

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2**

«Затверджено»  
на методичній нараді кафедри  
від 28 серпня 2019 р., протокол №1

Завідувач кафедри  
д.мед.н., професор

\_\_\_\_\_ О.Ю. Іоффе

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

***ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ***

<b>Навчальна дисципліна</b>	Загальна хірургія
<b>Модуль № 1</b>	Введення в хірургію. десмургія. Основи санітарно-епідемічного режиму в хірургічній клініці. Невідкладні хірургічні стани. основи трансфузіології, анестезіології та реаніматології.
<b>Змістовний модуль №1</b>	Десмургія. Антисептика. Асептика. Кровотеча. Гемотрансфузія. Травматичні ушкодження.
<b>Тема заняття № 3</b>	Хірургічна операція. Класифікація хірургічних операцій. Етапи хірургічного втручання. Передопераційна підготовка хворого та ведення післяопераційного періоду. Особливості хірургічного втручання в контексті невиліковного захворювання, покази. Поняття паліативної хірургії.
<b>Курс</b>	Третій
<b>Факультет</b>	Медичний №1 та №4, ЗСУ

**Київ 2019**

# 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

В структурі охорони здоров'я хірургія займає одне з провідних місць. Хірурги вимушені швидко і оперативно вирішувати складні діагностичні та лікувальні завдання в тяжких, часом драматичних екстремальних ситуаціях.

Операція займає важливе місце в роботі лікаря-хірурга і вимагає від нього перш за все ґрунтовної теоретичної підготовки, досконалого володіння практичними навичками, значних моральних та фізичних сил. Від швидкого і правильного проведеного оперативного втручання часто залежить життя хворого, особливо при травмах та гострих хірургічних захворюваннях.

Тільки правильно визначені показання до операції, ретельна передопераційна підготовка, своєчасна і технічно правильно проведена операція та грамотне і уважне ведення післяопераційного періоду можуть привести до успіху у лікуванні пацієнтів з хірургічними захворюваннями.

Майбутні лікарі мають чітко знати і володіти практичними навичками з догляду за хірургічними хворими. Теоретичні знання і володіння навичками догляду за хірургічними хворими в передопераційному та післяопераційному періодах при виконання різних маніпуляцій і процедур є важливими кроками студентів-медиків по опануванню хірургічної дисципліни.

Особистість майбутнього лікаря формується на протязі всього періоду навчання в університеті, проте засвоєння навичок догляду за хворими, особливостей догляду за хірургічними хворими, перші кроки спілкування з хворими надає можливість проявити кращі риси характеру кожному студенту.

Вивчення та засвоєння теми хірургічна операція, догляд за хворими в перед- та післяопераційному періодах має велике значення для подальшого вивчення загальної хірургії і інших дисциплін хірургічного профілю.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1.1. Визначати основні етичні і деонтологічні положення в роботі медичного персоналу в перед- та післяопераційному періодах.

1.2. Визначати поняття про хірургічну операцію та її етапи, класифікувати різновиди оперативних втручань.

1.3. Аналізувати задачі передопераційного періоду.

1.4. Організувати підготовку хворих до планового та ургентного хірургічного втручання.

1.5. Засвоїти основні патофізіологічні зміни в організмі оперованих хворих.

1.6. Демонструвати особливості догляду за оперованими хворими.

1.7. Засвоїти принципи профілактики можливих ускладнень в післяопераційному періоді.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:

<i>Назви попередніх</i>	<i>Отримані навички</i>
-------------------------	-------------------------

<i>дисциплін</i>	
<b>Нормальна анатомія</b>	Описати особливості будови та взаєморозташування тканин та органів в організмі людини.
<b>Гістологія та ембріологія</b>	Знати будову на мікроскопічному рівні тканин та органів в організмі людини.
<b>Нормальна фізіологія</b>	Визначити особливості артеріального і венозного кровообігу та лімфообігу в організмі людини на центральному та периферичному рівнях, особливості нейро-гуморальної регуляції процесів життєдіяльності.
<b>Біохімія</b>	Знати особливості протікання основних біохімічних процесів в організмі людини: обмін білків, вуглеводів, жирів, поняття про катаболічні та анаболічні процеси. Цикл Кребса, аеробний та анаеробний гліколіз.
<b>Мікробіологія</b>	Описати основні групи та властивості бактеріальної флори.
<b>Догляд за хворими</b>	Демонструвати особливості догляду за хворими.

#### **4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПРАЦІ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.**

##### ***4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.***

<i>Термін</i>	<i>Визначення</i>
Хірургічна операція	Механічний вплив на тканини та органи з лікувальною або діагностичною метою
Радикальна операція	Операція, результатом якої є вилікування хворого.
Паліативна операція	Операція, результатом якої є полегшення страждань хворого.
Симультантна операція	Операція, яку виконують на двох або більше органах з приводу двох або більше захворювань.
Комбінована операція	Операція, при якій з метою лікування одного захворювання втручання проводять на декількох органах.
Релапаротомія	Повторне оперативне втручання, яке може бути запланованим або вимушеним при розвитку ускладнень.
Передопераційна підготовка	Комплекс заходів, спрямованих на зменшення ризику проведення оперативного втручання.
Післяопераційний період	Проміжок часу від проведення операції до одужання хворого та відновлення працездатності.

##### **4.2 Теоретичні питання до заняття:**

1. Визначення поняття хірургічна операція.
2. Класифікації оперативних втручань.

