

**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***

Навчальна дисципліна	Догляд за хворими хірургічного профілю (практика)
Модуль № 1	Виробнича практика з догляду за хворими хірургічного профілю
Змістовний модуль № 1	Догляд за хворими хірургічного профілю
Тема заняття №2	Організація роботи в чистій перев'язочній. Десмургія, перев'язочний матеріал. Типові бинтові пов'язки. Догляд за хворими, оперованими на органах черевної порожнини, промежини кінцівках. Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки.
Курс	Другий
Факультет	Медичний №1 та №4, ЗСУ

Київ 2016

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Догляд за хворими є невід'ємною складовою частиною процесу лікування. Особливо нагальними стають питання догляду за пацієнтами в післяопераційному періоді, коли більшість з них знаходиться на постільному режимі, а наявність ран потребує виконання перев'язок та робить догляд більш складнішим.

Ще Р. Верден зазначав, що кожний медичний працівник мусить уміти правильно накласти пов'язку, а кожний хірург зобов'язаний бути майстром у цій справі. Неправильно накладена пов'язка може призвести до серйозних ускладнень і мати такі наслідки, як і погано виконана операція. Крім цього, знання десмургії необхідне лікарю будь-якого фаху для надання першої медичної допомоги потерпілим.

Гострий, динамічний перебіг захворювання у оперованих хворих потребує підвищеної пильності і відповідальності при догляді за ними. Саме тому, завжди актуальним лишається вислів, що хірургічні хворі самотійно не одужують, їх виходжують.

Професія лікаря любого фаху вимагає вміння визначати стан хворого та вміло організувати не тільки лікування, але і догляд за пацієнтом. Хоча догляд за оперованими хворими відноситься до спеціального догляду і проводиться, як і загальний догляд, середнім та молодшим медичним персоналом, дані знання і навички необхідні всім лікарям. Останні розширюють теоретичний кругозір лікаря, допомагають вихованню важливих моральних якостей, притаманних лікарській професії - чуйному ставленню до хворих, гуманізму, милосердю, відданості громадському обов'язку.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- Визначити поняття „післяопераційний період”.
- Класифікувати післяопераційний період.
- Трактувати фази післяопераційного періоду.
- Вивчити особливості догляду за пацієнтами, що перенесли оперативне втручання на кінцівках.
- Вивчити особливості догляду за пацієнтами, що перенесли оперативне втручання на животі та промежині.
- Вивчити особливості догляду за пацієнтами ортопедичного та травматологічного профілю.
- Вивчити особливості харчування в післяопераційному періоді.
- Опанувати типові бинтові пов'язки на живіт.
- Опанувати типові бинтові пов'язки на промежину.
- Опанувати типові бинтові пов'язки на кінцівки.
- Класифікувати пов'язки, що твердіють.

- Засвоїти формулу медичного гіпсу та технологію його виготовлення.
- Знати лікувальні властивості гіпсу.
- Продемонструвати проби на визначення якості гіпсу.
- Узагальнити правила гіпсової техніки.
- Знати види гіпсових пов'язок.
- Засвоїти показання та протипоказання до лікування гіпсовими пов'язками.
- Вивчити ускладнення при лікуванні гіпсовими пов'язками;
- Організувати і продемонструвати накладання гіпсової пов'язки.

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

<i>Назви попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
<i>Анатомія людини</i>	Описати особливості будови зовнішніх покривів людини.
<i>Хімія</i>	Визначати хімічну структуру гіпсу.
<i>Фізика</i>	Визначати та ідентифікувати параметри чинників фізичної дії, що використовуються для боротьби з інфекцією.
<i>Пропедевтика терапії</i>	Догляд за лежачими пацієнтами.
<i>Мікробіологія</i>	Описати основні групи та властивості бактеріальної флори.

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>
Асептика (aseptica)	Комплекс лікувально-профілактичних заходів та методів, що спрямовані на запобігання потрапляння потенціальних збудників захворювання в рану, на поверхні, в органи і порожнини тіла пацієнта.
Антисептика (antiseptica)	Комплекс заходів, що спрямовані на знищення або подавлення росту потенційно небезпечних мікроорганізмів в рані, патологічному вогнищі, в організмі хворого в цілому та оточуючому середовищі.
Пролежень	Асептичний некроз шкіри і розташованих нижче тканин внаслідок порушення мікроциркуляції при тривалому стисненні.
Хірургічна інфекція	Процес взаємодії мікроорганізму з макроорганізмом, при яких виникає проникнення

	мікроорганізму в органи хазяїна, розмноження мікроорганізму і можливе ураження тканин (інвазія) в результаті прямої дії включає виділення мікроорганізмом токсинів або шляхом імунних реакцій.
Фістула	Трубчастий канал (патологічний або спеціально створений з лікувальною метою), що з'єднує орган з поверхнею шкіри (слизової оболонки) чи з іншим органом.
Пов'язка	Перев'язочний матеріал з можливим вмістом лікарської речовини, накладений і укріплений на поверхні тіла пацієнта з лікувальною метою.
Імобілізація (immobilisatio)	Створення умов повної нерухомості або зменшення рухомості однієї або кількох частин тіла.
Ексудат	Рідина, багата на білок та форменні елементи крові, що утворюється при запаленні.

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Визначення поняття післяопераційний період.
2. Класифікація післяопераційного періоду.
3. Фази післяопераційного періоду.
4. Особливості догляду за пацієнтами, що перенесли оперативне втручання на кінцівках.
5. Особливості догляду за пацієнтами, що перенесли оперативне втручання на животі та промежині.
6. Особливості догляду за пацієнтами ортопедо-травматологічного профілю.
7. Особливості харчування в післяопераційному періоді.
8. Типові бинтові пов'язки на живіт.
9. Типові бинтові пов'язки на промежину.
10. Типові бинтові пов'язки на кінцівки.
11. Види пов'язок, що твердіють.
12. Формула медичного гіпсу та його виготовлення.
13. Лікувальні властивості гіпсу.
14. Проби на якість гіпсового порошку.
15. Правила гіпсової техніки.
16. Види гіпсових пов'язок.
17. Показання та протипоказання до лікування гіпсовими пов'язками
18. Ускладнення при лікуванні гіпсовими пов'язками.
19. Техніка заготовки та накладання гіпсової пов'язки.

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

1. Накласти бинтові пов'язки на кінцівки, промежину та живіт;

2. Виконати проби на якість гіпсового порошку;
3. Накласти та замінити асептичну пов'язку;
4. Приготувати гіпсового бинта, техніку його замочування та накладання на кінцівки;
5. Провести очисну клізму та постановку газовідвідної трубки;
6. Замінити натільну білизну у важкохворого;
7. Замінити постіль у важкохворого;
8. Провести туалет та харчування важкохворого;
9. Підібрати необхідних інструментів для зняття гіпсової пов'язки.

5. ЗМІСТ ТЕМИ

Період лікування пацієнта від моменту закінчення операції до видужання називається **післяопераційним**.

Основним завданням в післяопераційного періоду є:

- 1) сприяння процесам регенерації та адаптації;
- 2) попередження, своєчасне виявлення та боротьба з ускладненнями;
- 3) якнайшвидше відновлення працездатності.

Післяопераційний період починається з моменту закінчення оперативного втручання і закінчується повним одужанням пацієнта чи стійкою втратою працездатності.

За клінічною класифікацією післяопераційний період поділяється на:

- ранній (3–5 діб);
- пізній (2–3 тижні);
- віддалений (реабілітації) від 3 тижнів до 2–3 місяців.

Ранній період характеризується впливом на організм безпосередньо травми, наслідків наркозу та вимушеним положенням пацієнта. Перебіг цього періоду зазвичай типовий і не залежить від виду операційного втручання. А особливості пізнього чи віддаленого періодів повністю залежать від виду захворювання чи травми та характеру операції.

За характером змін, що зазнає організм в післяопераційному періоді можна виділити такі фази:

- **катаболічну фазу**: звичайно триває 5–7 діб. Її перебіг залежить від важкості стану пацієнта в передопераційному періоді та травматичністю самої операції. В цій фазі в організмі підсилюються процеси катаболізму (підвищений розпад білку, при чому втрата білку може досягати значних меж, при тяжких втручаннях до 40 г на добу), тканинний ацидоз, збільшується надходження в кров кетахолоамінів, глюкокортикоїдів, альдостерону та ін. Нейрогуморальні процеси призводять до змін судинного тону, що порушує процеси мікроциркуляції та окисно-відновних реакцій.

- **фаза зворотного розвитку**: триває 3–5 діб. В цей період знижується активність симпатoadреналової системи, нормалізується білковий обмін (відмічається позитивний азотистий баланс), активізується синтез глікогену та

жирів. В цій фазі поступово процеси анаболізму починають переважати над процесами катаболізму.

- **анаболічна фаза:** характеризується активним відновленням функцій порушених в катаболічній фазі, активізується нервова системи, підвищується активність соматотропіна, зростає синтез білку, відновлюються запаси глікогену. Завдяки цим процесам прогресує регенерація, ріст і розвиток пошкоджених структур.

Догляд за пацієнтами у післяопераційному періоді, що перенесли втручання на кінцівках (переломи, вивихи, захворювання), на животі та промежині.

Специфіка роботи травматолого-ортопедичного відділення накладає відбиток на правила догляду за такими пацієнтами.

Що стосується основ загального догляду за пацієнтами у стаціонарі, то вони залишаються такими ж, як і у відділеннях іншого хірургічного профілю. І важливість їх дотримання не лише не зменшується, а, навпаки, збільшується, оскільки травма ускладнює перебіг будь-якого іншого захворювання.

Основою загального догляду є спостереження за:

- ❖ *серцевою діяльністю* (підрахунок пульсу, вимірювання артеріального тиску, оцінка больових відчуттів у ділянці серця);
- ❖ *функцією органів дихання* (підрахунок кількості видихів за хвилину, виявлення задишки, болю в грудях при диханні), за кольором шкіри;
- ❖ *функцією органів травлення* (годування хворих, своєчасне випорожнення кишечника, клізми, правильна оцінка різних диспепсичних розладів, збір екскрементів для аналізів, особливо, коли виникає підозра на будь-яке кишкове захворювання, та ін.);
- ❖ *функцією виділення сечі* (виявлення затримки сечі і переповнення сечового міхура, катетеризація, установка постійного катетера, промивання сечового міхура тощо).

Неабияке значення в роботі медичної сестри травматологічного відділення має правильна *оцінка психосоматичного стану пацієнта*: чи адекватне (нормальне) його відношення до сусідів по палаті, медичного персоналу, як ставиться до лікування, чи дотримується призначеного лікарем режиму.

