

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

**КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2**

«Затверджено»  
на методичній нараді кафедри  
від 23 серпня 2016 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>	Догляд за хворими хірургічного профілю (практика)
<b>Модуль № 1</b>	Виробнича практика з догляду за хворими хірургічного профілю
<b>Змістовний модуль № 1</b>	Догляд за хворими хірургічного профілю
<b>Тема заняття №1</b>	Введення в хірургію. Організація та гігієна роботи у хірургічному стаціонарі.
<b>Курс</b>	Другий
<b>Факультет</b>	Медичний №1 та №4, ЗСУ

**Київ 2016**

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Хірургічний метод лікування займає значне місце в клінічній медицині: близько 25% всієї патології складають хірургічні хвороби. Лікар будь-якої спеціальності повинен уміти надати першу лікарську допомогу при травматичних пошкодженнях, кровотечі, клінічній смерті, виконувати ін'єкції, пункції, переливання компонентів крові та ін.

В основі хірургічної служби лежить оперативне втручання. При виконанні операції щонайменші погрішності в асептиці і недооцінка важливості антисептики призводять до збільшення частоти гнійних ускладнень і смертності.

Правильна підготовка хворого до операції, організація роботи операційного блоку, уважний догляд в післяопераційному періоді є заставою успішного лікування хворого. На цих етапах активну і безпосередню участь в лікуванні приймає медична сестра.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- описати етапи розвитку хірургії, вітчизняної хірургічної школи, організацію хірургічної допомоги в Україні;
- визначити основні етичні та деонтологічні положення в хірургії;
- описати структуру хірургічної клініки та організацію роботи медичного персоналу;
- засвоїти обов'язки постової та старшої медсестри, медичну документацію;
- засвоїти гігієнічні вимоги до тіла, одягу медперсоналу, білизни та одягу хворих;
- засвоїти медичні маніпуляції і термометрія, ін'єкції (техніка проведення).

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

<i>Назви попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
<i>Анатомія людини</i>	Знання основних анатомічних показників людини.
<i>Фізіологія людини</i>	Знання основних показників фізіології людини.
<i>Мікробіологія</i>	Знання збудників хірургічної інфекції, джерела та шляхи їх розповсюдження.

## 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>
<b>Гігієна хірургічного стаціонару</b>	розділ гігієни, що розробляє гігієнічні норми і вимоги до розташування, планування, санітарно-технічного благоустрою.
<b>Санітарно-епідемічний режим</b>	це режим, що передбачає дотримання норм місткості лікарняних палат, забезпечення оптимального мікроклімату, хімічного та бактеріологічного складу повітряного середовища, режиму вентиляції та освітлення приміщень, постачання доброякісною питною водою, своєчасне і повне видалення та знезаражування відходів, забезпечення хворих раціональним і збалансованим харчуванням, прибирання приміщень, прибирання та заміну білизни, дотримання правил особистої гігієни тощо.
<b>Санітарний стан</b>	це стан відділення чи його частини, що відображає ступінь дотримання в ньому гігієнічних норм і вимог а також характеризує допустимість проведення у відділенні діагностично-лікувальної роботи.
<b>Догляд за хворим (гіпургія)</b>	медична діяльність по забезпеченню оптимальних умов існування хворих людей і профілактики розвитку у них різноманітних ускладнень.

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

1. Основні етапи розвитку хірургії.
2. Вітчизняні хірургічні школи.
3. Організація хірургічної допомоги в Україні.
4. Етичні та деонтологічні положення в хірургії.
5. Структура хірургічної клініки.
6. Догляд за хворими в маніпуляційному кабінеті, перев'язочних і хірургічному відділенні.
7. Обов'язки палатної ті старшої медсестри хірургічного відділення.
8. Медична документація хірургічного відділення.
9. Гігієнічні вимоги до тіла та одягу медперсоналу.
10. Гігієнічні вимоги до білизни та одягу хірургічних хворих.
11. Гігієна хірургічного стаціонару.
12. Профілактика розповсюдження хірургічної інфекції.

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

1. Провести санітарну обробку оснащення в палаті хірургічного відділення.
2. Провести вимірювання температури у хворих та оформити температурний лист.
3. Підготувати гігієнічну ванну для санітарної обробки та провести її дезінфекцію після використання.

4. Продемонструвати методику транспортування хворого на ношах (каталці) та перекладання хворого з каталки на ліжко (операційний стіл).
5. Провести зміну натільної та постільної білизни хворому.
6. Провести гігієнічний догляд хворому ротової порожнини, очей, носа та вух.
7. Продемонструвати основні заходи з профілактики пролежнів.
8. Приготувати відповідний дезінфікуючий розчин та провести санітарну обробку при ліжкових тумбочок та підвіконь у палаті.
9. Приготувати відповідний дезінфікуючий розчин та провести вологе прибирання маніпуляційної.
10. Приготувати відповідний дезінфікуючий розчин та провести обробку медичного приладдя для багаторазового використання (банок, термометра, кінцівки клізми, підкладного судна).
11. Провести огляд хворого на наявність корости та педикульозу.
12. Провести вимірювання росту пацієнта стоячи, сидячи, визначити масу тіла та розрахувати індекс маси тіла.
- 13.Продемонструвати методику транспортування хворого на ношах (каталці) та перекладання його на ліжко.
14. Продемонструвати навички користування функціональним ліжком та надання відповідних положень хворому при колапсі.
15. Дослідити пульс хворого на нижніх кінцівках, зробити висновок про відповідність його нормі.
16. Провести переміну натільної та постільної білизни хворому, що знаходиться на ліжковому режимі.
17. Розкласти на демонстраційному столі запропоновані лікарські засоби по групах за способом введення, назвати основні способи введення препаратів.
18. Підготувати необхідні розчини та продемонструвати правила поводження з одноразовим шприцом після його застосування.
19. Продемонструвати методику годування хворого, прикутого до ліжка.
20. Приготувати необхідне обладнання для очисної клізми, продемонструвати методику її застосування на муляжі.
21. Продемонструвати на муляжі методику користування підкладним судном та сечоприймачем у хворих чоловічої та жіночої статі.
22. Підготувати необхідні засоби та провести гігієну порожнини рота, носа та вух важкохворому.
23. Підготувати необхідні засоби та провести профілактику утворення пролежнів.
24. Продемонструвати методику утилізації перев'язувального матеріалу, забрудненого гнійними виділеннями в гнійній перев'язочній.
25. Продемонструвати методику одягання операційної білизни.
- 26.Підготувати операційну білизну та перев'язувальний матеріал до стерилізації.
27. Підготувати хірургічний інструментарій до стерилізації.
28. Провести пробу на якість перед стерилізаційної обробки інструментів.
29. Продемонструвати методи стерилізації шовного матеріалу.

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ

**Хірургія** – це галузь медицини, що вивчає захворювання, основним методом лікування є операція – механічне втручання (інструментами, руками) в патологічний процес або ж хворобливий стан.

Слово «хірургія» - грецьке, яке визначає «рукодіяння».

Сучасна хірургія вимагає від лікаря хірурга не тільки «рукодіяння» - тобто майстерно володіти технікою оперувати, але і знань біологічних та спеціальних дисциплін (анатомія, фізіологія, хімія, фізика та ін.), на яких побудована сучасна медицина.

Лікування хворих за допомогою хірургічних втручань досягається різна мета – при одних захворюваннях видаляють вогнище хвороби (наприклад, пухлину) інші операції покращують функції органів. Оперативними часто лікуються гострі хірургічні стани, в тому числі запальні процеси органів і тканин, а також вроджені аномалії чи дефекти.

Хірургія вважається одною з найбільш давніших медичних наук.

### Етапи розвитку хірургії, вітчизняної хірургічної школи, організацію хірургічної допомоги в Україні

#### Розвиток хірургії в рабовласницький період суспільства

У стародавніх народів зачатки хірургії виникли за довго до нашого літочислення. Відомо, що кровопускання, ампутації кінцівок та ряд інших операцій проводилися декілька тисяч років тому (Ассірія, Вавілон т. ін.).

В стародавній Індії для спасіння життя хворим проводилися такі операції як: лапаротомія, трепанація черепа, різні пластичні операції з косметичною метою – переміщення шкірних клаптів для утворення носа і вух.

Стародавні єгиптяни виконували ампутації, видалення камінців сечового міхура; накладали тверді пов'язки при переломах кісток, знали деякі способи лікування ран, проводили знеболення при операціях використовуючи для цього опій і сік індійської коноплі.

На високому рівні перебувала китайська медицина. Знатний хірург Хуато (141-208) використовував для наркозу гашиш, індійську коноплю, опій. Він виконував лапаротомії.

Найбільші відкриття в стародавній Греції зробив Гіппократ (460-370рр. до н.е.). Він впровадив раціональні для свого часу способи лікування ран, виділив сепсис із багато чисельних гнійних захворювань, розробив систему лікування переломів, вправляв вивихи, використовував масаж і гімнастику і звертав увагу на різницю загоєння закритої та відкритої рани, рани чистої та гнійної. Ним описана трепанація черепа, прокол черевної та грудної стінки, дренирування плевральної порожнини.

В цей час розвиток хірургії пов'язаний з діяльністю римських лікарів – Цельса (30р. до н.е. і 38р.н.е.) та Галена (130-280р.н.е.). Уельсом було запропоновано перев'язка кровоносних судин. Гален впроваджує зупинку

кровотеч шляхом закручування судини, а для зашивання ран – використання шовкових швів.

Після розпаду рабовласницької Римської Імперії, центром розвитку медицини стала Візантія, яка славилась відомими хірургами (Орибазне, Етій, Павло Егінський).

### **Розвиток хірургії в епоху феодалізму**

Розвиток хірургії в епоху феодалізму в першу чергу ім'ям видатного лікаря Сходу Ібн-Сіна Авіцена (980-1037рр.). В 5-томному виданні – «Канон лікарської науки» ним висвітлені теоретичні та практичні основи медицини. Ібн-Сіна використовував різні способи лікування ран, оперував з приводу камінців сечового міхура, зшивав нерви при їх пошкодженні, проводив ви тяжіння при переломі кісток кінцівок, видалення пухлини.

В Київській Русі також були освідченні лікарі, які надавали медичну допомогу у монастирях. Найбільш відомим в цій справі був Києво-Печерський монастир.

В середні віки на високому рівні розвитку знаходилась медицина в Грузії. Так Кананелі (9ст.) впроваджує відокремлення плаценти пальцем, вправлення гриж, вивихів, лікування переломів кісток, опіків мазями. При варикозному розширенні вен проводилося висічення розширених ділянок вен.

В «Врачебной книге» Ходжа Копілли вказує на виконання трахеотомії при асфіксії. Автор радить лікувати водянку яєчка проколом, а абсцеси і флегмони розкривати.

В цей час в Італії розвивається пластична хірургія (Бранко) – створення носа за рахунок викроєння лоскутка шкіри на плечі.

Французький хірург Мандевіль (1320р) пропонує зашивати свіжі рани, запобігаючи цим самим зіткнення їх з повітрям, яке він вважає джерелом заразного початку. Він також пропонує зтиснення кінцівки з метою зменшення болю і зупинки кровотечі. Другий відомий французький хірург Гідс Шоліак (1363) робить спроби накладати кишкові шви.