3. Етапи хірургічного втручання.
4. Передопераційний період, його задачі.
5. Підготовка хворих до ургентних операцій: мета, терміни підготовки, об'єм обстеження, підготовка хворих з важкою інтоксикацією (перитоніт, кишкова непрохідність та ін.).
6. Особливості підготовки хворих до планових операцій, об'єм обстежень пацієнтів.
7. Абсолютні показання до операцій.
8. Показання до планових операцій.
9. Поняття про спеціальну передопераційну підготовку.
10. Оцінка операційно-анестезіологічного ризику операції.
11. Післяопераційний період, визначення, задачі.
12. Фази післяопераційного періоду. Основні патофізіологічні зміни.
13. Особливості догляду за хворими у післяопераційний період.
14. Догляд у відділеннях інтенсивної терапії.
15. Поняття про критичні показники серцево-судинної, дихальної, нервової систем, органів виділення, шкіри, слизових оболонок, стану шлунково-кишкового тракту, стану операційної рани.
16. Ускладнення у післяопераційному періоді, класифікація, профілактика і лікування.
17. Роль середнього і молодшого медперсоналу в профілактиці ускладнень після операції.

### **4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

1. Провести психологічну підготовку хворого до операції.
2. Зібрати анамнез захворювання у хворих з гострою та хронічною патологією.
3. Проаналізувати результати лабораторних досліджень.
4. Прийняти участь в підготовці хворих до операції (промивання шлунку, очисні і сифонні клізми).
5. Прийняти участь в підготовці операційного поля (гігієнічна ванна, заміна білизни, гоління волосся).
6. Транспортувати хворих в операційну, укласти на операційний стіл та фіксувати.
7. Проаналізувати за історією хвороби об'єму обстежень хворих, яким планується виконання оперативних втручань.
8. Визначити показання до хірургічного втручання у хворих, яким планується операція.
9. Визначити у оперованих хворих фази післяопераційного періоду та показники, що їх підтверджують.
10. У відділенні інтенсивної терапії ознайомитися з індивідуальним листком спостереження, записати в зошити основні параметри, обов'язкові для спостереження.
11. На конкретних прикладах, вивчаючи призначення лікаря, засвоїти основні принципи інтенсивної терапії в післяопераційному періоді.
12. Прийняти участь в профілактиці ускладнень в післяопераційному періоді (піднімання хворих на ноги, дихальна гімнастика, допомога при блюванні, профілактика пролежнів).

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ

Хірургічна операція або оперативне втручання – це механічна дія на тканини та органи з метою лікування та діагностики захворювання.

Оперативні втручання класифікуються наступним чином.

Неінвазивні (безкровні) Наприклад, вправлення вивиху суглоба, зіставлення кісткових відламків при закритому переломі кістки.

Інвазивні (кроваві), коли порушується цілість шкіри або слизових оболонок.

Малоінвазивні операції, наприклад, видалення каменя із жовчного протока за допомогою фібродуоденоскопа.

Залежно від терміновості розрізняють наступні види оперативних втручань:

1. Планові – операції, які виконують у довільний проміжок часу в сприятливій для хворого ситуації (вправима пахвинна грижа).
2. Термінові – це операції, що не можуть бути відкладені на значний термін через прогресування захворювання (злоякісні пухлини, виразкова хвороба 12-палої кишки ускладнена стенозом).
3. Невідкладні – операції, що виконують протягом дуже короткого часу після госпіталізації хворого (1-3 години) – гострий апендицит, кишкова непрохідність.
4. Негайні - операції, що виконують негайно, паралельно ведучи боротьбу з шоком чи навіть з клінічною смертю (тяжкі кровотечі внаслідок розриву селезінки, печінки, розрив крупних судин).

Крім цього, розрізняють: діагностичні та лікувальні операції.

Мета діагностичних операцій – уточнення діагнозу, визначення стадії процесу у хворих, при неможливості встановити точний діагноз іншим шляхом.

До діагностичних операцій відносять: а). біопсії; б). спеціальні діагностичні втручання; в). традиційні хірургічні втручання з діагностичною метою.

Біопсія – взяття хірургом під час операції на гістологічне дослідження частини тканин. Спеціальні діагностичні втручання: лапароскопія, торакокопія. У онкологічних хворих виконують для уточнення стадії процесу (наявність канцероматозу серозних оболонок, метастазів).

Залежно від впливу на захворювання розрізняють:

1. Радикальні операції (апендектомія, видалення доброякісних пухлин), тобто виліковують від захворювання.
2. Паліативна операція не виліковує хворого від захворювання, але полегшує його страждання і продовжує життя (гастростомія, протиприкладний задній прохід – при неоперабельних формах раку).

Операції можуть бути:

1. Одномоментні (апендектомія).
2. Двомоментні (операції з приводу аденоми простати, пухлин прямої кишки).
3. Багатомоментні (шкіряна пластика при опіках).
3. Повторні операції виконують на тому ж органі з приводу тієї ж патології на протязі раннього післяопераційного періоду. В назві ці операції мають приставку "ре"-: релапаротомія, реторакотомія. Повторні операції можуть бути запланованими (планова релапаротомія для санації черевної порожнини при розлитому гнійному перитоніті) і вимушеними внаслідок розвитку ускладнень (релапаротомія при неспроможності гастродуоденального анастомозу).

Розрізняють поєднані і комбіновані операції.

1. Поєднаними(симультантними) називають операції, які виконують на двох або більше органах з приводу двох або більше захворювань. При цьому операції можуть бути виконані як з одного, так і з різних доступів (апендектомія і видалення кисти яєчника, резекція шлунка і холецистектомія).

2. Комбінованими називають операції при яких з метою лікування одного захворювання втручання проводять на декількох органах. Наприклад: у хворої рак молочної залози. Виконують радикальну мастектомію і видалення яєчників для виключення стимулюючого впливу гормонів.

Крім цього, виділяють:

1. Типові операції по чітко розробленим схемам (пахова грижа, апендектомія).

2. Нетипові операції. До них відносяться операції при тяжких травматичних пошкодженнях, вогнепальних пораненнях.