До загального догляду входить також виконання медичною сестрою різних ін'єкцій, вливань, вимірювання температури, спостереження за чистотою тіла пацієнта, виявлення педикульозу, миття і годування пацієнтів, накладання пов'язок, компресів, ставлення банок, клізм тощо. Медсестра має також бути обізнана з основами раціонального годування пацієнтів.

У пацієнтів, що видужують після операцій на черевній порожнині, промежині, необхідно пильно щодня обстежувати ділянку живота на наявність здуття, його м'якість, появу болісних відчуттів. Слідити за кількістю та характером виділення з дренажів. Головні ускладнення: повільне поновлення

перистальтики, нездатність анастомозів, прихована кровотеча та утворення абсцесів.

Особливо уважно слід стежити за чистотою промежини. Після дефекації ділянку промежини обмивають з допомогою ватного тампона теплою водою або розчином антисептиків.

Догляд за пацієнтами у ранньому післяопераційному періоді.

Частина пацієнтів надходить після операції до післяопераційних палат або у палати інтенсивної терапії, якщо операція провадилась під загальним знеболюванням. Основна ж маса оперованих перебуває під наглядом у загальних палатах травматологічного (хірургічного) відділення.

Після операції пацієнти потребують особливої уваги і дбайливого догляду. Всі пацієнти, незалежно від віку, виду знеболювання та характеру оперативного втручання мають бути доставлені з операційної у відділення на каталці. Медична сестра за допомогою чергової санітарки обережно перекладає пацієнта у постіль, створюючи необхідне положення оперованим сегментам. Пацієнти, прооперовані під місцевим знеболюванням, беруть активну участь у процедурі укладання в ліжку, полегшуючи цим завдання персоналу.

Після операції під загальним наркозом пацієнта кладуть на спину без подушки, повернувши голову ліворуч, щоб не западав язик і у зв'язку з цим не порушилась прохідність верхніх дихальних шляхів, а також не затікали блювотні маси у трахею.

Після пробудження від наркозу і в найближчі **2-3 години** пацієнтам **не треба** давати пити. При блюванні необхідно повернути голову пацієнта вліво і тримати її так до зникнення блювотного рефлексу. Потім за допомогою марлі чи рушника треба старанно видалити залишки блювотини з порожнини рота і носоглотки, щоб вона не потрапила в дихальні шляхи.

Послідовність дій при блюванні:



1. Одягніть гумові рукавички.
2. Поверніть пацієнта на бік, а якщо це протипоказано, поверніть голову пацієнта на лівий бік для попередження аспірації блювотних мас.
3. Шию і грудну клітку прикрийте рушником.
4. Підставте до рота пацієнта лоток або таз.
5. Після кожного акту блювання обробіть порожнину рота водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату, якщо це необхідно, то відсмокчіть залишки блювотних мас із рота за

допомогою грушоподібного балона.

Інтоксикація лікарськими речовинами.

У деяких пацієнтів спостерігається підвищена чутливість до місцевих анестетиків (новокаїну). Ознаки інтоксикації - червоніє шкіра, знижується артеріальний тиск, появляється блювання, а пізніше ціаноз - можуть проявитися

під час операції або зразу після неї. При розвитку цих симптомів медична сестра повинна негайно викликати лікаря.

Порушення терморегуляції. В окремих випадках у організмі пацієнта може порушитись терморегуляція. Інколи вже під час наркозу у пацієнта спостерігається сильний озноб. У цьому разі не можна обмежуватися лише прикладанням теплих грілок до ніг, необхідне загальне зігрівання тіла.

Озноб може бути першою ознакою іншого ускладнення післянаркозного періоду – гіпертермії. У цьому випадку температура тіла може підвищуватись до **40-42 °C** і навіть більше.

Необхідно пам'ятати, що підвищення температури тіла пацієнта на **1°C** супроводжується почастищенням пульсу на **8-10 уд./хв.** Якщо в оперованого частота пульсу випереджує температуру або температура знижується, а пульс частішає, це вказує на несприятливий перебіг післяопераційного періоду. При такому ускладненні бліднуть шкірні покриви внаслідок спазму кровоносних судин. Гіпертермія призводить до порушення обмінних процесів у тканинах та органах. У клітинах нагромаджується вода, що може зумовити набрякання головного мозку. Це ускладнення небезпечне для життя пацієнта. При гіпертермії зусилля медичного персоналу мають бути спрямовані одночасно на зменшення теплопродукції в організмі пацієнта і збільшення тепловіддачі. З цією метою внутрішньовенно вводять 4–5 мл 50% розчину анальгіну. Тепловіддача збільшується при охолодженні за допомогою фізичних факторів, але перед цим слід ліквідувати спазми судин шкіри. Для цього застосовують гангліоблокуючі препарати в малих дозах: 0,5 мл 5% розчину пентаміну, 0,5 мл 2,5% розчину гексонію (вводять внутрішньом'язово).

Якщо після введення указаних препаратів температура тіла не знижується, вдаються до фізичних способів охолодження. Використовують вентилятор, який створює постійний приплив повітря над пацієнтом. Крім того, рекомендують прикладати поліетиленові мішечки або гумові міхури з льодом у ділянках проекції великих судин: у паху, пахвових западинах, на бокових поверхнях ший. З цією ж метою промивають шлунок водою температури 12–15°C, роблять клізми охолодженим до 6–8°C фізіологічним розчином.

При поєднанні медикаментозної дії з фізіологічним охолодженням вдається протягом **1,5–2 години** ліквідувати стан гіпертермії.

Догляд за пацієнтами при руховому збудженні. Інколи під час пробудження від наркозу пацієнти стають надто збудливими, намагаються зняти пов'язку, встати з постелі, рвуть на собі одяг, кричать, кличуть когось. Це може призвести до непередбачених ускладнень: порушення цілості незміцнілої гіпсової пов'язки, повторних переломів, розривів м'язів та сухожиль, зміщення кісткових уламків, розходження швів на шкірі тощо. Пацієнти у цьому стані можуть одержати тілесні ушкодження. Тому треба заздалегідь фіксувати кінцівки і тулуб пацієнта до ліжка за допомогою складених уздовж простирادل або спеціально зшитих стрічок з тканини.

Лікування післяопераційного болю. Після операцій протягом 2–4 діб пацієнти зазнають досить інтенсивного болю у зоні втручання. У цей період необхідно провадити відповідне знеболювання. Після операції вводять

наркотичні засоби (омнопон, промедол) або анальгетики (кетанов, дексалгін, депіофен, диннастат, нурофен, баралгін). Наркотичні засоби медична сестра вводить **суворо** за призначенням лікаря.

Догляд за шкірою і слизовими оболонками

Пацієнти в **перший день** після операції бліді, але наступного дня шкіра, як правило, набуває нормального кольору.

Посилення блідості шкіри може вказувати на внутрішню кровотечу.

Поява гіперемії шкіри обличчя, а також підвищення температури тіла може бути ознакою запалення легень.

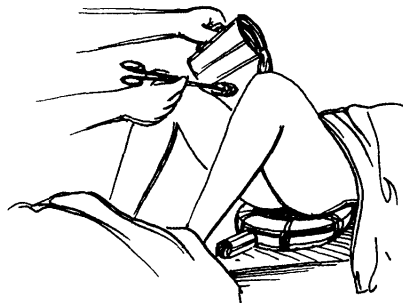
Іктеричність шкіри і склер вказує на патологію печінки і жовчних шляхів. Шкірні покриви необхідно утримувати в чистоті, для чого лежачому пацієнту допомагають мити обличчя і руки, проводять часткову санітарну обробку шкіри подібно до того, як при підготовці до екстреної операції. Після кожного акту дефекації, а також при забрудненні ділянки геніталій пацієнтів необхідно підмивати.

Техніка підмивання пацієнта:

Матеріальне забезпечення: кухоль із теплою (30–35 °С) водою або із розчином водорозчинних антисептиків (Хлоргексидин, Декасан, Октенісепт), корнцанг, серветка, судно, гумові рукавички.

Алгоритм дії:

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Підведіть під крижі пацієнта ліву руку, допоможіть йому підняти таз.
3. Правою рукою підведіть і розправте під тазом клейонку, поверх якої помістіть судно й опустіть таз пацієнта.
4. Встаньте справа від пацієнта і, тримаючи глечик у лівій руці, а корнцанг із серветкою – в правій, наливайте антисептик із глечика на ділянку статевих органів, серветкою в цей час протирайте промежину, шкіру навколо неї, здійснюючи рухи від статевих органів до заднього проходу (спереду назад).
5. Просушіть іншою серветкою шкіру промежини у тому ж напрямку, заберіть судно і клейонку.



Необхідно пам'ятати, що пахвові і пахвинні ділянки та складки шкіри під молочними залозами необхідно обробляти частіше (особливо у повних людей), оскільки в цих ділянках часто виникає попрілість та застосовувати цинкову мазь, Судокрем.

Профілактика легневих ускладнень. Вимушене положення пацієнтів у постелі, порушення дренажної функції бронхів, пригнічення під впливом наркотиків дихального центра і кашлюкового рефлексу – все це створює

передумови для зменшення вентиляції легень в післяопераційному періоді. У зв'язку з цим можливий розвиток пневмонії та ателектазу.

Для профілактики подібних ускладнень пацієнтів якомога раніше переводять на активний режим, проводять їм лікувальну дихальну гімнастику, призначають кисневу терапію, лужно-масляні інгаляції.

Активний режим пацієнта після операції полягає у активних рухах непроперованими кінцівками вже через кілька годин після операції. Медична сестра допомагає пацієнту сісти в ліжку й повернутися вбік, якщо це дозволяє спосіб фіксації оперованого сегмента. Деяким пацієнтам після порівняно невеликої за обсягом операції можна вже через декілька годин дозволити вставати з ліжка. Активний режим корисний особливо для пацієнтів похилого віку.

Під впливом лікувальної дихальної гімнастики у післяопераційному періоді поліпшується кровообіг, збільшується вентиляція легень, розправляються ателектазовані ділянки легеневої тканини. Після сеансу лікувальної дихальної гімнастики зменшується задишка, збільшується об'єм вдиху, поліпшується альвеолярна вентиляція.

Достатньому розправленню легень сприяють також періодичні видихи в резервуар з одним отвором, що створює підвищений опір. З цією метою пропонується пацієнтам надувати гумові кульки або надувні круги, волейбольні камери. Така процедура сприяє підвищенню внутрішньолегеневого тиску, розправленню запалих альвеол.

Інгаляцію кисню найзручніше проводити за допомогою носового катетера, введеного у нижній носовий хід. Кисень повинен спочатку пройти через зволожувач. Аерозолі складаються з різноманітних сумішей, що містять соду, антисептики, суміші трав, антибіотики.

