на косинку.

Завдання №2. Іммобілізація при переломі гомілки.

Мета: Фіксація колінного та гомілковостопного суглобів.

Алгоритм:

1. Потрібні 3 шини Крамера (або одна широка U-подібна).
2. **Задня шина:** Від кінчиків пальців стопи до середньої третини стегна. Її згинають під кутом 90° в ділянці п'яти.

3. **Бічні шини:** Накладаються з зовнішнього та внутрішнього боків гомілки, фіксуючи стопу U-подібно (стремено).
4. Накласти ватні прокладки на кісточки та п'яту.
5. Прибинтувати шини спіральними турами від стопи до стегна. Пальці стопи залишити відкритими для контролю кровообігу.

Завдання №3. Аутоімобілізація (якщо немає шин).

Мета: Фіксація підручними методами.

- *Верхня кінцівка:* Зігнути руку в лікті, підвісити на косинку. Додатково прибинтувати плече до тулуба широким бинтом або рушником (як у пов'язці Дезо).
- *Нижня кінцівка:* Покласти вату або м'яку тканину між ногами (в ділянці колін та кісточок). Щільно прибинтувати пошкоджену ногу до здорової в 3-4 місцях (обов'язково вище і нижче перелому, а також на рівні гомілок і стегон).

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів:

- **Відмінно (5):** Студент знає правило "2-х та 3-х суглобів", правильно моделює шину Крамера (не на хворому), діє обережно, пояснює свої дії пацієнту.
- **Добре (4):** Техніка накладання правильна, але фіксація недостатньо жорстка, або забув захистити кісткові виступи ватою.
- **Задовільно (3):** Помилки в рівнях іммобілізації (шина коротка), спроба зняти одяг з пошкодженої руки без необхідності.
- **Незадовільно (2):** Грубі помилки: накладання шини без підкладки, спроба вправити уламки кістки, моделювання шини на зламаній кінцівці.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. ATLS (Advanced Trauma Life Support) Student Course Manual. 10th Edition. American College of Surgeons, 2018.
2. Порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441.
3. McRae's Orthopaedic Trauma and Emergency Fracture Management, 3rd Edition. Elsevier, 2016.
4. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. AO Foundation (міжнародна спільнота з вивчення остеосинтезу). URL: <https://www.aofoundation.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 12

ТЕМА: Догляд за хворими з гнійно-запальними захворюваннями.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти цілісне уявлення про специфіку роботи в умовах гнійної хірургії. Навчити ідентифікувати місцеві та загальні ознаки запального процесу. Опанувати техніку безпечної роботи в гнійній перев'язувальній, правила асистування при перев'язках, методику забору біологічного матеріалу для бактеріологічного дослідження та алгоритми поводження з небезпечними медичними відходами (категорія В).

Основні поняття:

Запалення, п'ять ознак запалення (pentada Celsi-Galeni), абсцес, флегмона, гнійна рана, гіпертонічний розчин, дренування, вторинна хірургічна обробка, внутрішньолікарняна інфекція, медичні відходи категорії В.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або розгорнуте опитування)

1. Поняття асептики та антисептики: види, методи, засоби.
2. Шляхи передачі госпітальної інфекції (контактний, аерозольний, імплантаційний).
3. Загальна реакція організму на гнійно-запальний процес (синдром системної запальної відповіді).

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Особливості організації роботи гнійного хірургічного відділення.

Пацієнти з гнійно-запальними захворюваннями (абсцеси, флегмони, остеомієліт, сепсис) є потенційним джерелом інфекції для інших хворих. Тому такі пацієнти повинні перебувати в ізольованих відділеннях («гнійна хірургія») або в окремих палатах.

Ключовим елементом відділення є перев'язувальна. В ідеалі їх має бути дві: «чиста» і «гнійна». Якщо ж перев'язувальна одна, дотримання черговості маніпуляцій є критично важливим для профілактики перехресного інфікування:

1. Спочатку виконуються перев'язки «чистих» післяопераційних ран.
2. Потім — умовно інфікованих ран (наприклад, дренажі після апендектомії).

3. В останню чергу — перев'язки гнійних ран, калових норниць, гангрени.

Після завершення роботи з гнійними хворими обов'язково проводиться генеральне прибирання з використанням дезінфікуючих засобів та ультрафіолетового опромінення (кварцювання).

2.2. Клінічна картина запалення.

Медичний персонал повинен вміти розпізнавати запальний процес на ранніх стадіях.

Міцеві ознаки (класична п'ятірка Цельса-Галена):

1. **Почервоніння (rubor):** Виникає внаслідок розширення судин мікроциркуляторного русла (артеріальна гіперемія).
2. **Набряк (tumor):** Виникає через підвищення проникності судинної стінки та вихід рідкої частини крові (ексудату) у тканини.
3. **Міцевий жар (calor):** Підвищення температури в осередку запалення через приплив теплої артеріальної крові та інтенсивний обмін речовин.
4. **Біль (dolor):** Виникає внаслідок подразнення нервових закінчень медіаторами запалення (гістамін, кініні) та механічного стискання набряком.
5. **Порушення функції (functio laesa):** Обмеження рухів через біль та набряк.

Загальні ознаки: Підвищення температури тіла (гарячка), озноб, загальна слабкість, головний біль, зміни в аналізі крові (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ).

2.3. Принципи місцевого лікування гнійних ран.

Тактика перев'язок залежить від фази ранового процесу.

У I фазі (фаза запалення), коли в рані є гній, некротичні тканини та набряк, головне завдання — забезпечити відтік ексудату. Для цього використовують:

- *Гіпертонічний розчин натрію хлориду (10%):* За законом осмосу він «витагує» рідину з тканин у пов'язку, зменшуючи набряк та очищуючи рану.
- *Мазі на водорозчинній основі (Левомеколь, Офлокаїн):* Вони містять антибіотики і легко змиваються, не перешкоджаючи відтоку гною.
- *Важливо:* У цій фазі **протипоказані** мазі на жировій основі (вазелін, мазь Вишневського), оскільки вони створюють герметичну плівку («ефект термоса»), що сприяє розмноженню бактерій та посиленню запалення.

2.4. Поводження з медичними відходами.

Згідно з чинними наказами МОЗ України, всі відходи, що утворюються в гнійній перев'язувальній (використані бинти, вата, серветки, тампони, дренажі, рукавички), належать до Категорії В (епідемічно небезпечні).

Алгоритм утилізації:

1. Збір відходів проводиться в місці їх утворення у спеціальні пакети або контейнери **жовтого кольору** з маркуванням «Біологічна небезпека».
2. Ємності заповнюються не більше ніж на 3/4 об'єму.
3. Перед вивезенням відходи підлягають обов'язковому знезараженню (хімічна дезінфекція або автоклавування).
4. Категорично заборонено змішувати відходи категорії В зі звичайним побутовим сміттям.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Асистування лікарю при перев'язці гнійної рани.

Алгоритм дій:

1. **Підготовка:** Медсестра одягає халат, маску, шапочку, фартух (за необхідності), обробляє руки і вдягає стерильні рукавички. Готує стерильний столик: пінцети, затискачі, ножиці, зонд, дренажі, стерильні серветки, кульки, антисептики (перекис водню 3%, хлоргексидин, повідон-йод).
2. **Зняття пов'язки:**
 - Розрізати бинт ножицями збоку від рани.
 - Пінцетом обережно підняти край серветки. Якщо вона присохла до рани — ні в якому разі не відривати силою! Це викликає біль і травмує тканини. Необхідно рясно змочити серветку 3% розчином перекису водню і зачекати 2–3 хвилини, поки вона відмокне.
 - Використану пов'язку скинути в жовтий контейнер (Категорія В).
3. **Обробка рани:** Лікар обробляє шкіру навколо рани спиртовмісним антисептиком (від країв рани до периферії). Саму рану промивають перекисом водню (піна механічно виносить бруд і гній) та водними розчинами антисептиків.
4. **Накладання нової пов'язки:** Медсестра подає лікарю стерильним корнцангом необхідні ліки (турунди з гіпертонічним розчином або маззю) та стерильні серветки. Пов'язку фіксують бинтом або пластирем.

Завдання №2. Забір матеріалу з рани для бактеріологічного дослідження.

Мета: Ідентифікація збудника та визначення чутливості до антибіотиків (антибіотикограма).

Алгоритм дій:

1. Забір матеріалу проводиться до початку промивання рани антисептиками.
2. Використовується стерильна пробірка з ватним тампоном.
3. Витягнути тампон за корок, не торкаючись країв пробірки та інших предметів.
4. Ввести тампон глибоко в рану, провівши ним по стінках та дну, набираючи гнійний ексудат. Уникати дотику до шкіри навколо рани (щоб не занести сапрофітну флору зі шкіри).
5. Вкласти тампон у пробірку, не торкаючись зовнішніх стінок. Щільно закрити.
6. Підписати направлення (ПІБ, відділення, дата, діагноз, які антибіотики приймає) і відправити в лабораторію протягом 2 годин.

Завдання №3. Застосування міхура з льодом.

Показання: Початкова стадія запалення (для зменшення набряку та болю), внутрішня кровотеча, забій, висока температура тіла.

Алгоритм дій:

1. Підготувати гумовий міхур для льоду. Заповнити його дрібними шматочками льоду на 1/2 або 2/3 об'єму.
2. Долити трохи холодної води (100–150 мл), покласти міхур на горизонтальну поверхню і витиснути залишки повітря. Щільно закрутити корок.
3. Перевернути міхур догори дном, перевірити на герметичність (вода не повинна протікати).
4. Насухо витерти міхур. Обов'язково загорнути його в рушник або пелюшку (прямий контакт із шкірою може викликати переохолодження або обмороження).
5. Прикласти до ураженої ділянки.
6. *Режим:* Тримати 15–20 хвилин, потім зробити перерву на 15–20 хвилин, після чого процедуру можна повторити. Тривале безперервне охолодження порушує кровообіг.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за такими критеріями:

- **Відмінно (5):** Студент глибоко розуміє патофізіологію запалення, безпомилково демонструє техніку асистування, знає правила поводження з медичними відходами.
- **Добре (4):** Студент володіє технікою, але допускає дрібні неточності (наприклад, забув перевірити герметичність міхура з льодом), які виправляє самостійно.
- **Задовільно (3):** Знає алгоритм поверхово, плутає фази ранового процесу та вибір мазей, порушує правила стерильності при заборі матеріалу.
- **Незадовільно (2):** Грубі порушення асептики (торкається рани руками), незнання правил утилізації інфікованого матеріалу, нерозуміння принципів лікування гнійної рани.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з догляду за пацієнтами і медичної маніпуляційної техніки : навч. посіб. / [В. М. Лісовий, О. М. Ковальова, Т. В. Фролова та ін.] ; за ред. В. М. Лісового, О. М. Ковальнової. Київ : Медицина, 2019. 160 с.

Додаткова:

1. Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2015 № 325 (у редакції Наказу МОЗ № 1613 від 06.09.2022).
2. Surgical Site Infection (SSI) Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2022. URL: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscsscicurrent.pdf>
3. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України (Інфекційний контроль). URL: <https://phc.org.ua/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 13

ТЕМА: Догляд за хворими з термічними ураженнями. Опіки та опікова хвороба. Відмороження. Електротравма.

Мета:

Забезпечити глибоке розуміння патогенезу термічної травми. Навчити студентів проводити диференційну діагностику глибини опіків згідно з сучасною 4-ступеневою класифікацією (I, IIА, IIВ, III), розраховувати площу ураження та прогнозувати розвиток опікового шоку. Сформувати стійкі практичні навички надання домедичної допомоги при опіках та відмороженнях, базуючись на принципах патофізіології (профілактика вторинного некрозу), а також опанувати техніку накладання спеціальних пов'язок (термоізолюючої, «рукавиці»).

Основні поняття:

Комбустіологія, опік, поверхневі та глибокі опіки, правило «дев'яток», правило «долоні», опіковий шок, опікова токсемія, септикотоксемія, відмороження, «траншейна стопа», термоізолююча пов'язка.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або розгорнуте усне опитування)

1. Гістологічна будова шкіри: епідерміс, дерма, придатки шкіри, підшкірна клітковина.
2. Фізіологічні механізми терморегуляції організму.
3. Загальні принципи асептики та антисептики при роботі з відкритими ранами.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Сучасна класифікація опіків за глибиною ураження.

У клінічній практиці критично важливо розрізняти опіки, які здатні до самостійного загоєння (за рахунок збереження росткового шару епітелію або придатків шкіри), та опіки, що потребують хірургічного втручання (пересадки шкіри). Для цього використовується класифікація, що виділяє 4 ступені:

- **I ступінь (Епідермальний опік):** Це найлегше ураження, при якому пошкоджується лише поверхневий, роговий шар епідермісу. Клінічна картина характеризується стійкою гіперемією (почервонінням) шкіри, незначним набряком та відчуттям пекучого болю. Пухирі при цьому не утворюються. Загоєння відбувається швидко, протягом 3–4 діб, і

супроводжується злущуванням поверхневих шарів епітелію. Слідів на шкірі не залишається.

- **ПА ступінь (Поверхневий дермальний опік):** Ураження охоплює епідерміс та поверхневий (сосочковий) шар дерми. Однак ростковий шар епідермісу частково зберігається. Характерною клінічною ознакою є поява тонкостінних пухирів, наповнених прозорою світло-жовтою (серозною) рідиною. Якщо пухир зруйнований, оголюється вологе, яскраво-рожеве дно рани. Важливою діагностичною ознакою є збережена або навіть підвищена больова чутливість (гіперестезія) — дотик до рани викликає сильний біль. Загоєння відбувається самостійно за 10–14 днів без утворення рубців.
- **ПВ ступінь (Глибокий дермальний опік):** Некроз поширюється на всю товщу дерми, включаючи сітчастий шар. Зберігаються лише найглибші відділи придатків шкіри (волосяні цибулини, потові та сальні залози). Клінічно спостерігаються товстостінні пухирі з каламутним, геморагічним (кров'янистим) вмістом або утворення тонкого некротичного струпа білувато-сірого чи коричневого кольору. Дно рани сухе, тьмяне. Больова чутливість значно знижена (гіпоестезія). Загоєння відбувається вкрай повільно (3–6 тижнів) і часто завершується утворенням грубих гіпертрофічних рубців, тому такі опіки часто потребують хірургічного лікування.
- **ІІІ ступінь (Глибокий/Субфасціальний опік):** Це найтяжче ураження, що характеризується тотальним некрозом шкіри, підшкірної жирової клітковини, а також фасцій, м'язів і кісток. Місцево спостерігається утворення щільного сухого струпа чорного або темно-коричневого кольору (обвуглення). Через струп можуть просвічуватися тромбовані судини. Больова чутливість повністю відсутня (анестезія), оскільки загинули нервові закінчення. Самостійне загоєння неможливе; показана некректомія та шкірна пластика.

2.2. Визначення площі опіку.

Загальна площа ураження є основним фактором, що визначає тяжкість стану хворого та ризик розвитку опікового шоку. Для швидкого розрахунку використовують два методи:

1. **Правило «долоні» (І.І. Глумова):** Площа долоні пацієнта (разом із пальцями) становить приблизно **1%** від загальної поверхні його тіла. Цей метод зручний для вимірювання невеликих або розкиданих ділянок опіків.
2. **Правило «дев'яток» (А. Валласа):** Поверхня тіла дорослої людини умовно поділена на зони, площа яких кратна **9%**:

- Голова та шия — 9%.
- Верхня кінцівка — 9% (кожна).
- Передня поверхня тулуба — 18%.
- Задня поверхня тулуба — 18%.
- Нижня кінцівка — 18% (кожна).
- Промежина та статеві органи — 1%.

2.3. Патогенез та алгоритм допомоги при опіках.

Перша допомога спрямована на припинення дії термічного агента та попередження поглиблення опіку.

Після винесення потерпілого з небезпечної зони та гасіння одягу, ключовим етапом є охолодження. Уражену ділянку необхідно тримати під прохолодною проточною водою (або у ємності з водою) протягом 15–20 хвилин. Це необхідно тому, що навіть після усунення джерела тепла висока температура зберігається в глибоких шарах шкіри, продовжуючи руйнувати білки («ефект прогрівання»). Вода зупиняє цей процес і має знеболюючий ефект.

Після охолодження накладається асептична пов'язка. Категорично заборонено наносити на свіжий опік жири (олію, сметану, мазі), оскільки вони створюють плівку, що порушує тепловіддачу і сприяє поглибленню некрозу. Також не можна проколювати пухирі, оскільки цілісний пухир захищає рану від інфікування.

2.4. Відмороження: особливості патогенезу та тактика зігрівання.

Відмороження виникає не через пряме перетворення води в клітинах на лід, а внаслідок стійкого спазму судин і порушення мікроциркуляції.

У дореактивному періоді (на холоді) тканини бліді, холодні, нечутливі. У реактивному періоді (після зігрівання) розвивається запалення і некроз.

Головна помилка при наданні допомоги — швидке зігрівання ззовні (гаряча ванна, грілка, розтирання). При цьому в клітинах поверхневих тканин різко зростає обмін речовин і потреба в кисні, але спазмовані судини ще не можуть забезпечити кровопостачання. В результаті виникає ішемічний некроз.

Єдиним правильним методом є повільне зігрівання «зсередини». Для цього накладається термоізолююча пов'язка (шар марлі, товстий шар вати, клейонка), яка ізолює кінцівку від зовнішнього тепла. Кінцівка зігрівається поступово за рахунок відновлення власного кровотоку.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Розрахунок площі опіку (Клінічна задача).

Умова: До приймального відділення доставлено пацієнта, який отримав опіки окропом. При огляді виявлено почервоніння та пухирі на всій поверхні лівої ноги, сідницях та промежині.

Алгоритм рішення:

Використовуємо правило «дев'яток»:

1. Уся нижня кінцівка (стегно, гомілка, стопа) становить 18% поверхні тіла.
2. Сідниці входять до складу задньої поверхні тулуба або стегон, але якщо враховувати їх окремо як зону ураження, то це частина спини/ніг. У класичній схемі Валласа нога повністю — це 18%.
3. Промежина становить 1%.

Розрахунок: 18% (нога) + 1% (промежина) = 19%.

Висновок: Площа опіку становить 19%. Це середньотяжкий стан, що вимагає госпіталізації та проведення протишокової терапії.

Завдання №2. Техніка накладання пов'язки на кисть («Рукавиця»).

Ця пов'язка застосовується при опіках кисті для профілактики зрощення пальців (синдактилії) та інфікування.

Алгоритм виконання:

1. Обережно видалити залишки одягу, не зриваючи прилиплу тканину. Обробити неушкоджену шкіру антисептиком.
2. На опікову поверхню накласти стерильні серветки (сухі або змочені розчином фурациліну).
3. **Найважливіший етап:** Між кожним пальцем прокласти окремі марлеві смужки або серветки. Шкіра пальців не повинна торкатися одна одної, інакше при загоєнні утвориться зрощення.
4. Зверху накрити всю кисть загальною серветкою та шаром вати.
5. Зафіксувати пов'язку бинтом, надаючи кисті функціонально вигідного положення. Великий палець, якщо можливо, бинтують окремо, решту — разом (у вигляді боксерської рукавиці).
6. Руку підвісити на косинку для зменшення набряку.

Завдання №3. Накладання термоізолюючої пов'язки при відмороженні.

Мета: Забезпечити повільне відновлення температурного балансу тканин.

Алгоритм виконання:

1. Пацієнта завести в тепле приміщення. Уражену ділянку (наприклад, стопу) просушити, але не розтирати.

2. Накласти перший шар — суху стерильну марлю.
3. Накласти другий шар — товстий шар сірої (компресної) вати. Товщина шару має бути не менше 3–5 см, оскільки саме вата забезпечує теплоізоляцію.
4. Накласти третій шар — марлю (для фіксації вати).
5. Накласти четвертий шар — вологонепроникний матеріал (вощений папір, клейонка, поліетилен), який повинен повністю перекривати попередні шари.
6. Щільно зафіксувати всю конструкцію бинтом (спіральні тури від пальців до гомілки).
7. Пов'язку залишають на кілька годин до появи відчуття внутрішнього тепла та відновлення чутливості.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться комплексно:

- **Відмінно (5):** Студент вільно оперує сучасною класифікацією (I, IIА, IIВ, III), чітко пояснює різницю між поверхневими та глибокими дермальними опіками, безпомилково виконує алгоритми першої допомоги та десмургії.
- **Добре (4):** Студент знає матеріал, але допускає незначні неточності в описі клінічної картини опіків або в техніці накладання пов'язки (недостатня товщина ватного шару), які виправляє після зауваження.
- **Задовільно (3):** Студент плутає ступені опіків (використовує стару класифікацію), невпевнено розраховує площу, не може патофізіологічно обґрунтувати заборону на розтирання при відмороженні.
- **Незадовільно (2):** Студент пропонує шкідливі дії (нанесення жиру на опік, проколювання пухирів, гарячі ванни при відмороженні), не знає правил асептики.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.

3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Комбустіологія : підручник / [Г. П. Козинець, В. С. Осадча та ін.]. Київ : Здоров'я, 2019.
2. Порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441.
3. Total Burn Care, 5th Edition / David N. Herndon. Elsevier, 2018.
4. European Practice Guidelines for Burn Care (EBA). URL: <https://www.euroburn.org/guidelines>

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Всеукраїнська асоціація пластичних, реконструктивних та естетичних хірургів (розділ Комбустіологія).

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 14

ТЕМА: Догляд за хворими з гострою абдомінальною патологією (апендицит, перитоніт, кишкова непрохідність). Передопераційна підготовка.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти настороженість щодо синдрому «гострого живота». Навчити розпізнавати тривожні симптоми гострого апендициту, перитоніту та кишкової непрохідності. Опанувати тактику долікарської допомоги (що дозволено, а що категорично заборонено). Засвоїти алгоритм екстреної передопераційної підготовки пацієнта, особливості догляду та транспортування таких хворих.

Основні поняття:

«Гострий живіт», гострий апендицит, симптом Кохера, перитоніт, доскоподібний живіт, обличчя Гіппократа (*facies hippocratica*), гостра кишкова непрохідність (ГКН), калова блювота, «шум плескоту», екстрена операція.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або розгорнуте опитування)

1. Топографічна анатомія органів черевної порожнини (розташування апендикса, поділ на поверхи).
2. Поняття про очеревину та її функції (всмоктувальна здатність).
3. Загальні правила підготовки до екстрених операцій.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Синдром «гострого живота»: поняття та тактика.

«Гострий живіт» — це збірний клінічний термін, що позначає катастрофу в черевній порожнині, яка вимагає негайної консультації хірурга та, як правило, екстреної операції. До цієї групи входять: гострий апендицит, проривна виразка, гострий холецистит, панкреатит, кишкова непрохідність, защемлена грижа, внутрішня кровотеча.

Золоті правила догляду при підозрі на «гострий живіт»:

До встановлення остаточного діагнозу медичному персоналу **КАТЕГОРИЧНО ЗАБОРОНЕНО:**

1. **Вводити знеболюючі препарати (анальгетики, спазмолітики).** Це знімає біль («змазує» клінічну картину), що ускладнює діагностику.

Пацієнт може почуватися краще, тоді як у черевній порожнині розвивається гангрена або перитоніт.

2. **Застосовувати грілку на живіт.** Тепло посилює кровообіг, що сприяє швидкому поширенню запалення (гнійника) по всій черевній порожнині.
3. **Ставити очисні клізми.** Підвищення внутрішньочеревного тиску може призвести до розриву запаленого органу (апендикса).
4. **Давати їжу та воду.** Це провокує перистальтику та ускладнює проведення наркозу.

Дозволено: Покласти холод (міхур з льодом) на живіт — це зменшує біль та сповільнює запалення, не спотворюючи картину.

2.2. Гострий апендицит та перитоніт.

- **Гострий апендицит:** Найчастіша причина екстрених операцій.
 - *Симптоми:* Біль починається в епігастрії (під ложечкою) і через кілька годин зміщується в праву клубову ділянку (симптом Кохера). Можлива нудота, одноразове блювання, субфебрильна температура.
 - *Догляд:* Суворий ліжковий режим (транспортування тільки на каталці!), холод на живіт, голод.
- **Перитоніт:** Запалення очеревини (ускладнення апендициту або прориву органів). Це тяжкий стан, що загрожує життю.
 - *Клініка:* Різкий біль, напруження м'язів передньої черевної стінки («доскоподібний живіт»), сухий язик («як щітка»), загострені риси обличчя (**facies hippocratica**), тахікардія.
 - *Догляд:* Надання положення Фаулера (напівсидячи). Це робиться для того, щоб гнійний ексудат стікав у малий таз (де всмоктування токсинів менше), а не накопичувався під діафрагмою.

2.3. Гостра кишкова непрохідність (ГКН).

Порушення проходження вмісту по кишківнику (механічна перешкода або параліч).

- *Симптоми:* Переймоподібний біль, багаторазове блювання (спочатку їжею, потім жовчю, у пізніх стадіях — з запахом калу), затримка газів та випорожнень, здуття живота.
- *Особливість підготовки:* Це єдиний випадок «гострого живота», коли (за призначенням лікаря!) може застосовуватися **сифонна клізма** — як спроба консервативного лікування для усунення перешкоди. Якщо ефекту немає — екстрена операція. Обов'язковим є введення

назогастрального зонда для відкачування застійного вмісту (профілактика аспірації).

2.4. Екстрена передопераційна підготовка.

Час на підготовку обмежений (від 30 хв до 2 годин).

Алгоритм дій медсестри:

1. **Гігієнічна обробка:** Якщо стан дозволяє — часткова санітарна обробка забруднених ділянок тіла.
2. **Підготовка операційного поля:** Сухе гоління волосся в зоні передбачуваного розрізу (безпосередньо перед транспортуванням в операційну). Шкіру не мити, щоб не забруднити рану.
3. **Декомпресія шлунка:** Введення назогастрального зонда та відсмоктування вмісту шлунка. Це критично важливо, оскільки пацієнт не голодував, і під час ввідного наркозу високий ризик регургітації (закидання вмісту в легені).
4. **Споорожнення сечового міхура:** Пацієнт мочиться самостійно або проводиться катетеризація (переповнений міхур заважає хірургу під час операцій в нижніх відділах живота).
5. **Премедикація:** Введення препаратів (атропін, седативні) за призначенням анестезіолога (на столі або в палаті).

2.5. Особливості післяопераційного догляду.