З розвитком хірургічної техніки виділився ряд спеціальних операцій:

1. Мікрохірургічні операції виконують під збільшенням від 3 до 40 разів за допомогою окулярів або операційного мікроскопа.

2. Ендоскопічні операції виконують з використанням ендоскопічної апаратури (холецистектомія, апендектомія).

3. Ендоваскулярні операції (розширення звуженої частини судини, стентування коронарних судин, видалення атеросклеротичних бляшок, пломбування аневризм судин головного мозку).

Поняття про етапи операції.

Виділяють наступний порядок в ході операції:

1. Укладання хворого на операційний стіл – операційна поза (на спині, животі і т.д.), що дозволяє хірургу швидко та зручно досягти місця захворювання.

2. Обробка операційного поля.

3. Операційний (хірургічний) доступ.

Вимоги до оперативного доступу наступні:

1. Доступ має бути адекватно широким, щоб забезпечити зручне виконання оперативного прийому.

2. Доступ повинен бути мінімально травматичним.

3. Доступ має бути анатомічним.

4. Доступ має бути фізіологічним (сформований рубець не повинен обмежувати в подальшому функцію).

5. Доступ має бути косметичним (наприклад, поперечна лапаротомія по Пфайненштілю).

4. Основний етап операції (хірургічний або оперативний прийом).

5. Завершення операції (зашивання рани, дренивання рани).

Показання до операції поділяються на абсолютні та відносні.

Абсолютними (життєвими) показаннями до операції вважають захворювання і стани, які складають загрозу життю хворого, які можна усунути тільки хірургічним шляхом. До цієї групи показань відносять:

- асфіксію,
- кровотечу будь-якої етіології,
- гострий захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит,

гострий холецистит, гострий панкреатит, перфоративну виразку шлунка або дванадцятипалої кишки, гостру кишкову непрохідність, защемлену грижу та ін.)

- гострі гнійні хірургічні захворювання – абсцес, флегмона та ін.).

Відносні показання стосуються планових операцій (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, незащемлена грижа та ін.). До захворювань, що мають відносні показання, відносяться такі, лікування яких можна проводити як хірургічно, так і консервативно. Наприклад: облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. В таких випадках вибір роблять на основі даних додаткових обстежень з врахуванням можливої ефективності хірургічного лікування.

Підготовка хворого до оперативного втручання проводиться у відповідності із характером захворювання, терміновістю виконання операції і визначається локалізацією процесу і станом пацієнта (операції на товстій кишці, при стенозі вихідного відділу шлунку та ін.).

Під час підготовки хворого до операції виникає необхідність виконання процедур, які направлені на підготовку органів і систем: промивання шлунку, катетеризація сечового міхура, очисна або сифонна клізма, пункція гнійного вогнища, корекція порушень водно-електролітного обміну, функції життєво важливих органів та ін.

Стосовно профілактики ендогенної інфекції, слід пам'ятати, що необхідно вивчити у хворого щодо наявності у нього хронічних запальних захворювань (карієс, хронічний тонзиліт, гайморит, гнійничкові захворювання шкіри та ін.) і провести санацію вогнищ хронічної інфекції.

При тривалих операціях, операціях, які супроводжуються розтинанням порожнистих органів з метою профілактики нагноєння ран під час операції та протягом декількох діб вводять антибіотики.

Попередня підготовка операційного поля включає наступні дії. Хворий приймає гігієнічну ванну або душ, йому замінюють натільну і постільну білизну. Ранком в день операції хворому голять волосся в ділянці операційного поля сухим способом. При наявності рани підготовка операційного поля має особливості. Пов'язку знімають, рану накривають стерильною серветкою, шкіру навколо рани обробляють розчином антисептика і голять волосся. Всі рухи мають проводитися в напрямку від рани, щоб уникнути її забруднення. Після гоління волосся, серветку з рани знімають, шкіру навколо рани змазують 5% спиртовим розчином йоду і рану знову накривають стерильною серветкою. В операційній рану також обробляють спиртовим розчином йоду і ізолюють стерильною операційною білизною.

Транспортування хворого в операційну проводиться на каталці. В екстрених випадках під час транспортування може проводитися інфузійна терапія, штучна вентиляція легень. Якщо у хворого зовнішня кровотеча і накладений джгут, то його знімають тільки під час операції. Хворих з гострою кишковою непрохідністю доставляють в операційну із зондом, введеним у шлунок.

Оцінка операційно-анестезіологічного ризику проводиться із врахуванням трьох факторів за бальною системою:

- загальний стан хворого оцінюється від 0,5 балів (задовільний) до 6 балів, якщо стан хворого вкрай важкий, що обумовлено основним або супутнім захворюванням, які представляють загрозу для життя без операції або під час її

виконання;

- об'єм і характер операції оцінюється від 0,5 балів при операціях на поверхні тіла і малих гнійних операціях до 2,5 балів при складних операціях, наприклад, на серці в умовах штучного кровообігу, трансплантації внутрішніх органів;

- характер знеболювання оцінюється від 0,5 при проведенні операції під місцевою анестезією до 2,5 балів, що нараховуються наприклад, при проведенні комбінованого ендотрахеального наркозу в поєднанні із штучним кровообігом (з використанням АШК) та ін.

Ступінь ризику визначають за сумою балів з урахуванням вищевикладеного:

перший ступінь (незначний ризик) – 1,5 бали;

другий ступінь (помірний ризик) – 2,0-3,0 бали;

третій ступінь (значний ризик) – 3,5-5,0 балів;

четвертий ступінь (високий ризик) – 5,5-11,0 балів.

Оцінка ступеню ризику дозволяє за рахунок зменшення об'єму операції та вибору анестезії зменшити небезпеку операційного втручання та прогнозувати небажані наслідки втручання.