### **Розвиток хірургії в середні віка, епоха Відродження, епоха раннього капіталізму 16-18століть (період Відродження - Ренесанс)**

В середні віка розвитку хірургії заважала релігія. В цю добу працями Леонардо да Вінчі (1452-1519) і Везалія (1514-1564) були закладені научні основи анатомії. Велику роль в розвитку медицини відіграло відкриття Гарвеєм (1578-1657) кровообігу(1605) і Левенгкуком (1632-1725) мікроскопа. Ці відкриття в майбутньому стали великим поштовхом для розвитку хірургії.

Найбільш відомими хірургами цього часу були Амбруаз Паре (1510-1590) і Парацельс (1493-1541).

Перший заклав початок нової хірургії, створивши вчення про вогнепальні рани, відмовившись від лікування ран кип'ячим маслом. Парацельс вніс багато нового в поняття ранового процесу, розробив методику використання різних лікарських речовин. Він використав хімію для розробки теоретичних і практичних питань медицини.

На початку 18 сторіччя в зв'язку із значними досягненнями в розвитку хірургії виникло питання проведення реформи підготовки хірургів. З цією метою в 1731р. в Парижі була заснована хірургічна академія, яка стала центром наукової хірургічної думки. Для підготовки практичних хірургів в Англії відкривається ряд госпіталів і медичних шкіл. Одним із видатних учнів цієї школи був Д.Гунтер(1726-1791). Ним розроблені питання хірургічної патології на широкій теоретичній основі. Він вважається одним із піонерів експериментальної хірургії. Гунтер запропонував перев'язку артерії на протязі для лікування артеріальної аневризми. Одним з головних завдань хірургії 18ст. було питання – лікування ран, так як основною причиною смертності і важких ускладнень після операції було нагноєння ран. Звернуло на себе увагу те, що негативну роль в цьому відіграє повітря. Хірурги старалися захистити рану від дії «нечистого повітря», шляхом накладання оклюзійної пов'язки, виконуючи перев'язку як найшвидше (Бенджамін Белл).

Другий англійський хірург Прайнгль вимагає кращим чином провітрювати госпітальні приміщення від «дурного повітря».

Французьким хірургом Путо було встановлено, що гнійні виділення одного хворого можуть визвати зараження ран в інших хворих.

### **Хірургія 19 і 20 сторічч.**

#### **До антисептичний і антисептичний періоди.**

В 20ст. почався великий розвиток науки і техніки. Одночасно успішно розвивається і біологічна наука – складова теоретичної і практичної медицини. В до антисептичний період в Європі та Америці вже були відомі хірурги та їх школи; в Франції – Дютоінтерси (1778-1835), Ж.Пеан (1830-1898) в Англії Е.Купер(1768-1841), в Німеччині Діфенбах (1792-1894), Лангенбек (1810-1887) і Т.Більрот (1829-1894), в Росії – І.Ф.Буш (1771-1843), І.В.Буяльський (1789-1866), І.М.Пірогов (1810-1881) та ін.

Основною поміхою для успішного розвитку хірургії залишались на вирішенні такі питання, як відсутність методів попередження нагноєння ран, проведення знеболєння під час операцій та боротьби з кровотечею.

Відповіді на ці питання в найбільшій мірі були отримані в 19 сторіччі.

1846 введено знеболєння шляхом проведення наркозу ефіром і хлороформом (Джексон і Моритон).

Новою ерою в хірургії стало введення в 1867р. Д. Лістером (1827-1912) антисептики(боротьба з мікробами і їх токсинами в рані).

Антисептичний метод відкрив значні перспективи для більш успішного розвитку хірургії – розширення діапазону операцій. Стала розвиватися черевна хірургія: операції на шлунку, кишечнику, жовчних шляхах та ін.

Разом з тим, введення антисептики остаточно не вирішило питання – попередження виникнення нагноєння в рані. В вирішенні цього питання визначна роль належить дослідженням Пастера, який встановив, що кип'ятіння і висока температура вбивають мікробів. Підтвердженням факту – знищення мікробів високою температурою було запровадження Кохом (1881) – стерилізації споживчих середовищ і лабораторної посуду текучим паром.

Останні відомості стали основними для введення в 1890р. на 10 міжнародному конгресі лікарів в Берліні – асептики (Бергман і Шіммельбуш) – (попередження інфікування рани).

З поєднанням антисептики з асептикою в боротьбі з рановою інфекцією відбулася довгоочікувана надія хірургів. В зв'язку з поєднанням антисептики з асептикою в кінці 19 і особливо в другій половині 20 сторіччя набула широкого розмаху хірургія на всіх органах людського організму при багато чисельних патологічних станах (захворюваннях серця і судин, шлунково-кишечного тракту, сечовидільної системи, патології ендокринних залоз, опорно-рухового апарату, мозку, статевих органах та ін.).

В другій половині 20 сторіччя почалась ера найскладніших оперативних втручань. Дякуючи досконалому технічному забезпеченню успішно виконується заміна або ж видозміна клапанів серця, зашивання дефекту міжшлуночкової перегородки, створення аорто-коронарних шунтів для покращення кровопостачання міокарда.

Проводяться пересадка серця, легень, печінки та інших органів, а пересадка нирки стала звичайною операцією. В 1967р. південноафриканський хірург Крістіан Бернард у м. Кейптауні вперше в історії пересадив серце від трупа хворій людині. Нині пересадка серця проводиться в 61 центрі Європи та у 23 центрах інших країн.

У США протягом року виконується близько 2000 пересадок серця.

Найскладнішою операцією – пересадка печінки.

До 1988р. пересадка комплексу серце-легені проведена 150 пацієнтам.

Операція по пересадці комплексу серце-легені-печінка виконана в Парижі професором Аленом Карпан'є. Значно розвинулась судинна та мікрохірургія – реконструкція кровоносних та лімфатичних судин, зшивання нервів, пришивання (реплантація) відсічених кінців та їх частин.

Набула значного розвитку ендовідеохірургія і інші методи малоінвазивної хірургії. Темп розвитку хірургії надзвичайно високий. Хірургія постійно удосконалюється.

### **Розвиток хірургії в Україні**

Києво-Могилянська колегія, яку заснував у 1671р. Петро Могила, у 1701р. Київською академією. Багато вихованців академії були відомими вченими – засновниками медицини на Україні (Нестор Максимович, Амбодик, Андріївський, Шумлянський).

Першим урядовим лікувальним закладом у Києві був військовий госпіталь, відкритий у 1792р. До цього у Києві був лише невеликий лазарет. Перша велика державна лікарня, збудована на Україні в Кременчуку в 1800 році. До побудови лікарень лікуванням населення займалися цирульники, які входили до цехів. Цехи ліквідувалися на Україні в 1835 році.

У другій половині 19ст. хірургічні клініки медичних факультетів двох університетів в Харкові(1805р.) і Києві(1841р.) стають справжніми осередками хірургічної науки і практики на Україні. В Харкові створив свою школу і відіграв велику роль у підготовці земських хірургів професор В.Ф.Грубе. в



Києві, з самого початку існування університету, хірургічну науку очолював видатний хірург В.О.Караваєв(1811-1892рр.), який протягом 48років був завідувачим хірургічної клініки (учень М.І.Пірогова).

Одночасно з Іноземцевим і Піроговим, Караваєв почав у 1847році, оперувати під ефірним наркозом. Він вперше почав оперувати з приводу катаракти. Таких операцій він зробив понад 1000, а всього В.О.Караваєв зробив більше 10000 операцій. На цей час такої кількості операцій не зробив жоден клінічний професор. Він вперше в Росії виконав пункцію перикарда. Видатними хірургами стали учні Караваєва: М.М.Волкович, І.Ф.Сабанєєв, К.М.Сапежко, О.Т.Богаєвський та ін. У галузі пластичної хірургії працював доцент О.С.Яценко (1843-1897рр.)

У 1861-1868рр. у київському університеті у співдружності з В.О.Караваєвим працював талановитий хірург та вчений Ю.К.Шимановський (1829-1868рр.), який викладав хірургічну анатомію і оперативну хірургію. Він написав тритомний підручник оперативної хірургії. Класичним внеском у скарбницю хірургічної науки є праця Шимановського – «Операції на поверхні людського тіла», в якій він подав 602 розроблені ним схеми пластичних операцій.

У Харкові широковідомий А.Г.Підріз(1852-1900рр.) очолив госпітальну клініку, автор посібника по урології: він запропонував спосіб лікування звуження сечоводу. Підріз був піонером хірургії серця, він перший у світі спробував видалити стороннє тіло з серця, розробив клаптевий метод доступу до серця.

Університет в Одесі відкрито в 1865р., медичний факультет до університету увійшов лише в 1900р. Спеціальне медмістечко для медичного факультету було побудовано під керівництвом його першого декана, відомого патолофізіолога В.В.Підвисоцького. В 1859р. у хірургічному відділенні міської лікарні Одеси почав працювати М.В.Скліфасовський.

Микола Маркіянович Волкович (1858-1928рр.), учень Караваєва, очолював спочатку госпітальну, а пізніше (1911-1922рр.) факультетську хірургічну клініку в київському університеті, був організатором київського хірургічного товариства (1908р.), яке пізніше було перетворене на республіканське.

Для надання хірургічної допомоги населенню України в обласних центрах, в містах і районах відкриваються обласні, міські та районні лікарні, в яких працюють хірургічні відділення. Хворі лікуються в клініках вищих учбових закладів, в науково-дослідних інститутах, в яких працюють висококваліфіковані фахівці: професора, доценти, а також досвідчені практичні хірурги.

Нині хірургічна допомога має профільне направлення, що покращує надання спеціалізованої хірургічної допомоги. Так в Києві та Харкові працюють науково-дослідні інститути ортопедії і травматології. Для надання хірургічної допомоги із захворюваннями серця і судин в Києві існує науково-дослідний серцево-судинний інститут хірургії ім. М.М.Амосова. Для

діагностики та хірургічних методів лікування органів черевної порожнини в столиці України створено інститут клінічної хірургії і трансплантології.

Лікування захворювань нирок і сечовидільних шляхів проводиться в київському НДІ урології. В Києві працюють науково-дослідні інститути нейрохірургії, патології органів слуху та верхніх дихальних шляхів, НДІ онкології та радіології.

В Одесі хворим із захворюваннями органів зору допомога надається в НДІ очних хвороб та тканинної терапії.

В Україні створені хірургічні школи, які пов'язані з іменами видатних хірургів: в Києві – О.П.Кримова, І.М.Іщенко, М.С.Коломійченка, М.М.Амосова, О.І.Арутюнова, А.П.Ромаданова, О.М.Авілової, О.О.Шалімова, А.А.Чайки; в Харкові – М.П.Грінклера, О.І.Мещанінова; в Одесі – К.Т.Сапежко, І.Ф.Сабанеєва, В.П.Філатова та ін.

Незважаючи на залишковий принцип фінансування медицини в Україні, на даному етапі, слід твердо усвідомити цю ситуацію, подивитися правді в очі та докласти всіх зусиль, аби поступово виправити становище і піднести медицину в Україні, в тому числі і хірургію, до світових стандартів.

### **Організація хірургічної допомоги**

В сучасних умовах допомогу при хірургічній патології надають на трьох основних рівнях.