- **Положення:** Фаулера (напівсидячи) — полегшує дихання, зменшує натяг м'язів живота, сприяє локалізації ексудату.
- **Боротьба з парезом кишківника:** Рання активізація, газовивідна трубка, стимуляція перистальтики.
- **Догляд за дренажами:** Контроль кольору та кількості виділень. Дренаж не повинен випадати чи перегинатися.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Алгоритм дій при підозрі на гострий апендицит.

Ситуація: Пацієнт скаржиться на біль у правій здухвинній ділянці, нудоту.

Дії:

1. Вкласти пацієнта в ліжку (заборонити ходити).
2. Викликати чергового лікаря/хірурга.
3. Виміряти температуру тіла (ректальну та аксилярну — різниця $>1^{\circ}\text{C}$ може свідчити про запалення в тазу), пульс, АТ.

4. Покласти міхур з льодом на праву здухвинну ділянку (через рушник).
5. **Заборонити:** прийом їжі, води, знеболюючих таблеток, прикладання грілки.
6. Підготувати все для можливого забору крові та транспортування в операційну.

Завдання №2. Техніка декомпресії шлунка (зондування) перед екстреною операцією.

Мета: Попередити синдром Мендельсона (аспіраційну пневмонію).

Алгоритм:

1. Посадити пацієнта або повернути на бік. Зняти зубні протези (якщо є).
2. Виміряти довжину зонда (від кінчика носа до мочки вуха і до мечоподібного відростка).
3. Змастити кінець зонда вазеліном.
4. Ввести зонд через ніс або рот. Коли зонд торкнеться задньої стінки глотки, попросити пацієнта зробити ковтальний рух.
5. Просунути зонд до мітки. Перевірити положення (шприцом аспірувати вміст).
6. Під'єднати шприц Жане або електровідсмоктувач і максимально видалити шлунковий вміст.
7. Залишити зонд відкритим (або приєднати до мішка) на час операції.

Завдання №3. Надання пацієнту положення Фаулера (при перитоніті).

Мета: Обмеження запального процесу, полегшення дихання.

Алгоритм:

1. Підняти головний кінець функціонального ліжка на 45–60°.
2. Якщо ліжко звичайне — підкласти під спину 2–3 подушки або спеціальний підголівник.
3. Під зігнуті коліна підкласти валик (з ковдри або ватно-марлевий), щоб пацієнт не з'їжджав вниз і розслабив м'язи черевного преса.
4. Забезпечити упор для стоп.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за такими критеріями:

- **Відмінно (5):** Студент чітко знає «заборони» при гострому животі, аргументує необхідність декомпресії шлунка, демонструє правильну тактику при підозрі на апендицит.
- **Добре (4):** Знає алгоритми, але допускає неточності в підготовці до операції (наприклад, забуває про сечовий міхур), які виправляє самостійно.
- **Задовільно (3):** Не впевнений у тактиці (вагається, чи можна давати знеболююче), плутає ознаки апендициту та непрохідності.
- **Незадовільно (2):** Пропонує поставити клізму при апендициті або дати грілку на живіт, не розуміє небезпеки аспірації.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с. (Розділ «Гострий живіт»).
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Schwartz's Principles of Surgery, 11th Edition. McGraw-Hill Education, 2019. (Розділ "The Acute Abdomen").
2. Клінічні протоколи надання медичної допомоги з невідкладної хірургії. Накази МОЗ України.
3. General Surgery : textbook / [S. D. Khimich, M. D. Zheliba, V. P. Andryushchenko et al.] ; ed. by S. D. Khimich, M. D. Zheliba. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. 608 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Асоціація хірургів України. URL: <http://as-ukr.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 15

ТЕМА: Догляд за хворими в післяопераційному періоді. Профілактика післяопераційних ускладнень.

Мета:

Забезпечити глибоке розуміння фізіологічних та патофізіологічних змін в організмі людини, що виникають у відповідь на хірургічну травму та наркоз. Навчити студентів проводити клінічний моніторинг пацієнта в ранньому післяопераційному періоді, вчасно виявляти ознаки внутрішньої кровотечі, дихальної недостатності та порушень гемодинаміки. Опанувати сучасні алгоритми профілактики тромбоемболічних ускладнень, пневмоній та парезу кишківника, базуючись на принципах ранньої мобілізації (ERAS).

Основні поняття:

Післяопераційний період, операційний стрес, відновлення після анестезії, вітальні функції, гіпостатична пневмонія, тромбоз глибоких вен (ТГВ), тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), динамічна кишкова непрохідність (парез), ішурія, евентрація.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль: тестування або усне опитування)

1. Вплив загальної анестезії на функції дихального центру, тонус м'язів та терморегуляцію.
2. Фактори, що сприяють тромбоутворенню (тріада Вірхова: стаз крові, пошкодження судинної стінки, гіперкоагуляція).
3. Фізіологія сечовиділення та причини рефлексорної затримки сечі.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Характеристика післяопераційного періоду. Транспортування та розміщення хворого.

Післяопераційний період починається з моменту закінчення хірургічного втручання і триває до відновлення працездатності пацієнта. Найбільш критичним є ранній післяопераційний період (перші 3–5 діб), коли ризик ускладнень є найвищим через вихід з наркозу, больовий синдром та вимушену нерухомість.

Транспортування:

З операційної до палати інтенсивної терапії пацієнта транспортують на спеціальній каталиці. Критично важливо, щоб положення тіла було горизонтальним. Це зумовлено тим, що після наркозу та міорелаксантів судинний тонус пацієнта знижений. Різкий підйом головного кінця або пересаджування в крісло може призвести до депонування крові в нижніх кінцівках, знекровлення мозку і розвитку тяжкого ортостатичного колапсу (різкого падіння артеріального тиску).

Підготовка ліжка та положення:

Ліжко має бути застелене чистою білизною і попередньо зігріте (електроковдрою або грілками), оскільки після тривалої операції у пацієнтів часто спостерігається гіпотермія та озноб. Подушку на перші години зазвичай прибирають. Пацієнта вкладають на спину, а голову повертають набік. Це положення є профілактикою аспірації (вдихання) блювотних мас або западіння язика, яке може перекрити дихальні шляхи у стані медикаментозного сну.

2.2. Моніторинг вітальних функцій (Post-operative Monitoring).

У перші години після операції медичний персонал здійснює безперервний нагляд за пацієнтом.

Ключові параметри для контролю:

1. **Зовнішній вигляд та шкірні покриви:** Блідість шкіри, холодний липкий піт, акроціаноз (сині губи, кінчики пальців) є тривожними ознаками, що можуть свідчити про внутрішню кровотечу або серцево-судинну недостатність.
2. **Гемодинаміка (Пульс та АТ):** Вимірювання проводять кожні 15–30 хвилин. Поява тахікардії (пульс >100 уд/хв) на тлі зниження артеріального тиску є класичною ознакою гіповолемії (крововтрати).
3. **Дихання:** Оцінюють частоту (ЧДР), глибину та ритм дихання. Поверхнєве дихання може бути наслідком залишкової дії міорелаксантів або болю в рані.
4. **Діурез:** Контроль погодинного діурезу (через катетер або шляхом збору сечі). Зниження кількості сечі менше **30–50 мл/год** є грізним симптомом, що вказує на зневоднення, шок або гостру ниркову недостатність.
5. **Стан післяопераційної рани:** Пов'язка має залишатися сухою. Якщо з'явилася пляма крові, її не змінюють одразу (щоб не травмувати рану), а обводять маркером межі плями і ставлять час. Якщо пляма швидко збільшується — негайно викликають хірурга (підозра на кровотечу/зіслизання лігатури).

2.3. Профілактика легеневих ускладнень (пневмонії).

Після інтубаційного наркозу, а також через біль у рані, пацієнти намагаються дихати поверхнево і пригнічують кашльовий рефлекс. Це призводить до застою слизу в бронхах, спадання легеневої тканини (ателектазів) і розвитку гіпостатичної пневмонії.

Заходи профілактики:

- Рання активізація (вставати вже в першу добу!).
- Дихальна гімнастика: глибокий вдих і повільний видих через зімкнуті губи (створення позитивного тиску на видиху розправляє альвеоли).
- Ефективне відкашлювання: пацієнта вчать притискати рану руками або подушкою під час кашлю — це зменшує біль і дозволяє відкашлятися продуктивно.

2.4. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (ТГВ та ТЕЛА).

Хірургічне втручання запускає систему згортання крові, а нерухомість уповільнює кровотік у венах ніг. Це створює ідеальні умови для утворення тромбів (Тромбоз Глибоких Вен). Відрив тромбу веде до ТЕЛА — смертельно небезпечного ускладнення.

Заходи профілактики:

- **Еластична компресія:** Бинтування ніг еластичними бинтами або використання госпітального компресійного трикотажу (білі панчохи) до моменту повної активізації.
- **Фармакопрофілактика:** Введення антикоагулянтів (низькомолекулярних гепаринів) у передню черевну стінку.
- **Рання мобілізація:** Це найефективніший метод. Скорочення м'язів ніг працює як "помповий насос", що жене венозну кров до серця.

2.5. Ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту.

Найчастішим ускладненням є післяопераційний парез кишківника — тимчасове припинення перистальтики внаслідок операційної травми очеревини.

Клініка: Здуття живота (метеоризм), невідходження газів, нудота, гикавка.

Допомога:

- Відмова від рутинного голодування (ранній початок пиття та ентерального харчування за протоколом ERAS стимулює кишківник).
- Жування жувальної гумки (рефлекторно запускає моторику).
- Медикаментозна стимуляція (прозерин) та постановка газовідвідної трубки.

2.6. Евентрація — критичне ускладнення з боку рани.

Це розходження країв рани (швів) і вихід внутрішніх органів (петель кишківника, сальника) під шкіру або назовні. Найчастіше трапляється на 5–8 добу у літніх/виснажених пацієнтів при різкому натужуванні (кашель, блювання).

Дії медперсоналу:

1. Заспокоїти хворого, заборонити йому рухатися і натужуватися.
2. **Не намагатися вправити органи назад у черевну порожнину!**
3. Накрити органи, що випали, великою стерильною серветкою, рясно змоченою теплим фізрозчином (щоб попередити висихання серозної оболонки).
4. негайно викликати хірурга та готувати операційну для повторного зашивання рани.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Перекладання хворого з каталки на ліжку («Метод трьох»).

Мета: Безпечно переміщення пацієнта, який перебуває в непритомному стані або має обмежену рухливість, з мінімізацією болю та ризику травмування.

Алгоритм:

1. Каталку розміщують впритул до ліжка, ставлять на гальма. Рівень каталки бажано вирівняти з рівнем ліжка.
2. У маніпуляції беруть участь три особи, які стають з одного боку каталки (де знаходиться пацієнт).
3. **Розподіл навантаження:**
 - Перша особа (найсильніша) підводить руки під голову та лопатки пацієнта.
 - Друга особа підводить руки під поперек і таз (найважча частина).
 - Третя особа бере пацієнта під стегна та гомілки.
4. За командою лідера («Раз-два-три!») персонал синхронно піднімає хворого, повертається корпусом до ліжка і плавно опускає його.
5. *Важливо:* Тіло пацієнта має залишатися на одній осі, без провисання тазу або згинання хребта, що особливо важливо після операцій на черевній порожнині та хребті.

Завдання №2. Догляд за дренажами.

Мета: Забезпечення евакуації ексудату та запобігання висхідній інфекції.

Алгоритм:

1. Щоденний огляд місця виходу дренажу. Шкіра навколо трубки має бути чистою, без почервоніння. Фіксуючий шов має надійно утримувати дренаж.
2. Перевірка системи: трубка не повинна бути перегнутою або здавленою тілом пацієнта.
3. **Правило гравітації:** Ємність для збору виділень (мішок, «гармошка», банка) повинна завжди знаходитися **нижче** рівня рани, щоб рідина не затікала назад.
4. Вимірювання: Кількість виділень вимірюють кожні 12–24 години (або частіше за показаннями). Результат (об'єм, колір, характер) заносять у температурний листок.
5. Спорожнення ємності проводиться в стерильних рукавичках. Зливний клапан після маніпуляції обробляється спиртом.

Завдання №3. Дихальна гімнастика з використанням підручних засобів.

Мета: Розправлення легеневої тканини та профілактика ателектазів.

Алгоритм:

1. Надати пацієнту положення напівсидячи (Фаулера).
2. Підготувати пляшку, наполовину заповнену водою, та трубку (можна від крапельниці або коктейльну).
3. Інструктаж пацієнта: зробити глибокий вдих носом, взяти трубку в рот і повільно, рівномірно видихати у воду.
4. Вода створює опір видиху, що підвищує тиск у бронхах і не дає альвеолам спадатися.
5. Вправу повторювати по 10–15 видихів кожну годину в період неспання.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів проводиться за такими критеріями:

- **Відмінно (5):** Студент глибоко розуміє фізіологію післяопераційного періоду, чітко пояснює принципи профілактики ускладнень, знає ознаки внутрішньої кровотечі та ТЕЛА.
- **Добре (4):** Демонструє правильні практичні навички (перекладання, догляд за дренажем), але потребує уточнень щодо параметрів моніторингу (наприклад, критичного рівня діурезу).
- **Задовільно (3):** Знає матеріал на базовому рівні, плутає заходи профілактики пневмонії та тромбозу, невпевнено діє при виявленні плями крові на пов'язці.

- **Незадовільно (2):** Не розуміє небезпеки ортостатичного колапсу, пропонує вправити органи при евентрації, ігнорує правила асептики.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Guidelines for Perioperative Care: ERAS Society Recommendations. World Journal of Surgery. URL: <https://erassociety.org/>
2. Schwartz's Principles of Surgery, 11th Edition. McGraw-Hill Education, 2019. (Chapter: Postoperative Care).
3. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P. A., Hall A. M. Fundamentals of Nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2021. 1440 p.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. ERAS Society (International Enhanced Recovery After Surgery Society). URL: <https://erassociety.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 16

ТЕМА: Догляд за хворими оперованими на органах грудної клітки.

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти розуміння фізіологічних особливостей органів грудної клітки (негативний тиск у плевральній порожнині). Навчити специфіці догляду за торакальними хворими: моніторинг дихальної недостатності, догляд за плевральними дренажами (система Бюлау, активна аспірація), проведення оксигенотерапії. Опанувати методи профілактики специфічних ускладнень (пневмоторакс, підшкірна емфізема, ателектаз легень).

Основні поняття:

Торакотомія, плевральна порожнина, негативний тиск, пневмоторакс (відкритий, закритий, напружений), гемоторакс, підшкірна емфізема (крепітація), дронування за Бюлау, водяний замок, активна аспірація, оксигенотерапія, пульсоксиметрія (SpO₂).

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Анатомія грудної клітки, легень та плеври.
2. Механізм дихання (роль діафрагми та міжреберних м'язів).
3. Поняття про газообмін та ознаки гіпоксії.

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Особливості післяопераційного періоду в торакальній хірургії.

Операції на органах грудної клітки (легенях, серці, стравоході) є одними з найтяжчих. Головна небезпека — порушення герметичності плевральної порожнини, що призводить до спадання легені (колапсу) та зміщення органів середостіння (серця).

Ключові проблеми пацієнта:

- **Біль при диханні:** Торакотомія дуже болюча. Пацієнт щадить грудну клітку, дихає поверхнево -> застій мокротиння -> пневмонія.
- **Гіпоксія:** Зниження рівня кисню в крові через зменшення дихальної поверхні легень.
- **Ризик кровотечі:** Легені інтенсивно кровопостачаються.

2.2. Плевральний дренаж: принципи роботи та догляд.

Після будь-якої операції на грудній клітці (або при травмах) встановлюється дренаж для видалення повітря та рідини (крові, ексудату) і розправлення легені.

Найпоширеніша система — дренажування за Бюлау (пасивне):

- Це система сполучених посудин. Дренажна трубка з плеври опускається в банку з рідиною (фурацилін/вода).
- **Принцип «водяного замка»:** Кінець трубки має бути занурений у рідину на **2–3 см**. Це дозволяє повітрю/рідині виходити з плеври під час видиху/кашлю, але рідина не пускає повітря назад у плевру під час вдиху.
- **Активна аспірація:** Підключення дренажної системи до вакуумного відсмоктувача (електричного або системи Ланека) для примусового видалення вмісту.

Правила догляду за дренажем (для медсестри):

1. **Герметичність:** Це закон №1. Всі з'єднання мають бути щільними (фіксовані пластирем). Роз'єднання системи веде до миттєвого потрапляння повітря в плевру (пневмоторакс).
2. **Розташування банки:** Банка Бюлау повинна **завжди** стояти на підлозі (нижче рівня грудної клітки). Піднімати банку вище рівня ліжка без перетискання дренажу **заборонено** (рідина з банки затече в легені і інфікує їх).
3. **Контроль функціонування:**
 - *Осциляція:* Рівень рідини в трубці повинен коливатися в такт диханню (підніматися і опускатися). Якщо коливань немає — дренаж забився або легеня повністю розправилася.
 - *Пухирці повітря:* Якщо під час кашлю з трубки виходять бульбашки — значить, у плеврі ще є повітря (або негерметичність легені).

2.3. Специфічні ускладнення: розпізнавання.

- **Підшкірна емфізема:** Потрапляння повітря з плеври в підшкірну клітковину.
 - *Клініка:* Обличчя, шия, груди набрякають, очі запливають. При пальпації шкіри відчувається характерний хрукіт («хрускіт снігу» — крепітація).
 - *Дії:* Спокій, контроль дихання. Зазвичай розсмоктується самостійно, але потребує нагляду.
- **Напружений пневмоторакс:** Найнебезпечніший стан. Повітря накопичується в плеврі, стискає легеню і зміщує серце в здоровий бік.

- *Клініка:* Раптова задишка, ціаноз, падіння АТ, набухання шийних вен.
- *Дії:* негайно викликати лікаря! Потрібна екстрена пункція плевральної порожнини товстою голкою.

2.4. Оксигенотерапія.

Більшість торакальних хворих потребують подачі кисню.

- **Методи:** Носові канюлі (потік 2–4 л/хв), лицьова маска (4–10 л/хв).
- **Контроль:** Пульсоксиметрія (норма SpO₂ 95–100%).
- **Правила безпеки:** Кисень вибухонебезпечний! Поряд не повинно бути відкритого вогню, іскор, масляних речовин (не змащувати канюлі вазеліном!). Кисень має бути зволеним (проходити через банку Боброва з водою), щоб не висувати слизові.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Догляд за дренажною системою Бюлау.

Мета: Забезпечення функціонування дренажу та профілактика зворотного закидання рідини.

Алгоритм:

1. Перевірити, чи стоїть банка надійно на підлозі (у спеціальній підставці).
2. Перевірити рівень рідини в банці — кінець дренажної трубки має бути занурений на **2–3 см**. Якщо менше — долити, якщо більше — повітря важко виходить.
3. Попросити пацієнта покашляти. Спостерігати за трубкою:
 - Чи є коливання рідини (осциляція)?
 - Чи виходять бульбашки повітря?
4. Оцінити характер виділень у трубці (кров, гній, серозна рідина).
5. Якщо потрібно замінити банку:
 - **ОБОВ'ЯЗКОВО перетиснути дренажну трубку двома затискачами** біля грудної клітки (щоб повітря не зайшло всередину при роз'єднанні).
 - Швидко замінити банку на нову зі стерильним розчином.
 - Зняти затискачі.

Завдання №2. Проведення оксигенотерапії через носові канюлі.

Алгоритм:

1. Пояснити пацієнту суть процедури.
2. Перевірити систему подачі кисню: наявність води в зволожувачі (дистильована вода), герметичність з'єднань.
3. Відкрити вентиль, налаштувати швидкість потоку (за призначенням лікаря, зазвичай 2–4 л/хв). Перевірити вихід струменя на тильному боці кисті.
4. Вставити виступи канюлі в носові ходи пацієнта (виступами вниз).
5. Завести трубки за вуха і зафіксувати під підборіддям (не надто туго, щоб не було пролежнів на вухах).
6. Періодично оглядати слизову носа (на предмет сухості) та шкіру за вухами.

Завдання №3. Допомога пацієнту при кашлі (Сплінтинг).

Мета: Зменшити біль при кашлі для ефективного відходження мокротиння.

Алгоритм:

1. Пояснити пацієнту, що кашляти необхідно, щоб уникнути пневмонії, незважаючи на біль.
2. Посадити пацієнта або підняти головний кінець ліжка.
3. Дати пацієнту в руки щільну подушку (або складену ковдру).
4. Навчити пацієнта: перед кашльовим поштовх зробити глибокий вдих, **міцно притиснути подушку до післяопераційної рани** (ніби обіймаючи її) і тільки тоді кашлянути.
5. Тиск подушки фіксує ребра та м'язи, значно зменшуючи біль при струсі грудної клітки.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів:

- **Відмінно (5):** Студент розуміє фізику дренажу (водяний замок), знає алгоритм заміни банки (обов'язкове перетискання), чітко визначає ознаки підшкірної емфіземи та пневмотораксу.
- **Добре (4):** Вміє доглядати за дренажем, але допускає дрібні помилки в техніці оксигенотерапії (забув перевірити зволожувач), знає клініку ускладнень.
- **Задовільно (3):** Знає загальні принципи, але не розуміє, чому не можна піднімати банку вище ліжка, невпевнено діє з затискачами.

- **Незадовільно (2):** Намагається роз'єднати дренажну систему без затискання (смертельна небезпека!), не знає, що таке пневмоторакс.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с. (Розділ «Хірургія грудної клітки»).
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Schwartz's Principles of Surgery, 11th Edition. McGraw-Hill Education, 2019.
2. BTS Guidelines for the insertion of a chest drain (British Thoracic Society).
3. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Накази МОЗ України.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). URL: <https://www.ests.org/>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 17

ТЕМА: Догляд за пацієнтами з патологією судин та лімфатичної системи (тромбофлебіт, варикоз, лімфаденіт).

Мета:

Сформувати у здобувачів вищої освіти розуміння етіології та патогенезу захворювань венозної та лімфатичної систем. Навчити розрізняти симптоми варикозної хвороби, тромбофлебіту та лімфаденіту. Опанувати техніку еластичного бинтування кінцівок як основного методу профілактики та лікування венозної недостатності. Ознайомити з принципами догляду за пацієнтами з трофічними виразками та після операцій на венах (флебектомія).

Основні поняття:

Варикозне розширення вен, хронічна венозна недостатність (ХВН), тромбофлебіт поверхневих вен, тромбоз глибоких вен (ТГВ), трофічна виразка, лімфаденіт, лімфангоїт, еластична компресія, компресійний трикотаж.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Анатомія венозної системи нижніх кінцівок (поверхневі та глибокі вени, комуніканти).
2. Роль венозних клапанів та «м'язової помпи» гомілки у кровообігу.
3. Будова лімфатичної системи (капіляри, судини, вузли).

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Варикозна хвороба та ХВН.

Варикозне розширення вен — це захворювання, що характеризується нерівномірним збільшенням просвіту вен, утворенням вузлів та неспроможністю клапанного апарату, що призводить до зворотного току крові (рефлюксу).

- *Основні симптоми:* Видимі розширені вени, набряки наприкінці дня, відчуття важкості в ногах («синдром важких ніг»), судоми в литкових м'язах уночі.
- *Ускладнення:* Хронічна венозна недостатність (ХВН) — стійкий набряк, потемніння шкіри (гіперпігментація) на гомілці, розвиток **трофічних виразок**.
- *Принципи догляду:*

- Уникати тривалого стояння або сидіння.
- Періодично піднімати ноги вище рівня серця (позиційний дренаж).
- **Обов'язкова компресійна терапія** (бинти або панчохи).

2.2. Тромбофлебіт поверхневих вен.

Це запалення стінки вени з утворенням у ній тромбу. Часто виникає як ускладнення варикозу або після внутрішньовенних ін'єкцій (постін'єкційний тромбофлебіт).

- *Клініка:* По ходу вени пальпується **щільний болючий тяж** (шнур), шкіра над ним червона (гіперемована) і гаряча. набряк кінцівки зазвичай незначний (на відміну від тромбозу глибоких вен).
- *Особливості догляду та безпека:*
 - **КАТЕГОРИЧНО ЗАБОРОНЕНО:** Масажувати уражену ділянку, втирати мазі з силою. Це може призвести до відриву тромбу і емболії легеневої артерії (ТЕЛА). Мазі (гепаринову, протизапальні) наносять легкими рухами.
 - Режим: Зазвичай активний (ходьба покращує відтік крові по глибоких венах), але з обов'язковим еластичним бинтуванням.

2.3. Патологія лімфатичної системи.

- **Лімфаденіт:** Запалення лімфатичних вузлів. Виникає вторинно — як реакція на інфекцію в зоні, з якої цей вузол збирає лімфу (наприклад, паховий лімфаденіт при інфікованій рані стопи).
 - *Симптоми:* Вузол збільшений, болючий, шкіра над ним може бути червоною. При нагноєнні — флуктуація.
 - *Догляд:* Спокій, лікування основного вогнища інфекції. **Заборонено гріти** запалений вузол без призначення лікаря (ризик прориву гною).
- **Лімфангоїт:** Запалення лімфатичних судин. Виглядає як червоні смуги, що йдуть від рани до найближчих лімфовузлів.

2.4. Догляд за трофічними виразками.

Трофічна виразка — це дефект шкіри, що не загоюється тривалий час через порушення кровопостачання (найчастіше на внутрішній поверхні гомілки).

- *Принципи перев'язок:*
 1. Асептична обробка (промивання фізрозчином або м'якими антисептиками, не спиртом!).

2. Застосування спеціальних ранозагоювальних пов'язок (гідрогелевих, альгінатних), які підтримують вологе середовище.
3. Шкіру навколо виразки захищають цинковою пастою (від подразнення ексудатом).
4. Поверх пов'язки **обов'язково** накладають еластичний бинт (без компресії лікування виразки неефективне!).

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Техніка еластичного бинтування нижньої кінцівки.

Мета: Створення градуйованого тиску (максимальний на стопі, мінімальний на стегні) для покращення венозного відтоку.

Алгоритм:

1. **Час:** Бинтувати ногу потрібно **вранці, не встаючи з ліжка**, поки вени не переповнилися кров'ю. Якщо пацієнт уже ходив — треба покласти його і підняти ногу на 10–15 хв.
2. Стопа має бути під кутом 90° до гомілки.
3. Починати від основи пальців стопи. Перший тур — фіксуючий.
4. **Обов'язково закривати п'яту** (формується так званий «гамачок»): один тур через кісточку, один через п'яту, один повертається на стопу.
5. Бинтувати вгору по гомілці. Кожен наступний тур має перекривати попередній на **1/2 або 2/3 ширини**.
6. Натяг бинта: Сильніший на стопі та щиколотці, слабший — на гомілці та коліні.
7. Закінчити бинтування у верхній третині гомілки або на стегні (залежно від локалізації варикозу).
8. Закріпити кінець бинта (спеціальними кліпсами або пластирем, але не шпильками).
9. *Контроль:* Пальці можуть трохи посиніти, але при початку ходьби повинні набути нормального кольору. Якщо пальці зааніміли або сильно болять — пов'язка накладена занадто туго, треба перебинтувати.