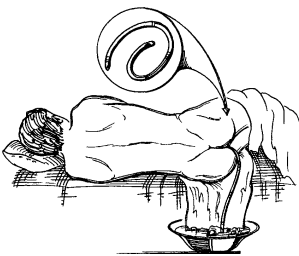
Оксигенація за допомогою кисневої подушки. Киснева подушка – це прогумований мішок, який має в комплекті гумову трубку з краном і мундштук. Вона вміщує від 25 до 75 л кисню, яким її заповнюють із кисневого балона. Перед початком оксигенації мундштук обмотують 2–3 шарами вологої марлі, для зволоження кисню застосовують натрію гідрокарбонат або медичний спирт. Потім мундштук щільно притискають до рота пацієнта і відкривають кран, за допомогою якого орієнтовно регулюють надходження кисню. Вдих проводиться через мундштук ротом, а видих – носом. Коли кількість кисню в подушці значно зменшиться, для збільшення його надходження необхідно натискати на подушку вільною рукою. Після використання мундштук двічі протирають 3 % розчином перекису водню або 70° етиловим спиртом.

Порушення функції кишечника. Після будь-якої операції під наркозом пацієнту не дозволяється пити 2–3 год. Пацієнту можна змочувати порожнину рота невеликими порціями кип'яченої води.

Дуже часто після операцій, які виконувалися під загальним наркозом, відмічається здуття кишечника. Роздуті петлі кишечника і розтягнутий гіпотонічний шлунок піднімають діафрагму, що утруднює діяльність серця й легень. Застій кишкового вмісту може зумовити також інтоксикацію організму

пацієнта. У такому разі необхідно ввести пацієнту газовідвідну трубку та спорожнити шлунок через зонд. Також за призначенням лікаря можуть проводитись призначення проносних ректальних супозиторій, гіпертонічні або сифонні клізми. Перше самостійне відходження газів, а також поява перистальтики є сприятливими ознаками.

Техніка застосування газовідвідної трубки:



Матеріальне забезпечення: газовідвідна трубка, судно, церата, вазелін, серветки, гумові рукавички.

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Покладіть пацієнта на лівий бік.
3. Постеліть під таз пацієнта церату, на неї поставте тепле судно.
4. Змастіть заокруглений кінець трубки вазеліном.
5. Розведіть лівою рукою сідниці пацієнта й обертальними рухами правої руки обережно введіть трубку в анальний отвір. Якщо пацієнта не можна повертати на бік, маніпуляцію зробіть у положенні на спині при зігнутих в культових і колінних суглобах і дещо розведених ногах.
6. Трубку введіть в пряму кишку на 20–30 см, зовнішній кінець її опустіть у судно.
7. Тримайте трубку у кишці не більше 2 год.
8. Після закінчення маніпуляції шкіру навколо ануса протріть або обмийте теплою водою, а потім змастіть вазеліном. Газовідвідну трубку помийте теплою водою з милом, на 30 хвилин замочіть в 1 % розчині хлораміну і прокип'ятіть.

Проносні клізми показані для стимуляції самостійної дефекації у післяопераційний період, а також при важких запорах, підвищенні внутрішньочерепного тиску, при крововиливах у мозок.

Техніка проведення проносної клізми:

Матеріальне забезпечення: грушоподібний балон, газовідвідна трубка, 100–200 г олії (соняшникової або вазелінової), підігрітої до температури 34–38 °С, церата, шприц Жане, 200 мл 10 % розчину хлориду натрію або 25 % розчину сульфату магнію чи сульфату натрію, гумові рукавички.

Олійна клізма (алгоритм дії):

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Наберіть у грушоподібний балон 150 мл теплої рослинної олії.
3. Змастіть газовідвідну трубку вазеліном.
4. Попросіть пацієнта лягти на кушетку, покриту цератою, на лівий бік, зігнута ноги в колінах і підтягнути до живота.
5. Розведіть сідниці, введіть газовідвідну трубку в пряму кишку на 20 см.
6. Приєднайте до трубки грушоподібний балон, повільно введіть олію.
7. Затисніть газовідвідну трубку затискачем або перегнувши її. Наберіть у балон повітря, приєднайте до газовідвідної трубки і введіть в неї трохи повітря, щоб проштовхнути рідину, яка залишилась у газовідвідній трубці.
8. Витягніть газовідвідну трубку.

Гіпертонічна клізма (алгоритм дії):

- 1 Одягніть гумові рукавички.
- 2 Підігрійте гіпертонічний розчин хлориду натрію до 37–38 °С.
3. Наберіть у грушоподібний балон 200 мл 10 % розчину хлориду натрію.
4. Виконайте дії № 3–7 попередньої маніпуляції.
5. Попросіть пацієнта затримати дефекацію на 30 хв.

Протипоказання: тріщини заднього проходу, геморої у гострій стадії, гнійні і виразкові запальні процеси в прямій кишці.

Крім того, для стимуляції перистальтики під шкіру обережно вводять 1 мл 0,05% розчину прозерину. Стимулює моторику р-н метоклопраміду (Церукал) 2,0 в/м. Також необхідно перевірити рівень електролітів крові, зокрема K⁺.

Порушення сечовипускання

Часто після операцій на органах черевної порожнини, особливо на органах малого таза, відбувається затримка сечі. Головна причина – це боязнь болю при скороченні м'язів живота і невміння спорожнити сечовий міхур лежачи. Якщо це можливо, необхідно дозволити пацієнту сечовипускання у звичайному положенні. При затримці сечі можна покласти грілку на надлобкову ділянку або промежину. Необхідно спробувати викликати сечовипускання рефлекторно. Для цього треба відкрити кран з проточною водою в палаті. При відсутності ефекту проводять катетеризацію сечового міхура:

Лівою рукою тримають статевий член у вертикальному положенні за головку і, трохи натягуючи його, правою рукою обережно вводять у зовнішній отвір сечовивідного каналу гумовий катетер, змочений стерильним гліцерином або вазеліновим маслом. Відтак поступово без будь-яких зусиль просувають катетер по каналу. Інколи відразу до сечового міхура катетер не потрапляє через спазм сфінктера. Тому слід трохи витягти катетер і потім знову спробувати провести його через ділянку сфінктера. Після припинення виділення сечі по катетеру треба трохи натиснути лівою рукою на ділянку сечового міхура над лобком, щоб повністю його спорожнити. Потім катетер витягають або залишають катетер Фолея за показаннями лікаря. Якщо ж гумовий катетер не вдається провести, треба спустити сечу металевим катетером. Чоловікам металевий катетер вводить тільки лікар.

У жінок провести катетеризацію сечового міхура не важко у зв'язку з особливостями будови сечовивідних шляхів.

Спостереження за станом пов'язки на рані. В обов'язки палатної медичної сестри входить також спостереження за пов'язкою. Досвідчена сестра має знати особливості проведення оперативного втручання (проводилося воно зі джгутом чи без нього, залишені у рані випускники чи вона зашита наглухо). Якщо рана зашита не щільно або у ній є дренажі, необхідно особливо ретельно стежити за станом пов'язки. Вона може просякнути виділенням з рани чи кров'ю. Про можливість просякнення пов'язки треба сказати пацієнту, щоб він не перелякався. Протягом чергування медична сестра декілька разів оглядає пов'язку на рані, відзначаючи інтенсивність виділення, його запах, колір та ін. При надмірному просяканні пов'язки за короткий проміжок часу, особливо кров'ю, треба мати на увазі можливість повторної кровотечі з рани. Це буває

при зісковзанні лігатури після операції, а також при оперативних втручаннях, проведених під джгутом, коли на деякі малі судини не накладають лігатури. Помітивши швидке просякання пов'язки кров'ю, медична сестра повинна негайно викликати лікаря.

При запальних процесах, некрозі тканин, при глибоких опіках можуть виникати так звані арозивні кровотечі, тобто кровотечі, що виникли внаслідок руйнування стінки судини. У таких випадках у пацієнта зненацька виникає масивна кровотеча. Палатна медична сестра має негайно **зупинити кровотечу**, притиснувши рукою відповідну магістральну судину проксимальніше від рани: при кровотечі з ноги – у паховій складці, при кровотечі з руки – на внутрішній поверхні плеча або в паховій западині. Притиснувши артерію, сестра посилає кого-небудь з персоналу за лікарем. На випадок таких кровотеч у коридорі відділення на видному місці **завжди** має висіти **кровоспинний джгут**. Про це повинні знати всі медичні сестри відділення та молодший медичний персонал.

Спостереження за післяопераційною раною

Можливі ускладнення з боку операційної рани: кровотеча, розвиток інфекції, розходження швів.

Основна профілактика розвитку інфекції полягає в неухильному і чіткому виконанні правил асептики та антисептики в операційному періоді. У післяопераційному періоді особливу увагу треба приділити адекватному функціонуванню дренажів, а також дотримуватися всіх заходів щодо попередження вторинного інфікування рани (при перев'язках, огляді рани, лікуванні в фізіотерапевтичному відділенні).

Після операції на ділянку післяопераційної рани, якщо дозволяють гіпсові пов'язки, необхідно покласти міхур із льодом. Міхур із льодом сприяє звуженню кровоносних судин шкіри, а також прилеглих тканин і зниженню чутливості нервових рецепторів. Його заповнюють дрібними шматочками льоду, витискають залишки повітря, щільно закривають кришку, обгортають рушником і прикладають до рани. Не можна наливати в міхур воду і заморожувати її в морозильнику, оскільки поверхня утвореного льоду буде дуже великою, що може призвести до переохолодження ділянки рани. Міхур із льодом можна тримати 2–3 години, а при необхідності й більше, але через кожні 20–30 хвилин його обов'язково треба забирати на 10–15 хвилин. У міру того, як лід у міхурі буде танути, воду необхідно зливати, а кусочки льоду додавати.

На наступний день після операції більшості пацієнтам показана перев'язка. Перев'язка пацієнтів проводиться в умовах малої операційної чи перев'язувальної, матеріал для перев'язування має бути стерильним. Якщо у пацієнта була накладена гіпсова лонгета, остання знімається, розбинтовується бинтова пов'язка, рана промивається перекисом водню, антисептичними розчинами, висушується. Після огляду рани, контролю функціонування дренажів накладається асептична пов'язка (при необхідності з мазевою основою). В подальшому треба уважно стежити, щоб пов'язка добре лежала і щоб не оголилася рана. В ранньому післяопераційному періоді пов'язка може незначно просочитися кров'ю, в такому випадку її підбинтовують новими

бинтами. В разі значного просочування пов'язки кров'ю треба негайно повідомити лікаря, бо це може свідчити про таке ускладнення як кровотеча.