**Перший рівень.** Сімейний лікар або лікар швидкої допомоги надає невідкладну догоспітальну допомогу при травмах, гострих хірургічних захворюваннях. Він має встановити попередній діагноз, вжити невідкладних заходів і організувати транспортування хворого у хірургічний стаціонар. Також він має виявляти хворих із хірургічною патологією, направляти їх на консультацію і спостерігати після лікування у закладах 2-3-го рівня.

**Другий рівень.** Хірурги загального профілю у районних і міських лікарнях надають невідкладну кваліфіковану хірургічну допомогу (в т.ч. проводять оперативні втручання) при гострій патології травмах черевної порожнини, гострій хірургічній інфекції. При торакальній травмі, нейротравмі тощо вони по лінії Центрів медицини катастроф (колишня санітарна авіація) залучають відповідних фахівців і разом з ними організують лікування у складних ситуаціях. Також хірурги загального профілю проводять планові операції при найпоширеніших хірургічних захворюваннях (черевні грижі, геморой, варикозна хвороба нижніх кінцівок та ін.).

**Третій рівень.** У спеціалізованих відділеннях обласних лікарень і науково-дослідних інститутів, клініках медичних університетів, спеціалізованих закладах хворі отримують допомогу у складних випадках. Тут проводять реконструктивно-відновні операції, повторні операції, операції при рецидивах захворювання, радикальні операції при онкопатології та ін.

## **Правила поведінки в хірургічній клініці.**

**Клініка** – лікувально-профілактичний заклад, в якому крім лікувальної роботи ведеться навчання студентів та науково-дослідницька робота.

Головною особою в хірургічній клініці, в хірургічному відділенні є *керівник клініки*. Керівник клініки на протязі всієї своєї діяльності повинен намагатися до максимально високої якості своєї роботи. Одним із основних показників високої якості роботи керівника клініки є відсутність грубості, чуттєвість і ніжність в поведінці з персоналом клініки і студентами.

Відносини між керівником клініки і його підлеглими повинні бути бездоганними. Залишаючись головною особою, користуючись загальною повагою, керівник клініки не повинен викликати страх в своїх співробітників. Простота та доступність керівника клініки і всіх співробітників клініки в роботі є однією з важливих умов для гармонійної хірургічної роботи. В протилежному випадку виникають перешкоди для роботи в клініці: обман, заздрість, злорадство або ж страх, особливо між старшими помічниками керівника клініки. Добре налагоджені відносини між працівниками клініки сприяють проведенню на високому рівні лікування хірургічних хворих та виховання кращих якостей в майбутніх лікарів – студентів.

## **Структура хірургічної клініки.**

До структури хірургічної клініки входять: палати, коридор, перев'язочні, маніпуляційний кабінет, гіпсовочна (для травматологічного відділення), білизняні, кабінети медичного персоналу і операційний блок. Хірургічне відділення поділяється на два окремих підрозділи – чисте та гнійне. Для хворих із нагноєними ранами виділяються окремі палати в окремому крилі відділення, по можливості як най далі від операційного блоку. Для цих хворих виділяється окрема перев'язочна і всі хворі обслуговуються окремим персоналом. За наявності однієї перев'язочної хворі з гнійними ранами перев'язуються після проведення «чистих» перев'язок з подальшою ретельною обробкою приміщення та обладнання дезінфікуючими розчинами.

*Маніпуляційний кабінет* – спеціальне приміщення для проведення ряду медичних засобів, для яких необхідно зберігати правила стерильності. У маніпуляційному кабінеті треба мати таке обладнання: шафу для зберігання медикаментів та інструментів, бікси зі стерильним перев'язочним матеріалом, шприци, голки, одноразові системи для в/венного введення лікарських препаратів, стерилізатор, штативи для тривалих в/в інфузій, чисті пробірки, холодильник, для зберігання крові і медикаментів, емальовані тази для замочування використаних інструментів, бачок з кришкою, тапчан, табуретки, робочий стіл для ведення медичної документації.

В маніпуляційному кабінеті 2 рази на день проводять вологе прибирання приміщення (перед початком і наприкінці робочого дня) з застосуванням дезінфікуючих розчинів. Один раз на тиждень проводять генеральне прибирання приміщення з миттям та дезінфекцією стін, підлоги і наявного оснащення. Перед початком роботи маніпуляцій на сестра проводить вологе

прибирання приміщення. Після цього сестра надягає стерильний халат, шапочку, маску, обробляє руки, розкладає стерильні бікси, накриває стерильний стіл. Маніпуляцій на сестра спочатку проводить забір крові у хворих для біохімічних досліджень, визначає групу крові, а потім заповнює та підключає систему для внутрішньо венного вливання. У першу чергу слід обслуговувати важко хворих.

*Операційний блок* – сучасний операційний блок складається із ряду функціональних підрозділів – зон режиму, які в залежності від роботи лікувального закладу та особливостей приміщення можуть частково сполучатися або ж розміщуватися в окремих кімнатах.

В першу зону – зону стерильного режиму входять приміщення, призначені безпосередньо для виконання операцій і підготовки до них: а) операційний зал, б) передопераційна, де проводиться обробка рук хірургів, в) стерилізаційна, в якій проводиться миття, кип'ятіння чи стерилізація інструментів іншими засобами, г) наркозна, для введення хворих в наркоз.

В другу зону – зону суворого режиму входять: а) приміщення для переодягання учасників операції, б) апаратна і інструментальна, в) апаратно-анестезіологічна, г) матеріальна, д) кабінет переливання крові, е) комора для збереження засобів прибирання операційного блоку, є) приміщення для роботи старшої операційної сестри, для перебування черговослужбовців, чергової бригади, ж) приміщення для запису протоколів операції, з) санітарна кімната, яка складається з душової і туалету для персоналу операційної.

В третю зону – зону загального режиму входять: а) кімната з апаратурою для кондиціонування повітря, б) акумуляторна, для аварійного освітлення, в) цитолобораторія, г) підстанція, для регулювання централізованого кисневого постачання, електропостачання і газопостачання (№20 та ін.).

Потоки в операційному блоці поділяються на «стерильний» - для хірургів і операційних сестер, «чистий» - для хворих, анестезіологів, технічного персоналу. Вони не повинні перетинатися.

## СТРУКТУРА ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

У хірургічному відділенні передбачають палати, перев'язочні, приміщення для апаратури, кабінет завідувача, ординаторську, кімнату старшої медсестри, медсестринську, кімнату молодшого персоналу, буфетну, їдальню та інші приміщення.

*Палати* мають бути на 1-4 особи. Норма площі на 1 ліжко – 7-8 м<sup>2</sup>, об'єм повітря – 25м<sup>3</sup>. В післяопераційних палатах – 10 м<sup>2</sup>. В планах хірургічних відділень передбачають розгортання палат на 1-2 ліжка, призначених для розміщення хворих, які потребують ізоляції. Палата на 1 ліжко повинна мати 9м<sup>2</sup> (зі шлюзом – 12м<sup>2</sup>). Перед входом в палату планують шлюз, де розміщені вбудовані індивідуальні шафи хворих і вхід в туалет, з умивальником та душем. Палати оснащують металевими ліжками, до яких можна прикріпити штатив для інфузій, пристосування для скелетного витягування, надліжковий зйомний столик для годування. Ліжка мають бути функціональними, з коліщатами. Біля ліжка повинна стояти тумбочка і табурет. Інтер'єр палати доповнює стіл,

стілці, кошик для сміття. Меблі мають бути зручними, легко пересуватися, виготовленими з матеріалу, що легко миється і не псується від миття і вологої дезінфекції.

Співвідношення площі палат і допоміжних приміщень має бути не менше 1:1, що дозволяє підтримувати належний санітарний і протиепідемічний режими. У лікарнях, де хірургічне відділення розташоване в окремому корпусі, в ньому влаштовують приймальне відділення, обсяг і структура якого залежать від потужності відділення. У складі приймального відділення бажано мати реанімаційну залу і операційну.

*Температура* в палаті має бути 20°C, вологість повітря – 50-60%, його рухливість – 0,15 м/с. Палати мають добре освітлюватися природнім світлом. Орієнтація вікон не повинна бути на північ. Співвідношення площі вікон і підлоги має бути 1:6. Біля кожного ліжка слід влаштувати система виклику палатної сестри.

Достатній рівень природного *освітлення* в палатах, приміщеннях денного перебування хворих, маніпуляційній досягається при співвідношенні площі скління і площі підлоги 1:5-1:6, при цьому мінімальний коефіцієнт природної освітленості повинен бути не нижче 1%. У всіх приміщеннях хірургічного відділення слід влаштувати штучне освітлення (загальне, місцеве, приліжкове, нічне) та установки для ультрафіолетової санації повітря.

### ***Принципи фахової субординації у хірургії. Правила поведінки у хірургічному стаціонарі***

Повна злагодженість і гармонійність хірургічної роботи ґрунтується на ясному розумінні всім персоналом своїх обов'язків та взаємовідносин між собою і з хворими. Робота в хірургічному відділенні має підкорятися суворій дисципліні і субординації. Службові взаємини палатної медсестри складаються зі взаємин із співробітниками, хворими та родичами. Культура службових взаємин у Колективі базується на високій трудовій дисципліні, взаємодопомозі, ввічливості та доброзичливому ставленні до людей. Проявами добрих взаємин між медсестрами є постійна готовність допомогти колезі в скрутних ситуаціях.

На особливу увагу заслуговують взаємини палатної сестри з молодшим медперсоналом. Палатна сестра по відношенню до санітарки є не лише товаришем по роботі, але й керівником і наставником. Свої розпорядження сестра повинна робити у ввічливій формі, без проявів роздратування чи зарозумілості. При виконанні службових обов'язків слід уникати фамільярності. Палатна сестра зобов'язана систематично контролювати виконання молодшим персоналом її розпоряджень. У присутності хворих чи їх родичів не слід робити санітаркам зауваження. Звертатися до санітарки, особливо старшої за віком, треба на ім'я та по-батькові. У розмовах про санітарку з хворими або їх родичами краще називати її нянею. Молоді медсестри, які не мають досвіду роботи, можуть багато чого повчитися у досвідчених санітарок, які добре вміють виконувати різні процедури по догляду за хворими. І все-таки, навчаючись у санітарок, палатна сестра повинна завжди бути старшою на посту, коректно вимагати від молодшого персоналу виконання їх обов'язків.

Оснoву взаємин медсестри і лікаря складає **субординація**: система службового підпорядкування молодшого за посадою старшому. Одержавши від лікаря розпорядження, медсестра повинна їх виконувати. Про труднощі, що можуть виникнути при виконанні призначень, необхідно доповісти лікуючому лікарю або завідувачому відділенням, а у вечірній час – черговому лікарю. Якщо у медсестри виникли сумніви щодо доцільності призначення або вона вважає його шкідливим чи небезпечним для хворого, вона зобов'язана не в присутності хворих повідомити про свої сумніви лікарю, який зробив це призначення, і виконати його лише після того, як лікар підтвердить своє рішення. Якщо медсестра і після підтвердження лікарем призначення продовжує вагатися щодо його доцільності, вона зобов'язана доповісти про це завідувачому відділенням. При обході палат черговим лікарем або відвідуванні хворого лікарем-консультантом палатна сестра зобов'язана створити сприятливі умови для їхньої роботи.