Завдання №2. Допомога у надяганні компресійного трикотажу.

Медичні панчохи/гольфи дуже щільні, надягати їх важко, особливо літнім людям.

Алгоритм:

1. Надягати вранці в ліжку.

2. Вивернути виріб навиворіт до п'яткової частини (утворивши «кишеньку» для стопи).
3. Вставити стопу в слідову частину, розправити на п'яті.
4. Поступово, не тягнути за верхній край, а «накочувати» виріб вгору по нозі, розправляючи складки долонями.
5. Можна використовувати спеціальні пристрої для надягання (металеві рамки-батлери) або гумові рукавички (для кращого зчеплення з тканиною).

Завдання №3. Догляд за пацієнтом після флебектомії (видалення вен).

Алгоритм:

1. У першу добу — постільний режим, ногу тримати піднятою (на валику).
2. Контроль пов'язки на предмет кровотечі (гематоми).
3. Рання активізація: з дозволу лікаря вставати можна вже на наступний день, але **тільки в еластичних бинтах**.
4. Ходьба корисна, сидіти і стояти нерухомо — шкідливо.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів:

- **Відмінно (5):** Студент ідеально виконує техніку бинтування (градуйована компресія, закрита п'ята), пояснює патогенез варикозу, знає застереження при тромбофлебіті.
- **Добре (4):** Правильно бинтує, але недостатньо туго на стопі або робить "перетяжки", знає теорію.
- **Задовільно (3):** Бинтує з помилками (не закриває п'яту, бинтує зверху вниз), не розуміє різниці між лімфаденітом і тромбофлебітом.
- **Незадовільно (2):** Пропонує масажувати ногу при тромбофлебіті, накладає бинт як при переломі (без натягу), не знає мети компресії.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.

3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на варикозну хворобу нижніх кінцівок. Наказ МОЗ України.
2. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy, 9th Edition. Elsevier, 2018.
3. Handbook of Venous Disorders: Guidelines of the American Venous Forum, 4th Edition. CRC Press, 2017.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
2. Асоціація судинних хірургів, флебологів та ангіологів України.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 18

ТЕМА: Догляд за онкохірургічними пацієнтами. Особливості паліативної допомоги та знеболення.

Мета:

Сформувати у здобувачів освіти розуміння специфіки роботи з онкологічними хворими (психологічні, фізичні та соціальні аспекти). Ознайомити з концепцією паліативної допомоги та принципами роботи хоспісів. Навчити оцінювати інтенсивність болю за шкалами (ВАШ) та застосовувати триступеневу схему знеболення ВООЗ. Опанувати особливості догляду після специфічних онкооперацій (мастектомія, ампутації) та догляду за помираючим пацієнтом.

Основні поняття:

Онкологія, канцерофобія, паліативна допомога, хоспіс, якість життя, хронічний больовий синдром, «сходинки знеболення» ВООЗ, візуально-аналогова шкала (ВАШ), лімфостаз, симптоматичне лікування.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Контроль опорного рівня знань

(Вхідний контроль)

1. Поняття доброякісних та злоякісних пухлин.
2. Медична деонтологія: правила спілкування з тяжкохворими.
3. Фармакологія анальгетиків (ненаркотичні та опіоїдні).

2. Обговорення теоретичних питань (Деталізований зміст теми)

2.1. Особливості догляду в онкохірургії.

Онкологічний пацієнт відрізняється від звичайного хірургічного хворого наявністю хронічного стресу (страх смерті, депресія), виснаженням (ракова кахексія) та зміненим імунітетом.

- **Психологічний аспект:** Медичний персонал має бути стриманим, терплячим, підтримувати надію, але не давати фальшивих обіцянок. Важливо стежити за суїцидальними настроями.
- **Підготовка до операції:** Часто потребує посиленого харчування (високобілкові суміші) для корекції білкового дефіциту.
- **Післяопераційний період:** Високий ризик тромбозів та нагноєнь (через знижений імунітет).

2.2. Паліативна допомога.

Це підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які зіткнулися з проблемами смертельного захворювання.

- **Мета:** Не вилікувати (це неможливо), а полегшити страждання (фізичні, психологічні, духовні).
- **Принципи:**
 1. Сприйняття смерті як природного процесу.
 2. Забезпечення максимально можливої активності пацієнта до самого кінця.
 3. Підтримка сім'ї під час хвороби та після втрати.
- **Симптоматичне лікування:** Боротьба з нудотою (після хіміотерапії), закрепамми (через опіюїди), пролежнями, неприємним запахом при розпаді пухлини.

2.3. Принципи лікування хронічного болю (ВООЗ).

Біль в онкології — це не просто симптом, це хвороба, що руйнує особистість.

Золоті правила знеболення:

1. **«По годинах»:** Анальгетики вводяться суворо за графіком (наприклад, кожні 4, 8 або 12 годин), а не «на вимогу», коли біль вже став нестерпним. Мета — попередити появу болю.
2. **«Через рот»:** Перевага віддається таблеткам, пластирям, сиропам. Ін'єкції — крайній захід (щоб не завдавати додаткового болю і не прив'язувати пацієнта до медсестри).
3. **«По висхідній» (Три сходи ВООЗ):**
 - *1 ступінь (слабкий біль):* Ненаркотичні анальгетики (парацетамол, ібупрофен, анальгін) + ад'юванти (заспокійливі).
 - *2 ступінь (помірний біль):* Слабкі опіюїди (кодеїн, трамадол) + ненаркотичні.
 - *3 ступінь (сильний біль):* Сильні опіюїди (морфін, фентаніл, омнопон).

2.4. Догляд після мастектомії (видалення молочної залози).

Специфічна проблема — лімфостаз (набряк руки на стороні операції через видалення лімфовузлів).

Правила догляду:

- Руку на стороні операції тримати на підвищенні (на подушці).

- **Заборонено:** вимірювати АТ, робити ін'єкції, брати кров з руки на боці операції (ризик інфекції та посилення набряку).
- Рання гімнастика для руки (причісування, рухи пальцями) для профілактики контрактури плеча.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Завдання №1. Оцінка інтенсивності болю.

Мета: Об'єктивізація суб'єктивного відчуття для корекції дози ліків.

Інструмент: Візуально-аналогова шкала (ВАШ) або Нумерологічна оціночна шкала (НОШ).

Алгоритм:

1. Показати пацієнту лінійку довжиною 10 см, де 0 — «болю немає», а 10 — «найгірший біль, який можна уявити».
2. Попросити пацієнта вказати цифру, що відповідає його стану зараз.
 - 1–3 бали: слабкий біль (1 сходинка).
 - 4–6 балів: помірний біль (2 сходинка).
 - 7–10 балів: сильний біль (3 сходинка).
3. Оцінку проводити регулярно (наприклад, кожні 4 години) і обов'язково через 30–60 хв після введення знеболюючого (оцінка ефективності).

Завдання №2. Догляд за ротовою порожниною тяжкохворого (паліативного) пацієнта.

Проблема: У помираючих часто виникає сухість у роті (ксеростомія) та стоматити.

Алгоритм:

1. Надати напівсидячого положення (або повернути голову набік).
2. Обернути шпатель марлевою серветкою, змоченою у воді з лимоном, відварі ромашки або спеціальному розчині.
3. Обережно протерти зуби, ясна, язик, внутрішню поверхню щік.
4. Якщо пацієнт притомний — дати прополоскати рот.
5. Губи змастити вазеліном або зволожуючим бальзамом (для профілактики тріщин).
6. Якщо пацієнт не може пити — часто зволожувати губи мокрою марлею.

Завдання №3. Профілактика лімфостазу після мастектомії.

Алгоритм:

1. У ліжку надати руці підвищеного положення (кут 30–40°) за допомогою клиноподібної подушки.
2. Стежити, щоб одяг не перетискав руку (вільний рукав).
3. Нагадувати пацієнтці та персоналу: «**Рука недоторканна!**» (ніяких манжет тонометра, джгутів, голок).
4. Навчити елементам самомасажу: легкі погладження від кисті до плеча (від периферії до центру) для покращення лімфовідтоку.

4. Підведення підсумків

Оцінювання здобувачів:

- **Відмінно (5):** Студент розуміє філософію паліативної допомоги, знає сходинки знеболення, вміє оцінювати біль за ВАШ, знає специфіку догляду після мастектомії.
- **Добре (4):** Знає алгоритми, але допускає неточності в дозуванні або кратності введення анальгетиків, загалом демонструє етичне ставлення.
- **Задовільно (3):** Вважає, що знеболювати треба «коли заболить», плутає наркотичні та ненаркотичні анальгетики.
- **Незадовільно (2):** Пропонує виміряти тиск на руці після мастектомії, демонструє грубе ставлення до теми смерті, не знає, що таке хоспіс.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2022. 424 с.
2. Загальна хірургія : підручник / [Я. С. Березницький, О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 744 с.
3. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 4-те вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

Додаткова:

1. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308.
2. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі. Наказ МОЗ України № 311.
3. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 6th Edition. Oxford University Press, 2021.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL:
<https://moz.gov.ua/>
2. Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги.
3. NCCN Guidelines for Patients (Pain Management).

Банк тестових завдань

Тема 1. Особливості деонтології в роботі медичних працівників хірургічного відділення. Комунікація з невиліковним пацієнтом та його близькими. Психологічні та духовні аспекти паліативної та хоспісної допомоги. Ознайомлення з правилами поведіння з померлою людиною. Структура та функції поліклініки. Структура та функції хірургічного стаціонару. Основні професійні обов'язки молодшого медичного персоналу. Медична документація. Приймальне відділення хірургічного стаціонару. Госпіталізація, санітарна обробка та транспортування хворих.

1. До приймального відділення доставлено пацієнта, у якого під час огляду виявлено педикульоз. Яка тактика молодшого медичного персоналу є правильною перед госпіталізацією у відділення?

- A. Відмовити в госпіталізації та відправити додому на санітарну обробку
- B. Провести повну санітарну обробку з використанням дезінсекційних засобів та направити одяг у дезінфекційну камеру
- C. Поголоти волосся на голові та відправити у загальну палату
- D. Обробити волосся шампунем та дозволити госпіталізацію
- E. Викликати родичів, щоб вони забрали одяг пацієнта додому для прання

2. У пацієнта хірургічного відділення констатовано біологічну смерть. Через який проміжок часу після констатації смерті дозволяється транспортувати тіло померлого у патологоанатомічне відділення (морг)?

- A. Через 30 хвилин
- B. Одразу після констатації смерті
- C. Через 1 годину
- D. Через 2 години
- E. Через 6 годин

3. Родичі пацієнта з термінальною стадією онкологічного захворювання наполягають на тому, щоб медичний персонал приховував від нього справжній діагноз. Яка дія лікаря та медперсоналу буде деонтологічно правильною?

- A. Погодитися з родичами і категорично заперечувати наявність раку
- B. Сказати пацієнту правду у різкій формі, щоб не давати марних надій
- C. Ігнорувати запитання пацієнта про його стан

D. Надати пацієнту інформацію про стан його здоров'я у доступній та делікатній формі, враховуючи його психологічний стан

E. Повідомити діагноз сусідам по палаті, щоб вони підготували пацієнта

4. У приймальне відділення доставлено потерпілого після ДТП з підозрою на перелом шийного та грудного відділів хребта. Як необхідно транспортувати такого хворого у відділення реанімації?

A. На кріслі-каталці сидячи

B. На м'яких ношах у положенні на животі

C. На щиті (твердих ношах) у положенні лежачи на спині

D. Пішки у супроводі двох санітарів

E. На м'яких ношах у положенні на боці

5. Хворому 65 років з інкурабельним онкологічним захворюванням призначено паліативну допомогу. Що є пріоритетним завданням медичного персоналу у догляді за цим пацієнтом?

A. Проведення агресивної хіміотерапії

B. Максимальне подовження життя будь-якою ціною

C. Повна ізоляція пацієнта від оточуючих

D. Покращення якості життя, знеболення та психологічна підтримка

E. Підготовка пацієнта до радикальної операції

6. Пацієнт госпіталізується у плановому порядку до хірургічного стаціонару. Який основний медичний документ оформлюється на нього в приймальному відділенні?

A. Медична карта амбулаторного хворого (ф. 025/о)

B. Статистичний талон

C. Медична карта стаціонарного хворого (ф. 003/о)

D. Листок лікарських призначень

E. Температурний листок

7. У хірургічному відділенні для попередження внутрішньолікарняної інфекції функціонують дві перев'язувальні. Який принцип розподілу пацієнтів між ними?

A. Чоловіча та жіноча перев'язувальні

B. Для ходячих та лежачих хворих

C. «Чиста» (для асептичних ран) та «гнійна» (для інфікованих ран)

D. Для планових та екстрених хворих

E. Для перев'язок у першу та другу зміну

8. Під час транспортування пацієнта на каталці в операційну у нього почалося блювання. Які дії молодшої медичної сестри є першочерговими для профілактики аспірації?

A. Повернути голову пацієнта набік

B. Підняти ножний кінець каталки

C. Пришвидшити рух до операційної

D. Дати пацієнту випити води

E. Посадити пацієнта на каталці

9. Пацієнт у важкому стані (травматичний шок) доставлений у приймальне відділення. Чи показана йому повна санітарна обробка (гігієнічна ванна)?

A. Так, обов'язково для всіх пацієнтів

B. Так, але тільки теплою водою

C. Ні, проводиться лише часткова санітарна обробка (обтирання) забруднених ділянок тіла

D. Так, якщо пацієнт при свідомості

E. Ні, санітарна обробка не проводиться взагалі

10. Що входить до поняття «антропометрія», яка проводиться медичною сестрою у приймальному відділенні?

A. Вимірювання артеріального тиску та пульсу

B. Вимірювання зросту, маси тіла та обводу грудної клітки

C. Визначення групи крові та резус-фактора

D. Огляд шкірних покривів на наявність висипу

E. Вимірювання температури тіла

11. До молодшого медичного персоналу (санітарки) звернувся пацієнт з проханням роз'яснити результати його аналізів та прогноз операції. Яка дія буде деонтологічно правильною?

A. Детально розповісти про значення показників аналізу

B. Висловити власну думку щодо необхідності операції

C. Ввічливо пояснити, що це компетенція лікаря, і запросити його або медсестру

Д. Порадити пошукати інформацію в інтернеті

Е. Сказати, що аналізи дуже погані, щоб пацієнт готувався до гіршого

12. При огляді померлого пацієнта виявлено помутніння рогівки та появу трупних плям на спині. Про який етап вмирання свідчать ці ознаки?

А. Клінічна смерть

В. Соціальна смерть

С. Агонія

Д. Преагонія

Е. Біологічна смерть

Еталон правильних відповідей з поясненнями до Теми 1

1. Правильна відповідь: В (Провести повну санітарну обробку...)

Пояснення: Згідно з санітарно-епідеміологічними нормами, виявлення педикульозу не є підставою для відмови в госпіталізації. Проте, щоб запобігти розповсюдженню паразитів у відділенні, пацієнт повинен пройти повну санітарну обробку спеціальними засобами (дезінсекцію) у санітарному пропускнику приймального відділення, а його речі — пройти камерну дезінфекцію.

2. Правильна відповідь: D (Через 2 години)

Пояснення: Тіло померлого залишається у відділенні протягом 2 годин після констатації смерті. Це необхідно для появи достовірних (абсолютних) ознак біологічної смерті (трупні плями, залякнення, охолодження), що дозволяє на 100% виключити помилку (клінічну смерть або летаргічний сон).

3. Правильна відповідь: D (Надати пацієнту інформацію... у доступній формі)

Пояснення: Сучасна медична деонтологія та законодавство України гарантують пацієнту право знати про стан свого здоров'я. Приховування діагнозу («свята брехня») зараз вважається неетичним. Проте інформацію слід подавати дозовано, враховуючи психологічний стан хворого, щоб не спровокувати суїцидальних намірів, залишаючи надію на паліативну підтримку.

4. Правильна відповідь: С (На щиті... лежачи на спині)

Пояснення: При підозрі на травму хребта головне завдання — уникнути зміщення хребців, які можуть пошкодити спинний мозок. М'які носі прогинаються, що змінює вісь хребта. Тому транспортування дозволене виключно на твердій рівній поверхні (щиті).

5. Правильна відповідь: D (Покращення якості життя...)

Пояснення: Паліативна допомога не ставить за мету вилікувати хворобу (це неможливо на термінальній стадії). Її мета — боротьба з болем та іншими тяжкими симптомами, психологічна підтримка та забезпечення максимально можливого комфорту для пацієнта.

6. Правильна відповідь: С (Медична карта стаціонарного хворого ф. 003/о)

Пояснення: Це основний юридичний та медичний документ, який заводиться на кожного госпіталізованого пацієнта. Ф. 025/о — це амбулаторна карта (для поліклініки).

7. Правильна відповідь: С («Чиста» та «гнійна»)

Пояснення: Це базове правило асептики в хірургії. Пацієнтів з гнійними ранами (абсцеси, флегмони) не можна перев'язувати в тому ж приміщенні, де перев'язують чисті післяопераційні рани, щоб уникнути перехресного інфікування.

8. Правильна відповідь: А (Повернути голову пацієнта набік)

Пояснення: У лежачого пацієнта блювотні маси можуть потрапити в дихальні шляхи (аспірація), що призведе до асфіксії або тяжкої пневмонії (синдром Мендельсона). Поворот голови набік дозволяє блювотним масам вільно витікати назовні.

9. Правильна відповідь: С (Ні, проводиться лише часткова санітарна обробка...)

Пояснення: Повна ванна або душ є значним навантаженням на серцево-судинну систему. Для пацієнтів у тяжкому стані (шок, інфаркт, тяжка травма) це протипоказано, оскільки може погіршити їхній стан. Обмежуються обтиранням забруднених ділянок.

10. Правильна відповідь: В (Вимірювання зросту, маси тіла та обводу грудної клітки)

Пояснення: Антропометрія (від грец. antropos — людина, metreo — вимірюю) — це метод дослідження фізичного розвитку людини. Вимірювання АТ та пульсу — це функціональні показники, а не антропометричні.

11. Правильна відповідь: С (Ввічливо пояснити, що це компетенція лікаря...)

Пояснення: Молодший медичний персонал не має кваліфікації для інтерпретації аналізів та прогнозування лікування. Надання неповної або викривленої інформації може нашкодити пацієнту. Етично правильно — переадресувати питання компетентному фахівцю.

12. Правильна відповідь: Е (Біологічна смерть)

Пояснення: Помутніння рогівки («пляма Лярше») та трупні плями є достовірними (абсолютними) ознаками біологічної смерті. Клінічна смерть — це оборотний етап, коли цих ознак ще немає.

Тема 2. Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Асептика та антисептика. Дезінфекція та стерилізація.

1. Під час операції хірург використовує шовний матеріал (кетгут), який виявився нестерильним. Який шлях проникнення інфекції в рану в даному випадку?

- A. Повітряно-крапельний
- B. Контактний
- C. Імплантаційний
- D. Ендогенний
- E. Лімфогенний

2. Старша медична сестра проводить контроль якості передстерилізаційної обробки хірургічного інструментарію. Проведена азопірамова проба дала фіолетове (бузкове) забарвлення. Про наявність чого це свідчить?

- A. Залишків мийного засобу
- B. Залишків крові (прихованої крові)
- C. Залишків жиру
- D. Залишків лікувальних препаратів
- E. Якісно проведеної обробки

3. В операційному блоці планується проведення генерального прибирання. Як часто воно повинно проводитися згідно з чинними санітарними нормами?

- A. Один раз на місяць
- B. Щодня в кінці робочого дня
- C. Один раз на тиждень
- D. Двічі на тиждень
- E. Перед кожною операцією

4. Медична сестра готує бікси з перев'язувальним матеріалом (марля, вата, бинти) та операційною білизною для стерилізації в паровому стерилізаторі (автоклаві). Який режим стерилізації вона повинна обрати?

- A. 132°C, 2 атм., 20 хв
- B. 120°C, 1,1 атм., 45 хв
- C. 180°C, 60 хв
- D. 160°C, 150 хв

Е. 100°C, 60 хв

5. Хірург проводить первинну хірургічну обробку рани: скальпелем видаляє некротизовані тканини, згустки крові та сторонні тіла. Який вид антисептики він застосовує?

А. Механічна

В. Фізична

С. Хімічна

Д. Біологічна

Е. Змішана

6. Після використання металеві хірургічні інструменти повинні пройти декілька етапів обробки. Який перший етап обробки інструментів, що мали контакт з кров'ю?

А. Промивання під проточною водою

В. Дезінфекція (замочування у дезрозчині)

С. Передстерилізаційна обробка (миття у мийному розчині)

Д. Стерилізація в сухожаровій шафі

Е. Висушування гарячим повітрям

7. Для стерилізації пінцетів, скальпелів та затискачів медична сестра використовує повітряний стерилізатор (сухожарову шафу). Який режим є стандартним для цього методу?

А. 132°C — 20 хв

В. 120°C — 45 хв

С. 160°C — 60 хв

Д. 180°C — 60 хв

Е. 200°C — 30 хв

8. Пацієнта готують до планової операції з приводу грижі. Під час обстеження виявлено карієс зубів та хронічний тонзиліт. Яким джерелом інфекції це може стати для післяопераційної рани?

А. Екзогенним (повітряним)

В. Екзогенним (контактним)

С. Ендогенним

Д. Імплантаційним

Е. Госпітальним

9. Медична сестра виконує гігієнічну обробку рук перед входом в операційну. Яка головна мета цього рівня обробки?

- А. Повне знищення всіх мікроорганізмів (стерильність)
- В. Видалення бруду та транзиторної флори зі шкіри рук
- С. Знищення резидентної флори у глибоких шарах шкіри
- Д. Зволоження шкіри рук
- Е. Захист рук від хімічних речовин

10. Для контролю температури всередині автоклава або сухожарової шафи використовуються спеціальні індикатори. До якого методу контролю стерильності це належить?

- А. Фізичний метод
- В. Хімічний метод (термохімічний)
- С. Бактеріологічний метод
- Д. Біологічний метод
- Е. Механічний метод

11. Після перев'язки гнійної рани залишилися використані серветки, просочені кров'ю та гноєм. До якої категорії медичних відходів вони належать і що з ними треба зробити перед утилізацією?

- А. Категорія А (безпечні) — викинути у смітник
- В. Категорія В (небезпечні) — замочити в дезрозчині або автоклавувати, потім утилізувати
- С. Категорія С (токсичні) — відправити на переробку
- Д. Категорія D (радіологічні) — захоронити
- Е. Спалити у дворі лікарні без попередньої обробки

12. Що таке асептика?

- А. Комплекс заходів, спрямованих на знищення мікроорганізмів у рані
- В. Комплекс заходів, спрямованих на попередження потрапляння мікроорганізмів у рану
- С. Застосування антибіотиків для лікування інфекції
- Д. Використання дренажів для відтоку гною
- Е. Обробка рук хірурга після операції

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: С (Імплантаційний)

Пояснення: Імплантаційний шлях інфекції — це внесення мікробів у рану разом зі сторонніми предметами, які залишаються в тканинах на тривалий час (шоний матеріал, протези, спиці, штучні клапани). Повітряно-крапельний — це через пил/аерозоль; контактний — через руки/інструменти.

2. Правильна відповідь: В (Залишків крові)

Пояснення: Азопірамова проба використовується для виявлення прихованої крові на інструментах після миття. Позитивна реакція дає фіолетове (бузкове) забарвлення, яке швидко переходить у рожево-бузкове. Для виявлення залишків лужних мийних засобів використовують фенолфталеїнову пробу (рожевий колір).

3. Правильна відповідь: С (Один раз на тиждень)

Пояснення: Згідно з санітарними нормами, генеральне прибирання операційного блоку, перев'язувальних та маніпуляційних проводиться 1 раз на 7 днів (за графіком) з використанням потужних дезінфектантів та тотального опромінення. Поточне прибирання — під час операції, заключне — щодня в кінці зміни.

4. Правильна відповідь: А (132°C, 2 атм., 20 хв)

Пояснення: Це основний режим парової стерилізації (автоклавування) для текстилю (вата, марля, білизна) та корозійностійких металевих інструментів. Режим 120°C (45 хв) використовується для гуми (рукавички, дренажі) та полімерів, щоб вони не розплавлялися.

5. Правильна відповідь: А (Механічна)

Пояснення: Механічна антисептика — це видалення мікроорганізмів та нежиттєздатних тканин механічним шляхом (висічення країв рани, промивання струменем, видалення сторонніх тіл). Хімічна — це використання йоду/спирту; фізична — це дренажі/ультрафіолет; біологічна — антибіотики/ферменти.

6. Правильна відповідь: В (Дезінфекція)

Пояснення: Головне правило безпеки персоналу: використаний інструмент спочатку дезінфікують (замочують у розчині), щоб вбити віруси (ВІЛ, гепатити) та бактерії, і лише потім миють під проточною водою (передстерилізаційна обробка). Мити інфікований інструмент не можна — це ризик розбризкування та зараження.

7. Правильна відповідь: D (180°C — 60 хв)

Пояснення: Це стандартний режим для повітряного методу стерилізації (сухожар). Також існує режим 160°C — 150 хв, але він використовується рідше.

У сухожарі стерилізують тільки метал, скло та термостійкий силікон. Тканини там згорять.

8. Правильна відповідь: С (Ендогенним)

Пояснення: Ендогенна інфекція знаходиться всередині організму самого пацієнта (карієс, хронічний тонзиліт, гайморит, пієлонефрит) і може поширитися у рану через кров (гематогенно) або лімфу (лімфогенно). Екзогенна інфекція потрапляє із зовнішнього середовища.

9. Правильна відповідь: В (Видалення бруду та транзиторної флори...)

Пояснення: Гігієнічна обробка рук (мило + антисептик) знищує транзиторну (тимчасову) флору, яку ми «підчепили» на руки. Цього достатньо для огляду, роботи у відділенні. Хірургічна обробка рук (складніша процедура) має на меті знищити і резидентну (постійну) флору для досягнення майже повної стерильності.

10. Правильна відповідь: В (Хімічний метод)

Пояснення: Термохімічні індикатори (смужки, що змінюють колір або плавляться при певній температурі) — це хімічний метод контролю. Фізичний — це покази манометрів і термометрів самого апарата. Біологічний (найнадійніший) — використання пробірок зі спорами бактерій (біотести).