Протягом першого тижня перев'язку слід виконувати кожен день, а далі – за показаннями. Також у профілактиці ранової інфекції дуже важливу роль відіграють антибіотики. Але навіть при застосуванні найсучасніших антибактеріальних препаратів нехтувати правилами асептики та антисептики неприпустимо.

У разі нормального перебігу процесів регенерації та загоєння рани шви можна зняти на 12–14 день.

До ускладнень також відноситься розходження швів. Це може статися у разі технічної помилки при виконанні операції, або як наслідок гнійного розплавлення рани.

Профілактика та лікування пролежнів

Пролежні – це асептичний некроз шкіри і розташованих нижче тканин внаслідок порушення мікроциркуляції при тривалому стисненні. При операціях на нижніх кінцівках пролежні зазвичай утворюються внаслідок тривалого перебування пацієнта у ліжку, а також при недоліках у догляді. Типовими місцями утворення пролежнів є ділянка *потилиці, лопаток, задньої поверхні ліктьового суглоба, куприка*. Саме в цих ділянках кістки розташовані досить поверхнево і виникає виражене стискання шкіри та підшкірної клітковини. Найчастіше пролежні виникають у людей похилого віку та у пацієнтів з порушеннями мікроциркуляції (цукровий діабет, ангіопатії та ін).

Розрізняють 4 стадії розвитку пролежнів:

- Перша стадія пролежнів характеризується ущільненням тканин в місці ураженої ділянки та її гіперемією, може спостерігатися набряк. У цій стадії пролежні дуже добре піддаються антибактеріальній терапії з застосуванням ранозагоювальні лікарських препаратів.
- Друга стадія характеризується утворенням пролежнів в області уражених ділянок ерозій і виразок. Але, на етапі цієї стадії ще не відбувається належного ураження тканини. Вражений виключно верхній шар епідермісу. Друга стадія також вдало підлягає терапії і при добре підбраною і проведеної тактиці можливо стійке поліпшення стану хворого з пролежнями.
- Третя стадія пролежнів характеризується глибоко інтенсивними ураженнями тканин, які знаходяться під шкірним покривом. Відбувається пошкодження шару підшкірного, що, в підсумку, призводить до незворотних некротичних уражень. Ця стадія вкрай важко піддається терапії.
- Четверта стадія характеризується надмірними ушкодженнями і некротичними змінами м'яких тканин, а також порушенням кровообігу в даних місцях. Такі зміни можуть призвести, у кінцевому рахунку, до найсильнішої інтоксикації всього організму і подальшого зараження крові (сепсису).

Стадії розвитку пролежнів:

- стадія ішемії (тканини стають блідими, порушується чутливість);
- стадія поверхневого некрозу (з'являється припухлість, гіперемія, в центрі утворюються ділянки некрозу чорного чи коричневого кольору);

- стадія гнійного розплавлення (приєднується інфекція, прогресують запальні зміни, з'являються гнійні виділення, процес поширюється вглиб, аж до некрозу м'язів і кісток).

Профілактика пролежнів

Для профілактики пролежнів лежачим пацієнтам підкладають гумові надувні круги, 2–3 рази на день, ділянки де можливе утворення пролежнів, протирають камфорним спиртом, часто змінюють положення пацієнта у ліжку, застосовують масаж. Найкращим способом профілактики пролежнів є активне ведення післяопераційного періоду (по можливості раннє вставання з ліжка, сидіння пацієнтів), це також сприяє профілактиці тромбоемболії легеневої артерії. Широко використовуються протипролежневі матраци з компресором. Використання матраца знижує ризик утворення і розвитку пролежнів і створює сприятливі умови для медикаментозної та постхірургічної терапії.

Лікування пролежнів

При лікуванні пролежнів необхідно дотримуватися всіх правил профілактики пролежнів, так як це усуває етіологічну причину пролежнів, та запобігає прогресуванню процесу.

Місцева обробка пролежнів залежить від стадії процесу:

- стадія ішемії – шкіру обробляють камфорним спиртом, який викликає розширення судин та покращення кровообігу;
- стадія поверхневого некрозу – ділянку некрозу обробляють 1% спиртовим розчином діамантового зеленого. Зазначені речовини мають дублячий ефект, сприяють утворенню струпу попереджають інфікування;
- стадія гнійного розплавлення—лікування відбувається за принципами лікування гнійної рани.

Однак у більшості випадків пролежні являються ознакою недбалого догляду за пацієнтом і попередження їх є основним завданням догляду в післяопераційному періоді.

Догляд за пацієнтами з фістулами. Для захисту шкіри навколо нориці від подразнень її часто обмивають теплою водою з милом або розчином антисептику, замість мочалки користуються ватно-марлевым тампоном. Після миття шкіру висушують і змащують навколо нориці дитячим кремом, вазеліном. При подразненні шкіри - пастою Лассара, цинковою або димедроловою маззю, присипають. При накладанні пов'язок не рекомендують закривати перев'язувальний матеріал клеолом, липким пластирем; якщо у фістулу лікар увів дренаж і він закупорився, його необхідно обережно промити антисептичним розчином. Коли дренаж випав із фістули, медична сестра не повинна вводити його самостійно. Хворі з тонкокишковими фістулами втрачають дуже багато води і солей, тому їм необхідне відповідне харчування і лікування.

Для тимчасового закриття нориці застосовують obturatori. Найпростіший obturator можна зробити з двох пробок із флакона для розчинів. Із пробок вирізають пластинки товщиною 3-4 мм, діаметр однієї не обмежений, а іншої (внутрішньої) повинен бути в 2 рази більшим за діаметр нориці. Обидві

пластинки прошивають товстою ниткою і не зв'язують (у готовому вигляді обтуратор нагадує запонку). Внутрішню пластинку згинають затискачем і вводять у норицю, де вона розправляється і закриває хід, а зовнішню на прошитих нитках підтягують до шкіри, зовні нитки зв'язують. Поверх обтуратора кладуть серветку з пастою Лассара.

Догляд за пацієнтами в гіпсовій пов'язці.

Гіпсова пов'язка – найчастіший в травматології вид іммобілізації. Застосовується при переломах, вивихах, забиттях м'яких тканин, розтягненнях і розривах зв'язок, м'язів сухожиль, ампутаціях, після різних операцій на кістках, суглобах, сухожильно-м'язевому апараті, з приводу різних захворювань тощо.

Переважна більшість ускладнень при використанні гіпсової пов'язки є наслідком тиску її на м'які тканини тіла. Це ускладнення виникає, з одного боку, коли дуже туго накладено саму пов'язку, з іншого – коли збільшується набряк м'яких тканин і вони стискаються в цупкому гіпсовому футлярі. В обох випадках з'являються неприємне відчуття і біль на значній ділянці зафіксованої кінцівки. Пацієнт скаржиться на тісноту, заніміння, ломоту. Згодом німіє дистальна частина кінцівки, пальці синіють, стають холодними, зменшується час судинної відповіді.

При туго накладеній пов'язці поверхневі тканини з розташованими в них венами, по яких здійснюється вплив крові з периферії, спочатку стискаються нижніми турами гіпсової пов'язки (відчуття тісноти пов'язки виникає не відразу), в міру висихання тиск посилюється. Сухі верхні шари гіпсового бинта стягують не повністю, а просохлі тури, що лежать глибше й деякий час податливі до тиску ззовні. При здавленні поверхневих тканин порушується венозний відтік із іммобілізованого сегменту кінцівки, що призводить до застою в ньому крові, наростання обсягу сегмента і набрякання. Неподатлива стінка гіпсової пов'язки при наростаючому набряканні сприяє стисненню вже глибших тканин і зрештою може призвести до порушення не лише венозного, а й артеріального кровотоку. Це призводить до так званого ішемічного некрозу, тобто зумовленого знекровленням.

При скаргах пацієнта на відчуття стискування кінцівки гіпсовою пов'язкою, особливо при щойно накладеній пов'язці, необхідно усунути чинники, що можуть сприяти подальшому набряканню тканин і стисненню. Насамперед необхідно створити підвищене положення ушкодженої (або оперованої) кінцівки; при цьому поліпшиться венозний відтік. Якщо травмована нога, то слід підняти ножний кінець ліжка за допомогою спеціальних підставок, наприклад шина Белера. Руку треба підвісити вище, прикріпивши до краю гіпсової пов'язки бинт або шнур і прив'язавши інший його кінець до балканської рами чи до спеціальної стійки – „журавля”.

У лонгетній пов'язці слід розбинтувати м'який бинт і дещо розвести краї лонгети, звільнивши стиснений сегмент кінцівки. Глуху гіпсову пов'язку у такому разі слід повністю розрізати, тканини звільнити від тиску. Частково розрізувати не можна, оскільки в такому випадку защемлений сегмент не звільняється від стискування. Очікуючи сприятливого ефекту від неповного розрізування, часто витрачають дорогоцінний час. Після розсікання гіпсової

пов'язки розводять її краї, звільняючи кінцівку від здавлювання. Це сприяє нормалізації кровообігу, ліквідує загрозу ускладнення.

У деяких випадках здавлюються лише невеликі ділянки м'яких тканин, де виступають кісткові утворення: п'ятка, кісточки, надколінник, виростки кісток в ділянці колінного і ліктьового суглоба, великого вертелюга стегнової кістки, передньоверхніх остів таза та ін. З метою запобігання цим ускладненням при накладанні гіпсової пов'язки вказані місця необхідно прикрити ватномарлевими підкладками. Особливо це стосується худих чи виснажених пацієнтів, із слабо вираженою підшкірною, жировою клітковиною, а також літніх пацієнтів.

Невеликі ділянки м'яких тканин можуть здавлюватись гіпсовою пов'язкою, якщо в момент накладання пов'язки стінку її придавили пальцями і в цих місцях утворились заглибини. За таких випадків у певному місці пов'язки вирізують „вікно”.

Під гіпсовою пов'язкою, накладеною при свіжій травмі (наприклад, переломі кістки), на шкірі можуть утворитися пухирі. Вони заповнені кров'янистим вмістом, оскільки виникають внаслідок пропотівання рідинної частини крові із гематоми в поверхневі шари шкіри. Виникнення, а тим паче інфікування пухирів, може затримати строк необхідної операції або зумовити ускладнення. Пухир необхідно змазати настійкою йоду. Стінку його в одному місці біля основи слід надрізати стерильними ножицями, вміст пухиря видалити, а осілий епідерміс знову обробити антисептиком. Цю ділянку належить залишити відкритою чи прикрити одним шаром стерильної марлі, щоб швидше підсохла і відшарувалась шкірка епідерміса.