Режим в хірургічному відділенні – багатоскладове поняття, що охоплює певне положення і поведінку хворого (режим хворого), правила внутрішнього розпорядку, направлені на створення оптимальних психологічних умов для одужання хворих (лікувально-охоронний режим), комплекс заходів щодо профілактики внутрішньолікарняної інфекції (санітарно-гігієнічний режим), раціональну організацію праці медичного персоналу, направлену на оптимізацію лікувально-діагностичного процесу. Це набуває форми "розпорядку дня", який є обов'язковим для хворих і відвідувачів. Режим хворого визначає лікуючий лікар. Він може передбачати різний об'єм рухової активності: суворий ліжковий, ліжковий, напівліжковий і загальний.

У відділенні недопустимі шум і метушня, що порушують спокій хворих. Прибирання палат потрібно проводити безшумно і в певний час. Меблі і устаткування переставляють обережно. Поведінка медперсоналу має вселяти хворому спокій і впевненість в одужанні, що особливо важливо при догляді за важкохворим. Мають бути доведені до мінімуму негативні емоції, що спричинені операцією, перев'язками. Щоб хворі переконалися в сприятливості дії операції, їх розташовують разом з одужуючими. По можливості палати заповнювати циклічно.

Заборається самовільне пересування хворих з палати в палату і вихід в інші відділення. Виписку хворих проводять в окремому приміщенні.

## РОБОТА СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Сучасне хірургічне відділення - це складний лікувальний комплекс, звичайна діяльність якого регламентується відповідними санітарно-гігієнічними нормами. Хірургічні відділення рекомендують розміщувати в окремих приміщеннях вікнами на південь, південний схід або південний захід. Така орієнтація відділення створює умови для освітлення палат природним сонячним світлом, з достатньою дозою ультрафіолетового проміння, яке згубно впливає на різні збудники інфекційних захворювань.

Санітарно-гігієнічний режим хірургічного стаціонару спрямований на виключення негативного впливу факторів лікарняного середовища на хворих і персонал, забезпечення хворому повного гігієнічного, соматичного і психічного комфорту, а персоналу – оптимальних умов праці. Санітарно-гігієнічний режим передбачає дотримання норм місткості лікарняних палат, забезпечення оптимального мікроклімату, хімічного та бактеріологічного складу повітряного середовища, режиму вентиляції та освітлення приміщень, постачання доброякісною питною водою, своєчасне і повне видалення та знезаражування відходів, забезпечення хворих раціональним і збалансованим харчуванням, прибирання приміщень, прибирання та заміну білизни, дотримання правил особистої гігієни, тощо.

Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим стаціонарів створений з метою забезпечення оптимальних умов перебування хворих в стаціонарі, ефективного проведення лікувальних заходів, забезпечення оптимальних умов праці медперсоналу, профілактики і знешкодження внутрішньо лікарняної інфекції.

Основні положення протиепідемічного режиму в стаціонарі регламентуються наказом № 720 (31.07.1978р.).

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

У великих стаціонарах створюють хірургічні спеціалізовані відділення на 30-40 ліжок для надання допомоги хворим з судинною, ендокринною, легеневою та ін. патологією. Щоб попередити передачу гнійної інфекції від одного до другого хворого, бажано мати чисте хірургічне відділення і відділення хірургічної інфекції. Вони повинні бути ізольовані одне від одного, мати окремий інвентар, обладнання і обслуговуючий персонал. Якщо неможливо зробити окремі відділення, для гнійних хворих відводять окремі палати і перев'язувальну. В цих умовах важливе значення має дотримання чистоти і порядку у відділенні.

Всю роботу планують так, що спочатку проводять операції, потім виконують перев'язки чистих хворих і лише після всього - гнійні перев'язки (порядок перев'язок). У склад хірургічного відділення входять палати для хворих, операційний блок, перев'язувальні, маніпуляційна і допоміжні приміщення (туалет, ванна, столовий зал, буфет, кімнати для білизни, обслуговуючого персоналу, стерилізаційна та ін.). Палати повинні бути просторими, з розрахунку 6,57,5 кв.м. площі на кожного хворого. В палаті доцільно розміщувати 2-4 ліжка. Природне освітлення повинно бути таким, щоб відношення площі вікон до площі підлоги становило 1:6. Штучне освітлення повинно забезпечуватись люстрами з матовими плафонами і настільними лампами для тяжкохворих. Хворий повинен мати зручне ліжко, краще функціональне або із спеціальним підголовником, тумбочку, стілець для відвідувачів. У палаті повинно бути прибрано, чисто, тихо. Температурний

режим повинен витримуватись у межах 18-20 °С. Музику хворі повинні слухати в навушниках, дивитись телевізор в окремих кімнатах.

Для найбільш тяжких післяопераційних хворих у хірургічному стаціонарі обладнують палату або відділення інтенсивної терапії із спеціальною апаратурою, набором медикаментів, інструментів, необхідних для можливого проведення реанімаційних заходів.

Хворих, які помирають, розташовують у спеціальних палатах - ізоляторах. Хірургічне відділення повинно бути обладнане центральним водоганом (холодна, тепла вода), центральним опаленням, каналізацією і приточно-втяжною вентиляцією.

Гігієнічні норми об'єму повітря в палаті становлять 27-30 м<sup>3</sup>, що при природному або штучному повітрообміні дозволяє в приміщенні створити концентрацію вуглекислоти не більше 0,1 %, швидкість руху повітря повинна бути 0,100,15 м/с при вологості повітря 50-55 %. Це оптимальні умови для нормальної життєдіяльності людини. Вказані параметри можна легко регулювати за допомогою кондиціонера. Для зв'язку чергового персоналу з хворими в палатах повинна бути звукова або світлова сигналізація. Коридори повинні бути просторими, затишними. На підлогу настиляють лінолеум у хірургічному відділенні проводять вологе прибирання з додаванням антисептиків (хлорного вапна, хлораміну, мікробаку, сокрена і ін.). Прибирання потрібно проводити два рази на добу. Вологе прибирання у палатах розпочинають з видалення пилу з підвіконників, тумбочок, плафонів, ліжок. При цьому слід відкрити кватирки. Лежачі хворі повинні бути добре вкритими. Прибирання слід проводити від вікон і стін до дверей. Вологе прибирання меблів проводять кожного дня. Панелі миють один раз на три дні. Верхні частини стін, стелю, плафони очищують від пилу не менше двох разів на місяць. Одночасно протирають віконні рами і двері. Важливе значення має дотримання санітарно-гігієнічних вимог у їдальні. Посуд миють у двох водах при температурі 70-90 °С або у водяній ванні з додаванням гірчиці чи спеціальних засобів для миття посуду. Не можна використовувати посуд з оббитими краями. Харчові відходи збирають у спеціальні закриті відра. Для утримання санітарного вузла у належному порядку необхідно мати спеціальні позначені відра, ганчірки, швабри. Їх не можна використовувати для прибирання інших приміщень. Чітке дотримання санітарно-гігієнічних норм є запорукою профілактики внутрішньолікарняної інфекції.

Внутрішньолікарняна інфекція уражає хворого в результаті його госпіталізації, або відвідування лікувального закладу, а також медперсонал в процесі виконуваної ним роботи. Внутрішньолікарняні інфекції діляться на госпітальні та амбулаторні. Джерелами внутрішньолікарняної інфекції є хворі з гострими, стертими, або хронічними формами інфекцій, відвідувачі – хворі та здорові бактеріоносії та інфікований матеріал.

***Основні шляхи передачі внутрішньолікарняної інфекції:***

- аерозольний(повітряно-крапельний та повітряно-пиловий);
- контактний, у тому числі парентеральний;
- фекально-оральний, зокрема аліментарний;



- трансмісивний.

***Основні фактори передачі інфекції:***

- повітря;

- руки;

- об'єкти довкілля.

Кожен співробітник, що влаштовується на роботу, проходить повний медичний огляд, зокрема огляд отоларинголога, стоматолога, бактеріолога, дослідження мазків зіву і носоглотки на наявність патогенних стафілококів, короткий інструктаж з проведення основних санітарно-протиепідемічних заходів. Весь персонал береться на диспансерний облік для своєчасного виявлення та лікування каріозних зубів, хронічних захворювань носоглотки, носійство патогенного стафілокока. Медичний персонал підлягає періодичним медичним оглядам, які включають щорічний огляд терапевтом, жінок – гінекологом, ларингологом, стоматологом; обстеження на носійство черевного тифу і паротитів (один раз на півроку-рік), дифтерії (за епідеміологічними показаннями), стафілококів (один раз на три місяці), туберкульоз(щорічно), кишкові інфекції та гельмінтози (при влаштуванні на роботу і далі за епідпоказаннями), сифілісу(серологічні дослідження) і гонорею обстеженням дерматовенерологом (при прийомі на роботу і кожні наступні 3-6місяців). При виникненні внутрішньо лікарняних інфекцій серед хворих проводять позачерговий огляд всього персоналу відділення і бактеріологічне обстеження на носійство хворих з виявленою внутрішньо лікарняною інфекцією ізолюють в окремі палати і виділяють окремий персонал і предмети догляду.

Кожний випадок внутрішньолікарняної інфекції підлягає обліку і реєстрації з заповненням форми 058-О і вимагає детального епідеміологічного обстеження з боку епідеміолога санепідемстанції.

*Сестринський пост*

В хірургічному відділенні організуються сестринські пости, на яких працюють відповідно до поточного графіка медичні сестри, які мають середню медичну освіту. Робота сестер регламентується такими документами:

1. Положення про хірургічне відділення.

2. Посадова інструкція палатної медичної сестри, яка регламентує її роботу в відділенні.

Сестринський пост розміщують, як правило, в коридорі недалеко від палат. На столі чергової сестри повинна бути світлова або звукова сигналізація, телефон, настільна лампа та ін.

У маніпуляційному кабінеті знаходяться:

- шафи для медикаментів і стерильних шприців з надписами "внутрішнє", "для ін'єкцій", "зовнішнє", які зачиняються на ключ;
- столик для біксів із стерильним матеріалом і антисептичних засобів (спирт, хлоргексидин, йодинол та ін.);
- сейф для зберігання сильнодіючих і наркотичних препаратів;
- холодильник для внутрішньовенних розчинів;

- умивальник з рушником;
- кушетка, стільці.