11. Правильна відповідь: В (Категорія В...)

Пояснення: Будь-які відходи, забруднені біологічними рідинами (кров, гній, мокротиння), належать до категорії В (епідемічно небезпечні). Їх заборонено викидати у звичайний смітник. Спочатку їх обов'язково знезаражують (фізично або хімічно), і лише потім утилізують.

12. Правильна відповідь: В (Комплекс заходів, спрямованих на попередження потрапляння...)

Пояснення: Асептика — це профілактика (стерилізація інструментів, обробка рук, маски), її девіз — «не допустити». Антисептика — це знищення мікробів, які вже потрапили в рану або організм (девіз — «знищити»).

Тема 3. Основні професійні обов'язки молодшого медичного персоналу. Особиста гігієна медперсоналу. Особливості гігієни хворих. Гігієнічні та лікувальні ванни. Переміна натільної та постільної білизни. Особливості її проведення у оперованих хворих та тяжкохворих.

1. Пацієнту з переломом правої плечової кістки необхідно замінити натільну білизну (сорочку). Який алгоритм дій медсестри є правильним при зніманні сорочки?

А. Зняти рукав спочатку з хворої (правої) руки, потім зі здорової

В. Зняти рукав спочатку зі здорової (лівої) руки, потім з хворої

С. Розрізати рукав на хворій руці ножицями

Д. Знімати сорочку через голову одночасно з обох рук

Е. Спочатку зняти сорочку через голову, а потім звільнити руки

2. У тяжкохворого пацієнта, який тривалий час перебуває у ліжку в положенні на спині, з'явилася блідість шкіри в ділянці крижів, яка згодом змінилася стійким почервонінням (гіперемією), що не зникає при натисканні. Яка це стадія пролежнів?

А. I стадія

В. II стадія

С. III стадія

Д. IV стадія

Е. Передпролежневий стан

3. Медсестра проводить ранковий туалет очей тяжкохворому. Яким повинен бути напрямок рухів при протиранні очей ватним тампоном?

А. Від внутрішнього кута ока до зовнішнього

В. Від зовнішнього кута ока до внутрішнього

С. Хаотичні кругові рухи

Д. Зверху вниз по закритій повіці

Е. Знизу вгору

4. Пацієнт перебуває у непритомному стані. Як правильно провести гігієну ротової порожнини для профілактики аспірації рідини в дихальні шляхи?

А. Надати положення Фаулера (напівсидячи)

В. Закинути голову пацієнта назад

С. Повернути голову пацієнта набік

Д. Використати велику кількість води для полоскання

Е. Проводити процедуру в положенні лежачи на спині без подушки

5. Як часто необхідно змінювати положення тіла нерухомого пацієнта у ліжку для ефективної профілактики пролежнів?

А. 1 раз на добу

В. Кожні 12 годин

С. Кожні 2 години

D. Тільки коли пацієнт поскаржиться на біль

E. Кожні 6 годин

6. Пацієнтці призначено суворий ліжковий режим. Медсестра проводить туалет зовнішніх статевих органів. У якому напрямку слід обробляти промежину, щоб уникнути інфікування сечовивідних шляхів?

A. Від відхідника до лобка (ззаду наперед)

B. Від лобка до відхідника (спереду назад)

C. Справа наліво

D. Напрямок не має значення, головне — ретельність

E. Круговими рухами навколо уретри

7. У пацієнта виявлено сухі кірочки в носових ходах, що утруднюють дихання. Який засіб найкраще використати для їх розм'якшення та видалення?

A. 96% етиловий спирт

B. Розчин перекису водню

C. Стерильна вазелінова олія або гліцерин

D. Розчин йоду

E. Сухий ватний тампон

8. Медсестра змінює постільну білизну тяжкохворому, якому дозволено повертатися на бік. Який спосіб заміни простирадла є найбільш доцільним?

A. Поперечний (згортати валиком від ніг до голови)

B. Поздовжній (згортати валиком по довжині ліжка, повернувши хворого на бік)

C. Перекласти хворого на каталку, замінити білизну, перекласти назад

D. Витягнути брудне простирadlo з-під хворого, не піднімаючи його

E. Постелити чисте простирadlo поверх брудного

9. Які місця є найбільш типовими для утворення пролежнів у пацієнта, який постійно лежить на спині?

A. Живіт, груди, передня поверхня стегон

B. Потилиця, лопатки, крижі, п'яти, лікті

C. Вушні раковини, бічна поверхня стегна, кісточки

D. Коліна, пальці ніг

E. Підколінні ямки, шия

10. Для оцінки ризику виникнення пролежнів у світовій практиці використовують спеціальні шкали. Як називається найпоширеніша з них?

- A. Шкала Апгар
- B. Шкала Глазго
- C. Шкала Брейдена (Braden)
- D. Шкала ВАШ (візуально-аналогова)
- E. Шкала SCORE

11. Пацієнт з ожирінням рясно пітніє. У природних складках шкіри (під молочними залозами, в паху) з'явилося почервоніння та мацерація (попрілості). Який засіб догляду доцільно використати після миття та висушування шкіри?

- A. Жирний зволожуючий крем
- B. Спиртовий компрес
- C. Присипка (тальк) або цинкова мазь
- D. Зігріваючий компрес
- E. Олійний розчин вітаміну E

12. Під час миття голови тяжкохворому в ліжку, щоб вода не потрапила на постіль, медсестра використовує спеціальний жолоб або таз. У якому положенні має знаходитися голова пацієнта?

- A. Голова лежить на подушці, таз стоїть поруч на тумбочці
- B. Голова звисає з краю ліжка (або трохи піднята) над підставленим тазом/жолобом
- C. Пацієнт сидить у ліжку, нахиливши голову вперед
- D. Голова повернута набік на подушці
- E. Пацієнт лежить на животі

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: B (Зняти рукав спочатку зі здорової руки...)

Пояснення: Існує золоте правило догляду при травмах кінцівок: «Знімаємо зі здорової, одягаємо на хвору». Зняти рукав зі здорової руки легко, бо нею можна рухати. Після цього сорочка просто стягується з хворої руки, не завдаючи болю та не порушуючи імобілізацію. Одягають навпаки: спочатку на хвору, потім на здорову.

2. Правильна відповідь: A (I стадія)

Пояснення: I стадія пролежнів характеризується стійкою гіперемією (почервонінням), яка не блідне після припинення тиску. Шкірні покриви при цьому ще цілі. II стадія — це вже порушення цілісності (пухир, ерозія).

3. Правильна відповідь: В (Від зовнішнього кута ока до внутрішнього)

Пояснення: Протирання проводиться у напрямку до носа (до внутрішнього кута). Це зумовлено анатомією: слізна рідина тече до слізного каналу у внутрішньому куті. Такий рух допомагає фізіологічному виведенню виділень і запобігає занесенню інфекції в слізний мішок.

4. Правильна відповідь: С (Повернути голову пацієнта набік)

Пояснення: Головна небезпека для непритомного — аспірація (вдихання рідини). Положення голови набік дозволяє рідині вільно витікати з рота в лоток, а не потрапляти в дихальні шляхи.

5. Правильна відповідь: С (Кожні 2 години)

Пояснення: Це міжнародний стандарт профілактики пролежнів. Саме через 2 години безперервного тиску в тканинах починаються незворотні ішемічні зміни (некроз).

6. Правильна відповідь: В (Від лобка до відхідника)

Пояснення: Рухи повинні бути спрямовані спереду назад (від "чистого" до "брудного"). Це запобігає занесенню кишкової палички з ділянки ануса в уретру та піхву, що є основною причиною циститів та пієлонефритів.

7. Правильна відповідь: С (Стерильна вазелінова олія або гліцерин)

Пояснення: Олія розм'якшує сухі кірочки, після чого їх легко видалити без травмування слизової оболонки носа. Спирт та йод викличуть опік слизової.

8. Правильна відповідь: В (Поздовжній)

Пояснення: Якщо пацієнт може повертатися, його повертають на бік, брудне простирadlo згортають валиком до спини хворого, на звільнене місце кладуть валик чистого простирadla. Потім хворого перекочують через валики на інший бік (на чисте) і розправляють білизну. Поперечний спосіб використовують, якщо пацієнта не можна повертати на бік, але можна садити.

9. Правильна відповідь: В (Потилиця, лопатки, крижі, п'яти, лікті)

Пояснення: Пролежні виникають там, де кісткові виступи найближче до шкіри і тиснуть на поверхню ліжка. У положенні на спині це перераховані точки. Крижі — найчастіша локалізація.

10. Правильна відповідь: С (Шкала Брейдена)

Пояснення: Шкала Брейдена (Braden Scale) оцінює ризик пролежнів на основі 6 критеріїв (чутливість, вологість, активність, мобільність, харчування, тертя). Шкала Глазго — для оцінки коми, Апгар — для новонароджених.

11. Правильна відповідь: С (Присипка або цинкова мазь)

Пояснення: Попрілості виникають через надмірну вологість. Присипка або цинкова мазь підсушують шкіру та зменшують тертя. Жирні креми протипоказані, бо створюють плівку і посилюють "парниковий ефект".

12. Правильна відповідь: В (Голова звисає з краю ліжка...)

Пояснення: Щоб вода стікала в ємність і не намочила постіль, голова має знаходитися над тазом. Для комфорту під шию підкладають валик, а плечі накривають клейонкою.

Гаразд. Тема гігієни та догляду за тяжкохворими є дуже "тестовою", оскільки містить багато чітких алгоритмів та правил.

Тема 4. Догляд за тяжкохворими: підмивання, техніка промивання очей, очищення вух і носа. Догляд за хворими з гарячкою. Профілактика пролежнів. Основи загального та спеціального догляду за важкохворими, інкурабельними та агонуючими пацієнтами різного віку.

1. У пацієнта з пневмонією температура тіла раптово знизилася з 40,2°C до 36,0°C протягом однієї години. Стан хворого різко погіршився: з'явилася різка слабкість, блідість, холодний липкий піт, ниткоподібний пульс. Як називається цей стан?

- A. Літичне зниження температури
- B. Критичне зниження температури (криза)
- C. Субфебрильна температура
- D. Гектична гарячка
- E. Термінальний стан

2. Медсестра виконує туалет зовнішніх статевих органів (підмивання) тяжкохворої жінки. Яким повинен бути напрямок струменя води та рухів тампона для профілактики висхідної інфекції сечовивідних шляхів?

- A. Від відхідника до лобка
- B. Від лобка до відхідника (згори донизу)
- C. Справа наліво
- D. Круговими рухами

Е. Напрямок не має значення

3. У пацієнта, який тривалий час перебуває у ліжку, на крижах з'явилася ділянка стійкого почервоніння, яка не зникає після припинення тиску. Цілісність шкіри не порушена. Яка це стадія пролежнів?

А. I стадія

В. II стадія

С. III стадія

Д. IV стадія

Е. Попрілість

4. Пацієнт перебуває у першій стадії гарячки (стадія підвищення температури). Він скаржиться на сильний озноб, головний біль, ломоту в тілі, не може зігрітися. Якою має бути тактика догляду?

А. Покласти холодний компрес на чоло

В. Провести обтирання холодною водою

С. Включити вентилятор

Д. Тепло вкрити пацієнта, обкласти грілками, дати гарячий вітамінний чай

Е. Дати прохолодні напої

5. У пацієнта з гнійним кон'юнктивітом спостерігаються рясні виділення з очей. У якому напрямку слід проводити промивання та протирання очей ватним тампоном?

А. Від внутрішнього кута ока до зовнішнього

В. Від зовнішнього кута ока до внутрішнього (до носа)

С. Зверху вниз

Д. Знизу вгору

Е. Хаотичними рухами

6. Пацієнт перебуває у другій стадії гарячки (стадія стояння високої температури). Температура 39,8°C, шкіра червона, гаряча і суха. Пацієнт марить. Який захід фізичного охолодження є доцільним?

А. Обкласти пацієнта теплими грілками

В. Вкрити двома ковдрами

С. Покласти міхур з льодом або холодний компрес на чоло та ділянки великих судин

Д. Зробити гарячу ванну ніг

Е. Дати випити гарячого молока з медом

7. У тяжкохворого пацієнта в носових ходах утворилися сухі кірочки, що утруднюють носове дихання. Що необхідно використати для їх розм'якшення перед видаленням?

А. 96% спирт

В. Розчин йоду

С. Стерильну вазелінову олію (або гліцерин)

Д. 3% розчин перекису водню

Е. Сухий ватний турунд

8. Медсестра закапує краплі у вухо дорослому пацієнту. Як потрібно відтягнути вушну раковину для випрямлення зовнішнього слухового ходу?

А. Вниз і назад

В. Вгору і назад

С. Вперед і вгору

Д. Вниз і вперед

Е. Не відтягувати взагалі

9. Пацієнт помирає (агональний стан). Свідомість відсутня, дихання Чейна-Стокса. У палаті знаходяться родичі, які голосно плачуть і обговорюють деталі похорону. Яка дія медсестри буде деонтологічно правильною?

А. Не втручатися, оскільки пацієнт без свідомості і нічого не чує

В. Попросити родичів вийти з палати назавжди

С. Пояснити родичам, що слух зберігається найдовше, і попросити їх розмовляти тихо і спокійно, говорити пацієнту теплі слова

Д. Дати родичам заспокійливе, не звертаючи уваги на пацієнта

Е. Включити гучну музику, щоб заглушити плач

10. Третя стадія гарячки протікає літично (поступове зниження температури). Стан пацієнта покращується, але спостерігається профузне (сильне) потовиділення. Що є пріоритетним у догляді?

А. Обкласти грілками

В. Своєчасна зміна натільної та постільної білизни, рясне пиття

С. Введення препаратів, що підвищують тиск

Д. Застосування міхура з льодом на голову

Е. Обмеження рідини

11. Який інтервал зміни положення тіла є стандартом для профілактики пролежнів у абсолютно нерухомого пацієнта?

А. Кожні 24 години

В. Кожні 12 годин

С. Кожні 6 годин

Д. Кожні 2 години (вдень і вночі)

Е. Тільки на вимогу пацієнта

12. При огляді ротової порожнини тяжкохворого виявлено білий наліт на слизовій оболонці (молочниця) та сухість губ. Який розчин найкраще використати для обробки ротової порожнини в цьому випадку?

А. 2% розчин натрію гідрокарбонату (сода)

В. 96% етиловий спирт

С. Розчин діамантового зеленого (зеленка)

Д. Розчин оцтової кислоти

Е. Розчин антибіотика

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Критичне зниження температури)

Пояснення: Криза (crisis) — це швидке, різке зниження температури (на 2–4°C за 1–2 години). Це небезпечний стан, оскільки судини не встигають адаптуватися (звужитися), що призводить до гострої судинної недостатності (колапсу). Лізис (літіс) — це сприятливе, повільне зниження температури протягом кількох діб.

2. Правильна відповідь: В (Від лобка до відхідника)

Пояснення: Основне правило інтимної гігієни жінок: рухи та струмінь води мають бути спрямовані спереду назад (від лобка до ануса). Це запобігає занесенню кишкової палички з періанальної зони у піхву та уретру.

3. Правильна відповідь: А (I стадія)

Пояснення: Головна ознака I стадії пролежнів — це стійка гіперемія, яка не блідне при натисканні (ознака порушення мікроциркуляції), при збереженій цілісності шкіри. II стадія характеризується поверхневим порушенням цілісності (пухир, відшарування епідермісу).

4. Правильна відповідь: D (Тепло вкрити пацієнта, обкласти грілками...)

Пояснення: У I стадії гарячки тепловіддача різко знижена (спазм шкірних судин), а теплопродукція зростає. Пацієнт відчуває сильний холод і озноб. Головне завдання догляду в цей момент — зігріти хворого (ковдри, грілки до ніг, гаряче пиття). Фізичне охолодження в цій стадії протипоказане.

5. Правильна відповідь: В (Від зовнішнього кута ока до внутрішнього)

Пояснення: Протирання проводиться у напрямку до носа (до внутрішнього кута). Це відповідає фізіологічному току слізної рідини до слізного каналу. Такий рух допомагає виводити гній назовні, а не заганяти його під повіку, і запобігає інфікуванню слізної залози (яка знаходиться у верхньо-зовнішньому куті).

6. Правильна відповідь: С (Покласти міхур з льодом або холодний компрес...)

Пояснення: У II стадії тепловіддача і теплопродукція врівноважені на високому рівні. Шкірні судини розширені, хворому жарко. Мета догляду — посилити тепловіддачу шляхом фізичного охолодження (холод на магістральні судини, обтирання прохолодною водою). Гріти пацієнта в цій стадії небезпечно (ризик теплового удару).

7. Правильна відповідь: С (Стерильну вазелінову олію)

Пояснення: Олія (вазелінова, персикова, соняшникова) розм'якшує сухі кірочки, після чого їх можна безболісно видалити ватною турундою, не травмуючи слизову оболонку носа. Спирт та перекис викликають подразнення.

8. Правильна відповідь: В (Вгору і назад)

Пояснення: У дорослих зовнішній слуховий хід вигнутий. Щоб випрямити його для проходження крапель, вушну раковину тягнуть вгору і назад. У маленьких дітей — вниз і назад.

9. Правильна відповідь: С (Пояснити родичам, що слух зберігається найдовше...)

Пояснення: Доведено, що слух є останнім відчуттям, яке згасає при вмиранні. Навіть у непритомному стані людина може чути і розуміти сказане. Етика вимагає створення спокійної атмосфери; розмови про смерть або похорон у присутності помираючого неприпустимі.

10. Правильна відповідь: В (Своєчасна зміна натільної та постільної білизни, рясне пиття)

Пояснення: Літичне зниження супроводжується значним потовиділенням. Мокра білизна охолоджує тіло і сприяє розвитку застуди/пневмонії, а втрата рідини потребує компенсації (пиття).

11. Правильна відповідь: D (Кожні 2 години)

Пояснення: Інтервал у 2 години є "золотим стандартом" профілактики пролежнів. Саме такий час тканини можуть витримати ішемію (здавлення) без незворотних некротичних змін.

12. Правильна відповідь: А (2% розчин натрію гідрокарбонату)

Пояснення: Білий наліт свідчить про кандидоз (грибкове ураження). Грибки роду *Candida* гинуть у лужному середовищі, тому розчин соди є ефективним та безпечним засобом для догляду.

Тема 5. Основні заходи догляду за хворими в хірургічному стаціонарі. Специфіка надання невідкладної допомоги та проведення найпростіших реанімаційних заходів інкурабельним пацієнтам.

1. Під час перев'язки у вертикальному положенні пацієнт раптово зблід, вкрився холодним потом, поскаржився на запаморочення і почав втрачати свідомість (млості). Яка першочергова дія медсестри?

А. Ввести кордіамін підшкірно

В. Покласти пацієнта горизонтально, підняти ноги (Тренделенбурга), дати вдихнути пари аміаку

С. Посадити пацієнта на стілець і дати випити води

Д. Розпочати непрямий масаж серця

Е. Виміряти артеріальний тиск

2. У післяопераційного хворого, який перебуває в стані медикаментозного сну, почалося блювання. Яка дія є найважливішою для профілактики аспірації блювотних мас?

А. Негайно повернути голову пацієнта набік (або все тіло на бік)

В. Підняти головний кінець ліжка

С. Ввести протиблювотний засіб (метоклопрамід)

Д. Дати випити склянку холодної води

Е. Закинути голову пацієнта назад

3. У інкурабельного (невиліковного) онкологічного хворого констатовано клінічну смерть. При огляді медичної документації виявлено підписану інформовану відмову від реанімації (або консилиум лікарів визнав реанімацію безперспективною через термінальну стадію раку). Яка тактика персоналу?

А. Розпочати реанімаційні заходи у повному обсязі

В. Проводити тільки непрямий масаж серця без ШВЛ

С. Ввести адреналін внутрішньосерцево

Д. Реанімаційні заходи не проводяться, фіксується час смерті

Е. Викликати бригаду швидкої допомоги

4. Ви виявили пацієнта в палаті без свідомості. Дихання шумне, хрипке («хропіння»), шкіра синюшна. Що є найімовірнішою причиною такого стану і яка перша дія?

А. Зупинка серця — почати масаж серця

В. Западіння язика — виконати потрійний прийом Сафара

С. Набряк легень — надати напівсидяче положення

Д. Гіпоглікемічна кома — ввести глюкозу

Е. Інсульт — виміряти тиск

5. Що включає в себе «потрійний прийом Сафара» для забезпечення прохідності дихальних шляхів?

А. Поворот голови набік, відкривання рота, виведення язика

В. Закидання голови назад, виведення нижньої щелепи вперед, відкривання рота

С. Притиснення підборіддя до грудей, відкривання рота, очищення ротоглотки

Д. Введення повітроводу, штучне дихання, масаж серця

Е. Удар кулаком по грудині, закидання голови, вдих

6. У пацієнта різко знизився артеріальний тиск (колапс), свідомість збережена, але затьмарена. Шкіра бліда. Яке положення необхідно надати пацієнту в ліжку?

А. Положення Фаулера (напівсидячи) з опущеними ногами

В. Положення на лівому боці

С. Горизонтальне положення з опущеним головним кінцем та піднятими ногами

Д. Положення на животі

Е. Сидячи, нахиливши голову до колін

7. Під час їжі пацієнт раптово схопився за горло, не може вдихнути і говорити, обличчя швидко синіє. Який захід невідкладної допомоги слід застосувати (підозра на стороннє тіло дихальних шляхів)?

А. Прийом Геймліха (різкі поштовхи під діафрагму)

В. Постукати по спині між лопатками

С. Дати випити води

Д. Покласти пацієнта горизонтально і почати ШВЛ

Е. Викликати блювання

8. Пацієнту призначено подачу зволоженого кисню через носові канюлі. Яку рідину слід налити в банку Боброва (зволожувач) для проходження кисню?

А. Стерильну дистильовану воду

В. Етиловий спирт 96%

С. Олійний розчин

Д. Розчин фурациліну

Е. Розчин глюкози

9. Яка основна мета найпростіших реанімаційних заходів у інкурабельних хворих в агональному стані (якщо не йдеться про повну СЛР)?

А. Відновлення повного здоров'я

В. Полегшення страждань (симптоматична терапія), забезпечення комфорту, догляд за ротовою порожниною

С. Проведення дефібриляції

Д. Переведення на апаратну ШВЛ

Е. Введення великих доз адреналіну

10. У пацієнта під час вимірювання пульсу виявлено, що частота серцевих скорочень (при вислуховуванні серця) — 100 уд./хв, а частота пульсу на променевій артерії — 86 уд./хв. Як називається це явище?

А. Тахікардія

В. Брадикардія

С. Дефіцит пульсу

Д. Аритмія

Е. Ниткоподібний пульс

11. Які достовірні ознаки свідчать про настання клінічної смерті і є сигналом до початку реанімації?

А. Відсутність свідомості, відсутність пульсу на сонних артеріях, відсутність дихання (або агональне дихання)

В. Відсутність свідомості, ниткоподібний пульс на руці

С. Звуження зіниць, поверхнєве дихання

- D. Блідість шкіри, зниження артеріального тиску до 60/40 мм рт.ст.
- E. Відсутність реакції на звернення, пульс на сонній артерії збережений

12. Пацієнт після операції на черевній порожнині поскаржився на відчуття переповнення шлунка та нудоту. Лікар призначив промивання шлунка. Чому цю процедуру треба виконувати обережно?

- A. Щоб не викликати діарею
- B. Щоб не спровокувати розходження швів на черевній стінці через напруження
- C. Щоб не знизити артеріальний тиск
- D. Щоб не пошкодити зуби зондом
- E. Щоб не викликати алергію

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Покласти пацієнта горизонтально, підняти ноги...)

Пояснення: Описано класичну картину непритомності (млості) — короткочасної втрати свідомості через ішемію мозку. Головне завдання — повернути кров до голови. Для цього пацієнта кладуть (горизонтально), а ноги піднімають (аутотрансфузія крові з вен ніг до центру). Аміак рефлекторно збуджує дихальний центр. Садити не можна — це погіршить ішемію мозку.

2. Правильна відповідь: А (Негайно повернути голову пацієнта набік)

Пояснення: У стані наркозного сну пригнічений кашльовий рефлекс. Якщо пацієнт лежить на спині, блювотні маси під дією гравітації потраплять у трахею (аспірація), що призведе до синдрому Мендельсона (тяжка пневмонія) або асфіксії. Поворот голови набік дозволяє масам витекти назовні.

3. Правильна відповідь: D (Реанімаційні заходи не проводяться...)

Пояснення: Медична деонтологія та протоколи передбачають, що реанімація не проводиться, якщо смерть є очікуваним фіналом невиліковного прогресуючого захворювання (наприклад, термінальна стадія раку з розпадом), і це задокументовано консилиумом або є юридично оформлена відмова (в країнах, де це регулюється). Реанімація в таких випадках лише продовжує процес вмирання (танатогенез), а не життя.

4. Правильна відповідь: В (Западіння язика — виконати потрібний прийом Сафара)

Пояснення: У непритомного пацієнта м'язи розслаблені, корінь язика під силою тяжіння западає назад і перекриває дихальні шляхи. Характерна ознака —

«хропіння». Перша допомога — відновити прохідність шляхів механічно (закинути голову, висунути щелепу).

5. Правильна відповідь: В (Закидання голови назад, виведення нижньої щелепи вперед, відкривання рота)

Пояснення: Це класичний потрійний прийом Пітера Сафара (Safars Triple Maneuver), який дозволяє відкрити дихальні шляхи без жодних інструментів.

6. Правильна відповідь: С (Горизонтальне положення з опущеним головним кінцем та піднятими ногами)

Пояснення: При колапсі (судинній недостатності) кров депонується у венах черевної порожнини та ніг, мозок страждає від гіпоксії. Положення з опущеним головним кінцем (Тренделенбурга) покращує приплив крові до мозку та серця.

7. Правильна відповідь: А (Прийом Геймліха)

Пояснення: Описано повну обструкцію дихальних шляхів (людина не може говорити і дихати). Найефективніший метод — піддіафрагмальний поштовх (прийом Геймліха), який створює різкий тиск у грудній клітці і «виштовхує» стороннє тіло повітрям з легень. Стукати по спині можна, але Геймліх ефективніший при повній обструкції у дорослих.

8. Правильна відповідь: А (Стерильну дистильовану воду)

Пояснення: Сухий кисень (з балона) викликає висихання та опік слизових оболонок дихальних шляхів. Його обов'язково зволожують, пропускаючи через воду. Спирт використовують як піногасник тільки при набряку легень.

9. Правильна відповідь: В (Полегшення страждань...)