Психологічна підготовка хворого до операції направлена на його заспокоєння, надання впевненості в успішних наслідках операції. Хворому необхідно роз'яснити неминучість оперативного втручання і необхідність екстреної хірургічної допомоги. Щоби викликати довіру до лікаря, бесіда проводиться в м'якій формі, спокійним голосом.

У випадках, коли хворі відмовляються від операції, необхідно роз'яснити наслідки такої відмови. Якщо хворий не надає згоду на операцію за життєвими показаннями, необхідно залучити до бесіди близьких родичів, поставити до відома керівників лікувального закладу. Відмітку щодо згоди хворого на операцію документують у письмовій формі і записують у передопераційний епікриз.

Медична сестра своїм теплим, щирим відношенням до хворого, ласкавим словом має підтримати його, допомогти подолати страхи і сумніви відносно кінцевого результату операції.

Під час операції дуже важливе значення має ретельне дотримання правил асептики і антисептики.

Під час операції анестезіолог контролює всі життєво важливі параметри організму: пульс, артеріальний та венозний тиск, частоту дихання. При складних і тривалих операціях за станом хворого слідкують за допомогою моніторів з реєстрацією електрокардіограми (ЕКГ), електроенцефалограми (ЕЕГ), насичення крові киснем і двоокисом вуглецю та ін.

Операцію виконує хірургічна бригада: хірург, асистенти хірурга, операційна сестра. Ведення операції під наркозом здійснює лікар-анестезіолог і сестра-анестезистка.

Основні принципи догляду за хворими у післяопераційний період включають наступне. Післяопераційний період – проміжок часу від проведення операції до видужання хворого або виписки його із стаціонару. Післяопераційний період розділяють на періоди: ранній – 3-5 діб, пізній – 2-3 тижні, віддалений – до відновлення працездатності.

Розрізняють типовий і ускладнений перебіг післяопераційного періоду. В післяопераційному стані хворого виділяють три фази: катаболічну, зворотнього



розвитку і анаболічну.

Катаболічна фаза триває 3-7 діб і є захисною реакцією організму, мета якої стимулювати роботу захисних механізмів шляхом швидкої доставки необхідних енергетичних і пластичних матеріалів. Вона характеризується активацією симпатoadреналової системи, гіпоталамуса і гіпофіза, підвищеним рівнем розпаду білків. При цьому хворі втрачають масу.

Клінічні прояви катаболічної фази післяопераційного періоду відбиваються на діяльності нервової, серцево-судинної, дихальної систем, функціях печінки і нирок.

Фаза зворотного розвитку триває 4-6 діб. Нормалізується білковий обмін. Знижується виділення калію з сечею. Відновлюється водно-електролітний баланс. Ознаками фази зворотного розвитку є зникнення болю, нормалізація температури тіла, поява апетиту. Хворі стають активними. Шкірні покриви у них набувають звичайного кольору, дихання стає глибоким, нормальної частоти, частота пульсу також нормалізується. Відновлюється діяльність шлунково-кишкового тракту: з'являються кишкові шуми, починають відходити гази.

Анаболічна фаза триває 2-5 тижнів. Її тривалість залежить від вихідного стану хворого, важкості операції, наявності ускладнень. Ця фаза характеризується нормалізацією обмінних процесів в організмі та функціях органів і систем, збільшенням маси тіла, проте повне відновлення маси тіла інколи займає декілька місяців.

Після складних та тривалих операцій хворі поступають у відділення або палату інтенсивної терапії.

Критичні показники і їх значення в оцінці стану хворого у післяопераційному періоді.

Серцево-судинна система: ЧСС більше 120 за одну хв., зниження систолічного артеріального тиску до 80 мм рт. ст. і нижче або підвищення до 200 мм рт. ст., порушення серцевого ритму, зниження ЦВД менше 50 мм водн. ст. і підвищення його більше 110 мм водн. ст.

Система дихання: число дихань більше 28 за одну хв., патологічні форми дихання, значне укорочення перкуторного звуку, тупий звук при перкусії грудної клітки, відсутність дихальних шумів в ділянці притуплення.

Шкіра і слизові оболонки: значна блідість, акроціаноз, холодний липкий піт.

Видільна система: олігурія (кількість сечі менше 10 мл /год., анурія).

Шлунково-кишковий тракт: чорний кал, домішки крові в калі, невідходження газів, значне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмбергна, здуття живота, відсутність перистальтичних кишкових шумів.

Центральна нервова система: втрата свідомості, затьмарення, галюцинації, рухове збудження, кома.

Стан операційної рани: рясне промокання пов'язки кров'ю, розходження країв рани, випадіння органів черевної порожнини (евентрація), рясне промокання пов'язки гноєм, кишковим вмістом.

В перші дві доби після операції можливі такі ускладнення: кровотеча, шок, асфіксія, дихальна недостатність, порушення водно-електролітного балансу, олігурія, анурія, парез кишківника. В наступні дні після операції (3-8 діб) може виникнути серцево-судинна недостатність, пневмонія, тромбофлебіт, тромбоемболія легеневої артерії, гостра печінкова недостатність, нагноєння рани. Важливе значення у

післяопераційному періоді має профілактика тромбоемболічних ускладнень, яка включає ранню активізацію хворого, інфузійну терапію, використання антикоагулянтів.

Можливі ускладнення у післяопераційному періоді та роль середнього і молодшого медичного персоналу в їх профілактиці:

- Нудота і блювання з можливою аспірацією блювотних мас і розвитком асфіксії, запалення легень. Профілактика заключається в поверненні голови набік вліво, в подальшому полоскання порожнини рота кип'яченою водою. При наявності порушення дихання, надсадного кашлю негайно викликати лікаря.