У відповідності з основними завданнями постова медсестра зобов'язана:

1. Приймати і розмішувати хворих, що поступають у відділення, контролювати якість їх санітарної обробки в приймальному відділенні і доповідати про них лікарю ординатору.
2. Ознайомлювати поступаючих хворих з правилами внутрішнього розпорядку у відділенні.
3. Своєчасно і точно виконувати призначення лікаря.
4. Спостерігати за станом хворих, за їх фізіологічними відправленнями, сном, при виявленні зміни доповідати лікарю.
5. Негайно доповісти лікарю, а за його відсутності – зав.відділенням, або черговому лікарю про раптове погіршення стану хворого, терміново виконувати зроблені призначення, занотувати зроблені маніпуляції в листі призначень.
6. Медична сестра лікувально-профілактичної установи зобов'язана вміти і має право за призначенням лікаря, а у випадках, загрожуючи життю пацієнта, самостійно виконувати такі медичні маніпуляції та процедури:
  - нагляд за станом пацієнта та його адекватна оцінка;
  - накладання асептичних пов'язок на рани;
  - зупинка зовнішньої кровотечі;
  - визначення групи крові та резус-фактора;
  - в/м, п/ш, в/в ін'єкції;
  - трансфузію, переливання крові та кровозамінників;
  - штучне дихання з використанням відповідних апаратів;
  - непрямий масаж серця;
  - виконання всіх видів клізм;
  - катетеризація сечового міхура катетером;
  - спринцювання піхви;
  - накладання гірчичників, постановка банок, п'явок, компресів;
  - вимірювання артеріального тиску;
  - проведення діагностики шкірних проб і профілактичних щеплень;
  - чітке ведення медичної документації;
  - проведення санітарно-просвітницької роботи з пацієнтами.
7. Організувати і здійснювати індивідуальний догляд і санітарно-гігієнічне обслуговування ослаблених та тяжко хворих (умивання, годування і т.д.), профілактику пролежнів, догляд за порядком і чистотою в палатах, за особистою гігієною пацієнтів, змінювати постільну та натільну білизну.
8. Направляти, а за необхідності супроводжувати хворих в діагностичні та лікувальні відділення, кабінети.
9. Забезпечувати своєчасне відправлення з відділення біологічних матеріалів.
10. Підготувати хворих до діагностичних досліджень.
11. Готувати стерильні інструменти та перев'язочний матеріал, допомагати лікарю по виконанню ним лікарських маніпуляцій.
12. Здавати чергування по палатах біля ліжка хворого. Приймати чергування, оглядати стан освітлення, водопостачання, опалення, наявність медичного

обладнання і інструментарію, медикаментів. При виявленні недоліків, повідомити про це старшій медсестрі.

13. Контролювати виконання хворими та їх рідними режиму дня у відділенні.

14. Роздавати медикаменти хворим суворо за призначенням лікаря і вимагати прийом ліків у своїй присутності.

15. При необхідності надавати долі карську допомогу і викликати лікаря до хворого.

16. Допомогати лікарю при наданні термінової медичної допомоги.

17. Дотримуватись правил асептики, антисептики та принципів медичної деонтології.

18. Заповнювати листи призначення, температурні листи та бланки направлень на лабораторно-інструментальні методи досліджень.

19. Вносити результати досліджень в історії хвороби.

20. Ізолювати хворих в агональному стані, викликати лікаря для констатації смерті, відправити в морг.

21. Контролювати роботу молодшого медичного персоналу.

22. Підвищувати рівень професійної кваліфікації.

23. Зберігати лікарську таємницю.

24. Володіти усіма методиками проведення біологічних, серологічних видів досліджень.

25. Оволодіти суміжними спеціальностями. Медична сестра повинна сумлінно виконувати свої обов'язки. Вона зобов'язана бути завжди зібраною, спокійною і врівноваженою, не допускати нервозності і метушні в роботі. Важливим обов'язком медичної сестри є збереження професійної таємниці, обговорювати або критикувати професійний рівень і призначення лікарів у присутності хворих.

### Маніпуляційна

Робоче місце сестри хірургічного відділення повинно утримуватись у зразковому порядку. Медична сестра повинна суворо дотримуватись правил особистої гігієни: бути охайною, одягнутою в чистий халат, шапочку або косинку. При виконанні ін'єкцій або внутрішньовенних вливань необхідно обов'язково користуватись маскою та гумовими рукавичками.

Вся робота в хірургічному відділенні ґрунтується на принципах охоронно-лікувального режиму. Хворий повинен бути оточений увагою і піклуванням медичного персоналу. Госпіталізованого хворого у відділення супроводжує медична сестра або санітарка приймального відділення. Чергова медична сестра за вказівкою завідувача відділення або чергового хірурга розміщує хворого в одну з палат. Усіх тяжкохворих і тих, хто потребує невідкладної хірургічної допомоги (гострі захворювання органів черевної порожнини, травми живота, грудної клітки та ін.), доставляють у хірургічне відділення на каталці. Хворих, яким необхідна негайна операція, направляють у відділення інтенсивної терапії для проведення передопераційної підготовки або безпосередньо в операційну. Весь медичний персонал повинен будувати свій робочий день згідно з режимом роботи хірургічного відділення.

Зразкове дотримання режиму, порядку і дисципліни у відділенні підносить настрій хворого і викликає впевненість у швидкому одужанні. Всі хворі повинні дотримуватися лікарняного режиму, виконувати рекомендації лікаря. Вони знайомляться з режимом хірургічного відділення в приймальному відділенні, про що розписуються в карті стаціонарного хворого. За порушення режиму хворих виписують зі стаціонару.

### РЕЖИМ ДНЯ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Час	Заходи
7 <sup>00</sup>	Прокидання хворих
7 <sup>00</sup> - 7 <sup>30</sup>	Вимірювання температури, гігієнічна гімнастика
7 <sup>30</sup> - 8 <sup>00</sup>	Ранковий туалет, забір крові, сечі та інших біологічних речовин для аналізу. Прибирання відділу
8 <sup>00</sup> - 8 <sup>30</sup>	Роздавання ліків, виконання маніпуляцій та процедур
8 <sup>30</sup> - 9 <sup>00</sup>	Сніданок
9 <sup>00</sup> - 10 <sup>00</sup>	Обхід лікарів
10 <sup>00</sup> - 14 <sup>00</sup>	Виконання лікарських призначень, перев'язування хворих, виконання операцій, консультування хворих
14 <sup>00</sup> - 14 <sup>30</sup>	Обід
14 <sup>30</sup> - 16 <sup>30</sup>	Час денного відпочинку
16 <sup>30</sup> - 17 <sup>00</sup>	Вимірювання температури
17 <sup>00</sup> - 19 <sup>00</sup>	Відвідування родичів
19 <sup>00</sup> - 19 <sup>30</sup>	Вечеря
19 <sup>30</sup> - 21 <sup>30</sup>	Роздавання ліків, виконання вечірніх маніпуляцій і процедур, підготовка хворих до операції
21 <sup>30</sup> - 22 <sup>00</sup>	Вечірній туалет
22 <sup>00</sup> - 7 <sup>00</sup>	Сон

У хірургічному відділенні керівництво роботою медсестер і санітарок здійснює старша медична сестра, яка безпосередньо підкоряється завідувачеві відділення, виконує його вказівки з догляду і обслуговування хворих і несе повну відповідальність за роботу молодших медичних працівників. Враховуючи коло обов'язків, на цю посаду призначають людей, які мають стаж роботи в якості медичної сестри не менше 3-х років і, як правило, тих, які мають атестацію першої категорії. При цьому старшу медичну сестру хірургічного відділення призначає і звільняє головний лікар лікарні за рекомендацією завідувача хірургічним відділенням. Як уже було сказано, у її безпосередньому підпорядкуванні знаходиться молодший медичний персонал відділення. Робота старшої сестри дуже відповідальна.

Обов'язки старшої медичної сестри хірургічного відділення:

1. Проводить доцільний підбір медичних сестер з урахуванням їх психологічної сумісності.
2. Складає графіки роботи медперсоналу, розкладу.
3. Забезпечує нормальну роботу відділення шляхом своєчасної заміни медсестер і санітарок, які не змогли вийти на роботу у зв'язку з хворобою чи іншими причинами.
4. Слідкує за своєчасністю і чіткістю виконання призначень лікаря.
5. Слідкує за використанням, зберіганням, розподілом, механізмом списування і контролю медпрепаратів, медичного інструментарію та предметів догляду за хворими.
6. Слідкує за правилами зберігання і обліком наркотичних медикаментів.
7. Забезпечує виконання правил внутрішнього розпорядку відділення, дотримання принципів лікувально-охоронного режиму.
8. Проводить контроль відповідності харчування для хворих, складає порційні замовлення на харчування, відповідно до дієтичних столів, слідкує за якістю приготовленої їжі і її роздачею.
9. Веде облік прийняття і виписування хворих, складає звіт про рух хворих у відділенні, передає в приймальне і поліклінічне відділення дані про наявність вільних ліжок.
10. Бере участь у роботі ради медичних сестер лікарні, сестринських конференціях.

**Медична документація відділення**

1. Положення про відділення.
2. Посадові інструкції: зав.відділенням, лікарів-хірургів, старшої медсестри відділення.
3. Звіти про роботу відділення: за 3 місяці, за 6 місяців, за 9 місяців поточного року та за попередній рік.
4. Основні показники діяльності відділення та модель кінцевих результатів.
5. План роботи завідуючого відділенням: план роботи на рік, координаційний план роботи на місяць, потижневий план-графік.
6. Опис даних по впровадженню нових технологій.
7. Накази та основні нормативно-директивні документи.
8. Стандарти якості обстеження та лікування хворих.
9. Положення про права пацієнтів в лікувальних закладах.
10. Характеристика кадрів.

Вимоги до палатної медичної сестри хірургічного відділення:

Медична сестра відділення в частині обслуговування хворих підпорядковується безпосередньо ординатору відділення, в частині розпорядку роботи - старшій сестрі відділення. Вона відповідає за своєчасне і правильне виконання лікарських призначень, якість догляду за хворими у доручених їй палатах або кабінеті (перев'язувальній, маніпуляційній).

На посаду палатної медичної сестри призначають медичних сестер з першим рівнем акредитації.

Обов'язки палатної медичної сестри хірургічного відділення:

- 1) госпіталізація хворих, перевірка правильності проведення їх санітарної обробки, ознайомлення хворого з правилами внутрішнього розпорядку;
- 2) збирання матеріалу для дослідження (кров, сеча, кал) і відправлення його в лабораторію;
- 3) підготовка хворих до виконання діагностичних досліджень (ендоскопія, рентгенографія, ЕКГ та ін.) та супроводження або транспортування їх у різні діагностичні кабінети;
- 4) сумлінне виконання всіх призначень лікаря, які заносяться в спеціальні листи призначень;
- 5) обов'язкова присутність на обходах лікаря, звітування йому про всі зміни, що відбулися у стані хворого за час чергування;
- 6) вимірювання температури тіла (вранці та ввечері) та запис даних у температурний листок;
- 7) вимірювання артеріального тиску, частоти пульсу, дихання, добового діурезу та повідомлення цих даних лікареві;
- 8) спостереження за станом операційної рани (пов'язки) та виділеннями з дренажів;
- 9) уважний і пильний нагляд за станом хворого, в разі необхідності негайне надання йому невідкладної допомоги (штучне дихання, непрямий масаж серця, зупинка кровотечі);
- 10) контроль за дотриманням хворими призначеної дієти, складання порційної вимоги, годування тяжкохворих, перевірка якості продуктів, що приносять родичі;
- 11) контроль за роботою технічного процесу (санітарок, прибиральниць) та дотриманням заходів щодо санітарно-гігієнічного режиму у відділенні (зміна білизни, профілактика пролежнів, догляд за шкірою, ротовою порожниною хворих та ін.);
- 12) ретельне ведення медичної документації, куди входять журнал прийому та передачі чергувань, журнал. Медикаментозних та порційних вимог, листки лікарських призначень, температурні листки ін.