Пояснення: У паліативній медицині для інкурабельних (вмираючих) пацієнтів пріоритетом є не продовження життя будь-якою ціною (ШВЛ, дефібриляція), а забезпечення гідного і безболісного відходу: зволоження слизових, зручне положення, знеболення, присутність близьких.

10. Правильна відповідь: С (Дефіцит пульсу)

Пояснення: Дефіцит пульсу — це стан (часто при миготливій аритмії), коли не всі серцеві скорочення викидають достатньо крові, щоб пульсова хвиля дійшла до зап'ястя. Тому кількість ударів серця більша за кількість пульсових хвиль.

11. Правильна відповідь: А (Відсутність свідомості, відсутність пульсу на сонних артеріях, відсутність дихання)

Пояснення: Це «тріада» ознак клінічної смерті. Перевіряти пульс на руці (променевій артерії) не можна, бо при низькому тиску його там не чути. Зіниці розширюються пізніше (через 30-60 с).

12. Правильна відповідь: В (Щоб не спровокувати розходження швів...)

Пояснення: Блювання та позиви на блювання (які виникають при введенні зонда) різко підвищують внутрішньочеревний тиск. У ранньому післяопераційному періоді це загрожує розходженням швів (евентрацією). Тому зонд вводять обережно, пригнічуючи рефлекс (лідокаїн), або проводять декомпресію.

Тема 6. Організація та особливості харчування. Організація харчування в умовах стаціонару. Годування важкохворих. Харчування хворих у післяопераційному періоді. Ентеральне та парентеральне живлення. Зондове годування.

1. Пацієнту в першу добу після операції на шлунку призначено «нульову» дієту (стіл № 0). Що дозволяється давати хворому в рамках цього раціону?

- A. Картопляне пюре, парові котлети
- B. Протертий овочевий суп, сухарі
- C. Солодкий чай, відвар шипшини, нежирний бульйон, кисіль (об'ємом до 200-300 мл)
- D. Кефір, сир, сметана
- E. Тільки внутрішньовенне введення глюкози, пити заборонено

2. Медсестра готується годувати тяжкохворого пацієнта через назогастральний зонд. Якою має бути температура рідкої їжі, що вводиться?

- A. Кімнатної температури (20–22°C)
- B. Гаряча (50–60°C), щоб краще засвоювалася
- C. Тепла (38–40°C)
- D. Холодна (10–15°C) для зупинки кровотечі
- E. Температура не має значення

3. Пацієнту з опіком стравоходу неможливо приймати їжу природним шляхом. Йому встановлено гастростому (отвір у шлунку, виведений на передню черевну стінку). Який вид харчування отримує цей пацієнт?

- A. Парентеральне
- B. Ентеральне (зондове через гастростому)
- C. Природне пероральне
- D. Ректальне
- E. Змішане парентеральне

4. Вимірюючи довжину назогастрального зонда для годування дорослого пацієнта, медсестра використовує анатомічні орієнтири. Які саме?

- A. Від кінчика носа до пупка
- B. Від кінчика носа до мочки вуха і до мечоподібного відростка груднини
- C. Від чола до мечоподібного відростка
- D. Від підборіддя до пупка
- E. Стандартна довжина 50 см для всіх

5. У пацієнта після введення зонда для харчування з'явився кашель, ціаноз (посиніння) обличчя та утруднене дихання. Що сталося і яка тактика медсестри?

- A. Зонд занадто широкий — продовжити введення повільніше
- B. Зонд потрапив у трахею — негайно витягнути зонд
- C. Це нормальна реакція на подразнення глотки — дати випити води
- D. Зонд скрутився у стравоході — проштовхнути глибше
- E. У пацієнта алергія на гуму — ввести антигістамінні

6. Пацієнт перебуває у стані коми. Йому призначено повне парентеральне харчування. Яким шляхом вводяться поживні речовини?

- A. Через назогастральний зонд у шлунок
- B. Внутрішньовенно краплинно (амінокислоти, жирові емульсії, глюкоза)
- C. За допомогою поживних клізм
- D. Через гастростому
- E. Через підшкірні ін'єкції

7. Перед початком годування тяжкохворого пацієнта в ліжку з ложки, яке положення найкраще йому надати (якщо немає протипоказань) для профілактики поперхування?

- A. Лежачи на спині без подушки
- B. Лежачи на лівому боці
- C. Напівсидячи (положення Фаулера)
- D. Лежачи на животі
- E. Положення Тренделенбурга (ножний кінець піднятий)

8. Після годування пацієнта через назогастральний зонд, медсестра промила зонд невеликою кількістю чистої води. Для чого це робиться?

A. Щоб пацієнт отримав додаткову рідину

B. Щоб залишки їжі не закисло і не закупорили просвіт зонда

C. Щоб охолодити шлунок

D. Щоб промити шлунок від надлишку їжі

E. Цього робити не можна

9. Пацієнту призначено дієту № 1 (за Певзнером) з приводу виразкової хвороби шлунка. Який принцип кулінарної обробки їжі є основним для цієї дієти?

A. Смаження на вершковому маслі

B. Механічне, хімічне та термічне щадіння (варіння на пару, протирання)

C. Використання великої кількості спецій для апетиту

D. Вживання сирих овочів та фруктів

E. Копчення та маринування

10. Перед кожним введенням поживної суміші в зонд медсестра повинна переконатися, що зонд знаходиться у шлунку. Який метод є найпростішим і найшвидшим біля ліжка хворого?

A. Зробити рентген органів грудної клітки

B. Приєднати шприц Жане і аспірувати (відтягнути поршень) — має з'явитися шлунковий вміст

C. Ввести 500 мл води і подивитися на реакцію

D. Запитати пацієнта, де він відчуває зонд

E. Почекати 1 годину

11. Пацієнту, який одужує після операції і не має проблем із травленням, призначено «Загальний стіл». Який номер дієти за Певзнером відповідає цьому призначенню?

A. Стіл № 1

B. Стіл № 5

C. Стіл № 7

D. Стіл № 9

E. Стіл № 15

12. Яка основна перевага ентерального харчування (через зонд) перед парентеральним (внутрішньовенним), якщо шлунково-кишковий тракт функціонує?

- A. Ентеральне харчування дешевше
- B. Ентеральне харчування запобігає атрофії слизової оболонки кишківника і транслокації бактерій
- C. Ентеральне харчування стерильне
- D. Ентеральне харчування не потребує контролю
- E. Пацієнту більше подобається зонд, ніж крапельниця

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: C (Солодкий чай, відвар шипшини...)

Пояснення: Стіл № 0 (хірургічний) призначається в перші дні після операцій на органах травлення. Мета — максимальне розвантаження та щадіння. Дозволяється лише рідина (слабкий бульйон, кисіль, відвар), яка легко всмоктується. Тверда їжа, молоко, клітковина (пюре) — заборонені.

2. Правильна відповідь: C (Тепла 38–40°C)

Пояснення: Їжа має бути температури тіла. Холодна їжа гальмує вироблення ферментів і викликає спазми, гаряча — може спричинити опік слизової оболонки, яка і так вразлива.

3. Правильна відповідь: B (Ентеральне)

Пояснення: Ентеральне харчування (від грец. *enteron* — кишка) — це введення їжі в будь-який відділ ШКТ (шлунок, кишківник) через рот або через зонди/стоми. Парентеральне — це введення поживних речовин в кров, оминаючи ШКТ.

4. Правильна відповідь: B (Від кінчика носа до мочки вуха і до мечоподібного відростка)

Пояснення: Це класичний алгоритм вимірювання глибини введення зонда, щоб його кінець гарантовано опинився у шлунку, а не в стравоході.

5. Правильна відповідь: B (Зонд потрапив у трахею — негайно витягнути зонд)

Пояснення: Кашель, ціаноз та втрата голосу — це абсолютні ознаки того, що зонд пішов не в стравохід, а в дихальні шляхи (трахею). Подальше введення або введення їжі призведе до смерті. Потрібно негайно витягти зонд і дати пацієнту віддихатися.

6. Правильна відповідь: B (Внутрішньовенно краплинно)

Пояснення: Повне парентеральне харчування (ППХ) означає забезпечення всіх потреб організму (білки, жири, вуглеводи, вітаміни) шляхом внутрішньовенних інфузій, коли ШКТ не працює або його не можна використовувати.

7. Правильна відповідь: С (Напівсидячи - положення Фаулера)

Пояснення: Це фізіологічне положення для ковтання. У положенні лежачи на спині високий ризик аспірації (потрапляння їжі в дихальні шляхи).

8. Правильна відповідь: В (Щоб залишки їжі не закисло і не закупорили просвіт зонда)

Пояснення: Зонди для годування часто тонкі. Поживні суміші в'язкі і швидко псуються/засихають. Промивання водою після кожного годування є обов'язковим елементом догляду для збереження прохідності зонда.

9. Правильна відповідь: В (Механічне, хімічне та термічне щадіння)

Пояснення: Дієта № 1 спрямована на загоєння виразок. Їжа має бути протертою (механічне щадіння), не кислою/гострою (хімічне) і теплою (термічне).

10. Правильна відповідь: В (Приєднати шприц Жане і аспірувати...)

Пояснення: Це найшвидший метод контролю ("аспіраційна проба"). Якщо в шприц надходить шлунковий сік або рештки їжі — зонд у шлунку. Також використовують аускультативну пробу (вводять повітря шприцом і слухають "булькання" в епігастрії фонендоскопом).

11. Правильна відповідь: Е (Стіл № 15)

Пояснення: Стіл № 15 — це загальна дієта (раціональне харчування) для пацієнтів, які не потребують спеціальних обмежень. № 1 — виразка, № 5 — печінка, № 7 — нирки, № 9 — діабет.

12. Правильна відповідь: В (Ентеральне харчування запобігає атрофії слизової...)

Пояснення: "Якщо кишка працює — використовуй її". Відсутність їжі в просвіті кишківника призводить до атрофії ворсинок, порушення бар'єрної функції і проникнення бактерій з кишківника в кров (транслокація), що викликає сепсис. Тому ентеральне харчування завжди краще за парентеральне, якщо воно можливе.

Тема 7. Догляд за пацієнтами з порушеннями функцій шлунково-кишкового тракту. Застосування клізм. Основні види клізм, методика та правила їх постановки. Показання та протипоказання.

1. Пацієнту призначено очисну клізму перед плановою операцією. Яке положення необхідно надати пацієнту на кушетці для проведення цієї процедури згідно з анатомічними особливостями кишківника?

А. На правому боці з витягнутими ногами

В. На спині з піднятим тазом

C. На лівому боці з ногами, приведеними до живота

D. Колінно-ліктьове положення

E. Стоячи, нахилившись уперед

2. У пацієнта діагностовано шлунково-кишкову кровотечу (дьюгтьоподібний стілець, слабкість). Чи можна застосувати очисну клізму для підготовки до ендоскопічного дослідження?

A. Так, але тільки холодною водою

B. Так, якщо використати малий об'єм води

C. Ні, шлунково-кишкова кровотеча є абсолютним протипоказанням

D. Так, але тільки олійну клізму

E. Тільки за письмової згоди пацієнта

3. Пацієнту з масивними набряками та стійким запором (атонія кишківника) призначено гіпертонічну клізму. Який розчин та в якій кількості медсестра повинна використати?

A. 1–1,5 л теплої води

B. 50–100 мл 10% розчину натрію хлориду (або 25% магнію сульфату)

C. 100–200 мл стерильної олії

D. 500 мл відвару ромашки

E. 10 літрів води (сифонний метод)

4. Медсестра готує олійну клізму пацієнту після операції на прямій кишці (для м'якого випорожнення). До якої температури необхідно підігріти олію перед введенням для забезпечення спазмолітичного ефекту?

A. До кімнатної температури (20–22°C)

B. До 37–38°C (температури тіла)

C. До 40–42°C

D. До 15–18°C

E. Олію не підігрівають

5. Під час постановки очисної клізми наконечник вводять у пряму кишку. Якою є правильна техніка введення наконечника для запобігання травмуванню?

A. Весь час перпендикулярно до осі тулуба

B. Спочатку 3–4 см у напрямку до пупка, потім 8–10 см паралельно хребту

C. Спочатку паралельно хребту, потім до пупка

D. Вкручувальними рухами на глибину 20 см

E. Тільки у напрямку до пупка на глибину 5 см

6. Пацієнт страждає на спастичний запор (біль у животі, кал у вигляді «овечих кульок»). Яку температуру води слід обрати для очисної клізми, щоб зняти спазм?

A. Прохолодну (12–20°C)

B. Кімнатну (20–22°C)

C. Теплу (37–40°C)

D. Гарячу (50°C)

E. Температура не має значення

7. Пацієнту призначено лікарську мікроклізму (введення протизапального препарату в пряму кишку). Що обов'язково потрібно зробити за 30–40 хвилин перед введенням ліків?

A. Поставити очисну клізму

B. Дати проносне

C. Покласти грілку на живіт

D. Промити шлунок

E. Виміряти температуру тіла

8. У пацієнта підозра на кишкову непрохідність. Звичайна очисна клізма ефекту не дала. Лікар призначив сифонну клізму. Яка головна особливість цієї процедури?

A. Використовується лікарський розчин малого об'єму

B. Використовується принцип сполучених посудин та багаторазове промивання кишківника (загальний об'єм води 10–12 л)

C. Рідина вводиться краплинно протягом доби

D. Використовується тільки гіпертонічний розчин

E. Вода залишається в кишківнику для всмоктування

9. На яку висоту над рівнем ліжка необхідно підняти кухоль Есмарха при постановці очисної клізми для забезпечення адекватного тиску води?

A. 10–20 см

B. 1–1,5 метра

C. 2–3 метри

D. На рівні тіла пацієнта

E. Нижче рівня тіла пацієнта

10. Через який час зазвичай настає ефект (випорожнення кишківника) після постановки послаблюючої олійної клізми?

A. Миттєво

B. Через 15–20 хвилин

C. Через 1–2 години

D. Через 10–12 годин

E. Через 24 години

11. Яке ускладнення може виникнути, якщо при постановці очисної клізми ввести воду під високим тиском або занадто швидко?

A. Гіпертонічний криз

B. Швидке всмоктування води і водна інтоксикація

C. Механічне перерозтягнення кишки, різкий біль, спазм або перфорація

D. Зневоднення організму

E. Алергічна реакція

12. У пацієнта запальний процес у прямій кишці (проктит). Який вид клізм протипоказаний у цьому випадку через подразнюючу дію?

A. Олійна клізма

B. Лікарська клізма з відваром ромашки

C. Гіпертонічна клізма (10% розчин натрію хлориду)

D. Краплинна поживна клізма

E. Клізма з крохмалем

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: C (На лівому боці з ногами, приведеними до живота)

Пояснення: Сигмоподібна кишка (куди має потрапити вода з прямої кишки) анатомічно розташована зліва. Положення на лівому боці полегшує надходження води в кишківник під дією гравітації. Приведення ніг розслабляє м'язи черевного преса.

2. Правильна відповідь: C (Ні, шлунково-кишкова кровотеча є абсолютним протипоказанням)

Пояснення: Будь-які маніпуляції, що підвищують внутрішньочеревний тиск або подразнюють кишківник (клізма, грілка, проносні), посилюють кровотечу. Це категорично заборонено.

3. Правильна відповідь: В (50–100 мл 10% розчину натрію хлориду)

Пояснення: Гіпертонічна клізма працює за законом осмосу: вона «тягне» воду з тканин у просвіт кишки. Це розріджує калові маси і стимулює перистальтику, а також зменшує набряки. Об'єм завжди малий (мікроклізма).

4. Правильна відповідь: В (До 37–38°C)

Пояснення: Олія діє як м'який спазмолітик і мастило. Щоб розслабити мускулатуру кишки і не викликати спазму, вона повинна бути теплою (температури тіла). Холодна олія не дасть ефекту, гаряча викличе опік.

5. Правильна відповідь: В (Спочатку 3–4 см до пупка, потім 8–10 см паралельно хребту)

Пояснення: Це зумовлено анатомічним вигином прямої кишки. Спочатку вона йде вгору і вперед (до пупка), а потім, огинаючи куприк, йде назад і вгору (вздовж хребта). Недотримання цього правила може призвести до впирання наконечника в стінку кишки і її перфорації (прориву).

6. Правильна відповідь: С (Теплу 37–40°C)

Пояснення: При спастичному запорі кишківник "стиснутий". Холодна вода посилить спазм і біль. Тепла вода розслабляє мускулатуру і знімає спазм, полегшуючи дефекацію. (При атонічному запорі, навпаки, використовують прохолодну воду для стимуляції).

7. Правильна відповідь: А (Поставити очисну клізму)

Пояснення: Лікарські речовини всмоктуються слизовою оболонкою прямої кишки. Якщо кишка заповнена каловими масами, ліки не всмоктуться і вийдуть назовні. Тому за 30-40 хв до лікарської клізми кишківник треба очистити.

8. Правильна відповідь: В (Використовується принцип сполучених посудин...)

Пояснення: Сифонна клізма не просто вводить воду, а "промиває" кишківник. Лійку піднімають (вода заходить) і опускають (вода з калом виходить) багато разів, доки не піде чиста вода. Використовується при отруєннях та кишковій непрохідності.

9. Правильна відповідь: В (1–1,5 метра)

Пояснення: Така висота створює достатній гідростатичний тиск для введення рідини в товстий кишківник, але не настільки високий, щоб викликати різке розтягнення та біль.

10. Правильна відповідь: D (Через 10–12 годин)

Пояснення: Олія не подразнює рецептори механічно, як вода. Вона повинна обволікати калові маси і розм'якшувати їх. Цей процес тривалий. Тому олійні клізми ставлять, як правило, увечері, щоб ефект настав уранці.

11. Правильна відповідь: С (Механічне перерозтягнення кишки, різкий біль...)

Пояснення: Швидке введення великого об'єму води викликає різке розтягнення стінок (болючий спазм) і сильний позив до дефекації ще до того, як вода розм'якшить кал. У гіршому випадку можливий розрив патологічно зміненої стінки кишки.

12. Правильна відповідь: С (Гіпертонічна клізма)

Пояснення: Гіпертонічний розчин (10% солі) є сильним хімічним подразником. При запаленні слизової оболонки (проктит, виразки, тріщини) він викличе різкий біль і погіршення запалення. У таких випадках показані олійні або лікарські обволікаючі клізми.

Тема 8. Догляд за хворими з порушеннями функцій сечовидільної системи. Катетеризація сечового міхура, догляд за катетером.

1. У пацієнта після операції на черевній порожнині відсутнє сечовипускання протягом 12 годин. Пацієнт скаржиться на біль над лобком, при пальпації визначається переповнений сечовий міхур. Як називається цей стан?

- A. Анурія
- B. Ішурія (гостра затримка сечі)
- C. Поліурія
- D. Олігурія
- E. Дизурія

2. До приймального відділення доставлено потерпілого з переломом кісток тазу. З зовнішнього отвору сечівника (уретри) виділяється кров. Пацієнт не може помочитися. Яка тактика медсестри щодо катетеризації?

- A. Провести катетеризацію металевим катетером
- B. Провести катетеризацію м'яким катетером Нелатона
- C. Катетеризація суворо протипоказана (підозра на розрив уретри)
- D. Ввести спазмолітики і спробувати катетеризувати
- E. Покласти грілку на низ живота

3. Пацієнту необхідна тривала катетеризація сечового міхура (більше 3-х діб). Який тип катетера доцільно використати для фіксації в сечовому міхурі?

- A. Катетер Нелатона

В. Катетер Фолея

С. Металевий катетер

Д. Катетер Тіманна

Е. Будь-який гумовий катетер

4. Медсестра готується до катетеризації сечового міхура чоловіку. Яким стерильним засобом найкраще змастити кінець катетера для полегшення введення та знеболення?

А. Стерильним вазеліном

В. Стерильною олією

С. Спеціальним гелем з лідокаїном (або стерильним гліцерином)

Д. Розчином фурациліну

Е. Етиловим спиртом

5. При введенні катетера чоловіку медсестра відчула перешкоду (опір) на глибині 15–16 см (в ділянці простати). Яка подальша тактика?

А. Застосувати силу і проштовхнути катетер

В. Негайно витягнути катетер

С. Зробити паузу, заспокоїти пацієнта, попросити зробити глибокий вдих (щоб зняти спазм) і повільно продовжити введення

Д. Замінити м'який катетер на металевий

Е. Покликати іншу медсестру

6. Пацієнту встановлено постійний сечовий катетер Фолея з сечоприймачем. Де повинен знаходитися мішок сечоприймача відносно рівня сечового міхура пацієнта?

А. Завжди нижче рівня сечового міхура

В. На одному рівні з сечовим міхуром (на ліжку)

С. Вище рівня сечового міхура

Д. На підлозі (обов'язково торкатися підлоги)

Е. Розміщення не має значення, головне — герметичність

7. У пацієнта з постійним катетером сеча перестала виділятися в мішок. При огляді трубка не перегнута, але в ній видно згустки крові. Пацієнт скаржиться на розпирання над лобком. Яка дія є необхідною?

А. Видалити катетер і поставити новий

- В. Промити сечовий міхур через катетер стерильним розчином (фурациліну або фізрозчином) для видалення згустків
- С. Ввести сечогінні препарати
- Д. Почекати, доки згусток вийде сам
- Е. Стиснути сечовий міхур руками (прийом Креде)
8. Яка анатомічна особливість жіночої уретри полегшує катетеризацію, але підвищує ризик висхідної інфекції (цистити)?
- А. Уретра довга і вузька
- В. Уретра коротка (3–4 см) і широка
- С. Уретра має два фізіологічних вигини
- Д. Наявність передміхурової залози
- Е. Уретра відкривається у піхву
9. Який розчин використовують для роздування балона (манжети) катетера Фолея, щоб зафіксувати його в сечовому міхурі?
- А. Повітря
- В. Стерильний фізіологічний розчин або дистильовану воду
- С. Розчин фурациліну
- Д. Спирт
- Е. Олійний розчин
10. У пацієнта протягом доби відсутнє сечовипускання. При катетеризації сечового міхура сечі не отримано (міхур порожній). Як називається цей стан (припинення вироблення сечі нирками)?
- А. Ішурія
- В. Анурія
- С. Странгурія
- Д. Полакіурія
- Е. Ніктурія
11. Яка головна умова профілактики висхідної інфекції при догляді за постійним сечовим катетером?
- А. Щоденна зміна катетера на новий
- В. Ретельний туалет зовнішніх статевих органів та місця входу катетера двічі на добу, збереження герметичності системи

С. Промивання сечового міхура антибіотиками щодня

Д. Заповнення балона катетера повітрям

Е. Періодичне перетискання катетера затискачем

12. Яке положення необхідно надати жінці для проведення катетеризації сечового міхура?

А. На боці з приведеними ногами

В. На спині, ноги випрямлені

С. На спині, ноги зігнуті в колінах і розведені («положення жаби»)

Д. Колінно-ліктьове

Е. Сидячи на судні

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Ішурія)

Пояснення: Ішурія — це неможливість випорожнити переповнений сечовий міхур (сеча виробляється, але не виходить). Анурія — це стан, коли сеча не виробляється нирками (міхур порожній). Поліурія — багато сечі.

2. Правильна відповідь: С (Катетеризація суворо протипоказана)

Пояснення: Виділення крові з уретри (уретрорагія) при травмі тазу є прямою ознакою розриву уретри. Спроба катетеризації в цьому випадку перетворить неповний розрив у повний або створить хибний хід у тканинах, що призведе до тяжких ускладнень. Необхідна епіцистостомія (прокол над лобком).

3. Правильна відповідь: В (Катетер Фолея)

Пояснення: Катетер Фолея має надувний балон на кінці, який наповнюється рідиною після введення в сечовий міхур. Цей балон не дає катетеру випасти. Катетер Нелатона — це прямий катетер для одноразового виведення сечі, він не фіксується.

4. Правильна відповідь: С (Спеціальним гелем з лідокаїном або стерильним гліцерином)

Пояснення: Гель з лідокаїном (наприклад, "Інстиллагель") забезпечує ковзання і місцеву анестезію, що зменшує неприємні відчуття. Вазелін не рекомендується для гумових (латексних) катетерів, оскільки руйнує гуму і робить її шорсткою.

5. Правильна відповідь: С (Зробити паузу, заспокоїти пацієнта...)

Пояснення: У чоловіків уретра проходить через простату і має сфінктери. Спазм сфінктера або напруга м'язів промежини може створити перешкоду. Груба сила призведе до перфорації уретри. Потрібно почекати розслаблення.

6. Правильна відповідь: А (Завжди нижче рівня сечового міхура)

Пояснення: Це забезпечує гравітаційний відтік сечі. Якщо підняти мішок вище рівня ліжка, інфікована сеча з мішка потече назад у сечовий міхур (рефлюкс), що викличе гострий цистит або пієлонефрит.

7. Правильна відповідь: В (Промити сечовий міхур...)

Пояснення: Згустки крові можуть закупорити просвіт катетера, викликаючи гостру затримку сечі. Промивання шприцом Жане через катетер дозволяє розмити і видалити згустки, відновивши прохідність.

8. Правильна відповідь: В (Уретра коротка (3–4 см) і широка)

Пояснення: Жіноча уретра коротка і широка, тому катетеризація технічно простіша, ніж у чоловіків. Але саме ця особливість полегшує проникнення бактерій з промежини в сечовий міхур, що часто призводить до циститів.

9. Правильна відповідь: В (Стерильний фізіологічний розчин або дистильовану воду)

Пояснення: Використовують рідину, бо вона не стискається. Повітрям роздувати не можна, бо балон спливатиме на поверхню сечі в міхурі, і дренажування буде неефективним.

10. Правильна відповідь: В (Анурія)

Пояснення: Анурія — це патологічний стан, при якому припиняється надходження сечі в сечовий міхур через порушення кровопостачання нирок, ураження ниркової тканини (ниркова недостатність) або перешкоду у верхніх сечових шляхах. Катетеризація тут не допоможе, бо сечі просто немає.

11. Правильна відповідь: В (Ретельний туалет зовнішніх статевих органів...)

Пояснення: Бактерії рухаються по зовнішній стінці катетера ("біоплівка"). Регулярне миття промежини та видалення слизу/кірочок біля входу в уретру — головний метод профілактики. Міняти катетер щодня не можна — це зайва травма. Сучасні катетери (силіконові) стоять до 30 днів.

12. Правильна відповідь: С (На спині, ноги зігнуті в колінах і розведені)

Пояснення: Це положення забезпечує найкращий доступ до зовнішнього отвору уретри у жінок для проведення туалету статевих органів та введення катетера з дотриманням асептики.