- В профілактиці нагноєння ран має значення підтримання гігієни тіла хворого, одягу, ліжкової білизни. Великі рани мають бути накриті стерильними пелюшками. Забруднена білизна, простирadlo, пелюшки потрібно міняти, бо кров, виділення з ран є добрим поживним середовищем для мікробів. Все назване відноситься до обов'язків молодшої медсестри.

- Профілактика запальних процесів ротової порожнини (глосити, гінгівіти, паротити). Медсестра допомагає важким хворим в догляді за ротовою порожниною: полоскання ротової порожнини після прийняття їжі, регулярне чищення зубів, необхідно слідкувати, щоб слизова оболонка рота не пересихала, активно виділялась слина .

- Профілактика пролежнів. Молодша медсестра допомагає медичній сестрі повертати хворого. Медсестра стежить, щоб простирadlo було сухим, рівно розправленим, в ліжку не повинно бути дрібних залишків хліба, бруду.

З метою профілактики пролежнів застосовуються багатосекційні протипролежневі матраци. Для поліпшення кровопостачання крижі, сідниці, шкіру вздовж хребта ділянки лопаток притирають камфорним спиртом двічі на добу. Повертаючи важких хворих, необхідно щодня оглядати місця, небезпечні відносно пролежнів. При виявленні почервоніння шкіри, відходження епідермісу необхідно повідомити лікаря і ретельніше доглядати хворого. Травмоване місце необхідно обробити 1% розчином діамантового зеленого. Для профілактики опрілості, дерматитів, особливо у хворих з ожирінням, цукровим діабетом медсестра допомагає протирати пахвинні складки 50-70% спиртом, присипати ці місця тальком. При появі дерматиту – змащувати цинковою маззю.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

### **6.1 Тестові завдання**

**1. Вкажіть показник гематокриту (Ht), що відповідає нормі:**

- A. 60-65
- B. 30-35
- C. 50-55
- D. 40-45
- E. 55-60

**2. Вкажіть показник гемоглобіну (Hb), що відповідає нормі:**

- A. 80-90 г/л
- B. 120-150 г/л

- C. 100-110 г/л
- D. 90-100 г/л
- E. 155-160 г/л

**3. Вкажіть показник загального білка крові, що відповідає нормі:**

- A. 24 г/л
- B. 72 г/л
- C. 58 г/л
- D. 36 г/л
- E. 40 г/л

**4. Традиційними операціями, що виконують на органах черевної порожнини є:**

- A. Спеціальні
- B. Неінвазивні
- C. Мікрохірургічні
- D. Інвазивні
- E. Ендоскопічні

**5. До лікувальних операцій відноситься:**

- A. Лапароскопія
- B. Торакоспія
- C. Пункційна біопсія
- D. Апендектомія
- E. Цистоскопія

**6. Вкажіть лікувальну операцію:**

- A. Лапароскопія у онкологічних хворих для уточнення поширення процесу
- B. Накладання анастомозу між шлунком і голодною кишкою при захворюванні на рак шлунку
- C. Пункційна біопсія кісти щитоподібної залози
- D. Видалення лімфатичного вузла шиї для гістологічного дослідження
- E. Ендоскопічна біопсія пухлини прямої кишки

**7. Вкажіть діагностичну операцію:**

- A. Резекція 2/3 шлунку з приводу виразки 12-палої кишки, що кровоточить
- B. Апендектомія з приводу флегмонозного апендициту
- C. Лапаротомія з приводу канцероматозу очеревини
- D. Видалення поліпу прямої кишки
- E. Лапароскопічна холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холецистити

**8. Хірургічна операція не включає один із названих етапів:**

- A. Зашивання рани
- B. Дренування рани
- C. Укладання хворого на операційний стіл
- D. Хірургічний доступ
- E. Хірургічний прийом

**9. Хірургічна операція не включає наступну дію:**

- A. Резекцію тонкої кишки
- B. Лапаротомію
- C. Інтубацію трахеї
- D. Зашивання рани

Е. Дренування черевної порожнини

**10. Хірургічна операція не включає наступну дію:**

А. Дренування плевральної порожнини

В. Торакотомію

С. Зашивання рани

Д. Інкубацію трахеї

Е. Резекцію легені

**11. Яке із перерахованих захворювань є абсолютним показанням до операції:**

А. Залозистий поліп шлунку

В. Вправима пупкова грижа

С. Гострий апендицит

Д. Гострий тромбофлебіт

Е. Ліпома спини

**12. Яке із перерахованих захворювань потребує виконання операції за життєвими показаннями:**

А. Гостра кишкова непрохідність

В. Рак легень

С. Виразка стравоходу

Д. Рак шлунку

Е. Поліп товстої кишки

**13. Яке із перерахованих захворювань потребує виконання невідкладної операції:**

А. Гемартроз колінного суглобу

В. Стеноз вихідного відділу шлунку

С. Невправима пупкова грижа

Д. Перфоративна виразка шлунку

Е. Малігнізація поліпа прямої кишки

**14. Яке захворювання є показанням до проведення термінової операції:**

А. Ліпома ший

В. Рак легень

С. Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок

Д. Невправима післяопераційна вентральна грижа

Е. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок

**15. Яке захворювання є показанням до проведення термінової операції:**

А. Хронічний геморой

В. Пупкова незащемлена грижа

С. Варикозне розширення вен сім'яного канатика

Д. Стеноз стравоходу

Е. Ліпома спини

**16. Яке захворювання є показанням до проведення екстреної операції:**

А. Рак молочної залози

В. Невправима пупкова грижа

С. Механічна жовтяниця

Д. Гострий апендицит

Е. Стеноз стравоходу

**17. Яке захворювання є показанням до проведення екстреної операції:**

А. Рак головки підшлункової залози, механічна жовтяниця

- В. Рак передміхурової залози
- С. Стеноз виходу зі шлунку
- Д. Водянка яєчка
- Е. Флегмона кисті