Для сумлінного виконання обов'язків хірургічної медичної сестри за короткий проміжок часу їй необхідно вивчити великий розділ загальної хірургії, ознайомитися з основними хірургічними захворюваннями, їх діагностикою та лікуванням, особливостями догляду за хворими. Надання медичної допомоги є святим обов'язком кожного медичного працівника незалежно від рівня його освіти і спеціальності. Неуважне ставлення або невиправдане ухилення від виконання своїх обов'язків веде до юридичної відповідальності.

**Перев'язувальна**

Вимоги до перев'язувальної повинні бути такі ж, як і до операційної (світла

кімната, стеля якої повинна бути пофарбована масляною фарбою, стіни і підлога вистелені плиткою).

У перев'язувальній необхідно підтримувати ідеальну чистоту. Стіл для інструментів і перев'язувального матеріалу накривають так само, як і в операційній.

Інструменти подають корнцангом. Перев'язку проводять тільки за допомогою інструмента. Інструменти стерилізують у самій перев'язувальній або в стерилізаційній кімнаті операційного блоку. Перев'язувальна повинна бути забезпечена центральною подачею холодної і теплої води. Оптимальна температура повинна бути 18-20°C. У перев'язувальній не повинно бути сторонніх предметів, одягу, крім столу для перев'язок, столу для інструментів і перев'язувального матеріалу, шафи для медикаментів та інструментів і стільців для хворих. При проведенні перев'язок необхідно враховувати ступінь чистоти ран хворих. Хворих з ускладненнями, гнійними ранами перев'язують в останню чергу. В кінці робочого дня проводять вологе прибирання перев'язувальної і опромінення ультрафіолетовим променем (кварцування). У великих хірургічних відділеннях, як правило, є дві перев'язувальні - для "чистих" і "гнійних" хворих.

Обов'язки перев'язувальної медичної сестри:

1. Виконує призначені лікарем-ординатором маніпуляції, які дозволені для виконання медичною сестрою.
2. Супроводжує тяжкохворих після проведених маніпуляцій в палату.
3. Суворо дотримується правил асептики і антисептики.
4. Готує до стерилізації і стерилізує перев'язувальний матеріал і інструментарій згідно з діючою інструкцією.
5. Здійснює систематичний бактеріологічний контроль за перев'язувальним матеріалом, інструментарієм, приміщенням перев'язувальної.
6. Забезпечує систематичне поповнення, облік, зберігання і контролює витрачання медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментарію і білизни.
7. Інструктує молодший медичний персонал перев'язувальної і контролює його роботу.
8. Веде обліково-звітну документацію.
9. Систематично підвищує свою професійну кваліфікацію.
10. Бере участь у санітарно - просвітній роботі.

З метою профілактики гнійних захворювань і дотримання санітарно-гігієнічних норм бактеріологічна лабораторія санітарно-гігієнічної станції, якій підпорядковується лікувальному закладу, здійснює один раз у 15-20 днів бактеріологічний контроль забрудненості повітря (операційної, перев'язувальної, палат); контроль якості дезінфекції, обробки рук персоналу, стерильності хірургічного матеріалу й інструментів. Контроль мікробного забруднення повітря в операційній і перев'язувальній проводять один раз у місяць. Забрудненість повітря в палаті і перев'язувальній можна визначити за допомогою седиментаційного, фільтраційного і методу ударної хвилі повітря. Принцип седиментаційного методу полягає в тому, що мікроорганізми, які

перебувають у повітрі, осідають на горизонтальну поверхню. Для цього дослідження використовують чашки Петрі з живильним середовищем (2% агар), які протягом 15 хв. залишають відкритими в заздалегідь визначених місцях операційної чи перев'язувальної. Після цього чашки Петрі поміщають в термостат на 24 год і підраховують кількість колоній, що вирости. Фільтраційний метод дослідження полягає в просмоктуванні 10-40 л повітря через спеціальні поглиначі зі стерильною рідиною. Принцип ударної хвилі полягає в тому, що всмоктане через апарат повітря вдаряється до поверхні, яка містить живильне середовище, внаслідок чого мікроорганізми затримуються на ній. Проби повітря здійснюються за допомогою апарата Кротова.

В операційній кількості колоній мікроорганізмів на 1м<sup>3</sup> повітря не повинна перевищувати 500 до роботи і 1000 - під час і після роботи операційної. Для перев'язувальної і передопераційної допускається не більше 1000 колоній на 1м<sup>3</sup> в повітрі до роботи. Крім того, в пробі об'ємом 250 л повітря не повинно бути плазмокоагуляційного гемолітичного стафілокока. Контроль якості дезінфекції здійснюється раптово, без відома персоналу, 1-2 рази на місяць. Стерильним ватним тампоном, змоченим стерильним ізотонічним розчином хлориду натрію або 1 % розчином гіпосульфїту, проводять змив 3 10 предметів; площа змиву повинна бути 200-300 см<sup>2</sup>. Задовільну оцінку дезінфекції дають при відсутності росту кишкової палички, протей, синьо-гнійної палички, стафілокока та стрептокока.

Посіви з рук, як правило, проводить старша операційна сестра так, щоб персонал не знав, коли і у кого він буде взятий. Результати посіву повинні обговорюватися і співставлятися з частотою післяопераційних ускладнень. Такий контроль сприяє покращенню якості миття рук персоналом і зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

Крім обов'язкового повсякденного контролю ефективності стерилізації в автоклаві (перев'язувального матеріалу, білизни) за допомогою стандартних ампул або сірки, необхідно кожні 10 днів проводити посіви з простерилізованого матеріалу. Особливу увагу слід надавати якості стерилізації шовного матеріалу. Посіви з шовку, кетгуту необхідно проводити до початку стерилізації, під час її і при зберіганні не рідше одного разу в 10 днів. Для контролю стерильності рук медичного персоналу, перев'язувального і шовного матеріалу старша операційна сестра повинна мати спеціальний журнал.

Для виявлення і санації носіїв патогенної мікрофлори 1-2 рази на рік усім працівникам хірургічного відділення роблять мазки з носа і горла спеціальними тампонами. Виявлених носіїв патогенної інфекції санують в обов'язковому порядку. При відсутності позитивних результатів від лікування хронічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів і порожнини рота працівників переводять на іншу роботу.

### **Гігієна тіла, одягу, медперсоналу, гігієна білизни і одягу хворих**

Гігієнічні вимоги до медичного персоналу та хворих, які проходять курс лікування в хірургічних стаціонарах регламентується нормативними документами (наказ №720). Гігієна медперсоналу включає знання та виконання



всіх гігієнічних правил в межах своїх функціональних обов'язків. Персонал зобов'язаний систематично здійснювати перевірку стану свого здоров'я, хворі та бактеріоносії не допускаються до роботи до повного одужання.

Гігієна медперсоналу включає 3 основних елементи – особиста гігієна, гігієна професійного одягу та робочого місця, гігієна виконання медичних маніпуляцій.

Медичний персонал повинен бути взірцем чистоти і охайності. Його робочим одягом є халат, шапочка або косинка, м'які шкіряні закриті тапочки. Халат має бути зав'язаний ззаду, шапочка чи косинка повинні повністю закривати волосся. Для роздавання їжі та годування хворих має бути окремий чистий халат. Виходячи за межі лікарні, або відвідуючи санітарний вузол необхідно знімати халат. Перед кожною маніпуляцією потрібно вимити руки, а маніпуляції необхідно проводити в гумових рукавичках.

Гігієна хворого, який перебуває в хірургічному відділенні включає в себе гігієну тіла, зміну натільної і постільної білизни. Натільну та постільну білизну змінюють один раз на 7-10 днів, відразу після гігієнічної ванни(душу), або по мірі забруднення. Всю білизну необхідно прати. Мокру від поту сушити небажано. Щоразу при зміні білизни стежать, щоб простирadlo та натільна білизна були добре розправлені, щоб не утворювалися грубі згортки, які перешкоджають спокійному сну хворих, а у важкохворих нерідко сприяють утворенню пролежнів. Білизну забруднену кров'ю або іншими виділеннями, необхідно згорнути забрудненою поверхнею до середини і відправляти в щільних мішках на пральню. Сортувати білизну в палатах забороняється.

Переодягання хворих із пошкодженими верхніми кінцівками – роздягання починають із здорової руки, а одягання – із хворої руки, те саме стосується ніг.

Дотримання правил особистої гігієни, зручне ліжко, чиста постіль створюють умови для швидкого одужання хворого і запобігають ускладненням.

Постіль хворого повинна бути чистою, сухою, без згорток і рубців. Перестеляти її потрібно двічі на день – вранці та ввечері. Кожного ранку постільну та натільну білизну витрушують та провітрюють, матрац на цей час не застилають, щоб він також провітрився.

Ліжко хворого застилають таким чином – поверх сітки кладуть матрац із наматрацником, зверху стелять простирadlo, краї якого повинні бути підігнані по всій довжині під матрацом, для попередження утворення складок.

Під голову кладуть дві подушки – нижню з пір'я, а верхню з пуху, на кожную подушку одягають окремо наволочку. Подушку слід класти так, щоб нижня лежала прямо і виступала дещо з під верхньої, а верхня впиралась у спинку ліжка. Хворому дають ковдру з підковдрою, яка повинна бути бавовняною або вовняною. Постіль хворого повинна бути чистою, застеленою без складок і рубців. Зміну простирadla у лежачих хворих здійснюють починаючи згортання по довжині до середини, піднімаючи таз і збираючи простирadlo, в цей час згорнуте простирadlo підставляють під таз хворого і розгортають його із середини до країв. Можна виконати заміну простирadla іншим способом – повертають хворого на бік, згортають простирadlo з одного

боку, відразу розстилають чисте, повертають хворого на чисте простирадло, збирають брудну постіль і розстилають чисту до кінця.

### **Термометрія (техніка проведення).**

Температуру тіла хворим у лікарні вимірюють 2 рази на добу: зранку натще о 7.00 та о 16.30-17.00 до вечері. Максимальна температура тіла, яку переносить людина, дорівнює 42-43°C, мінімальна - 28°C. При температурі тіла нижче за 28°C людина не може жити.

Температуру тіла найчастіше вимірюють у глибині пахвової западини. Кожен раз перед вимірюванням температури тіла ртуть у термометрі необхідно опустити в резервуар. Для цього беруть термометр у кулак так, щоб кінець термометра з резервуаром був вільний і повернутий до низу та декілька разів струшують термометр. Потім хворий у положенні сидячи або лежачи піднімає руку. Якщо шкіра під пахвою волога, її витирають, оскільки вологість охолоджує ртуть і показники будуть дещо нижчими. У глибину западини поміщають кінець термометра з резервуаром ртуті. Після цього хворий притуляє зігнуту у ліктьовому суглобі руку до тіла. Під час вимірювання температури хворий повинен перебувати в цілковитому спокої, краще в лежачому положенні. Термометр тримають під пахвою 10хв. Показники термометра заносять в температурний листок, а термометр дезінфікують.

У дітей температуру тіла вимірюють у пахвинній складці. Для цього ногу дитини дещо згинають в кульшовому суглобі так, щоб термометр знаходився в утвореній складці шкіри.

Щоб виміряти температуру в ротові порожнині, резервуар термометра розміщують під язиком, а хворий губами притримує корпус термометра.