Скотчкаст — це жорсткий полімерний бинт (штучний або пластиковий гіпс), який використовується для фіксації пошкоджених різними травмами ділянок тіла. У порівнянні з традиційним гіпсом цей сучасний матеріал зовсім не крихкий, його практично неможливо зламати, тому допускається невелике навантаження на пов'язку. При цьому скотчкаст міцний і легше звичайного гіпсу майже в 5 разів. Пов'язка на основі цього полімерного бинта дозволяє шкірі «дихати», тобто пропускає шкірні випаровування назовні і повітря із зовнішнього боку, що запобігає появі свербіжу, мацерації або алергії. Тому при використанні штучного гіпсу не використовується шар підкладкової вати, пов'язка з цього матеріалу не боїться води і пацієнт здатний приймати душ і навіть купатися у водоймах, відпочиваючи на пляжі.

Крім того, поліуретанова смола, що знаходиться в основі матеріалу містить речовину, яка не дає бинту прилипати до рукавичок, що помітно полегшує процес накладення іммобілізуючої пов'язки, а сама структура скотчкаста дозволяє обходитися набагато меншою кількістю шарів в порівнянні зі стандартним гіпсом.

По закінченні строку ліжкового режиму пацієнти з переломами кісток користуються милицями. У цей період вони скаржаться на посилення болю у місці травми, набрякання і посиніння пальців стопи, відчуття тиску гіпсової пов'язки. Лікар має знати, що в перший період зміни режиму такі явища спричиняються тимчасовим порушенням кровообігу в кінцівці (переважно

венозного). Після освоєння ходьби на милицях недостатність кровообігу поступово минає. Зникнення цих явищ частково пояснюється нормалізацією процесу утворення кісткового мозоля на місці перелому і виникнення первинної спайки.

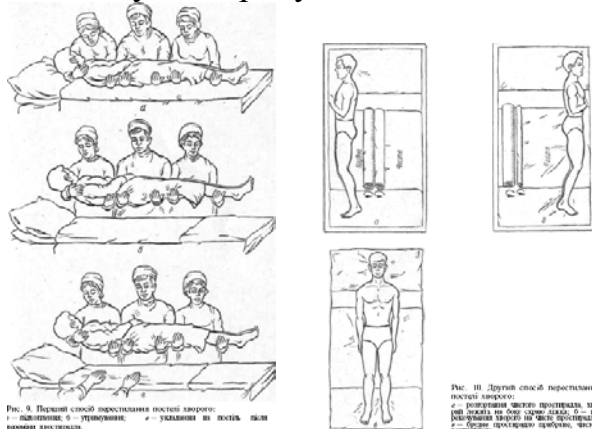
Догляд за хворими, які перебувають скелетному на витяганні

Протягом усього періоду лікування витяганням, коли пацієнт перебуває в ліжку, медична сестра:

- 1) проводить туалет пацієнта, перестилає постіль, здійснює всі маніпуляції (підкладання судна, сечоприйомника, постановка клізм, катетеризація сечового міхура тощо);
- 2) постійно контролює правильність всієї системи витягання пацієнта, направляє тягу та ін.;
- 3) проводить профілактику ускладнень, пов'язаних з наявністю в тканинах металеві шпичі, кінці якої виходять назовні.

Щоб запобігти такому ускладненню, як нагноєння спиць при скелетному витяганні, медична сестра повинна з самого початку лікування уважно стежити за шкірою у місцях проведення шпичі. Періодична заміна стерильних кульок марлі, обробка цих місць настоякою йоду є запорукою асептичного проходження періоду скелетного витягання. Якщо пацієнт скаржиться на біль у місцях проведення шпичі, необхідно з'ясувати, чи немає там почервоніння шкіри, болісності м'яких тканин навколо шпичі і виділення гною. З профілактичною метою рекомендують змочувати марлеві кульки спиртом за допомогою піпетки (5–8 разів протягом дня). Цю нескладну процедуру легко може виконати сам хворий після відповідного інструктажу.

Перестилання постелі хворого. Для полегшення виконання цієї процедури до ліжка має бути прикріплена рама Брауна (так звана „балканська”). Пацієнт трохи зводиться в постелі, підтягуючись за раму руками. Якщо він не може взяти активну участь у перестиланні постелі, можна скористатися одним з способів, зображених на наступних рисунках.



Перестилання постелі хворого якоюсь мірою утруднюється при складній системі витягання (наприклад, при багатьох переломах кінцівок і тулуба). Тут міняють простирадло таким способом. Чисте простирадло теж скочують у вигляді валика, але не уздовж, а впоперек. Перестилання розпочинають з узголів'я. Приймавши подушку, медична сестра починає скочувати також впоперек брудне простирадло, одразу ж розкочуючи чисте. Таким чином, чисте

простирадло покриває спочатку узголів'я, а потім і нижній кінець ліжка. При описаному способі перестилання постелі система скелетного витягання не порушується.

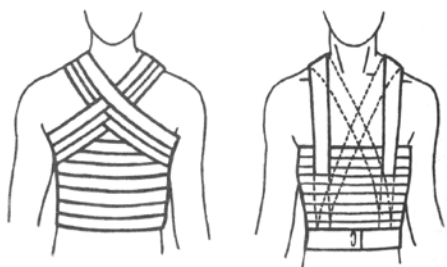
Особливості харчування пацієнтів у післяопераційному періоді

Харчування у післяопераційному періоді повинно відповідати характеру захворювання, об'єму виконаної операції, а також особливостям його перебігу. У перші два дні після будь-якої операції їжа повинна бути свіжоприготовленою, теплою, легкозасвоюваною, рідкою. Найперші страви, які дозволяють їсти, – це бульйони, киселі, кисле молоко, сирі або некруто варені яйця, котлети, приготовлені на парі, сир, рідкі каші. Після закінчення раннього післяопераційного періоду пацієнтам без супровідних захворювань призначають загальну дієту № 15. Харчування пацієнтів після деяких оперативних втручань таке:

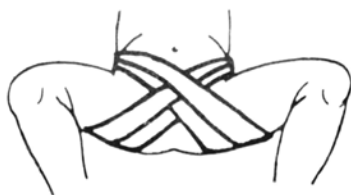
- 1) після операцій на шлунку і тонкій кишці протягом перших 1–2 днів рекомендують голод, харчування в цей час забезпечується тільки парентеральним уведенням розчинів глюкози, білків тощо. Через 2–3 дні призначають рідку дієту – стіл № 1а, потім № 1б, а починаючи з 7-го дня – кашоподібну їжу. Починаючи з 10–12 дня, пацієнта поступово переводять на загальний стіл;
- 2) дієта пацієнтам після втручань на черевній порожнині, але без розтину шлунка і кишечника повинна бути скоригованою для попередження газоутворення. Звичайно дають усі ті продукти, що відповідають столу № 1а, крім молочних;
- 3) після виконання операцій на товстій кишці дієта спрямована на те, щоб у пацієнта протягом 4–5 днів не було випорожнень. Із раціону виключають продукти, що містять багато клітковини, – чорний хліб, овочі, фрукти;
- 4) при переломах призначають продукти багаті на кальцій, магній та інші мікроелементи, які будуть сприяти кістковій регенерації.

Типові бинтові пов'язки на живіт, промежину, кінцівки.

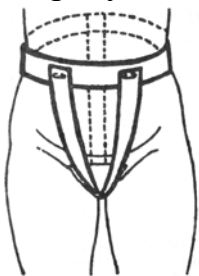
На верхню частину живота можна накласти спіральну колову пов'язку. Для бинтування нижніх відділів живота рекомендується користуватися поєднанням спіральної з колосовидною пов'язкою. Так як пов'язка має схильність до сповзання, її можна закріпити за допомогою декількох восьмиподібних витків через надпліччя або сформував з початку дві бретельки, які перехрещуються на спині, вільні кінці яких спереду і ззаду фіксуються на початкових витках пов'язки й прижимаються наступними.



Для закриття пахової ділянки, передніх і задніх поверхонь стегна, промежини й сідничної ділянки застосовують *колосовидну пов'язку*. Вона формується восьмиподібними витками, які проводяться навкруги кульшових суглобів так, що перехрест бинта здійснювався на промежині, не закриваючи і не здавлюючи зовнішні статеві органи та анальний отвір. Бинт проводиться від передньо-верхнього краю клубової кістки до промежини, переходить на стегно протилежної ноги, обгинаючи його ззаду, повертається на промежину і йде на задню поверхню стегна другої ноги, обгинаючи його і навскіс піднімається зпереду до передньо-верхнього краю протилежної клубової кістки. Залежно від локалізації ушкодження місце перехрещення може бути ззаду, збоку або спереду.

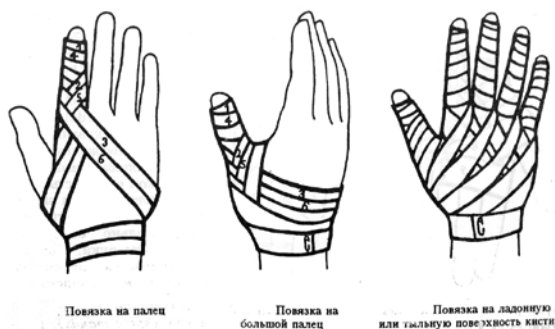


На промежину застосовують *восьмиподібну пов'язку*, доповнюючи її колосовидною. Широко користуються *T-подібною пов'язкою*. Два куски марлі або два відрізки широкого бинта зшивають у вигляді букви „Т”. Горизонтальну частину пов'язки закріплюють навколо пояса, а вертикальну ведуть через промежину й укріплюють до горизонтальної, перед тим зробивши спереду отвір або розріз для вільного сечовипускання. Для цих же цілей можна застосовувати *У-подібну пов'язку*. Спочатку робиться декілька циркулярних витків навкруги тулуба над передньо-верхнім краєм клубових кісток. Далі береться відрізок звичайного бинта і з обох сторін розрізається уздовж по середині. Нерозрізана частина накладається на промежину, кінці пов'язки спереду і ззаду розводяться у сторони і підв'язуються к пояску талії.



Пов'язки на верхню кінцівку. Пов'язки на пальці і кисть. *Спіральна пов'язка* застосовується при бинтуванні пальців. Вона починається коловими ходами в ділянці зап'ястка, потім, при бинтуванні одного пальця, бинт ведуть по тильній поверхні кисті до кінця пальця, спіральними ходами укутуючи його. Спіральну пов'язку таким способом можна накласти на всі пальці. Фіксують її в ділянці зап'ястка.

Для бинтування великого пальця застосовують *восьмиподібну пов'язку*, накладаючи її за типом колосовидної.