**18. Яке захворювання є показанням до проведення планової операції:**

- А. Хронічний тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок
- В. Флегмона стегна
- С. Варикозне розширення вен сім'яного канатика
- Д. Гострий апендицит
- Е. Рак молочної залози

**19. Яке захворювання є показанням до проведення планової операції:**

- А. Гострий апендицит
- В. Рак прямої кишки
- С. Механічна жовтяниця
- Д. Стеноз стравоходу
- Е. Невправима пупкова грижа

**20. Яке захворювання є показанням до проведення планової операції:**

- А. Гострий остеомієліт
- В. Варикозна хвороба нижніх кінцівок
- С. Стеноз стравоходу
- Д. Рак головки підшлункової залози, механічна жовтяниця
- Е. Стеноз вихідного відділу шлунку

**21. До спеціальних операцій належать:**

- А. Діагностичні
- В. Мікрохірургічні
- С. Комбіновані
- Д. Багатоетапні
- Е. Симультантні

**22. До спеціальних операцій належать:**

- А. Поєднані
- В. Багатоетапні
- С. Діагностичні
- Д. Повторні
- Е. Ендоскопічні

**23. До спеціальних операцій належать:**

- А. Комбіновані
- В. Ендоваскулярні
- С. Симультантні
- Д. Діагностичні
- Е. Релапаротомії

**24. До спеціальних операцій належать:**

- А. ЕMBOLІЗАЦІЯ судини
- В. Тонкоголкава пункційна біопсія
- С. Комбіновані операції
- Д. Поєднані операції
- Е. Неінвазивні операції

- 25. При складанні графіка операцій в одній операційній, яка із операцій має бути запланована для виконання першою:**
- A. Резекція ободової кишки
  - B. Накладання вторинних швів
  - C. Флебектомія
  - D. Пульмонектомія
  - E. Резекція тонкої кишки
- 26. При складанні графіка операцій в одній операційній, яка із операцій має бути виконана першою:**
- A. Радикальна операція грижі
  - B. Видалення аденоми передміхурової залози
  - C. Резекція шлунку
  - D. Резекція тонкої кишки
  - E. Реконструктивна операція на тонкій кишці
- 27. Що із перерахованого не входить до основних задач передопераційного періоду?**
- A. Визначення показань до операції
  - B. Передбачення тривалості операції
  - C. Уточнення діагнозу
  - D. Підготовка хворого до операції
  - E. Визначення терміну і об'єму операції
- 28. З якого моменту розпочинається передопераційний період?**
- A. З моменту вступу хворого до хірургічного стаціонару
  - B. З початку захворювання
  - C. З моменту встановлення діагнозу
  - D. З моменту встановлення показань до операції
  - E. З моменту проведення премедикації
- 29. Що із перерахованого не входить до основних задач передопераційного періоду?**
- A. Підготувати хворого до операції
  - B. Визначити протипоказання і ризик операції
  - C. Визначити показання до операції та її характер
  - D. Повідомити керівництво лікарні про можливу операцію
  - E. Уточнення (встановлення) діагнозу
- 30. Який із перерахованих факторів не впливає на тривалість передопераційного періоду?**
- A. Загальний стан хворого
  - B. Характер захворювання
  - C. Наявність протипоказань і високий ризик операції
  - D. Терміновість виконання операції
  - E. Об'єм майбутньої операції
- 31. Безпосередньо перед проведенням планової операції хворому виконують наступну маніпуляцію:**
- A. Роблять очисну клізму
  - B. Голять операційне поле
  - C. Хворий приймає гігієнічну ванну

- D. Промивають шлунок
- E. Хворому замінюють натільну і постільну білизну

**32. Безпосередньо перед проведенням планової операції хворому виконують наступну маніпуляцію:**

- A. Заміну білизни
- B. Хворий приймає гігієнічну ванну
- C. Хворому проводять санацію ротової порожнини
- D. Роблять сифонну клізму
- E. Виконують премедикацію

**33. Ранній післяопераційний період закінчується:**

- A. Після усунення ранніх післяопераційних ускладнень
- B. Після відновлення працездатності хворого
- C. Після загоєння післяопераційної рани
- D. Після виписки хворого із стаціонару
- E. Після зняття швів з операційної рани

**34. Що із перерахованого не характерне для катаболічної фази післяопераційного періоду?**

- A. Підвищення рівня глюкози в крові
- B. Збільшення життєвого об'єму легень
- C. Зменшення діурезу
- D. Негативний азотний баланс
- E. Активація симпато-адреналової системи

**35. Що із перерахованого не є характерним для катаболічної фази післяопераційного періоду?**

- A. Порушення водно-електролітного балансу
- B. Активація гіпоталамуса і гіпофіза
- C. Підвищення рівня глюкози в крові
- D. Спазм судин
- E. Позитивний азотний баланс

**36. Що із перерахованого не є характерним для катаболічної фази післяопераційного періоду?**

- A. Тканинна гіпоксія
- B. Блідість шкірних покривів
- C. Підвищення рівня глюкози в крові
- D. Нормальна температура тіла
- E. Гіпопротеїнемія

**37. Що із перерахованого не є характерним для катаболічної фази післяопераційного періоду?**

- A. Зниження життєвого об'єму легень на 30-50%
- B. Зниження виділення калію з сечею
- C. Підвищене розпадання білків
- D. Розлади мікроциркуляції
- E. Метаболічний ацидоз