При вимірюванні температури в прямій кишці хворого кладуть на бік. Термометр вводять за внутрішній сфінктер на глибину 2-3см. Для полегшення введення кінець термометра змащують вазеліном. Термометр тримають 5хв. При закрепках, проносах, та захворюваннях прямої кишки, метод не використовується.

### **Маніпуляції на м'яких тканинах. Ін'єкції.**

#### **Внутрішньошкірні ін'єкції.**

*Показання до застосування:* при внутрішньошкірних діагностичних пробах(наявність підвищеної чутливості до лікарських препаратів).

*Техніка проведення:* використовують шприц разом з тонкою ін'єкційною голкою діаметром 0,4мм. Голку необхідно тримати зрізом до верху, майже паралельно шкірі, ввести її на невелику глибину так, щоб при введенні ліків утворилась папула в вигляді «лимонної шкірочки».

#### **Підшкірні ін'єкції.**

*Показання до застосування:* введення лікарських речовин для місцевого(вогнище запалення, місцевого знеболення) та загальної дії.

*Техніка проведення:* підшкірне введення лікарських речовин проводиться в зовнішню поверхню плеча, стегна, підлопаткову ділянку, передню стінку живота, чи в ділянку що вимагає місцевого лікування або ж знеболення. На місці введення шкіру обробляють спиртом, потім її беруть в складку і відтягують пальцями однієї руки, а другою проколюють шкіру голкою одягнуеною на шприц та вводять ліки.

### **Внутрішньом'язові ін'єкції.**

*Показання до застосування:* введення лікарських речовин.

*Техніка проведення:* введення лікарських речовин проводиться в верхній зовнішній квадрант сідничної ділянки чи передню зовнішню ділянку стегна. Шкіру в місці проведення ін'єкцій обробляють спиртом, фіксують пальцями, голкою довжиною 6-8см, одягнуеною на шприц, проколюють шкіру (перпендикулярно її поверхні), підшкірну клітковину, відтягують поршень шприца на себе, перевіряючи поза судинне розміщення голки і вводять ліки.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

### **6.1 Тестові завдання**

1. *Хто відмовився від лікування ран киплячими «бальзамами» і розпеченим залізом?*
  - A. Амбруаз Паре
  - B. Міндевіль
  - C. Цельс
  - D. Гален
  - E. Ібн-Сіна
2. *Хто описав основні симптоми запалення?*
  - A. Амбруаз Паре
  - B. Ібн-Сіна
  - C. Гіпократ
  - D. Гален
  - E. Цельс
3. *Що є внеском М. І. Пирогова в хірургічну науку?*
  - A. є основоположником антисептики;
  - B. є основоположником асептики;
  - C. створення топографічної анатомії, розробка основних принципів військово-польової хірургії
  - D. введення наркозу і місцевої анестезії в хірургію
  - E. вперше застосував ефірний наркоз;
4. *Хто запропонував перев'язку кровоносних судин?*
  - A. Цельс
  - B. Хуа-То
  - C. Ібн-Сіна

- D. Гіпократ  
E. Гален
5. *Хто запропонував створення носа за рахунок викроєння клаптя на плечі?*
- A. Гарвей  
B. Цельс  
C. Кананелі  
D. Гален  
E. Бранко
6. *Коли була заснована хірургічна академія в Парижі?*
- A. 1731рік  
B. 1798рік  
C. 1654рік  
D. 1707рік  
E. 1755рік
7. *Хто є представником французької школи хірургів?*
- A. Діфенбак  
B. Більрот  
C. Буш  
D. Купер  
E. Дюпюітрєн
8. *Хто вважається представником англійської школи хірургів?*
- A. Більрот  
B. Купер  
C. Дюпюітрєн  
D. Пеан  
E. Лангенбек
9. *Хто вважається представником німецької хірургічної школи?*
- A. Кохєр  
B. Купер  
C. Пеан  
D. Більрот  
E. Буш
10. *Коли був відкритий медичний факультет при Київському університеті?*
- A. 1841рік  
B. 1865рік  
C. 1831рік  
D. 1792рік  
E. 1805рік
11. *Хто вважається засновником антисептики?*
- A. Пірогов  
B. Земельвет  
C. Чаруковський  
D. Лістер

Е. Пастер

**12. Коли була введена антисептика?**

А. 1890рік

В. 1898рік

С. 1869рік

Д. 1867рік

Е. 1862рік

**13. Ким введена асептика?**

А. Бергманом і Шіммельбушом

В. Пастером

С. Лістером

Д. Кохом

Е. Фрідріхом

**14. Коли вперше була виконана операція під ефіром за пропозицією Джексона і Моритона?**

А. 1867

В. 1846

С. 1862

Д. 1847

Е. 1869

**15. В структуру хірургічної клініки входить все крім**

А. рентгенологічне відділення

В. перев'язочна

С. учбові кімнати

Д. маніпуляційна

Е. операційна

**16. Коли була введена асептика?**

А. 1876

В. 1890

С. 1846

Д. 1898

Е. 1867

**17. В який час почалася ера виконання найскладніших операцій?**

А. В 1-й половині 20ст.

В. В 1-й половині 19ст.

С. В 2-й половині 20ст

Д. В 21ст.

Е. В 2-й половині 19ст.

**18. Коли був відкритий перший урядовий лікувальний заклад – військовий госпіталь в Києві?**

А. 1671рік

В. 1840рік

С. 1701рік

Д. 1805рік

Е. 1792рік

**19. Хто вперше в історії пересадив серце від трупа хворій людині?**

- A. Петровський
- B. Бакулєв
- C. Шумаков
- D. Амосов
- E. Бернард

**20. Коли був відкритий медичний факультет при Київському університеті?**

- A. 1805 рік
- B. 1865 рік
- C. 1831 рік
- D. 1841 рік
- E. 1792 рік

**21. Учнями Караваєва були всі крім:**

- A. Волкович
- B. Іноземцев
- C. Сабаньєв
- D. Сапежко
- E. Богаєвський

**22. Хто вперше в Росії виконав пункцію перикарда?**

- A. Караваєв
- B. Яценко
- C. Шимановський
- D. Волкович
- E. Сапежко

**23. Хто вперше в Україні оперував під ефірним наркозом?**

- A. Сапежко
- B. Пірогов
- C. Скліфасовський
- D. Караваєв
- E. Шимановський

**24. Хто вважається піонером хірургії серця в Україні?**

- A. Підрез
- B. Рінек
- C. Трінклер
- D. Пірогов
- E. Малиновський

**25. Хірургічні школи в Києві пов'язані з іменами відомих хірургів крім**

- A. Кримова
- B. Сапежко
- C. Амосова
- D. Шалімова
- E. Іщенко

**26. Головною особою в хірургічній клініці являється**

- A. нач. мед

- В. керівник клініки
- С. зав.відділенням
- Д. ст.медсестра
- Е. головний лікар

**27. В структуру хірургічної клініки входить все крім**

- А. операційна
- В. маніпуляційна
- С. перев'язочна
- Д. рентгенологічне відділення
- Е. учбові кімнати

**28. Що не входить в зону стерильного режиму операційного блоку?**

- А. наркозна
- В. передопераційна
- С. стерилізаційна
- Д. апаратно-анестезійна
- Е. операційний зал

**29. Джерелом внутрішньолікарняної інфекції є крім**

- А. медична апаратура
- В. медичний персонал стаціонару
- С. хворі з гострими або хронічними інфекційними хворобами
- Д. відвідувачі
- Е. інфікований матеріал

**30. Джерелом імплантаційної інфекції є**

- А. металевий інструментарій
- В. руки хірурга
- С. операційна білизна
- Д. шовний матеріал
- Е. знеболюючі, які вводяться під час знеболення

**31. Профілактикою контактної інфекції є крім:**

- А. провітрювання операційної
- В. підготовка рук хірурга до операції
- С. використання стерильних інструментів під час операції
- Д. стерилізація хірургічних інструментів
- Е. стерилізація перев'язочного матеріалу та білизни

**32. Вимоги до особистої гігієни та одягу медичного персоналу:**

- А. особиста гігієна (догляд за руками, нігтями, волоссям)
- В. гігієна виконання медичних маніпуляцій
- С. гігієна професійного одягу (халат, шапочка, шкіряні тапочки)
- Д. гігієна особистого одягу
- Е. гігієна робочого місця

**33. Вимоги до білизни та одягу хворих хірургічного відділення:**

- А. білизна хворих змінюється 1 раз в 10 днів
- В. білизна та одяг хворих змінюється кожних 3 дня
- С. білизна та одяг хворих не змінюється протягом 7 днів

- D. натільну та постільну білизну змінюють 1раз на 7-10 днів після гігієнічної ванни
- E. білизна хворих змінюється в залежності від її забруднення

**34. Вимоги до особистої гігієни медперсоналу:**

- A. зміна хірургічних костюмів 1 раз на 10 днів
- B. щоденна зміна хірургічних халатів та костюмів
- C. зміна хірургічних костюмів, халатів, шапочок в залежності від їх забруднення
- D. зміна хірургічних костюмів та халатів 1 раз на тиждень
- E. зміна хірургічних костюмів 1раз на тиждень, а масок в залежності від їх забруднення

**35. Хворим з хірургічною патологією термометрія проводиться:**

- A. два рази на добу, або частіше за необхідністю
- B. не проводиться
- C. один раз на добу
- D. тільки вранці
- E. тільки ввечері

**36. Основні принципи дотримання санітарно-гігієнічного режиму хірургічного відділення**

- A. щоденне прибирання маніпуляційної та перев'язочно
- B. щоденне прибирання всіх при всіх приміщень хірургічного відділення
- C. щоденне прибирання палат, маніпуляційної, перев'язочної, санітарних приміщень
- D. щоденне прибирання палат
- E. щоденне прибирання всіх приміщень відділення з генеральним прибиранням один раз на тиждень

**37. Особливості дезінфекції повітря операційної**

- A. використання повітряочисних систем та бактерицидних ламп після прибирання операційної
- B. використання кварцових ламп після прибирання операційної
- C. використання повітряочисних систем після прибирання
- D. щоденне кварцування операційної
- E. провітрювання операційної після прибирання

**38. Особливості дотримання лікувально-охоронного режиму хірургічного відділення**

- A. використання масочного режиму та обмеження відвідування родичами пацієнтів в період епідемії
- B. проведення всіх заходів профілактики на період епідемії
- C. обмеження відвідування родичами хворих в період епідемії
- D. впровадження масочного режиму в період епідемії
- E. санація ротової порожнини та носу в період епідемії

**39. Які дії будуть основними в профілактиці пролежнів крім**

- A. призначення дієти
- B. часте повертання хворого



- C. протирання вразливих місць камфорним спиртом
- D. підкладання надувних пристосувань на вразливі місця
- E. слідкування за станом постільної та натільної білизни

**40. В обов'язки палатної медичної сестри входять**

- A. переливання крові
- B. перев'язка хірургічних хворих
- C. катетеризація сечового міхура металевим катетером
- D. психологічна підготовка хворих до операції
- E. виконання в/м ін'єкцій

**41. В обов'язки маніпуляційної медичної сестри входить**

- A. вимірювання температури тіла
- B. провітрювання палат
- C. визначення групи крові
- D. перев'язка хворих
- E. переодягання хворих

**42. В обов'язки старшої медичної сестри входять**

- A. вимірювання температури хворих
- B. годування важких хворих
- C. зміна постільної білизни хворих
- D. перев'язка хворих
- E. керівництво діяльністю середнього і молодшого медперсоналу