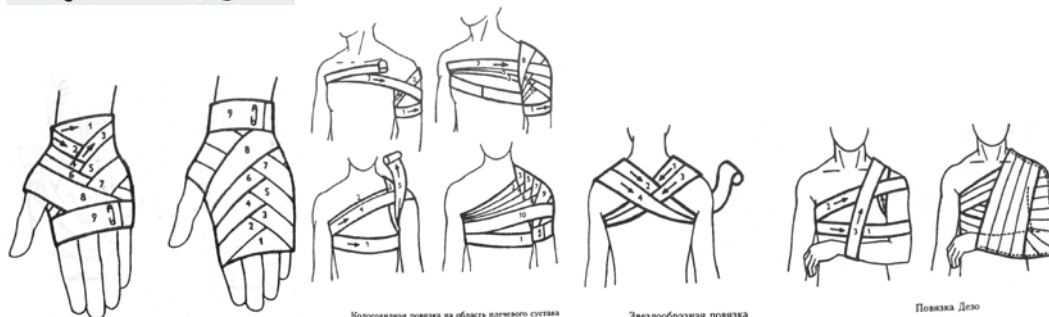
Кисть бинтують за типом *восьмиподібної пов'язки*. При бинтуванні кисті разом з пальцями накладають пов'язку за типом поворотної. Спочатку коловими ходами бинт укріплюють біля зап'ястка, потім ведуть його по тильній поверхні кисті до пальців і далі – на долонну поверхню, поступово покриваючи всю кисть. Горизонтальними ходами бинтують кисть, починаючи з пальців. Закріплюють пов'язку біля зап'ястка.



Пов'язка на передпліччя і лікоть. На передпліччя накладають пов'язку *типу спіральної з перегинами*. На зігнутий під кутом лікоть накладають збіжну або розбіжну черепащачу пов'язку. На ділянку ліктьового суглобу в розігнутому положенні накладають спіральну пов'язку з перегинами.

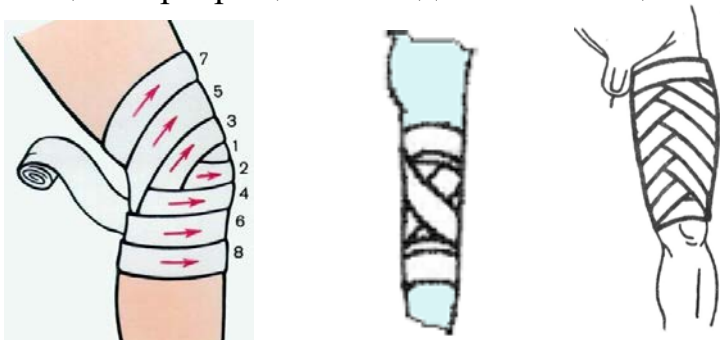


Різні види пов'язок на кисть, пальці, передпліччя, лікоть та пов'язку пахвової ямки показано на наступних рисунках.



Пов'язки на нижню кінцівку.

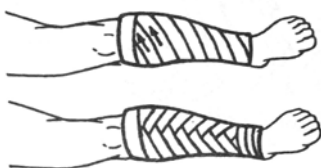
Пов'язка на коліно і стегно. На коліно накладають при зігнутому положенні суглоба *черепашачу пов'язку*, при розігнутому положенні – пов'язку за типом *восьмиподібної*: колові оберти роблять вище і нижче коліна, скісні – з місцем перехрещення в підколінній ямці.



Поворотну пов'язку на куксу стегна подано на слідує чому рисунку.



Пов'язка на гомілку. На гомілку накладається *спіральна з перегинами* пов'язка до рівня колінного суглобу, де й фіксується коловим ходом бинта.



Пов'язка гомілковостопного суглоба. Ділянку гомілковостопного суглоба закривають з допомогою *восьмиподібної пов'язки*. В разі потреби закрити ділянку п'ятки застосовують *черепашачу пов'язку*. Якщо потрібно закрити пов'язкою всю стопу, вдаються до поворотної пов'язки. Після колового ходу в

ділянки кісточок бинт ведуть поздовжньо, від п'ятки до великого пальця, роблячи ходи по бічних поверхнях стопи. Потім, починаючи від кінчиків пальців, стопу бинтують коловими ходами.



Пов'язка на всю стопу без пальців. Праву стопу починають бинтувати з зовнішнього боку, ліву – з внутрішнього. Бинт ведуть уздовж зовнішнього краю правої стопи від п'ятки до основи пальців, потім по тильній поверхні стопи йдуть до внутрішнього краю її і коловим ходом обгортають стопу, накладаючи його якомога нижче. Обходять п'ятку ззаду і повторюють описані ходи. Фіксують пов'язку навколо кісточок.



Пов'язки на кульшові суглоби та пахову ділянку подано на наступних рисунках.



Гіпсові пов'язки

При консервативному та після оперативного лікування переломів, ушкодженні м'яких тканин широко використовується іммобілізація за допомогою гіпсових пов'язок, яка являється кращим засобом для зовнішньої фіксації уламків кісток кінцівок.

Методика приготування і накладання гіпсових пов'язок вперше описана голландським лікарем А. Mathysen (1852 рік), а в 1854 році, під час Кримської війни, описав і широко почав використовувати М.І. Пирогов. Також він приділяв велику увагу догляду за станом загіпсованої кінцівки.

Гіпсова іммобілізація: це постійна іммобілізація на весь період лікування пацієнта.

Формула гіпсу: Сірчаноокислий кальцій – $\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$. Для медичних цілей гіпс обробляють на заводах, де його піддають обпалюванню в спеціальній печі при температурі 130–150°. Після обпалювання гіпс втрачає частину кристалізаційної води і її залишається не більше 5,25% ($\text{CaSO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$). Якість гіпсу прямопропорційна правильному обпалюванню.

На теперішній час до гіпсового порошку додається целюлоза та ряд інших хімічних з'єднань. Отриманий таким шляхом склад в гарячому виді імпрегнується в перев'язувальний матеріал, підсушується, та утворює гіпсові бинти.

Останнім часом з'явилися нові термопластичні матеріали, які застосовуються замість гіпсу ("Скотчкаст", "Ортопласт", "Гекселіт" та інші). Вони добре моделюються при нагріванні до 72–75°C. Ці пов'язки не бояться води, при намоканні не втрачають своєї форми, пористості та здатні до обміну повітря. Такі пов'язки не потребують спеціальних підкладок.

Лікувальні властивості гіпсу:

- 1) надійна іммобілізація на період лікування, спокій;
- 2) адсорбційні властивості (всмоктує ранові виділення);
- 3) фіксація виправлених контрактур кінцівок;
- 4) лікування вроджених деформацій.

Проби на якість гіпсу:

- 1) на **міцність** – робиться кулька в діаметрі 1,5–2,5 см. кидається з висоти 1,5 м. на підлогу – в нормі залишається цілою;
- 2) на **сипучість** – стискається гіпсовий порошок в кулаку – в нормі не повинно залишатись грудок в долоні, гіпс просипається між пальців;
- 3) на **вологість** – підігрівається гіпс на металевій пластинці з утримуванням над нею дзеркала. Якщо гіпс якісний, не вологий, то дзеркало не буде запотівати;
- 4) на **затвердіння** – робиться кашкоподібна маса (2 частини води та 3 частини гіпсу), яка затвердіває протягом 10–12 хвилин, при надломі не кришиться;
- 5) на **в'язкість** – роблять гіпсову лонгету (4–5 шарів), накладають на передпліччя, після затвердіння вона повинна зберігати надану їй форму, не кришитися, не розшаровуватися;
- 6) на **запах** – при непридатності гіпсу при змішуванні з водою з'являється запах сірководню (тухлих яєць).

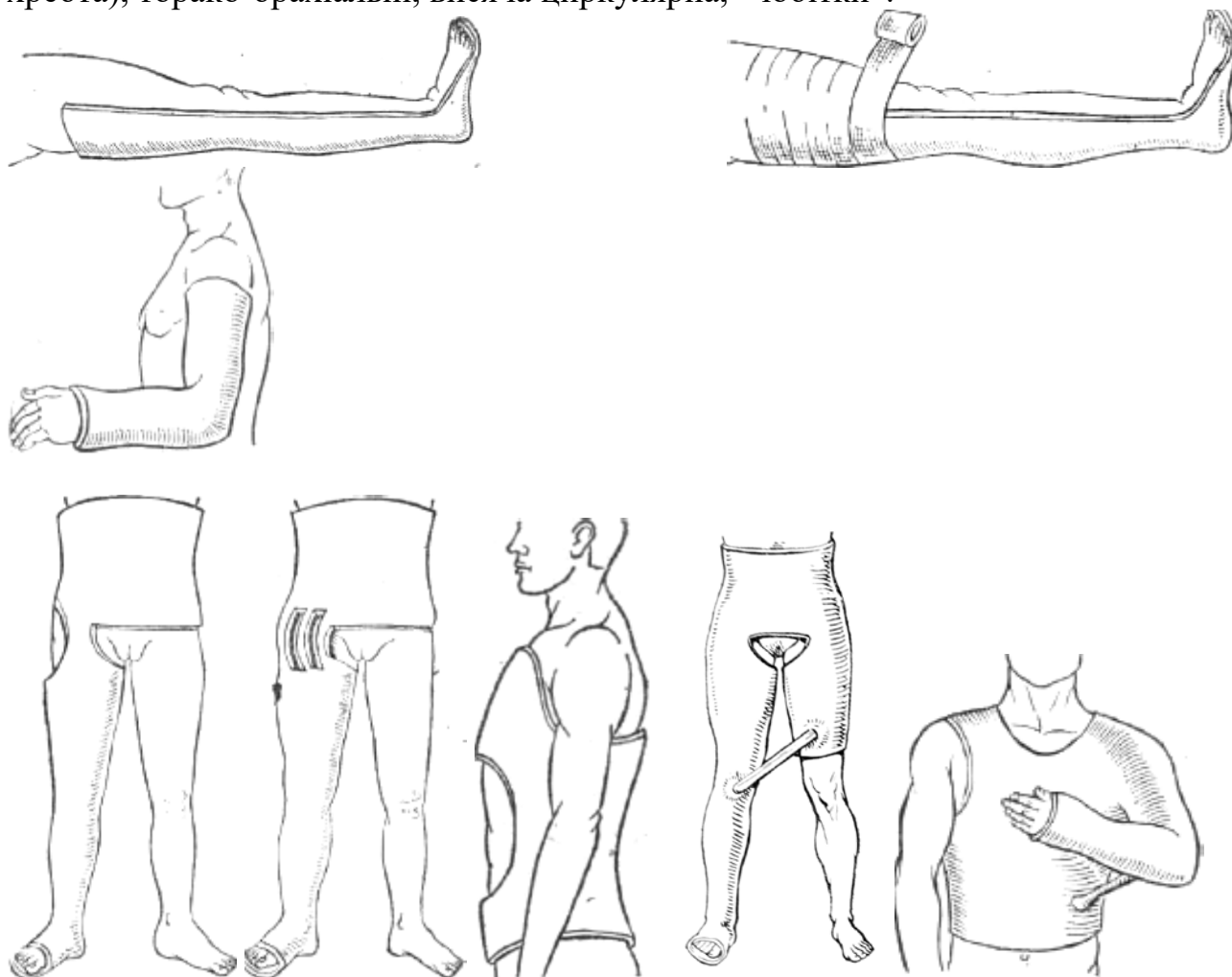
Правила гіпсової техніки:

- 1) гіпсова пов'язка повинна захоплювати два суміжних суглоба, а при ушкодженнях плечової, кульшової кісток або їх суглобів – три;
- 2) кінцівці надається середнє фізіологічне положення;
- 3) на фізіологічні кісткові виступи необхідно класти ватно-марлеві підкладки;
- 4) останній тур гіпсового бинту повинен накривати попередній на $\frac{1}{2}$ або $\frac{2}{3}$ ширини бинта;
- 5) пов'язка повинна бути відмодельована, без перетяжок, вдавлень, рівномірно охоплювати без удавлення кінцівки;

- 6) пальці стопи чи кисті повинні бути вільними від пов'язки для контролю кровозабезпечення загіпсованого сегменту;
- 7) можливе нанесення олівцем на пов'язку дати накладання та вірогідний термін зняття гіпсової пов'язки;
- 8) накладання гіпсової пов'язки не повинно займати більше 10–15 хвилин.

Види гіпсових пов'язок:

Всі гіпсові пов'язки діляться на три великі групи: *лонгетна пов'язка*, *лонгетно-циркулярна* та *циркулярна*. Також пов'язки поділяються на підкладочні (з ватою) та безпідкладочні (на кисть та передпліччя), циркулярні (кругові), лонгетні (4–7 шарів гіпсового бинту), вікончаті (вікно над раною для перев'язок), мостоподібні (значні ушкодження м'яких тканин в ділянці суглобів – дві частини з'єднанні 2–3 містками), пов'язки з розпокою, кокситні (тазостегнова), гонітні, гомілково-ступневі, корсети і ліжечка (ушкодження хребта), торако-брахіальні, висяча циркулярна, “чобітки”.



Показання до лікування гіпсовими пов'язками:

- 1) переломи кісток після консервативного і оперативного лікування;
- 2) ушкодження суглобів (усунення вивихів), після відновлення ушкоджених сухожилків, зв'язок, м'язів;
- 3) усунення контрактур;
- 4) лікування вроджених деформацій кісток (клишоногість, клишорукість та ін.);

- 5) запальні процеси кісток (ревматоїдний артрит), суглобів, лікування туберкульозу, остеолізу кісток;
- 6) після лікування скелетним витягуванням;
- 7) для профілактики утворення контрактур при лікуванні опіків;
- 8) тендовагініти, пухлини кісток;
- 9) профілактика деформацій при пораненнях нервів (n. radialis, n. peroneus communis);
- 10) ургентне гіпсування;
- 11) гіпсування після пластичних та реконструктивно-відновних операцій.

Протипоказання до накладання гіпсових пов'язок:

- 1) анаеробна інфекція в рані;
- 2) не розрізані флегмони, гнійні запливи;
- 3) комбіновані переломи ускладнені опіками, відмороженням.

Ускладнення при лікуванні гіпсовими пов'язками:

- ❖ пролежні (локальне здавлення), при прогресуванні набряку можлива ішемія тканин (порушення артеріального кровотоку),
- ❖ порушення венозного кровотоку, синдром тривалого стиснення, атрофія м'язів, тугорухомість та контрактури (через 3–4 місяці), при регресуванні набряку можлива редислокація уламків.
- ❖ У дітей часто можуть потрапляти під гіпсову пов'язку сторонні тіла.
- ❖ При наростанні інтоксикаційного синдрому, різкому розпиранні кінцівки, різкій болі, набряку вище гіпсової пов'язки – можна припустити розвиток анаеробної інфекції.
- ❖ При пульсуючих болях, гіпертермії, збільшенні периферійних лімфатичних вузлів, наростанні лейкоцитозу можна припустити розвиток гнійного запалення.

Техніка заготовки гіпсового матеріалу:

- 1) бинти застосовують стандартні, шириною 7–14 см, довжиною 4–5 м. Гіпсові лонгети готують із марлі шириною до 20 см, довжиною 4–5 м.;
- 2) бинт розташовують на гіпсу вальному столику, розсовуючи ребром долоні гіпс по поверхні бинта товщиною 2–3 мм.;
- 3) гіпсовий бинт скатують в пухкий рулон з одного краю, а лонгет складають (скатують) з обох кінців до центру. Гіпсові бинти зберігають в сухому місці.

Накладання гіпсової пов'язки:

- 1) для замочування гіпсові бинти (лонгети) занурюють у воду з температурою близько 20°C, де вони знаходяться до закінчення виділення бульбашок повітря (при збільшенні температури води швидкість застигання гіпсу швидше, при зменшенні – менша);
- 2) гіпсові бинти віджимають двома руками з кінців до центру, щоб гіпс не вимивався водою;
- 3) гіпсову лонгету розгладжують по ширині, переносять на ушкоджену кінцівку і закріплюють звичайними бинтами (лонгетна пов'язка) або закріплюють гіпсовим бинтом (лонгетно-циркулярна пов'язка).

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

6.1 Тестові завдання

1. **Ранній післяопераційний період закінчується:**
 - A. після виписки пацієнта зі стаціонару
 - B. після зняття швів з операційної рани
 - C. після усунення ранніх післяопераційних ускладнень
 - D. після загоєння операційної рани
 - E. після відновлення працездатності пацієнта
2. **Катаболічна фаза післяопераційного стану пацієнта характеризується:**
 - A. збільшенням життєвої здатності легень
 - B. зменшенням рівня глюкози крові
 - C. зниженим розпадом білків
 - D. активізацією симпато-адреналової системи
 - E. збільшенням діурезу
3. **Фаза зворотного розвитку при неускладненому перебігу післяопераційного періоду характеризується:**
 - A. негативним азотним балансом
 - B. підвищенням активності симпато-адреналової системи
 - C. тривалістю до 2-х тижнів
 - D. тривалістю 2–3 доби
 - E. позитивним азотним балансом
4. **Застосування в післяопераційному періоді давлячої пов'язки на рану потрібне для:**
 - A. попередження розходження країв рани
 - B. попередження тромбозів та емболій
 - C. попередження розвитку інфекції
 - D. попередження кровотеч
 - E. зменшення болю
5. **Специфічна профілактика тромбоемболічних ускладнень після операції на нижніх кінцівках включає:**
 - A. застосування антикоагулянтів
 - B. раннє підняття з ліжка (при можливості)
 - C. дозована ЛФК
 - D. активна поведінка пацієнта в ліжку
 - E. накладання еластичних бинтів на нижні кінцівки
6. **При затримці сечі в післяопераційному періоді протипоказане:**
 - A. зігрівання в ділянці сечового міхура
 - B. внутрішньовенне введення 10 мл 40 % розчину уротропіна
 - C. застосування сечогінних засобів
 - D. гіпертонічна клізма
 - E. катетеризація сечового міхура
7. **Для профілактики післяопераційних пневмоній слід застосовувати:**

- A. електрофорез з гідрокортизоном
 - B. дихальну гімнастику
 - C. введення прозерину
 - D. нестероїдні протизапальні препарати
 - E. збільшення введення кількості рідини
- 8. Яке із вказаних ускладнень найбільш частіше зустрічаються після довготривалих та травматичних втручань на нижніх кінцівках?**
- A. тромбоемболія
 - B. парез шлунково-кишкового тракту
 - C. гангрена кінцівки
 - D. пневмонія
 - E. анурія
- 9. При парезі шлунково-кишкового тракту застосовують:**
- A. лапароцентез
 - B. масивну антибіотикотерапію
 - C. паранефральну блокаду
 - D. гіпотонічні клізми
 - E. внутрішньовенне введення фізіологічного розчину натрію хлориду
- 10. Що відноситься до ранніх післяопераційних ускладнень після втручань на кінцівках?**
- A. кровотеча
 - B. обмеженість рухів у суглобах
 - C. нейродистрофічний синдром
 - D. лігатурна нориця
 - E. келлоїдний рубець
- 11. Що відноситься до ускладнень, які виникають у віддалені строки після лікування переломів кінцівок?**
- A. жирова емболія
 - B. порушення трофіки тканин (виникнення трофічних виразок)
 - C. травматичний шок
 - D. гострий остеомієліт
 - E. нагноєння м'яких тканин
- 12. Профілактика тромбоемболічних ускладнень після операції:**
- A. бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом
 - B. все вище перераховане
 - C. раннє підняття з ліжка
 - D. застосування антикоагулянтів
 - E. застосування дезагрегантів
- 13. Вкажіть захід, який направлений на профілактику легеневих ускладнень у лежачих пацієнтів травматологічного відділення в післяопераційному періоді:**
- A. промивання шлунка
 - B. призначення препаратів заліза
 - C. холод на грудну клітку
 - D. дихальна гімнастика

Е. вдихання закису азоту

14. Профілактика нагноєння післяопераційної рани:

- А. густі шви на шкіру
- В. дренивання рани
- С. шви на рану, що розсмоктуються
- Д. герметична пов'язка
- Е. лікувальна фізкультура

15. Для профілактики пролежнів першочерговим завданням є:

- А. протирання шкіри обліпиховою олією
- В. застосування підкладних кругів
- С. укладання пацієнта на твердий матрац
- Д. перестилання ліжка пацієнта через кожні 24 години
- Е. зміна положення пацієнта в ліжку

16. Коли виконують першу перев'язку після планової операції на кінцівках?

- А. після пробудження пацієнта після наркозу
- В. на наступний день
- С. через тиждень
- Д. в той же день
- Е. на другий день

17. Що відноситься до лікувально-профілактичного та гігієнічного догляду за пацієнтом?

- А. взяття біологічного матеріалу для дослідження
- В. проведення туалету пацієнта
- С. проведення реанімаційних заходів
- Д. оперативні втручання
- Е. рентгенологічне дослідження пацієнта

18. Що відноситься до динамічного нагляду за прооперованою кінцівкою в ранньому післяопераційному періоді?

- А. контроль та облік об'єму інфузій та виділеної пацієнтом рідини
- В. оцінка кровообігу в оперованій кінцівці
- С. контроль артеріального тиску, пульсу
- Д. вимірювання внутрішньочного тиску
- Е. термометрія

19. Що входить до туалету неускладненої післяопераційної рани?