**38. Що із перерахованого характерно для фази зворотного розвитку післяопераційного періоду?**

- A. Спазм судин, порушення мікроциркуляції

- В. Підвищення температури тіла
- С. Прискорення пульсу на 20-30%
- Д. Позитивний азотистий баланс
- Е. Парез шлунково-кишкового тракту

**39.Що із перерахованого характерно для фази зворотного розвитку післяопераційного періоду?**

- А. Зниження виділення калію з сечею
- В. Зменшення діурезу
- С. Причащання дихання і зменшення його глибини
- Д. Хворі загальмовані, сонливі або стурбовані
- Е. Прискорення пульсу на 20-30%

**40.Показником критичного стану хворого в післяопераційному періоді не вважають наступний?**

- А. Частота пульсу більше 120 за хвилину
- В. Число дихання 20 за хвилину
- С. Кількість сечі менше 10 мл за годину
- Д. Зниження систолічного АТ до 80 мм рт. ст.
- Е. Холодний липкий піт

**41.Показником критичного стану хворого в післяопераційному періоді не вважають наступний?**

- А. Підвищення систолічного АТ до 200 мм рт. ст.
- В. Розходження країв рани, евентерація
- С. Марення, галюцинації
- Д. Діурез 30 мл за годину
- Е. Число дихання більше 28 за 1 хвилину

**42.Показником критичного стану хворого в післяопераційному періоді не вважають наступний?**

- А. Здуття живота і невідходження газів на протязі доби
- В. Промокання пов'язки кишковим вмістом
- С. Виражений ціаноз шкіряних покривів
- Д. Чорний кал, домішки крові в калі
- Е. Рівень венозного тиску 50 мм вод. ст.

**43.Показником критичного стану хворого в післяопераційному періоді не вважають наступний?**

- А. Рясне промокання пов'язки кров'ю
- В. Тупий звук над легеньми при перкусії грудної клітки
- С. Напруження м'язів живота, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберта
- Д. Рівень венозного тиску 115 мм вод. ст.
- Е. Температура тіла 38°

**44.До радикальних операцій відноситься:**

- А. Апендектомія
- В. Накладання обхідного анастомозу між загальним жовчним протоком і 12-палою кишкою
- С. Накладання протиприродного заднього проходу
- Д. Накладання епіцистостоми
- Е. Накладання гатростоми у хворих на рак стравоходу



## 6.2 Ситуаційні задачі

- 1. У хворого після оперативного втручання лінійний рубець по внутрішній поверхні плеча, ліктьового суглобу та в/з передпліччя, пацієнт не може повністю розігнути руку в ліктьовому суглобі. На поверхні рубця тріщини. Яка вимога до оперативного доступу порушена під час операції у хворого?**

  - Доступ має бути косметичним
  - Доступ має бути фізіологічним
  - Доступ повинен бути мінімально травматичним
  - Доступ має бути анатомічним
  - Доступ має бути адекватної довжини
- 2. У хворого з розривом селезінки хірургічний доступ виконаний паралельно і нижче лівої реберної дуги. Яка із вимог до оперативного доступу порушена у даного хворого?**

  - Доступ має бути косметичним
  - Доступ має бути фізіологічним
  - Доступ має бути адекватним для зручного виконання спленектомії
  - Доступ має бути анатомічний, мінімально травматичним
  - Оперативний доступ вибраний вірно
- 3. У хворой з позаматковою вагітністю і внутрішньочеревною кровотечею під час операції виконано поперечний розріз по нижній складці живота, яка із перерахованих вимог до оперативного доступу є домінуючою?**

  - Доступ має бути косметичним
  - Доступ має бути мінімально травматичним
  - Доступ має бути адекватним для зручного виконання оперативного втручання
  - Доступ має бути анатомічним
  - Доступ має бути фізіологічним
- 4. У хворой в правій здухвинній ділянці грубий рубець довжиною 2,5 – 3 см. Із анамнезу хвороби з'ясовано, що хвора 3 місяці назад оперована з приводу гострого флегмонозного апендициту. Операція тривала біля 2 годин. Яка із вимог до оперативного доступу не була виконана, що могло сприяти виникненню келоїдного рубця:**

  - Доступ має бути адекватним за довжиною для зручного виконання оперативного втручання
  - Доступ має бути косметичним
  - Доступ має бути анатомічним
  - Доступ має бути фізіологічним
  - Доступ має бути мінімально травматичним
- 5. У хворой на рак молочної залози виконана операція секторальна резекція молочної залози із видаленням яєшників з метою припинення гормонального впливу. Як називають така операція?**

  - Розширена
  - Поєднана (сімультантна)
  - Одномоментна
  - Багатомоментна

- Е. Комбінована
6. У хворого на рак передміхурової залози під час операції видалена передміхурова залоза та проведена кастрація (видалення яєчок) з метою припинення гормональної стимуляції росту пухлини. Як називається така операція?
- А. Багатомоментна  
В. Комбінована  
С. Розширена  
D. Поєднана (сімультантна)  
Е. Одномоментна
7. У хірургічне відділення вступив хворий у важкому стані. Із анамнезу відомо, що він хворіє 3 дні. Захворювання почалося з болю в епігастрії, потім вони з'явилися в правій здухвинній ділянці, а 12 годин тому болі різко посилилися, була багаторазова блювота. Язик сухий. Живіт не приймає участі в акті дихання, напружений у всіх відділах. Симптоми подразнення очеревини різко позитивні. Після огляду хірурга встановлено діагноз: поширений перитоніт. Яка основна задача безпосередньої передопераційної підготовки хворого:
- А. Виявлення супутніх захворювань  
В. Провести психологічну підготовку хворого до операції  
С. Корекція водно-електролітних порушень  
D. Визначення показань до операції  
Е. Здійснити підготовку операційного поля (поголити)
8. Хворий із скаргами на непроходження їжі, слабкість, схуднення поступив до хірургічного відділення. Після обстеження встановлено діагноз: рак стравоходу. При лабораторному обстеженні виявлено гіпопротеїнемію. Які із перерахованих плазмозамінників необхідно призначити хворому:
- А. Протишокові  
В. Переносники кисню  
С. Гемодинамічної дії  
D. Детоксикаційні  
Е. Засоби для парентерального харчування
9. Хворий із скаргами на повторну блювоту залишками їжі з неприємним запахом, слабкість, втрату маси тіла вступив до хірургічного відділення. Після обстеження встановлено діагноз: декомпенсований стеноз вихідного відділу шлунку. Які із перерахованих плазмозамінників необхідно призначити хворому:
- А. Засоби для парентерального харчування  
В. Протишокові  
С. Переносники кисню  
D. Гемодинамічної дії  
Е. Детоксикаційні
10. У хворого 30 років виконана операція: резекція шлунку. Операція була тривалою і травматичною в зв'язку з вираженим спайковим процесом, який виник після попередньої операції з приводу перфорації виразки 12-палої кишки. Яке з перерахованих ускладнень прогнозовано може бути в післяопераційному періоді:

- A. Парез шлунково-кишкового тракту
- B. Серцево-судинна недостатність
- C. Пневмонія
- D. Розходження операційних швів. Евентрація
- E. Анурія

**11. У хворого, прооперованого з приводу проникаючого поранення живота, виконано резекцію 20 см тонкої кишки, дренивання черевної порожнини. В післяопераційному періоді виник стійкий парез шлунково-кишкового тракту. Що із перерахованих засобів не впливає на відновлення функції кишківника:**

- A. Внутрішньовенне введення гіпертонічного розчину натрію хлориду
- B. Антибіотикотерапія
- C. Паранефральна блокада
- D. Гіпертонічна клізма
- E. Застосування прозерину

**12. В операційній було проведене генеральне прибирання. Наступного дня в цій же операційній була виконана операція з приводу калового перитоніту. Який вид прибирання виконано після завершення операції?**

- A. Розширене
- B. Післяопераційне
- C. Заключне
- D. Генеральне
- E. Поточне

**13. В операційній було проведене генеральне прибирання. Наступного дня в цій же операційній була виконана операція з приводу газової гангрену правої нижньої кінцівки. Який вид прибирання слід виконати після завершення операції?**

- A. Післяопераційне
- B. Генеральне
- C. Заключне
- D. Розширене
- E. Поточне

**14. В операційній було проведене генеральне прибирання. Наступного дня в цій же операційній була виконана операція з приводу кишкової непрохідності. Під час оперативного втручання відбулося забруднення підлоги кишковим вмістом. Який вид прибирання слід виконати після завершення операції?**

- A. Поточне
- B. Генеральне
- C. Розширене
- D. Заключне
- E. Післяопераційне

**15. В операційній було проведено генеральне прибирання. Наступного дня в цій же операційній була виконана операція з приводу множинних міжпетельних абсцесів. Який вид прибирання слід виконати після завершення операції?**

- A. Розширене
- B. Післяопераційне
- C. Заключне

D. Генеральне

E. Поточне

**16. В приймальне відділення каретою швидкої допомоги доставлено хворого з ножовим проникаючим пораненням грудної клітки. Рана в ділянці 4 міжребір'я по лівій парастернальній лінії. Хворого терміново взяли в операційну. До яких операцій відноситься оперативне втручання?**

A. Негайна

B. Невідкладна

C. Планова

D. Симультанна

E. Термінова

**17. У хворого 46 років правобічна пахова грижа. Пацієнт готується до проведення планової операції. Коли хворому необхідно поголити зону оперованого втручання?**

A. Після оперативного втручання

B. На операційному столі

C. Напередодні операції

D. За 2 дні до операції

E. Ранком в день операції

**18. Хвора 32 років оперується з приводу порушеної позаматкової вагітності, внутрішньочеревної кровотечі. Який оперативний доступ необхідний в цій ситуації?**

A. Нижньо-серединна лапаротомія

B. Косий доступ в правій здухвинній ділянці

C. Верхньо-серединна лапаротомія

D. Косий доступ в лівій здухвинній ділянці

E. Середньо-серединна лапаротомія

**19. Під час операції з приводу гострого апендициту хворому 18 років хірург виконує відсічення червоподібного відростка. Який етап операції виконується?**

A. Операційний прийом

B. Завершення операції

C. Операційний доступ

D. Підготовка операційного поля

E. Хірургічна маніпуляція

## **7. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

### **7.1. Основна:**

1. Загальна хірургія . Підручник для мед.ВНЗ IV р.а. Хіміч С.Д., Желіба М.Д., Герич І.Д. та ін. – К., 2018.
2. Березницький Я.С. (редактор) - Загальна хірургія. - Національний підручник. – 2018р.

3. Тарасюк В.С., Новицький А.О., Новицька Л.А. Клінічне медсестринство в хірургії.- К.: Медицина, 2006.- 384 с.
4. Шегедін М.Б., Шустакевич С.Ф., Жуковський В.С. Медсестринство в хірургії.- К.: Медицина, 2008.- 120 с.

### ***7.2. Додаткова:***

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. - М : Медицина, 2001. – 608 с.
2. Зубарев П.Н., Кочеткова А.В. Общая хирургия.- М.: Спецлит, 2011.- 608 с.
3. Іоффе О.Ю., Крижановський Я.Й., Буренко Г.В. та ін. Загальна хірургія (практичні навички).- К.: Сталь, 2014.- 308 с.
5. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2002.- 499 с.
6. Кузнецов М.А. Общая хирургия.- М.: Медпресс, 2009.- 896 с.
6. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія. - Київ: Здоров'я, 1999. - 616 с.