**43. Оптимальна температура води для проведення гігієнічної ванни хворому є:**

- A. 32-33°C
- B. 36-37°C
- C. 38-39°C
- D. 34-35°C
- E. 30-31°C

**44. Що лежить в основі профілактики пролежнів?**

- A. провітрювання палати
- B. вимірювання температури
- C. часте перевертання хворого
- D. очисна клізма
- E. дієта

**45. Скільки раз вимірюється температура тіла хворим в лікарні?**

- A. 1 раз (вранці)
- B. 1 раз (ввечері)
- C. 2 рази (1 раз вранці і 1 раз ввечері)
- D. 2 рази вранці
- E. 3 рази

**46. Яку максимальну температуру тіла переносить людина?**

- A. 44-45°C
- B. 42-43°C
- C. 38,6°C
- D. 37,8°C

Е. 36,5°C

**47. При температурі тіла нижче якої людина не може жити?**

- А. 28°C
- В. 30,5°C
- С. 25,6°C
- Д. 35,6°C
- Е. 34,2°C

**48. Хто веде облік та правила зберігання слабо діючих отруйних речовин в хірургічному відділенні?**

- А. зав. хірургічним відділенням
- В. маніпуляційна медична сестра
- С. постова медична сестра
- Д. керівник клініки
- Е. старша медична сестра

**49. Хто оформляє лікарняні листи у відділенні?**

- А. зав. хірургічним відділенням
- В. керівник клініки
- С. старша медична сестра
- Д. постова медична сестра
- Е. палатний лікар

**50. Хто повинен контролювати виконання хворими та їх родичами режиму дня у відділенні?**

- А. чергова медична сестра
- В. керівник клініки
- С. старша медична сестра
- Д. зав. хірургічним відділенням
- Е. молодший медичний персонал відділення

**51. Хто проводить прийом і розміщення хворих, що поступають у відділення?**

- А. зав. хірургічним відділенням
- В. санітарка
- С. палатна медична сестра
- Д. керівник клініки
- Е. старша медична сестра

**52. Хто повинен доповісти лікарю про раптове погіршення стану хворого у відділенні?**

- А. дітсестра
- В. хворі
- С. палатна медична сестра
- Д. старша медична сестра
- Е. молодша медична сестра

**53. Скільки раз і коли перестеляється постіль важкохворим?**

- А. 1 раз на добу
- В. 3 рази (вранці, в обід і ввечері)
- С. 2 рази (вранці і ввечері)

- D. 1 раз (вранці)
- E. 1 раз (ввечері)

**54. Як часто повинен обстежуватися медичний персонал на носійство черевного тифу і паразитів?**

- A. 1 раз на півроку-рік
- B. 1 раз на 2 роки
- C. 1 раз на місяць
- D. 2 рази на рік
- E. не повинен обстежуватися

**55. Як часто повинен обстежувати ся медичний персонал відділення на виявлення стафілококів?**

- A. 1 раз на місяць
- B. 2 рази на півроку
- C. 1 раз на три місяці
- D. 2 рази на місяць
- E. 1 раз на рік

**56. Що використовують з метою попередження забруднення матрацу важким хворим з нетриманням сечі і калу?**

- A. кладуть цирату на простирadlo
- B. кожний раз міняють матрац
- C. стелять 2 простирadла
- D. не міняють матрац
- E. перестеляють постіль по мірі забруднення

**57. Вимоги до особистої гігієни та одягу медичного персоналу:**

- A. особиста гігієна (догляд за руками, нігтями, волоссям)
- B. гігієна особистого одягу
- C. гігієна робочого місця
- D. гігієна виконання медичних маніпуляцій
- E. гігієна професійного одягу (халат, шапочка, шкіряні тапочки)

**58. Вимоги до білизни та одягу хворих хірургічного відділення:**

- A. білизна та одяг хворих не змінюється протягом 7 днів
- B. білизна та одяг хворих змінюється кожних 3 дня
- C. натільну та постільну білизну змінюють 1 раз на 7-10 днів після гігієнічної ванни
- D. білизна хворих змінюється в залежності від її забруднення
- E. білизна хворих змінюється 1 раз в 10 днів

**59. Вимоги до особистої гігієни медперсоналу:**

- A. зміна хірургічних костюмів 1 раз на 10 днів
- B. зміна хірургічних костюмів 1 раз на тиждень, а масок в залежності від їх забруднення
- C. щоденна зміна хірургічних халатів та костюмів
- D. зміна хірургічних костюмів та халатів 1 раз на тиждень
- E. зміна хірургічних костюмів, халатів, шапочок в залежності від їх забруднення

**60. Оптимальна температура води для проведення гігієнічної ванни хворому є:**

- A. 32-33°C
- B. 36-37°C
- C. 34-35°C
- D. 30-31°C
- E. 38-39°C

## **6.2 Ситуаційні задачі**

**1. Хворий В., 22 роки, тиждень тому вступив у відділення травматології з переломом лівої плечової кістки. Хворому проведена операція – остеосинтез з приводу перелому. У якій послідовності хворому доцільно проводити зміну сорочки?**

- A. звільнюють від сорочки ліву руку, потім спину і праву руку
- B. спочатку знімають сорочку з хворої руки, а потім зі здорової
- C. спочатку знімають зі здорової руки, а потім з хворої
- D. послідовність дій не має значення
- E. звільнюють від сорочки спину, праву руку, а потім ліву

**2. Хворий 64р., оперований з приводу захворювання шлунку. Під час операції діагностовано неоперабельна стадія пухлинного процесу. Кому необхідно оповістити в першу чергу?**

- A. родичам
- B. палатній медсестрі
- C. керівникові клініки
- D. клінічному ординатору – палатному лікарю
- E. старшій медсестрі

**3. Хворий Д., 52 роки, оперований з приводу пухлини шлунку. Які лікувальні дії необхідно провести хворому з метою профілактики запалення привушної слинної залози?**

- A. не проводити полоскання рота
- B. полоскати порожнину рота 3 рази на день
- C. полоскати порожнину рота після кожного прийому їжі
- D. полоскання порожнини рота розчином фурациліну 1 раз на день
- E. полоскання розчином фурациліну 2 рази на день

**4. В ургентному порядку оперована хвора з приводу розлитого гнійного перитоніту. Іще до закінчення операції в клініку вступив хворий із защемленою грижею, якого також потрібно оперувати в ургентному порядку. Які заходи потрібно провести в операційній, щоб як найшвидше провести операцію хворому із защемленою грижею?**

- A. провітрити операційну і оперувати
- B. оперувати зразу ж після операції з приводу перитоніту
- C. провести квартирування операційної і оперувати
- D. провітрити операційну, провести вологе прибирання з дезрозчинами, провести квартирування операційної а потім оперувати

- Е. вологе прибирання операційної дезрозчинами
5. ***Хірургічне відділення в своєму розпорядженні має лише одну перев'язочну. В якому порядку потрібно проводити перев'язку хворих з чистими і гнійними ранами?***
- А. хворих з чистими ранами перев'язують в першій половині дня, з гнійними ранами – в другій половині дня
- В. в першій половині дня перев'язують хворих з гнійними ранами, а в другій – з чистими ранами
- С. перев'язувати хворих одночасно з чистими та гнійними ранами
- Д. спочатку перев'язувати хворих з гнійними ранами, а потім, після провітрювання і квартування перев'язочної проводити перев'язку хворим з чистими ранами
- Е. спочатку проводити перев'язки хворим з чистими ранами
6. ***В приймальне відділення вступив хворий з переломом двох ребер. При обстеженні хворого в приймальному відділенні в нього ще діагностовано бешихове запалення лівої гомілки. В яке відділення лікар приймального відділення повинен госпіталізувати хворого?***
- А. в торакальне відділення
- В. у відділення чистої хірургії
- С. в гнійно-септичне відділення
- Д. в інфекційне відділення
- Е. в травматологічне відділення
7. ***В порядку невідкладної допомоги в приймальне відділення вступив хворий в дуже важкому стані. Був запрошений до хворого анестезіолог. Стан хворого вимагає інтубації трахеї із-за порушення дихання. У хворого діагностовано захворювання яке вимагає невідкладного оперативного втручання. В супроводі кого потрібно транспортувати хворого в операційну?***
- А. анестезіолога і чергової медсестри
- В. анестезіолога і чергового лікаря приймального відділення
- С. анестезіолога, чергового лікаря та чергової медсестри приймального відділення
- Д. анестезіолога
- Е. анестезіолога і середнього медперсоналу
8. ***В гнійно-септичне відділення вступив хворий з анаеробною інфекцією. Які організаційні заходи потрібно провести медперсоналом хірургічного відділення?***
- А. госпіталізувати в маленьку кімнату
- В. госпіталізувати в окрему палату
- С. госпіталізувати в окрему палату з окремим входом і виходом, виділити для лікування хворого окремий медперсонал, повідомити про хворого в санепідемстанцію
- Д. госпіталізувати в окрему палату з окремим входом і виходом
- Е. повідомити про хворого в санепідемстанцію

**9. Які призначення потрібно зробити хворому з метою запобігання запалення привушної залози, якому виконана операція – гастроектомія з приводу пухлини шлунку?**

- A. протирання слизової оболонки марлевими кульками
- B. полоскати порожнину рота фізіологічним розчином
- C. полоскання ротової порожнини 3% розчином перекису водню
- D. давати хворому пити воду з соком лимону
- E. полоскання ротової порожнини після прийому їжі

**10. В приймальне відділення доставлено хворого з переломом стегнової кістки. При огляді хворого черговим хірургом у хворого є ознаки гострого респіраторного захворювання. Який спеціаліст повинен оглянути хворого додатково?**

- A. терапевт
- B. невропатолог
- C. отоларинголог
- D. уролог
- E. пульмонолог

## **7. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

### **Основна:**

1. Желіба М.Д., Хіміч С.Д., Герич І.Д. та ін. Загальна хірургія. - К.: Медицина, 2010.- 448 с.
2. Тарасюк В.С., Новицький А.О., Новицька Л.А. Клінічне медсестринство в хірургії.- К.: Медицина, 2006.- 384 с.
3. Шегедін М.Б., Шустакевич С.Ф., Жуковський В.С. Медсестринство в хірургії.- К.: Медицина, 2008.- 120 с.
4. zakon3.rada.gov.ua
5. intranet.tdmu.edu.ua
6. Санітарно-протиепідемічний контроль лікувально-профілактичних закладів / Вінниця, 2002. – 65 с.
7. Jean-Louis Vincent. Нозокомиальна інфекція у взрослых пациентов в палатах интенсивной терапии // Медицина світу. – 2004. – Т. XVI, №3. – С. 202-213.

### **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.
4. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2002.- 499 с.
5. 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.
7. [textbook.com.ua/medicina](http://textbook.com.ua/medicina)
8. [um.co.ua](http://um.co.ua).
9. Хирургия: пер. с англ. доп. / Под ред. Ю.М. Лопухина, В.С. Саева.-М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.-1070 с.
10. Чен Г., Соннендэй К.Дж., Лилремо К.Д. Руководство по технике врачебных манипуляций (2-е издание) перевод с английского // Москва.: Медицинская литература. – 2002. – 384 с.