Тема 9. Догляд за пацієнтами з дренажами та стомами (шлункові, кишкові, сечові дренажі).

1. Пацієнту накладено постійну колостому (протиприродний відхідник) на передню черевну стінку. Шкіра навколо стоми почервоніла, з'явилася

мацерація (мокнуття). Який засіб найкраще використати для захисту шкіри від подразнення кишковим вмістом?

- A. Спиртовий розчин йоду
- B. Цинкову пасту (або пасту Лассара)
- C. Гіпертонічний розчин
- D. Вазелінову олію
- E. Розчин перекису водню

2. У пацієнта встановлено трубчастий дренаж у черевній порожнині, до якого приєднано пластиковий мішок для збору рідини. Де повинен знаходитися цей мішок відносно тіла пацієнта для забезпечення адекватного відтоку?

- A. На рівні рани (прив'язаний до пояса)
- B. Вище рівня рани (на подушці)
- C. Нижче рівня рани (прикріплений до ліжка або на підлозі)
- D. В кишені піжами пацієнта
- E. Розташування не має значення

3. Пацієнту з гастростомою (трубка в шлунку для годування) медсестра ввела поживну суміш. Що необхідно зробити відразу після годування перед закриттям зонда, щоб запобігти його закупорці залишками їжі?

- A. Ввести 20–30 мл кип'яченої води або чаю
- B. Ввести 10 мл спирту
- C. Ввести повітря шприцом Жане
- D. Нічого не робити, просто закрити корком
- E. Ввести розчин антибіотика

4. Пацієнт з ілеостомою (стома на тонкій кишці) скаржиться на часте відклеювання калоприймача та сильне подразнення шкіри. Чому догляд за ілеостомою складніший, ніж за колостомою?

- A. Вміст тонкої кишки рідкий, постійно витікає і містить активні травні ферменти, що перетравлюють шкіру
- B. Вміст тонкої кишки твердий і травмує стому
- C. Ілеостома завжди інфікована
- D. Калоприймачі для ілеостом не випускаються
- E. Ілеостома не чутлива до болю

5. Пацієнту встановлено епіцистостому (дренаж сечового міхура через прокол над лобком). Медсестра помітила, що сеча перестала надходити в мішок, а пацієнт скаржиться на розпирання. Що найімовірніше сталося?

- A. Дренаж випав
- B. Дренаж забився слизом або солями сечової кислоти
- C. У пацієнта розвинулася анурія
- D. Сечовий міхур спорожнів
- E. Сечоприймач переповнений

6. Як часто рекомендується спорожнювати дренальний мішок калоприймача (або замінювати однокомпонентну систему), щоб уникнути його відклеювання під вагою вмісту?

- A. Коли він заповниться на 100%
- B. Коли він заповниться на 1/3 або 1/2 об'єму
- C. Один раз на 3 дні
- D. Тільки коли з'явиться неприємний запах
- E. Щоранку, незалежно від наповнення

7. Під час перев'язки пацієнта з дренажем за Редоном (активна аспірація) медсестра помітила, що пластикова «гармошка» розправилася і наповнилася повітрям. Що це означає?

- A. Дренаж працює ефективно
- B. Система втратила герметичність (вакуум зник) і дренажування припинилося
- C. Рана загоїлася
- D. Це нормальне явище для цього дренажу
- E. Потрібно замінити дренаж на гумову смужку

8. Які продукти слід обмежити в раціоні пацієнта з колостомою, щоб уникнути надмірного газоутворення (метеоризму) і роздування калоприймача?

- A. Рис, варене м'ясо
- B. Бобові (горох, квасоля), капусту, газовані напої, чорний хліб
- C. Сир, кефір
- D. Парові котлети, манну кашу
- E. Печені яблука

9. При огляді стоми медсестра помітила, що виведена кишка змінила колір з червоного на чорний або темно-фіолетовий. Про що свідчить ця грізна ознака?
- A. Про нормальне загоєння
 - B. Про розвиток ішемії та некрозу кишки (порушення кровопостачання)
 - C. Про інфікування шкіри
 - D. Про алергію на калоприймач
 - E. Про кровотечу з кишки
10. Пацієнту з гастростомою шкіру навколо трубки обробили пастою Лассара. Для чого це робиться?
- A. Для фіксації трубки
 - B. Для знеболення
 - C. Для захисту шкіри від мацерації шлунковим соком, який може підтікати повз трубку
 - D. Для зігрівання шкіри
 - E. Для краси
11. Який тип калоприймача найкраще підходить для пацієнта в ранньому післяопераційному періоді, коли стома ще набрякла і розмір її змінюється?
- A. Однокомпонентний з фіксованим отвором
 - B. Двокомпонентний, де пластину можна вирізати під потрібний розмір, не відклеюючи її щодня
 - C. Звичайна марлева пов'язка
 - D. Дитячий підгузок
 - E. Пластиковий пакет, приклеєний пластирем
12. Що таке «евакуаторна клізма» через колостому і коли вона може знадобитися?
- A. Це введення води в пряму кишку
 - B. Це введення води через стому в кишківник для усунення закрепу (копростазу)
 - C. Це введення поживних речовин через стому
 - D. Це метод зупинки кровотечі
 - E. Це промивання шлунка через стому

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Цинкову пасту)

Пояснення: Вміст кишківника агресивний. Якщо він потрапляє на шкіру, виникає мацерація («роз'їдання»). Цинкова паста або паста Лассара створює щільний захисний бар'єр («ефект заслонки»), який не пропускає вологу і ферменти до шкіри, а також підсушує її. Спирт і йод викличуть хімічний опік на вже пошкодженій шкірі.

2. Правильна відповідь: С (Нижче рівня рани)

Пояснення: Пасивне дронування працює за законом гравітації (земного тяжіння). Рідина тече зверху вниз. Якщо підняти мішок вище рани, інфікований вміст потече назад у черевну порожнину (ретроградний закид), що призведе до перитоніту.

3. Правильна відповідь: А (Ввести 20–30 мл кип'яченої води...)

Пояснення: Поживні суміші густі й липкі. Якщо їх залишити в трубці, вони засохнуть або скиснуть, закупоривши просвіт. Промивання водою ("проштовхування" їжі) — обов'язковий етап завершення годування через будь-який зонд чи стому.

4. Правильна відповідь: А (Вміст тонкої кишки рідкий, постійно витікає і містить ферменти...)

Пояснення: У тонкій кишці ще не всмокталася вода і травні ферменти активні. Тому виділення з ілеостоми їдкі (як шлунковий сік) і рідкі. Вони легко підтікають під пластину калоприймача і викликають тяжкі дерматити. У товстій кишці (колостома) кал вже оформлений і менш агресивний.

5. Правильна відповідь: В (Дренаж забився слизом або солями...)

Пояснення: Епіцистостома має вузький просвіт, а сеча містить солі та слиз. Закупорка дренажу — часте ускладнення. Необхідно промити дренаж стерильним розчином (фурациліном) за допомогою шприца Жане, щоб відновити відтік.

6. Правильна відповідь: В (Коли він заповниться на 1/3 або 1/2 об'єму)

Пояснення: Якщо мішок повний, він стає важким. Під вагою вмісту клейова основа пластини відтягується від шкіри, що призводить до розгерметизації, підтікання калу і неприємного запаху. Не слід чекати повного наповнення.

7. Правильна відповідь: В (Система втратила герметичність...)

Пояснення: Дренаж за Редоном працює за рахунок вакууму (гармошка стиснута). Якщо вона розправилася, значить всередину потрапило повітря (через нещільне з'єднання або дефект трубки), і активне відсмоктування рідини припинилося. Треба відновити вакуум або герметичність.

8. Правильна відповідь: В (Бобові, капусту, газовані напої...)

Пояснення: Ці продукти викликають бродіння і утворення газів. Для стомованого пацієнта це проблема: мішок роздувається, може відклеїтися ("вибухнути") або видавати гучні звуки, що викликає психологічний дискомфорт.

9. Правильна відповідь: В (Про розвиток ішемії та некрозу кишки)

Пояснення: Нормальна стома — рожева або червона (як слизова рота), волога. Чорний, сірий або темно-фіолетовий колір означає, що кровопостачання виведеної кишки порушене, і тканина відмирає. Це екстрена ситуація, що вимагає повторної операції.

10. Правильна відповідь: С (Для захисту шкіри від мацерації шлунковим соком)

Пояснення: Шлунковий сік містить соляну кислоту. Якщо отвір гастростоми ширший за трубку, сік підтікає і перетравлює шкіру живота. Паста захищає шкіру.

11. Правильна відповідь: В (Двокомпонентний...)

Пояснення: У двокомпонентних системах пластина клеїться на 3-5 днів, а мішки змінюються по мірі наповнення. Це дозволяє менше травмувати запалену шкіру частим відклеюванням пластиру і вирізати отвір точно під розмір стоми, який змінюється через післяопераційний набряк.

12. Правильна відповідь: В (Це введення води через стоми в кишківник...)

Пояснення: У стомованих пацієнтів теж бувають закрепи (копростаз). Для їх усунення використовують спеціальні наконечники для введення води безпосередньо в стоми (в низхідну кишку). Це аналог очисної клізми, але через

Тема 10. Догляд за хворими з ранами. Тимчасова зупинка кровотечі. Основи десмургії. Накладання пов'язок.

1. До приймального відділення доставлено потерпілого з різаною раною передньої поверхні передпліччя. З рани пульсуючим струменем витікає яскраво-червона кров. Який вид кровотечі у хворого та яка перша дія?

А. Венозна кровотеча; накладити тиснучу пов'язку

В. Артеріальна кровотеча; виконати пальцеве притиснення плечової артерії та накладити джгут

С. Капілярна кровотеча; обробити перекисом водню

Д. Паренхіматозна кровотеча; ввести гемостатики

Е. Артеріальна кровотеча; накладити джгут на передпліччя

2. Ви накладаете кровоспинний джгут Есмарха на стегно потерпілому з артеріальною кровотечею. Який критерій свідчить про правильність (ефективність) накладання джгута?

- A. Шкіра кінцівки посиніла, пульс на підколінній артерії збережений
- B. Кровотеча зупинилася, пульс на периферичних артеріях зник, кінцівка зблідла
- C. Кровотеча зменшилася, але не зупинилася повністю
- D. Пацієнт відчуває сильний біль під джгутом
- E. Джгут накладено максимально туго, шкіра багряна

3. Який максимальний час перебування кровоспинного джгута на кінцівці у зимовий період (на холоді) дозволяється для запобігання некрозу тканин?

- A. 30 хвилин (максимум 1 година)
- B. 2 години
- C. 3 години
- D. 15 хвилин
- E. До приїзду лікаря (час не обмежений)

4. У пацієнта поранення волосистої частини голови (тім'яна ділянка). Яку пов'язку найдоцільніше накласти для надійної фіксації перев'язувального матеріалу?

- A. Пращоподібну пов'язку
- B. Пов'язку «Вузdechка»
- C. Пов'язку «Очіпок» (Чепець)
- D. Хрестоподібну пов'язку
- E. Циркулярну пов'язку

5. Пацієнт отримав травму правого плечового суглоба. Необхідно накласти пов'язку, що закриває ділянку плечового суглоба та верхню третину плеча. Який тип пов'язки слід обрати?

- A. Спіральна пов'язка
- B. Черепащача пов'язка (збіжна)
- C. Колосоподібна пов'язка
- D. Пов'язка Дезо
- E. Хрестоподібна пов'язка

6. Під час накладання бинтової пов'язки на гомілку медсестра помітила, що діаметр гомілки змінюється (зменшується донизу), і бинт не лягає рівно. Який прийом потрібно застосувати, щоб пов'язка щільно прилягала?

- A. Накладати тури з великим натягом
 - B. Робити перегини бинта (тип пов'язки «спірально з перегинами»)
 - C. Використовувати еластичний бинт
 - D. Змінити напрямок бинтування зверху вниз
 - E. Накласти повзучу пов'язку
7. У пацієнта глибока різана рана на долонній поверхні кисті з пошкодженням вени. Кров темна, витікає безперервним струменем. Який метод тимчасової зупинки кровотечі є найбільш адекватним?
- A. Накладання артеріального джгута на плече
 - B. Накладання тиснучої пов'язки на рану
 - C. Пальцеве притиснення сонної артерії
 - D. Обробка рани йодом
 - E. Підвищене положення кінцівки без пов'язки
8. Ви накладаете пов'язку Дезо при переломі ключиці. Яке основне завдання цієї пов'язки?
- A. Зупинка кровотечі з пахвової артерії
 - B. Фіксація верхньої кінцівки до тулуба (імобілізація)
 - C. Захист рани від інфекції
 - D. Зігрівання плечового суглоба
 - E. Витягнення кінцівки
9. При накладанні кровоспинного джгута ви не знайшли папір для записки з часом. Де і чим можна написати час накладання джгута?
- A. Запам'ятати час і сказати лікарю усно
 - B. Написати час маркером, ручкою або зеленкою прямо на чолі потерпілого або на видному місці шкіри кінцівки
 - C. Написати на одязі потерпілого зі зворотного боку
 - D. Написати в мобільному телефоні потерпілого
 - E. Час писати не обов'язково
10. У пацієнта рвана рана колінного суглоба. Який тип пов'язки дозволяє надійно закрити суглоб і при цьому зберегти (або обмежити) його рухливість, не сповзаючи при згинанні?
- A. Черепащача пов'язка (збіжна або розбіжна)

В. Спіральна пов'язка

С. Повзуча пов'язка

Д. Пов'язка Дезо

Е. Колосоподібна пов'язка

11. Яке загальне правило десмургії (накладання пов'язок) стосується напрямку бинтування кінцівок?

А. Бинтувати від центру до периферії (згори донизу)

В. Бинтувати від периферії до центру (знизу вгору)

С. Напрямок не має значення

Д. Бинтувати зліва направо тільки на лівій руці

Е. Бинтувати тільки «вісімками»

12. Хворий з носовою кровотечею. Яка перша допомога є правильною?

А. Закинути голову назад

В. Нахилити голову вперед, притиснути крила носа до перегородки, покласти холод на перенісся

С. Покласти теплу грілку на ніс

Д. Промити ніс теплою водою

Е. Ввести в ніс сухі ватні тампони і закинути голову

Еталон правильних відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Артеріальна кровотеча; виконати пальцеве притиснення плечової артерії та накласти джгут)

Пояснення: Яскраво-червона кров, що б'є фонтаном або пульсує, — ознака артеріальної кровотечі. Це загрозливий стан. Перша дія — миттєве пальцеве притиснення артерії вище місця поранення (на плечі, бо на передпліччі артерії проходять між кістками і їх важко перетиснути), а потім — накладання джгута.

2. Правильна відповідь: В (Кровотеча зупинилася, пульс на периферичних артеріях зник...)

Пояснення: Мета джгута — повністю перекрити артеріальний кровотік. Ознаки ефективності: зупинка кровотечі («суха рана»), відсутність пульсу нижче джгута та блідість шкіри («воскова блідість»). Посиніння шкіри свідчить про те, що перетиснуті тільки вени, а артерії ні — це груба помилка, яка посилює кровотечу.

3. Правильна відповідь: А (30 хвилин, максимум 1 година)

Пояснення: На холоді судини спазмуються, обмін речовин у тканинах порушується швидше. Безпечний час накладання джгута взимку — 30 хвилин (максимум 1 година), влітку — до 2 годин (безпечно — 1 година). Перевищення часу веде до некрозу кінцівки.

4. Правильна відповідь: С (Пов'язка «Очіпок» / Чепець)

Пояснення: Ця пов'язка найнадійніше фіксується на голові завдяки "лямці" (шматок бинта, який тримають під підборіддям, і навколо якого обводять тури бинта). Пращоподібна — для носа/підборіддя, вуздечка — для нижньої щелепи.

5. Правильна відповідь: С (Колосоподібна пов'язка)

Пояснення: Колосоподібна пов'язка (спіка) ідеально підходить для ділянки плечового суглоба. Її тури перехрещуються на зовнішній поверхні плеча у вигляді колоска, надійно закриваючи суглоб і пахвову западину.

6. Правильна відповідь: В (Робити перегини бинта...)

Пояснення: Гомілка має конічну форму (товща зверху, вужча знизу). Звичайна спіральна пов'язка буде відставати або сповзати. Щоб край бинта щільно прилягав до шкіри, через кожні 1-2 оберти роблять перегин бинта на 180 градусів ("перекид").

7. Правильна відповідь: В (Накладання тиснучої пов'язки)

Пояснення: Описано венозну кровотечу (темна кров, безперервний струмінь). Венозний тиск значно нижчий за артеріальний, тому для зупинки достатньо тугої тиснучої пов'язки (стерильний валик на рану + туге бинтування). Джгут при венозних кровотечах не накладають (або накладають лише в крайніх випадках нижче рани, що рідко практикується в першій допомозі).

8. Правильна відповідь: В (Фіксація верхньої кінцівки до тулуба)

Пояснення: Пов'язка Дезо притискає плече до грудної клітки, а передпліччя підвішує під прямим кутом. Це створює нерухомість (імобілізацію) при переломах ключиці та плечової кістки.

9. Правильна відповідь: В (Написати час маркером... на чолі...)

Пояснення: Інформація про час накладання джгута є життєво важливою (щоб знати, коли його послабити або зняти). Якщо папірця немає або він розмокне від крові, найнадійніше місце — шкіра лоба потерпілого (яку точно побачить лікар).

10. Правильна відповідь: А (Черепашача пов'язка)

Пояснення: На ділянках суглобів (лікоть, коліно), що рухаються, застосовують черепащачу пов'язку. Вона буває збіжна (тури сходяться до центру суглоба) і розбіжна (розходяться від центру). Вона добре тримається при згинанні.

11. Правильна відповідь: В (Бинтувати від периферії до центру)

Пояснення: Це класичне правило десмургії. Бинтування від периферії (пальців) до центру (тіла) сприяє венозному відтоку і запобігає венозному застою та набряку кінцівки нижче пов'язки.

12. Правильна відповідь: В (Нахилити голову вперед...)

Пояснення: Закидати голову назад не можна, бо кров стікатиме по задній стінці глотки в шлунок (викликаючи блювання) або в дихальні шляхи. Голову треба нахилити вперед, щоб кров витікала назовні, притиснути крила носа (механічна зупинка) і покласти холод (звуження судин).

Тема 11. Догляд за хворими з травмами. Переломи та вивихи. Транспортна іммобілізація.

1. До хірургічного відділення доставлено потерпілого з підозрою на перелом плечової кістки. Яке основне правило накладання транспортної шини Крамера слід виконати медичній сестрі для забезпечення нерухомості уламків?

- А) Зафіксувати тільки місце перелому
- Б) Зафіксувати два суміжні суглоби (ліктьовий та променезап'ястковий)
- В) Зафіксувати три суглоби (плечовий, ліктьовий та променезап'ястковий)
- Г) Накласти шину безпосередньо на шкіру
- Д) Випрямити кінцівку перед накладанням шини

2. У хворого після ДТП запідозрено перелом хребта в грудному відділі. Транспортування здійснюється на м'яких ношах. Яке положення повинен займати пацієнт під час транспортування?

- А) На спині з піднятим ножним кінцем
- Б) На боці в позі «ембріона»
- В) На животі
- Г) На спині з напівзігнутими ногами (поза жаби)
- Д) Сидячи

3. При огляді потерпілого на місці пригоди виявлено: права нижня кінцівка розгорнута назовні, коротша за ліву, в області кульшового суглоба сильний біль. Яку шину найкраще використати для транспортної іммобілізації при підозрі на перелом стегна?

- А) Шину Єланського
- Б) Шину Дітерікса
- В) Шину Белера

Г) Сітчасту шину

Д) Комір Шанца

4. Під час падіння на витягнуту руку чоловік відчув різкий біль. При огляді: правий плечовий суглоб деформований, активні рухи відсутні, при спробі пасивних рухів відчувається «пружинистий опір». Яка травма найбільш імовірна?

А) Закритий перелом плеча

Б) Забій м'яких тканин

В) Вивих плеча

Г) Пошкодження нервового стовбура

Д) Відкритий перелом плеча

5. Потерпілому з відкритим переломом гомілки та артеріальною кровотечею необхідно надати допомогу. Вкажіть правильну послідовність дій:

А) Накласти шину, потім стерильну пов'язку

Б) Накласти джгут, стерильну пов'язку, потім шину

В) Ввести знеболювальні, накласти шину

Г) Накласти стерильну пов'язку, потім джгут

Д) Спочатку вправити уламки кістки в рану

6. Яку максимальну тривалість (у літній час) можна тримати кровоспинний джгут на кінцівці при наданні допомоги травмованому?

А) 30 хвилин

Б) 2 години

В) 4 години

Г) 1 годину

Д) 10-15 хвилин

7. У пацієнта підозра на перелом кісток таза («симптом прилиплої п'яти»). У якому положенні необхідно транспортувати хворого до стаціонару?

А) На животі з витягнутими ногами

Б) На спині на твердому щиті, ноги зігнуті в колінах і розведені (поза жаби)

В) На боці з подушкою між ногами

Г) У положенні Тренделенбурга

Д) Сидячи з опорою на спину

8. Яка маніпуляція є обов'язковою перед накладанням металевої шини Крамера на кінцівку?
- А) Стерилізація шини в автоклаві
 - Б) Змащування шини вазеліном
 - В) Моделювання шини по собі (або по здоровій кінцівці хворого) та обмотування м'якою підстилкою
 - Г) Охолодження шини в морозильній камері
 - Д) Змочування шини антисептиком
9. При накладанні транспортної шини Дітеріхса при переломі стегна, де саме повинні фіксуватися її деталі?
- А) Тільки навколо гомілки
 - Б) Від стопи до колінного суглоба
 - В) Зовнішня планка — від пахової западини до стопи; внутрішня — від пахової ділянки до стопи
 - Г) Тільки навколо таза
 - Д) Від гомілки до середини стегна
10. У пацієнта відкритий перелом передпліччя. З рани виступає уламок кістки. Яка дія медичного працівника під час іммобілізації буде помилковою?
- А) Накладання стерильної пов'язки
 - Б) Введення анальгетиків
 - В) Спроба вправити уламок кістки всередину рани
 - Г) Фіксація ліктьового суглоба
 - Д) Накладання джгута (при наявності кровотечі)
11. Яку пов'язку найчастіше використовують для тимчасової іммобілізації при переломі ключиці або вивиху плеча, якщо немає спеціальних шин?
- А) Спіральну
 - Б) Колосовидну
 - В) Пов'язку Дезо (або косинкову)
 - Г) Пов'язку «вуздечка»
 - Д) Чепець
12. Яке ускладнення може виникнути при занадто тугому накладанні іммобілізаційної пов'язки або шини?

- А) Жирова емболія
- Б) Порушення кровообігу (ішемія) та стиснення нервів
- В) Підвищення артеріального тиску
- Г) Гіпертермія
- Д) Кропив'янка

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Зафіксувати три суглоби) Пояснення: При переломі плечової кістки, згідно з правилами транспортної іммобілізації, необхідно зафіксувати три суглоби: плечовий, ліктьовий та променезап'ястковий. Це створює повну нерухомість плеча і запобігає зміщенню уламків при рухах передпліччя чи кисті.
2. Правильна відповідь: В (На животі) Пояснення: Якщо транспортування хворого з травмою хребта здійснюється на м'яких ношах, його кладуть на живіт. Це створює природний прогин хребта назад (лордоз), що запобігає стисканню спинного мозку уламками хребців. На спині можна транспортувати лише на твердому щиті.
3. Правильна відповідь: Б (Шину Дітеріхса) Пояснення: Перелом стегна — важка травма, що супроводжується сильним скороченням м'язів і зміщенням уламків. Шина Дітеріхса є табельною саме для цієї локалізації, оскільки вона дозволяє поєднати фіксацію кінцівки з її одночасним витягненням (дистракцією).
4. Правильна відповідь: В (Вивих плеча) Пояснення: Пружинистий опір при спробі пасивних рухів є патогномонічною (абсолютною) ознакою вивиху. Він виникає через те, що головка кістки заклинюється поза суглобовою западиною, а розтягнуті капсула та м'язи намагаються повернути її на місце.
5. Правильна відповідь: Б (Джгут — пов'язка — шина) Пояснення: Це класичний алгоритм «рятування життя». Спочатку зупиняють критичну артеріальну кровотечу (джгут), потім захищають рану від інфікування (стерильна пов'язка) і лише після цього проводять іммобілізацію (шина) для безпечного транспортування.
6. Правильна відповідь: Г (1 година) Пояснення: Згідно з сучасними протоколами, у літній час джгут накладають максимум на 1 годину (у зимовий — на 30 хв). Перевищення цього часу веде до незворотної ішемії тканин, пошкодження нервів та ризику розвитку гангрени або турнікетного шоку після зняття джгута.
7. Правильна відповідь: Б (На спині на твердому щиті, ноги в позі жаби) Пояснення: При переломах кісток таза м'язи стегон тягнуть уламки, посилюючи

біль та внутрішню кровотечу. Поза жаби (ноги зігнуті в колінах, розведені, під колінами — валик) максимально розслаблює м'язи таза та стегон.

8. Правильна відповідь: В (Моделювання та обмотування підстилкою)

Пояснення: Шина Крамера — це голий метал. Її обов'язково обмотують ватою та марлею, щоб не було пролежнів. Моделювання (надання форми) проводять по собі або по здоровій кінцівці пацієнта, щоб не завдавати болю травмованій зоні при примірці.

9. Правильна відповідь: В (Зовнішня — від пахви, внутрішня — від паху)

Пояснення: Для повної іммобілізації стегна шина повинна охоплювати всю кінцівку та фіксувати її до тулуба. Зовнішня планка шини Дітерікса йде від пахової западини (для фіксації трьох суглобів), а внутрішня — від паху, обидві виступають за стопу для витягнення.

10. Правильна відповідь: В (Спроба вправити уламок кістки) Пояснення: Це

груба помилка. Вправлення уламків у рану на догоспітальному етапі призводить до занесення інфекції (земля, одяг) у глибокі тканини, викликає додаткове пошкодження судин, нервів та може спровокувати больовий шок.

11. Правильна відповідь: В (Пов'язку Дезо або косинкову) Пояснення: Пов'язка

Дезо надійно фіксує руку до тулуба, виключаючи рухи в плечовому суглобі та ключиці. Це найефективніший спосіб тимчасової іммобілізації верхньої кінцівки за відсутності спеціальних шин.

12. Правильна відповідь: Б (Порушення кровообігу та стиснення нервів)

Пояснення: Занадто туга фіксація призводить до стискання магістральних судин (ішемія) та нервових стовбурів. Ознаками цього є синюшність пальців, набряк, втрата чутливості та сильний пульсуючий біль під шиною.

Тема 12. Догляд за хворими з гнійно-запальними захворюваннями.

Перев'язки.

1. До медсестри звернувся пацієнт зі скаргами на різкий біль у ділянці потилиці. При огляді виявлено запальний інфільтрат, що охоплює кілька волосяних фолікулів, шкіра над ним багряно-синя, є кілька отворів, з яких виділяється густий гній («симптом сита»). Яке захворювання можна запідозрити?

А) Фурункул

Б) Карбункул

В) Гідраденіт

Г) Бешиха

Д) Абсцес

2. Пацієнту з діагнозом «Гідраденіт пахвової ділянки» призначено консервативне лікування. Яка маніпуляція категорично заборонена при догляді за таким хворим?

- А) Застосування сухого тепла
- Б) Видавлювання вмісту інфільтрату
- В) Обробка шкіри антисептиками
- Г) Накладання асептичної пов'язки
- Д) УФО-терапія

3. При перев'язці гнійної рани медсестра помітила, що марлева пов'язка присохла до поверхні. Яка дія буде найбільш правильною для безболісного та безпечного зняття пов'язки?

- А) Зняти пов'язку різким рухом
- Б) Змочити пов'язку 3% розчином перекису водню або антисептиком
- В) Змочити пов'язку гарячою водою
- Г) Зрізати пов'язку разом з верхнім шаром епідермісу
- Д) Залишити пов'язку до самостійного відшарування

4. У хворого на 4-ту добу після операції з'явився біль у ділянці післяопераційної рани, підвищилась температура тіла до 38,5°C, спостерігається гіперемія та набряк країв рани. Яке ускладнення розвинулось у пацієнта?

- А) Евентрація
- Б) Розходження країв рани
- В) Нагноєння рани
- Г) Гематома
- Д) Пневмонія

5. При обробці гнійної рани медсестра використовує розчин, який при контакті з тканинами утворює рясну піну, що сприяє механічному очищенню рани. Який це препарат?

- А) 70% етиловий спирт
- Б) 3% перекис водню
- В) 0,02% фурацилін
- Г) 5% спиртовий розчин йоду
- Д) 0,5% розчин хлоргексидину

6. Яку назву має гостре гнійне запалення принігтьового валика?

- А) Пароніхія
- Б) Піднігтьовий панарицій
- В) Еризипелоїд
- Г) Гідраденіт
- Д) Фурункул

7. У пацієнта з бешихою (рожистим запаленням) на шкірі правої гомілки виявлено яскраву гіперемію з чіткими межами у вигляді «язиків полум'я», набряк. Яка основна особливість догляду за такими пацієнтами?

- А) Обов'язкове накладання вологих пов'язок
- Б) Дотримання суворого ліжкового режиму та ізоляція пацієнта
- В) Щоденне миття ураженої ділянки з милом
- Г) Накладання зігрівальних компресів
- Д) Масаж ураженої кінцівки

8. Під час перев'язці рани у фазі регенерації (поява грануляцій) медсестра повинна використовувати засоби, що захищають молоді тканини. Які пов'язки показані в цей період?

- А) Гіпертонічні пов'язки
- Б) Пов'язки з мазями на жировій основі або оліями (обліпихова, шипшинова)
- В) Пов'язки з антибіотиками широкого спектра
- Г) Сухі асептичні пов'язки
- Д) Холодні примочки

9. Пацієнту з абсцесом після пункції та видалення гною необхідно промити порожнину. Який інструмент медсестра повинна підготувати для цієї маніпуляції?

- А) Шприц Жане та катетер (або пункційну голку)
- Б) Жолобуватий зонд
- В) Цапки для білизни
- Г) Корнцанг
- Д) Голкотримач Гегара

10. У хворого з флегмоною передпліччя спостерігається висока температура та виражена інтоксикація. Який режим пиття рекомендується такому пацієнту за відсутності протипоказань?

- А) Обмеження рідини до 500 мл
- Б) Рясне пиття (2-3 літри на добу)
- В) Тільки мінеральна вода без газу
- Г) Сухий раціон
- Д) Вживання рідини лише під час їди

11. Яка послідовність обробки шкіри навколо гнійної рани під час перев'язки є правильною?

- А) Від країв рани до периферії
- Б) Від периферії до країв рани
- В) Колоподібними рухами зверху вниз
- Г) Тільки поздовжніми рухами
- Д) Напрямок обробки не має значення

12. Після розтину гнійника лікар залишив у рані смужку рукавичної гуми для забезпечення відтоку вмісту. Як називається цей метод дренивання?

- А) Активне дренивання
- Б) Пасивне дренивання
- В) Хімічне дренивання
- Г) Біологічне дренивання
- Д) Проточне дренивання

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: Б (Карбункул) Пояснення: Карбункул — це гостре гнійно-некротичне запалення кількох волосяних фолікулів та сальних залоз з утворенням загального інфільтрату та некрозу шкіри. Характерною ознакою є наявність кількох отворів, через які виділяється гній («симптом сита» або «решітки»).

2. Правильна відповідь: Б (Видавлювання вмісту інфільтрату) Пояснення: При будь-яких гнійно-запальних захворюваннях (фурункул, карбункул, гідраденіт) видавлювання категорично заборонено. Це призводить до руйнування піогенної капсули та поширення інфекції вглиб тканин, у кров (сепсис) або по лімфатичних шляхах.

3. Правильна відповідь: Б (Змочити пов'язку 3% розчином перекису водню) Пояснення: Присихання пов'язки відбувається через згортання ексудату. Відривання пов'язки «на суху» травмує молоді грануляції, викликає біль та кровотечу. Перекис водню розчиняє білкові зв'язки та сприяє легкому відшаруванню марлі.
4. Правильна відповідь: В (Нагноєння рани) Пояснення: Класичні ознаки місцевого запалення (біль, набряк, гіперемія, підвищення температури) на 3-5 добу після операції свідчать про розвиток інфекційного процесу в рані.
5. Правильна відповідь: Б (3% перекис водню) Пояснення: При контакті з тканинами (ферментом каталазою) перекис водню розкладається з виділенням кисню. Утворюється піна, яка механічно піднімає з глибини рани бруд, гній, некротичні тканини та згустки крові.
6. Правильна відповідь: А (Пароніхія) Пояснення: Пароніхія — це запалення навколонігтьового валика. Якщо гній накопичується під нігтьовою пластинкою, захворювання називають піднігтьовим панарицієм.
7. Правильна відповідь: Б (Ліжковий режим та ізоляція) Пояснення: Бешиха — це контагіозне (заразне) захворювання, спричинене стрептококом. Хворий потребує окремої палати та суворого ліжкового режиму, особливо при ураженні ніг, для зменшення набряку та профілактики поширення інфекції.
8. Правильна відповідь: Б (Пов'язки з мазями на жировій основі) Пояснення: У фазі регенерації (друга фаза ранового процесу) рана очищена, починається ріст грануляцій. Гіпертонічні розчини тут шкідливі, оскільки вони зневоднюють клітини. Мазеві пов'язки захищають грануляції від травмування та висихання.
9. Правильна відповідь: А (Шприц Жане та катетер) Пояснення: Шприц Жане має великий об'єм (100-150 мл), що зручно для промивання порожнин великою кількістю антисептика. Катетер або м'яка трубка дозволяють подати розчин безпосередньо в порожнину абсцесу.
10. Правильна відповідь: Б (Рясне пиття) Пояснення: При гнійних процесах у кров потрапляють продукти розпаду тканин і токсини бактерій (ендогенна інтоксикація). Рясне пиття сприяє виведенню токсинів нирками (дезінтоксикація).
11. Правильна відповідь: А (Від країв рани до периферії) Пояснення: Щоб не заносити мікрофлору зі шкіри всередину рани, антисептиком спочатку обробляють краї рани, а потім рухаються назовні до здорових ділянок.
12. Правильна відповідь: Б (Пасивне дренивання) Пояснення: Пасивне дренивання базується на принципі капілярності або відтоку рідини під дією сили тяжіння (гумові випускники, марлеві турунди). Активне дренивання передбачає створення від'ємного тиску (вакууму).

Тема 13. Догляд за хворими з опіками та відмороженнями. Особливості перев'язок.

1. До хірургічного відділення доставлено пацієнта, який отримав опік окропом. При огляді на передній поверхні стегна спостерігається виражена гіперемія та пухирі, наповнені прозорою рідиною. Хворий скаржиться на сильний біль. Який ступінь опіку за сучасною класифікацією?

- А) I ступінь
- Б) II-A ступінь
- В) II-B ступінь
- Г) III ступінь
- Д) IV ступінь

2. При огляді пацієнта з термічною травмою виявлено: пухирі зруйновані, дно рани блідо-рожевого кольору, чутливість при торканні значно знижена, спостерігається виражений набряк. Лікар діагностував глибокий дермальний опік. Який це ступінь?

- А) I ступінь
- Б) II-A ступінь
- В) II-B ступінь
- Г) III ступінь
- Д) IV ступінь

3. У хворого, що постраждав під час пожежі, на спині виявлено ділянку щільного сухого струпа темно-коричневого кольору. Больова та тактильна чутливість повністю відсутні. Який ступінь опіку у постраждалого?

- А) I ступінь
- Б) II-A ступінь
- В) II-B ступінь
- Г) III ступінь
- Д) IV ступінь

4. Яка перша допомога при термічному опіку II-A ступеня є найбільш правильною безпосередньо після травми?

- А) Змастити поверхню жирним кремом
- Б) Охолодити місце опіку проточною водою протягом 15–20 хв
- В) Проколоти пухирі та випустити рідину

Г) Накласти пов'язку з маззю Вишневського

Д) Обробити поверхню 70% спиртом

5. При наданні допомоги пацієнту з хімічним опіком негашеним вапном, медична сестра повинна пам'ятати, що категорично заборонено:

А) Видаляти залишки речовини механічно

Б) Використовувати олію для обробки

В) Промивати уражену ділянку водою

Г) Накладати асептичну пов'язку

Д) Вводити анальгетики

6. Пацієнт з опіком 30% поверхні тіла перебуває у стані збудження, пульс частий, сеча відсутня протягом 6 годин. Для якого періоду опікової хвороби характерні ці симптоми?

А) Опіковий шок

Б) Опікова токсемія

В) Опікова септикотоксемія

Г) Реконвалесценція

Д) Епітелізація

7. Пацієнт доставлений з вулиці взимку зі скаргами на втрату чутливості та побіління шкіри вушних раковин. Яка перша допомога при відмороженні в догоспітальному періоді є правильною?

А) Розтерти вуха снігом

Б) Інтенсивно розтерти шкіру вовняною тканиною

В) Накласти термоізолювальну пов'язку (вата-марля)

Г) Змастити вуха жирним кремом

Д) Прикласти грілку з гарячою водою

8. У хворого на 2-гу добу після відмороження стоп з'явилися пухирі з геморагічним (кров'янистим) вмістом, дно рани нечутливе до уколів голкою. Який ступінь відмороження розвинувся?

А) I ступінь

Б) II ступінь

В) III ступінь

Г) IV ступінь

Д) Граншейна стопа

9. При виконанні перев'язки пацієнту з опіком II-A ступеня на етапі епітелізації марля присохла до рани. Який розчин найкраще використати для безболісного зняття пов'язки?

А) 96% етиловий спирт

Б) Розчин перманганату калію

В) 3% розчин перекису водню

Г) 5% спиртовий розчин йоду

Д) Розчин димексиду

10. Для швидкого визначення площі опіку у дорослих використовують «правило дев'яток». Який відсоток поверхні тіла становить опік обох нижніх кінцівок?

А) 9%

Б) 18%

В) 36%

Г) 45%

Д) 50%

11. При «правилі долоні» площа долоні пацієнта приймається за:

А) 0,5% площі тіла

Б) 1% площі тіла

В) 5% площі тіла

Г) 9% площі тіла

Д) 18% площі тіла

12. Хвору з глибокими опіками тулуба госпіталізовано на ліжко «Клінітрон» (з ефектом «псевдозрідження»). Яка основна мета використання такого обладнання?

А) Профілактика запалення легень

Б) Забезпечення ранньої активізації

В) Профілактика пролежнів та підсушування опікових ран

Г) Зменшення витрат на перев'язувальні матеріали

Д) Зниження температури тіла

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: Б (II-A ступінь)

Пояснення: Це поверхневий опік дерми. Характеризується пухирями з прозорим вмістом, гіперемією та збереженою больовою чутливістю (пацієнту дуже боляче).

2. Правильна відповідь: В (II-B ступінь)

Пояснення: Це глибокий дермальний опік. Ушкоджується більша частина дерми, чутливість знижена або відсутня, пухирі зазвичай зруйновані, а дно рани бліде.

3. Правильна відповідь: Г (III ступінь)

Пояснення: За сучасною класифікацією III ступінь — це тотальний некроз шкіри на всю глибину (раніше це були III-B та IV ступені). Наявність сухого струпа та повна аналгезія (відсутність болю) — прямі ознаки загибелі нервових закінчень.

4. Правильна відповідь: Б (Охолодити проточною водою)

Пояснення: Охолодження протягом 15–20 хвилин перешкоджає поширенню теплової енергії вглиб тканин, що може перетворити опік II-A у глибокий II-B ступінь. Також це ефективно знімає біль.

5. Правильна відповідь: В (Промивати водою)

Пояснення: Негашене вапно при контакті з водою вступає в реакцію з виділенням великої кількості тепла. Це додає до хімічного опіку ще й термічний. Залишки речовини видаляють механічно або олією.

6. Правильна відповідь: А (Опіковий шок)

Пояснення: Шок триває перші 2–3 доби. Його головні ознаки — централізація кровообігу (збудження/гальмування) та гостра ниркова недостатність (олігурія або анурія — відсутність сечі) через плазмовтрату.

7. Правильна відповідь: В (Накласти термоізолювальну пов'язку)

Пояснення: Головна мета — забезпечити поступове зігрівання тканин «зсередини» за рахунок тепла власного тіла. Різде зігрівання (грілка, розтирання) призводить до загибелі клітин, які ще не відновили кровообіг.

8. Правильна відповідь: В (III ступінь)

Пояснення: Пухирі з кров'яним вмістом та відсутність больової чутливості свідчать про некроз усіх шарів дерми.

9. Правильна відповідь: В (3% розчин перекису водню)

Пояснення: Перекис водню розчиняє білкові зв'язки присохлої марлі, а піна, що виділяється, механічно допомагає відокремити пов'язку без пошкодження нових епітеліальних клітин.

10. Правильна відповідь: В (36%)

Пояснення: За правилом дев'яток одна нижня кінцівка — 18%, відповідно дві кінцівки — 36%.

11. Правильна відповідь: Б (1% площі тіла)

Пояснення: Долоня пацієнта (включно з пальцями) — це стандартний вимірювач, що становить приблизно 1% його поверхні тіла.

12. Правильна відповідь: В (Профілактика пролежнів та підсушування ран)

Пояснення: Спеціальні ліжка з потоком повітря підтримують пацієнта у стані «невагомості», що усуває тиск на тканини та сприяє швидкому утворенню сухого струпа, запобігаючи гниттю ран.

Тема 14. Догляд за хворими з гострою абдомінальною патологією. Передопераційна підготовка.

1. До медсестри звернувся пацієнт зі скаргами на раптовий сильний біль у животі, який спочатку виник в епігастрії, а через кілька годин змістився в праву здухвинну ділянку. Про який симптом іде мова?

А) Симптом Ортнера

Б) Симптом Волковича-Кохера

В) Симптом Ровзінга

Г) Симптом Пастернацького

Д) Симптом Мюссі-Георгієвського

2. У пацієнта запідозрено гострий апендицит. Яка дія медичної сестри до огляду лікаря та встановлення остаточного діагнозу є найбільш правильною?

А) Покласти грілку на праву здухвинну ділянку

Б) Ввести знеболювальні засоби (анальгін, морфін)

В) Зробити очисну клізму

Г) Заборонити пацієнту їсти та пити, прикласти міхур з льодом на живіт

Д) Дати пацієнту проносні засоби

3. При догляді за хворим з гострою кишковою непрохідністю медсестра помітила багаторазове блювання з неприємним каловим запахом. Як називається таке блювання?

- А) Криваве блювання
- Б) Стравохідне блювання
- В) Калове блювання (miserere)
- Г) Фонтануюче блювання
- Д) Ранкове блювання

4. Хворий з розлитим перитонітом перебуває у важкому стані: риси обличчя загострені, очі запалі, шкіра блідо-сіра, язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Яку назву має цей вираз обличчя?

- А) Обличчя Корвізара
- Б) Обличчя Гіппократа (facies Hippocratica)
- В) Мікседематозне обличчя
- Г) Маскоподібне обличчя
- Д) Лев'яче обличчя

5. Яка маніпуляція є обов'язковою під час передопераційної підготовки хворого з гострою кишковою непрохідністю для декомпресії шлунково-кишкового тракту?

- А) Постановка сифонної клізми
- Б) Введення назогастрального зонда та відсмоктування вмісту шлунка
- В) Масаж живота
- Г) Постановка сечового катетера
- Д) Промивання шлунка ресторанным способом (через рот)

6. При пальпації живота у хворого з підозрою на перитоніт виявлено різке посилення болю при швидкому відриві руки від передньої черевної стінки. Як називається цей симптом?

- А) Симптом Ровзінга
- Б) Симптом Ситковського
- В) Симптом Щоткіна-Блюмберга
- Г) Симптом Бартом'є-Міхельсона
- Д) Симптом Воскресенського

7. Пацієнту призначено екстрену операцію з приводу прободної виразки шлунка. Вкажіть особливість підготовки операційного поля при термінових операціях:

А) Гігієнічна ванна або душ

Б) Гоління шкіри живота безпосередньо перед операцією ("на суху" або з антисептиком)

В) Гоління шкіри за добу до операції

Г) Промивання шлунка перед голінням

Д) Накладання спиртового компресу на живіт

8. У хворого на гостру кишкову непрохідність живіт здутий, асиметричний, перистальтика посилена, газів немає. Яку першу допомогу може надати медсестра для полегшення відходження газів за призначенням лікаря?

А) Покласти грілку

Б) Ввести газовідвідну трубку в пряму кишку

В) Дати випити касторової олії

Г) Покласти міхур з льодом

Д) Зробити масаж живота за годинниковою стрілкою

9. Який метод дослідження є вирішальним для підтвердження діагнозу гострої кишкової непрохідності на догоспітальному етапі в стаціонарі?

А) Загальний аналіз сечі

Б) Оглядова рентгенографія черевної порожнини (пошук чаш Клойбера)

В) Біохімічний аналіз крові

Г) ЕКГ

Д) Термометрія

10. Хворого готують до операції з приводу перитоніту. Медсестра повинна провести премедикацію. Коли і з якою метою вона проводиться?

А) За 12 годин до операції для очищення кишечника

Б) Безпосередньо на операційному столі для знеболення

В) За 30-40 хвилин до операції для зниження секреції залоз та психоемоційного збудження

Г) Після операції для покращення сну

Д) Під час операції для розслаблення м'язів

11. Під час підготовки хворого до екстреної операції медсестра виявила у нього на верхній щелепі знімні зубні протези. Яка їй правильна дія?

А) Залишити протези в роті

Б) Попросити пацієнта міцно їх затиснути

В) Вийняти протези, промити і покласти у підписану склянку (марковану ємність)

Г) Заклеїти рот пластиром

Д) Не звертати уваги

12. Що категорично заборонено вводити пацієнту з симптомами "гострого живота" (біль, блювання, затримка стільця) до встановлення діагнозу хірургом?

А) Розчин Рінгера внутрішньовенно

Б) Наркотичні та ненаркотичні анальгетики

В) Кисень через канюлю

Г) Глюкозу внутрішньовенно

Д) Вітаміни

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: Б (Симптом Волковича-Кохера)

Пояснення: Це класична ознака гострого апендициту — переміщення болю з епігастральної ділянки (під ложечкою) у праву здухвинну ділянку через кілька годин від початку захворювання.

2. Правильна відповідь: Г (Заборонити їсти та пити, холод на живіт)

Пояснення: При "гострому животі" тепло, клізми та проносні можуть спровокувати розрив відростка (перфорацію) і перитоніт. Знеболювальні "стирають" клінічну картину, що заважає лікарю поставити правильний діагноз. Холод же дещо сповільнює запальний процес.

3. Правильна відповідь: В (Калове блювання)

Пояснення: При низькій кишковій непрохідності вміст кишечника застоюється, розкладається і через антиперистальтику потрапляє назад у шлунок, що зумовлює характерний запах і колір блювотних мас.

4. Правильна відповідь: Б (Обличчя Гіппократа)

Пояснення: Це ознака важкої інтоксикації та зневоднення при розлитому перитоніті. Загострений ніс, запалі очі та блідість свідчать про критичний стан організму.

5. Правильна відповідь: Б (Введення назогастрального зонда)

Пояснення: При непрохідності важливо видалити застійний вміст шлунка та верхніх відділів кишечника, щоб запобігти блюванню, аспірації та зменшити тиск у черевній порожнині.

6. Правильна відповідь: В (Симптом Щоткіна-Блюмберга)

Пояснення: Основний симптом подразнення очеревини (перитоніту). Біль виникає в момент різкого відриву руки, оскільки це спричиняє струс запаленої очеревини.

7. Правильна відповідь: Б (Гоління шкіри безпосередньо перед операцією)

Пояснення: При екстрених операціях немає часу на тривалу підготовку. Шкіру голять перед самою маніпуляцією, щоб уникнути мікротравм, які за кілька годин можуть стати джерелом інфекції.

8. Правильна відповідь: Б (Ввести газовідвідну трубку)

Пояснення: Це пасивний метод полегшення відходження газів зі спазмованої або переповненої прямої кишки. Будь-які стимулятори (клізми, проносні) без дозволу хірурга заборонені.

9. Правильна відповідь: Б (Оглядова рентгенографія)

Пояснення: На рентгені при непрохідності видно горизонтальні рівні рідини та газ над ними у петлях кишечника — так звані "чаші Клойбера".

10. Правильна відповідь: В (За 30-40 хвилин до операції)

Пояснення: Премедикація (атропін, димедрол, промедол) готує організм до наркозу: атропін зменшує слиновиділення та секрецію в бронхах, інші препарати заспокоюють пацієнта.

11. Правильна відповідь: В (Вийняти протези)

Пояснення: Під час наркозу м'язи розслабляються, і протези можуть зміститися, перекрити дихальні шляхи або потрапити в стравохід, що є смертельно небезпечним.

12. Правильна відповідь: Б (Анальгетики)

Пояснення: Введення знеболювальних замаскує біль — основний симптом. Пацієнту може здатися, що йому стало краще, тоді як хвороба (наприклад, перитоніт) продовжує прогресувати, що призведе до запізнілої операції.

Тема 15. Догляд за хворими в післяопераційному періоді. Профілактика післяопераційних ускладнень.

1. Пацієнта доставлено з операційної після загального наркозу. Яке положення в ліжку є найбільш правильним для профілактики аспірації блювотними масами в перші години після операції?

А) На спині з піднятим ножним кінцем

Б) На спині без подушки, голова повернута набік

В) Напівсидяче (положення Фаулера)

Г) На животі

Д) На боці з приведеними до живота ногами

2. На що повинна звернути увагу медична сестра при огляді пов'язки пацієнта в перші години після хірургічного втручання для раннього виявлення кровотечі?

А) На колір марлі

Б) На ступінь промокання пов'язки кров'ю («симптом плями, що росте»)

В) На запах від пов'язки

Г) На наявність фіксуючого пластиру

Д) На дату накладання пов'язки

3. З метою профілактики післяопераційної пневмонії пацієнту після операції на черевній порожнині рекомендується виконувати дихальну гімнастику. Яка вправа є найбільш простою та ефективною?

А) Затримка дихання на вдиху

Б) Надування гумових іграшок або кульок

В) Часте глибоке дихання

Г) Нахили тулуба в боки

Д) Піднімання важких предметів

4. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень (ТЕЛА) у післяопераційному періоді медична сестра повинна забезпечити:

А) Суворий ліжковий режим протягом тижня

Б) Еластичне бинтування нижніх кінцівок та ранню активізацію хворого

В) Обмеження вживання рідини

Г) Накладання грілок на ноги

Д) Високе положення голови

5. У пацієнта на другу добу після операції на кишечнику спостерігається здуття живота, невідходження газів та відсутність перистальтики. Яке ускладнення розвинулося?

А) Гостра дихальна недостатність

Б) Парез кишечника (післяопераційна ілеус)

В) Перитоніт

Г) Внутрішня кровотеча

Д) Тромбофлебіт

6. Яку маніпуляцію за призначенням лікаря повинна виконати медсестра пацієнту при затримці сечовипускання (ішурії), якщо рефлекторні методи (шум води, тепла грілка на надлобкову ділянку) не допомогли?

- А) Очисну клізму
- Б) Катетеризацію сечового міхура
- В) Промивання шлунка
- Г) Введення газовідвідної трубки
- Д) Внутрішньом'язове введення анальгін

7. Пацієнту після операції під спинномозковою анестезією дозволяється піднімати голову лише через 12–24 години. Профілактикою якого ускладнення є це обмеження?

- А) Післяопераційної пневмонії
- Б) Вираженого головного болю та лікворної гіпотензії
- В) Нагноєння рани
- Г) Парезу кишечника
- Д) Розходження швів

8. Під час догляду за післяопераційною раною на 7-му добу медсестра помітила, що шкіра навколо швів набрякла, червона, хворий скаржиться на посмикуючий біль. Що повинна зробити медсестра?

- А) Самостійно зняти шви
- Б) Накласти зігрівальний компрес
- В) негайно доповісти лікарю про ознаки нагноєння рани
- Г) Змастити рану олією
- Д) Прикласти лід

9. Як називається ускладнення, при якому відбувається повне або часткове випадання внутрішніх органів через розходження країв післяопераційної рани?

- А) Інфільтрат
- Б) Евентрація
- В) Лігатурна нориця
- Г) Гематома
- Д) Грижа

10. Для боротьби з парезом кишечника в післяопераційному періоді пацієнту часто призначають введення препарату, що стимулює перистальтику. Який це препарат?

- А) Атропін
- Б) Прозерин
- В) Димедрол
- Г) Но-шпа
- Д) Морфін

11. Яка дієта (за Певзнером) зазвичай призначається пацієнтам у перші дні після операцій на шлунково-кишковому тракті для забезпечення функціонального спокою?

- А) Дієта №15
- Б) Дієта №0 (нульова або хірургічна)
- В) Дієта №5
- Г) Дієта №9
- Д) Дієта №7

12. Через 3 дні після операції у хворого з'явилися болі в литкових м'язах, набряк гомілки, шкіра над нею стала синюшною. Яке ускладнення можна запідозрити?

- А) Бешихове запалення
- Б) Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок
- В) Міозит
- Г) Судоми
- Д) Бешиха

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: Б (На спині без подушки, голова набік)

Пояснення: У стані післянаркозного сну захисні рефлекси пригнічені. Положення без подушки запобігає западанню язика, а поворот голови набік дозволяє блювотним масам або слині витікати назовні, не потрапляючи в дихальні шляхи.

2. Правильна відповідь: Б (Ступінь промокання пов'язки кров'ю)

Пояснення: Якщо на білій пов'язці з'являється пляма крові, медсестра повинна позначити її межі маркером. Якщо пляма швидко збільшується — це ознака

активної післяопераційної кровотечі, про що треба терміново повідомити хірурга.

3. Правильна відповідь: Б (Надування гумових іграшок)

Пояснення: Ця вправа створює позитивний тиск на видиху, що сприяє розправленню альвеол, покращує вентиляцію легень та запобігає застійним явищам (гіпостатичній пневмонії).

4. Правильна відповідь: Б (Еластичне бинтування та рання активізація)

Пояснення: Бинтування ніг прискорює венозний кровотік, а рання активізація (рухи в ліжку, вставання) запобігає застою крові в тазу та гомілках, що є основною профілактикою утворення тромбів.

5. Правильна відповідь: Б (Парез кишечника)

Пояснення: Операційна травма та наркоз призводять до тимчасового пригнічення моторики кишечника. Це проявляється здуттям (метеоризмом) та відсутністю газів. Зазвичай минає на 2–3 добу за правильного догляду.

6. Правильна відповідь: Б (Катетеризацію сечового міхура)

Пояснення: Якщо протягом 8–10 годин після операції хворий не може самостійно помочитися і рефлекторні методи не діють, необхідно вивести сечу катетером для запобігання перетягуванню стінок міхура.

7. Правильна відповідь: Б (Головний біль та лікворна гіпотензія)

Пояснення: При спинномозковій анестезії через місце проколу може витікати ліквор. Піднімання голови змінює внутрішньочерепний тиск, що викликає сильні болі. Горизонтальне положення сприяє стабілізації тиску.

8. Правильна відповідь: В (Доповісти лікарю про ознаки нагноєння)

Пояснення: Посмикуючий біль («пульсуючий»), набряк та почервоніння — ознаки розвитку інфекції в рані. Лікар повинен оглянути рану, можливо, зняти 1–2 шви та провести ревізію.

9. Правильна відповідь: Б (Евентрація)

Пояснення: Евентрація — це важке ускладнення, коли через дефект у черевній стінці (внаслідок кашлю, блювання або слабкості тканин) назовні виходять петлі кишок або сальник. Вимагає екстреної операції.

10. Правильна відповідь: Б (Прозерин)

Пояснення: Прозерин підвищує тонус гладкої мускулатури кишечника і сечового міхура, допомагаючи відновити нормальну моторику. Атропін, навпаки, розслаблює кишечник.

11. Правильна відповідь: Б (Дієта №0)

Пояснення: Нульова дієта складається з рідких та напіврідких страв (чай, кисіль, бульйон), що легко засвоюються і не перевантажують травний тракт у перші 2–3 дні після втручання.

12. Правильна відповідь: Б (Тромбоз глибоких вен)

Пояснення: Біль у литках, набряк та ціаноз (синюшність) шкіри є класичними ознаками тромбозу. Це небезпечно через ризик відриву тромбу та розвитку тромбоемболії легеневої артерії.

Тема 16. Догляд за хворими, оперованими на органах грудної клітки.

1. Пацієнту проведена операція на легені. Яке положення в ліжку після повного відновлення свідомості та стабілізації стану є найбільш доцільним для покращення дихальної функції?

- А) На животі
- Б) Суворо горизонтальне на спині
- В) Напівсидяче (положення Фаулера)
- Г) З опущеним ножним кінцем ліжка
- Д) На здоровому боці з низьким узголів'ям

2. Після операції на легенях у плевральній порожнині встановлено дренаж за Бюлау. Де має бути розташована ємність із антисептиком, у яку опущено кінець дренажної трубки?

- А) На рівні грудної клітки пацієнта
- Б) На тумбочці поруч із ліжком
- В) Нижче рівня грудної клітки пацієнта (на підлозі або підвішена до ліжка)
- Г) Піднята вище рівня пацієнта на штативі
- Д) Розташування не має значення

3. Під час догляду за пацієнтом із плевральним дренажем медсестра помітила, що трубка від'єдналася від банки. Яка її перша дія для запобігання розвитку відкритого пневмотораксу?

- А) негайно покликати лікаря, нічого не чіпаючи
- Б) Перетиснути дренажну трубку затискачем або перегнути її рукою максимально близько до грудної клітки
- В) Спробувати вставити трубку назад у банку
- Г) Промити трубку антисептиком
- Д) Накласти на місце входу трубки в шкіру пластир

4. Яке грізне ускладнення може розвинути у хворого в перші години після операції на органах грудної клітки, що проявляється наростаючою задишкою, ціанозом, тахікардією та відхиленням трахеї в здоровий бік?

А) Напружений пневмоторакс

Б) Напад бронхіальної астми

В) Міокардит

Г) Міжреберна невралгія

Д) Харчове отруєння

5. З якою метою пацієнтам після торакальних операцій (на грудній клітці) призначають ранню дихальну гімнастику та вібраційний масаж грудної клітки?

А) Для зниження артеріального тиску

Б) Для прискорення загоєння шкірного шва

В) Для профілактики ателектазів та застійної пневмонії

Г) Для зменшення апетиту

Д) Для підвищення згортання крові

6. Пацієнту встановлено плевральний дренаж. Що повинна перевіряти медсестра під час кожного огляду для підтвердження того, що дренаж функціонує правильно?

А) Наявність бульбашок повітря в банці при кашлі або «коливання» рівня рідини в трубці в такт диханню

Б) Температуру рідини в банці

В) Колір етикетки на банці

Г) Ступінь натягу пластиру на шкірі

Д) Наявність осаду на дні банки

7. Хворому після резекції легені призначено постійний моніторинг сатурації. Який прилад використовує медсестра для цього дослідження?

А) Тонometr

Б) Глюкометр

В) Пульсоксиметр

Г) Спірометр

Д) Стетофонендоскоп

8. При транспортуванні хворого з плевральним дренажем із реанімації у відділення, медсестра повинна стежити за тим, щоб:

- А) Банка з дренажем була вище пацієнта
- Б) Дренаж був обов'язково перетиснутий затискачем на весь час руху
- В) Дренажна система залишалася нижче рівня грудної клітки і не перекидалася
- Г) Пацієнт тримав банку в руках
- Д) Трубка була максимально натягнута

9. Після операції на стравоході пацієнту встановлено назогастральний зонд. Яке основне завдання медсестри щодо догляду за цим зондом?

- А) Видаляти його кожну годину для промивання
- Б) Стежити за фіксацією зонда та здійснювати декомпресію (відсмоктування вмісту) за призначенням
- В) Вводити через нього тверду їжу
- Г) Використовувати зонд для вимірювання температури
- Д) Промивати зонд гарячим чаєм

10. У пацієнта після операції на серці спостерігається виражена задишка, набряк вен шії, падіння артеріального тиску та приглушеність тонів серця. Яке ускладнення слід запідозрити?

- А) Пневмонія
- Б) Тампонада серця
- В) Гастрит
- Г) Цистит
- Д) Перелом ребра

11. Яка особливість харчування пацієнтів у перші дні після операцій на стравоході?

- А) Звичайна загальна дієта
- Б) Повне парентеральне харчування (внутрішньовенне) або харчування через гастростому/зонд
- В) Вживання сухарів та сухофруктів
- Г) Смажена їжа для стимуляції апетиту
- Д) Обмеження вживання води до 100 мл на добу

12. Який метод знеболення є пріоритетним у торакальній хірургії для забезпечення можливості ефективного відкашлювання пацієнтом мокротиння?

- А) Тільки таблетовані препарати
- Б) Подовжена епідуральна анестезія або постійне введення анальгетиків
- В) Відмова від знеболення для збереження свідомості
- Г) Накладання льоду на грудну клітку
- Д) Гіпнотерапія

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: В (Напівсидяче положення)

Пояснення: У положенні Фаулера діафрагма опускається нижче під дією сили тяжіння, що збільшує об'єм грудної порожнини та полегшує екскурсію легень, покращуючи газообмін.

2. Правильна відповідь: В (Нижче рівня грудної клітки)

Пояснення: Плевральний дренаж працює за принципом сполучених судин. Щоб рідина (кров, ексудат) виходила з плевральної порожнини і, головне, щоб рідина з банки не потрапила назад у груди, ємність має бути на 60–100 см нижче рівня пацієнта.

3. Правильна відповідь: Б (Перетиснути дренажну трубку)

Пояснення: Тиск у плевральній порожнині нижчий за атмосферний. Якщо трубка розгерметизується, повітря миттєво потрапить усередину, що призведе до спадання легені (пневмотораксу). Перетискання трубки — екстрена дія для збереження герметичності.

4. Правильна відповідь: А (Напружений пневмоторакс)

Пояснення: Це критичний стан, коли повітря накопичується в плевральній порожнині, не виходячи назад. Це призводить до зміщення органів середостіння (серця та великих судин) у здоровий бік, що може спричинити зупинку серця.

5. Правильна відповідь: В (Профілактика ателектазів та пневмонії)

Пояснення: Через біль пацієнти дихають поверхнево, що призводить до спадання ділянок легені (ателектазів) та накопичення слизу. Дихальні вправи та масаж допомагають відкашлювати харкотиння та розправляти легені.

6. Правильна відповідь: А (Наявність бульбашок повітря або «коливання» рідини)

Пояснення: Оскільки тиск у грудях змінюється під час вдиху та видиху, рівень антисептика в трубці має рухатися (флюктувати). Якщо рух припинився — дренаж або забився згустком, або легеня повністю розправилися.

7. Правильна відповідь: В (Пульсоксиметр)

Пояснення: Пульсоксиметрія дозволяє неінвазивно та миттєво визначити відсоток насичення гемоглобіну киснем (сатурацію), що є ключовим показником ефективності дихання після операції.

8. Правильна відповідь: В (Дренаж нижче рівня грудей)

Пояснення: Під час транспортування критично важливо не піднімати банку вище рівня ліжка, щоб вміст банки не затік у плевральну порожнину, викликавши інфікування (емпієму плеври).

9. Правильна відповідь: Б (Стежити за фіксацією та декомпресією)

Пояснення: Зонд після операції на стравоході часто розташований у зоні швів. Його випадкове видалення або зміщення може пошкодити анастомоз. Декомпресія шлунка необхідна, щоб попередити розтягнення швів шлунковим соком.

10. Правильна відповідь: Б (Тампонада серця)

Пояснення: Це накопичення крові в перикарді (серцевій сорочці). Кров здавлює серце, не даючи йому розслабитися та наповнюватися кров'ю, що швидко призводить до смерті без екстреної пункції.

11. Правильна відповідь: Б (Парентеральне або зондове харчування)

Пояснення: Для безпечного загоєння швів на стравоході (анастомозу) необхідно виключити проходження їжі через нього («функціональний спокій») мінімум на кілька днів.

12. Правильна відповідь: Б (Епідуральна анестезія або постійне введення анальгетиків)

Пояснення: Біль після торакальних операцій дуже сильний. Якщо пацієнту боляче, він не може глибоко вдихнути та кашляти, що призводить до застійної пневмонії. Якісне знеболення — основа догляду в торакальній хірургії.

Тема 17. Догляд за пацієнтами з патологією судин та лімфатичної системи.

1. Пацієнтка скаржиться на тяжкість у ногах, появу набряків наприкінці дня та розширені звивисті вени на гомілках, що нагадують «грони винограду». Яке захворювання найбільш імовірно розвинулось у хворої?

А) Облітеруючий ендартеріїт

Б) Варикозна хвороба нижніх кінцівок

В) Глибокий лімфангіт

Г) Бешиха

Д) Хвороба Рейно

2. У хворого з варикозним розширенням вен гомілки з'явився біль, почервоніння шкіри по ходу вени у вигляді «шнура» та підвищення місцевої температури. Про яке ускладнення свідчать ці симптоми?

А) Гострий тромбофлебіт поверхневих вен

Б) Трофічна виразка

В) Лімфедема (слоновість)

Г) Остеомієліт

Д) Флегмона

3. Яке найнебезпечніше ускладнення може виникнути при відриві тромбу у пацієнта з тромбофлебітом глибоких вен нижніх кінцівок?

А) Гангрена стопи

Б) Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)

В) Перитоніт

Г) Інфаркт нирки

Д) Бешиха

4. Пацієнту з гострим тромбофлебітом глибоких вен призначено суворий ліжковий режим. Яке положення необхідно надати ураженій кінцівці для покращення венозного відтоку та зменшення набряку?

А) Опущене нижче рівня тулуба

Б) Горизонтальне

В) Підвищене (на шині Белера або подушках під кутом 20-30°)

Г) Зігнуте в колінному суглобі під кутом 90°

Д) Положення не має значення

5. Що категорично заборонено робити медичній сестрі при догляді за пацієнтом із гострим тромбофлебітом нижніх кінцівок через ризик відриву тромбу?

А) Вимірювати температуру тіла

Б) Робити масаж ураженої кінцівки та застосовувати зігрівальні компреси

В) Давати пити воду

Г) Накладати асептичну пов'язку

Д) Допомогати змінювати натільну білизну

6. Пацієнту з варикозною хворобою рекомендовано використання еластичної компресії. В який час доби та в якому положенні тіла найбільш правильно накладати еластичний бинт на ноги?

А) Ввечері перед сном, сидячи

Б) Вдень після тривалої прогулянки

В) Вранці, не встаючи з ліжка, у положенні лежачи з піднятими ногами

Г) Після гарячої ванни

Д) Тільки під час занять спортом

7. У пацієнта на внутрішній поверхні гомілки на тлі варикозу утворився дефект шкіри з незначними виділеннями, який тривалий час не загоюється. Як називається це ускладнення?

А) Гангрена

Б) Трофічна виразка

В) Пролежень

Г) Ерозія

Д) Карбункул

8. У хворого після мікротравми стопи збільшилися та стали болючими пахові лімфатичні вузли, шкіра над ними почервоніла. Як називається таке запалення лімфатичних вузлів?

А) Лімфангіт

Б) Лімфаденіт

В) Флебіт

Г) Васкуліт

Д) Спленіт

9. При огляді хворого з інфікованою раною кисті медсестра помітила на передпліччі червоні смуги, що йдуть від рани до ліктьового згину. Про що свідчить цей симптом?

А) Про розвиток варикозу

Б) Про гострий лімфангіт (запалення лімфатичних судин)

В) Про артеріальну кровотечу

Г) Про алергію на пластир

Д) Про забій м'яких тканин

10. Для лікування тромбозів лікар призначив пацієнту антикоагулянти (наприклад, гепарин). За чим повинна ретельно стежити медсестра під час догляду за таким хворим для вчасної діагностики передозування?

А) За кольором сечі та появою кровоточивості ясен або носових кровотеч

Б) За гостротою зору

В) За частотою дихання

Г) За рівнем цукру в крові

Д) За об'ємом випитої рідини

11. Як називається стан, що характеризується стійким набряком тканин через порушення відтоку лімфи, який призводить до значного збільшення об'єму кінцівки («слоновість»)?

А) Тромбоз

Б) Лімфедема

В) Ендартеріїт

Г) Аневризма

Д) Стеноз

12. Яка головна рекомендація щодо способу життя для пацієнтів із хронічною венозною недостатністю з метою профілактики прогресування хвороби?

А) Тривале перебування в положенні стоячи

Б) Уникнення важких фізичних навантажень, носіння зручного взуття та періодичний відпочинок із піднятими ногами

В) Носіння тісного одягу та вузьких чобіт

Г) Обмеження ходьби до мінімуму

Д) Вживання великої кількості солоної їжі

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: Б (Варикозна хвороба)

Пояснення: Розширення вен у вигляді вузлів («грон»), набряки ввечері та тяжкість у ногах — класична тріада симптомів варикозної хвороби, спричиненої слабкістю венозних клапанів.

2. Правильна відповідь: А (Тромбофлебіт поверхневих вен)

Пояснення: Поєднання запалення (почервоніння, біль, температура) та утворення тромбу (ущільнення у вигляді «шнура») називається тромбофлебітом.

3. Правильна відповідь: Б (ТЕЛА)

Пояснення: Тромб із глибоких вен через систему нижньої порожнистої вени може потрапити в праві відділи серця, а звідти — в легеневу артерію, що призводить до раптової смерті або важкої дихальної недостатності.

4. Правильна відповідь: В (Підвищене положення)

Пояснення: Підняття кінцівки на 20-30 см вище рівня серця використовує силу тяжіння для прискорення відтоку венозної крові та лімфи, що зменшує венозний стаз і набряк.

5. Правильна відповідь: Б (Масаж та зігрівальні компреси)

Пояснення: При тромбофлебіті тромб фіксований неміцно. Будь-яка механічна дія (масаж) або тепло (що викликає розширення судин) може спровокувати відрив тромбу та його міграцію в кровотік.

6. Правильна відповідь: В (Вранці, не встаючи з ліжка)

Пояснення: За ніч вени максимально звільнюються від крові, а набряки зникають. Бинтування знизу вгору (від пальців) у такому стані дозволяє «зафіксувати» вени порожніми і підтримувати клапани протягом дня.

7. Правильна відповідь: Б (Трофічна виразка)

Пояснення: Це наслідок тривалого порушення кровообігу (живлення тканин). Через застій крові тканини не отримують кисень, що призводить до їх відмирання та утворення виразок, які важко загоюються.

8. Правильна відповідь: Б (Лімфаденіт)

Пояснення: Запалення лімфатичних вузлів (aden — залоза/вузол) виникає внаслідок потрапляння інфекції з первинного вогнища (мікротравми) по лімфатичних судинах.

9. Правильна відповідь: Б (Гострий лімфангіт)

Пояснення: Червоні смуги (гіперемія) по ходу лімфатичних судин — це класичний симптом лімфангіту. Вони вказують на поширення інфекції від рани до регіонарних лімфовузлів.

10. Правильна відповідь: А (Колір сечі та кровоточивість)

Пояснення: Антикоагулянти розріджують кров. Першими ознаками їх надлишкової дії є мікрокровотечі: поява крові в сечі (гематурія), носові кровотечі або кровоточивість ясен при чищенні зубів.

11. Правильна відповідь: Б (Лімфедема)

Пояснення: Це патологічне накопичення багатого на білок міжтканинного субстрату. На пізніх стадіях шкіра грубішає, і кінцівка стає схожою на ногу слона, звідси назва «слоновість».

12. Правильна відповідь: Б (Уникнення навантажень та відпочинок із піднятими ногами)

Пояснення: Головне завдання — зменшити статичне навантаження на вени. Ходьба в помірному темпі корисна (працює «м'язова помпа»), а стояння на місці — шкідливе. Підняті ноги під час відпочинку розвантажують венозну систему.

Тема 18. Догляд за онкохірургічними пацієнтами. Паліативна допомога та знеболення.

1. Пацієнту з підозрою на злоякісну пухлину призначено дослідження, яке передбачає взяття шматочка тканини для гістологічного аналізу. Як називається ця маніпуляція?

А) Пальпація

Б) Біопсія

В) Перкусія

Г) Аускультация

Д) Рентгенографія

2. Як називається процес поширення клітин злоякісної пухлини з первинного вогнища в інші органи через кров або лімфу з утворенням нових вузлів?

А) Регенерація

Б) Гіпертрофія

В) Метастазування

Г) Абсцедування

Д) Організація

3. При догляді за пацієнтом з онкологічним діагнозом медична сестра повинна дотримуватися правил деонтології. Що передбачає поняття «онкологічна настороженість»?

А) Розголошення діагнозу стороннім особам

Б) Обстеження кожного пацієнта з метою виключення раку при будь-яких хронічних скаргах

В) Постійний страх захворіти на рак

Г) Відмова від лікування важких хворих

Д) Заборона на проведення аналізів крові

4. Пацієнту з неоперабельною формою раку призначено лікування, спрямоване на полегшення страждань та покращення якості життя, а не на повне одужання. Яку назву має така допомога?

А) Радикальна допомога

Б) Паліативна допомога

В) Профілактична допомога

Г) Косметична допомога

Д) Екстрена допомога

5. У хворого на термінальній стадії раку спостерігається крайній ступінь виснаження організму: значна втрата ваги, відсутність підшкірно-жирової клітковини, загальна слабкість. Як називається цей стан?

А) Ожиріння

Б) Кахексія

В) набряк

Г) Гіперемія

Д) Анасарка

6. Згідно з рекомендаціями ВООЗ («сходінки знеболення»), з яких препаратів слід починати лікування хронічного болю у онкологічних хворих при його слабкій інтенсивності?

А) Наркотичні анальгетики (морфін)

Б) Ненаркотичні анальгетики та НПЗЗ (парацетамол, ібупрофен)

В) Транквілізатори

Г) Нейролептики

Д) Міорелаксанти

7. Пацієнтка отримує курс променевої терапії. На шкірі в зоні опромінення з'явилася сухість, почервоніння та свербіж. Яка рекомендація медичної сестри щодо догляду за шкірою є правильною?

А) Терти ділянку жорсткою мочалкою

Б) Змащувати спиртом

В) Не наносити подразнювальні речовини, не використовувати пластир, уникати прямих сонячних променів

Г) Гріти ділянку грілкою

Д) Розчісувати шкіру нігтями

8. Після проведення хіміотерапії у пацієнта виникла нудота та блювання. Яку рекомендацію щодо харчування повинна надати медсестра для полегшення стану?

А) Вживати гарячу жирну їжу

Б) Пити багато солодкого газованого напою

В) Вживати їжу малими порціями, часто, переважно прохолодну та непахучу

Г) Повністю відмовитися від води

Д) Вживати тільки гострі страви

9. Який симптом часто є першою ознакою раку молочної залози, яку жінка може виявити самостійно під час самообстеження?

А) Висока температура

Б) Наявність щільного безболісного вузла (ущільнення) у тканині залози

В) Нежить

Г) Біль у горлі

Д) Висип на животі

10. У пацієнта з раком гортані після операції встановлена трахеостома. Яка основна дія медсестри для запобігання закупорці трахеостомічної трубки слизом?

А) Заклеїти трубку пластиром

Б) Регулярне відсмоктування слизу електровідсмоктувачем та промивання/зміна внутрішньої канюлі

В) Заборона пацієнту кашляти

Г) Введення в трубку шматочків вати

Д) Промивання трубки олією раз на тиждень

11. При догляді за стомованим пацієнтом (з колостомою) медсестра повинна навчати його користуватися калоприймачем. Яким має бути отвір, що вирізається на пластині калоприймача?

А) Вдвічі меншим за стому

Б) Точно відповідати формі та розміру стоми (на 2-3 мм більшим за неї)

В) Випадкової форми

Г) На 5 см більшим за стому

Д) Пластину взагалі не потрібно вирізати

12. Що таке хоспіс?

А) Спортивний заклад для реабілітації

Б) Спеціалізована установа для надання паліативної допомоги хворим на останніх стадіях життя

В) Відділення для проведення пластичних операцій

Г) Діагностичний центр для здорових людей

Д) Аптечний склад

Еталони відповідей з поясненнями

1. Правильна відповідь: Б (Біопсія)

Пояснення: Біопсія — це «золотий стандарт» діагностики в онкології. Тільки вивчення клітин під мікроскопом дозволяє точно встановити, чи є пухлина доброякісною чи злоякісною.

2. Правильна відповідь: В (Метастазування)

Пояснення: Здатність до метастазування — головна відмінність злоякісних пухлин. Клітини відриваються від основного вузла та розносяться організмом, створюючи вторинні вогнища.

3. Правильна відповідь: Б (Обстеження з метою виключення раку)

Пояснення: Онкологічна настороженість означає, що при будь-яких незрозумілих симптомах (втрата ваги, тривалий кашель, зміна кольору родимки) лікар та медсестра повинні насамперед виключити рак.

4. Правильна відповідь: Б (Паліативна допомога)

Пояснення: Паліативна допомога не лікує причину (рак), але бореться з симптомами (біль, задишка, депресія), забезпечуючи пацієнту гідне життя до самого кінця.

5. Правильна відповідь: Б (Кахексія)

Пояснення: Ракова кахексія — це важке виснаження, пов'язане з тим, що пухлина забирає всі поживні речовини з організму та отрує його продуктами свого розпаду.

6. Правильна відповідь: Б (Ненаркотичні анальгетики)

Пояснення: Згідно з триступеневою схемою ВООЗ, починають із ненаркотичних засобів. Якщо вони перестають діяти, переходять до слабких опіоїдів (трамадол), і лише потім — до сильних (морфін).

7. Правильна відповідь: В (Не наносити подразнювальні речовини)

Пояснення: Шкіра після опромінення дуже вразлива («променеви́й дерматит»). Будь-яке тертя, хімічне подразнення або сонце можуть спричинити глибокі виразки.

8. Правильна відповідь: В (Їжа малими порціями, прохолодна)

Пояснення: Гаряча їжа та різкі запахи підсилюють нудоту. Дробне харчування прохолодними продуктами (наприклад, йогурт, німецький чай) краще переноситься організмом під час інтоксикації після хіміотерапії.

9. Правильна відповідь: Б (Наявність безболісного вузла)

Пояснення: Ранні стадії раку молочної залози зазвичай не супроводжуються болем. Саме тому регулярне прощупування (самообстеження) є критично важливим для раннього виявлення.

10. Правильна відповідь: Б (Відсмоктування слизу та догляд за канюлею)

Пояснення: Пацієнт із трахеостомаю не може ефективно відкашлятися. Слиз засихає в трубці, утворюючи «корки», які можуть повністю перекрити доступ повітря, тому догляд має бути постійним.

11. Правильна відповідь: Б (На 2-3 мм більшим за стому)

Пояснення: Якщо отвір замалий — він травмуватиме стому. Якщо завеликий — кишковий вміст потраплятиме на шкіру навколо, викликаючи сильне подразнення та ерозії.

12. Правильна відповідь: Б (Установа для надання паліативної допомоги)

Пояснення: Хоспіс — це філософія та місце, де пацієнти на термінальній стадії хвороби отримують професійне знеболення та психологічну підтримку, щоб прожити залишок часу без страху та болю.