- А. дренивання рани
- В. все перераховане
- С. обколювання рани антибіотиками
- Д. зміна асептичної пов'язки та обробка країв рани розчинами антисептиків
- Е. розведення країв рани з метою ревізії

20. Надмірно довготривала іммобілізація при переломі призводить до:

- А. епіфізіолізу
- В. інтерпозиції м'яких тканин
- С. контрактури

- D. псевдоартрозу
- E. гемартрозу

21. Щоб легше було зняти гіпсову пов'язку, лінію розрізу змочують:

- A. скипидаром
- B. гіпертонічним розчином натрію хлориду
- C. спиртом
- D. касторовою олією
- E. ефіром

22. При появі набряку та болю в ділянці перелому після накладання циркулярної гіпсової пов'язки необхідно:

- A. розсікти пов'язку по довжині і розвести її краї
- B. прийняти сечогінний засіб
- C. фіксувати кінцівку в положенні угору
- D. ввести знеболюючі засоби
- E. накласти зігріваючий компрес

23. До найбільш частих легневих ускладнень в післяопераційному періоді відносяться:

- A. пневмонії
- B. бронхіт
- C. бронхіальна астма
- D. бронхоектатична хвороба
- E. жирова емболія легень

24. Контрольна рентгенографія вперше після накладання гіпсової пов'язки, виконується:

- A. на 10–14 добу
- B. через три тижні
- C. на 6–8 добу
- D. протягом першої доби
- E. на 2–3 добу

25. Що відноситься до гіпсової іммобілізації:

- A. чепець
- B. шина Крамера
- C. пращеподібна пов'язка
- D. колосоподібна пов'язка
- E. лонгета

26. Яке з правил накладання гіпсових пов'язок дозволяє контролювати кровообіг в кінцівці?

- A. надання кінцівці фізіологічного положення
- B. недопущення перекруту турів бинта
- C. іммобілізація суміжних суглобів
- D. залишити вільними від гіпсової пов'язки кінчики пальців
- E. створення умов для подальшого скелетного витяжіння

27. Як повинен знаходитися пацієнт на післяопераційному ліжку після загального наркозу?

- A. полусидяче положення

- В. нижні кінцівки підняті у гору
- С. голова повернута у бік без подушки
- Д. пацієнт знаходиться на боці
- Е. голова знаходиться на подушці

28. Через який час після загального наркозу можна давати пити?

- А. через 1 годину
- В. через 6 годин
- С. відразу як пацієнта привезуть з операційного блоку
- Д. через 2–3 години
- Е. через 12 годин

29. До якого важкого ускладнення може привести гіпертермія в післяопераційному періоді?

- А. набряк головного мозку
- В. асфіксія
- С. набряк легень
- Д. післяопераційна кровотеча
- Е. пневмонія

30. Температура охолоджуючих клізм при гіпертермії в післяопераційному періоді повинна бути:

- А. 18–20 градусів
- В. 10–12 градусів
- С. 14–16 градусів
- Д. 2–4 градуси
- Е. 6–8 градусів

31. До альвеолярної вентиляції, яка направлена на попередження легневих ускладнень у травматологічних пацієнтів, відноситься:

- А. зігріваючі компреси на грудну клітку
- В. дихальна гімнастика
- С. активні рухи не оперованими кінцівками
- Д. видихи в резервуар з одним отвором
- Е. інгаляція кисню

32.32. Що використовують для стимулювання перистальтики в післяопераційному періоді?

- А. гентаміцин
- В. прозерін
- С. морфін
- Д. гепарин
- Е. анальгін

33. За клінічною класифікацією ранній післяопераційний період складає:

- А. 1–2 дні
- В. 3–5 діб
- С. 10–12 діб
- Д. 2 тижні
- Е. Тиждень

34. За клінічною класифікацією пізній післяопераційний період складає:

- A. до 10 діб
- B. 2–3 тижні
- C. до 2-х місяців
- D. 5–6 діб
- E. 4 тижня

35. Скільки триває катаболічна фаза післяопераційного періоду?

- A. 8–10 діб
- B. 1 добу
- C. 5–7 діб
- D. 2–4 доби
- E. до 2-х тижнів

36. Скільки триває фаза зворотного розвитку післяопераційного періоду?

- A. 3–5 діб
- B. місяць
- C. 8–10 діб
- D. до 2-х тижнів
- E. два місяці

37. Що відноситься до задач раннього післяопераційного періоду у травматологічних пацієнтів?

- A. відновлення функцій серцево-судинної та дихальної систем
- B. корекція водно-електролітного балансу, детоксикаційна терапія
- C. боротьба з болем
- D. профілактика пролежнів
- E. все вище перераховане

38. На який день знімають шви у травматологічних хворих?

- A. 18–20
- B. 3
- C. 12–14
- D. 8–10
- E. 5–7

39. Підвищення температури тіла пацієнта на 1 °C супроводжується частішанням пульсу на:

- A. 1–2 уд/хв.
- B. 5–7 уд/хв.
- C. 12–14 уд/хв.
- D. 3–4 уд/хв.
- E. 8–10 уд/хв.

40. Яка дія застосовується для профілактики тромбоемболічних ускладнень у травматологічного пацієнта?

- A. вводити строфантин, мезатон, фізіологічний розчин натрію хлориду
- B. киснева терапія
- C. горизонтальне положення в ліжку, без подушки, з дещо піднятими ногами
- D. вводити знеболюючі та коагулянтні засоби
- E. вводити антикоагулянтні засоби

41. Хто перший описав методику приготування і накладання гіпсових пов'язок?

- A. Пирогов
- B. Кохер
- C. Гіппократ
- D. Джанелідзе
- E. Матіссен

42. Хто перший застосував на практиці гіпсові пов'язки?

- A. Пирогов
- B. Джанелідзе
- C. Кохер
- D. Матіссен
- E. Гіппократ

43. До якого виду іммобілізації відноситься гіпсова пов'язка?

- A. тимчасової
- B. зберігаючої
- C. реабілітаційної
- D. лікувальної
- E. проміжної

44. Яку хімічну формулу має гіпс після прожарювання?

- A. C_2H_5OH
- B. $CaCl_2$
- C. $CuSO_4 \cdot H_2O$
- D. $CaSO_4 \cdot H_2O$
- E. HCl

45. Що втрачає гіпс після обпалювання?

- A. воду
- B. сірчану кислоту
- C. іони водню
- D. вільний кисень
- E. кальцій

46. Що відноситься до лікувальних властивостей гіпсу?

- A. лікування вивихів, що не вправляються
- B. надійна іммобілізація на період лікування, спокій
- C. лікування звичних вивихів
- D. фіксація нестабільних переломів
- E. рання реабілітація

47. При якій пробі на якість гіпсу роблять гіпсову кульку діаметром до 2,5 см?

- A. на затвердіння
- B. на міцність
- C. на запах
- D. на вологість
- E. на сипучість

48. При якій пробі на якість гіпсу використовують вогонь, металеву пластину та дзеркало?

- A. на сипучість
- B. на затвердіння
- C. на міцність
- D. на запах
- E. на вологість

49. Що відноситься до правил накладання гіпсових пов'язок?

- A. кінцівці надається середнє фізіологічне положення
- B. гіпсова пов'язка повинна захоплювати два суміжних суглоба, а при ушкодженнях плечової, кульшової кісток або їх суглобів – три
- C. все вище перераховане
- D. пальці стопи чи кисті повинні бути вільними від пов'язки
- E. останній тур гіпсового бинту повинен накривати попередній на $\frac{1}{2}$ або $\frac{2}{3}$ ширини бинта

50. Яким правилом накладання гіпсових пов'язок можна знехтувати?

- A. пов'язка повинна бути змодельована, без перетяжок, вдавлень, рівномірно охоплювати без удавлення кінцівки
- B. гіпсова пов'язка повинна захоплювати два суміжних суглоба, а при ушкодженнях плечової, кульшової кісток або їх суглобів – три
- C. пальці стопи чи кисті повинні бути вільними від пов'язки
- D. нанесення олівцем на пов'язку дати накладання та вірогідний термін зняття гіпсової пов'язки
- E. накладання гіпсової пов'язки не повинно займати більше 10–15 хвилин

51. Яких гіпсових пов'язок не існує?

- A. лонгетних
- B. гонітних
- C. мостоподібних
- D. шароподібних
- E. циркулярних

52. Що відноситься до показань лікування гіпсовими пов'язками?

- A. запальні процеси кісток (ревматоїдний артрит), суглобів, лікування туберкульозу, остеолізу кісток
- B. після лікування скелетним витягуванням
- C. все вище перераховане
- D. переломи кісток після консервативного і оперативного лікування
- E. лікування вроджених деформацій кісток (клишоногість, клишорукість)

53. Показаннями до лікування гіпсовими пов'язками є:

- A. запалення сухожилкових піхв (тендовагініти)
- B. відмороження
- C. анаеробна інфекція в рані
- D. не розрізані флегмони, гнійні запливи
- E. комбіновані переломи ускладнені опіками

54. Для чого треба залишати вільними від гіпсової пов'язки кінчики пальців кистей та стоп?

- A. для профілактики контрактур
- B. для можливої ранньої реабілітації
- C. для профілактики редислокації кісткових уламків
- D. для попередження синдрому тривалого стиснення
- E. для спостереження за кровообігом в травмованій кінцівці

55. Яка приблизно повинна бути температура для замочування гіпсових бинтів?

- A. 20 градусів
- B. 30 градусів
- C. 10 градусів
- D. 15 градусів
- E. 5 градусів

56. Через який час затвердіє травматологічний гіпс?

- A. 20 хв.
- B. 2–3 хв.
- C. 14–16 хв.
- D. 10–12 хв.
- E. 5–7 хв.

57. Через який час остаточно висихає гіпсова пов'язка?

- A. 2 години
- B. більше 72 годин
- C. 6–12 годин
- D. 24–72 години
- E. 4 години

58. Які заходи застосовують при пролежнях в стадії ішемії?

- A. застосування протеолітичних ферментів
- B. розтин пухирів
- C. обробка шкіри камфорним спиртом
- D. обробка 5% розчином калію перманганату
- E. обробка 1% спиртовим розчином діамантового зеленого

59. Які заходи застосовують при пролежнях в стадії поверхневого некрозу?

- A. обробка 1% спиртовим розчином діамантового зеленого
- B. обробка шкіри камфорним спиртом
- C. некректомія
- D. застосування протеолітичних ферментів
- E. антибіотикотерапія

60. Який з місцевих фармакологічних засобів має протизапальну та протинабрякову дію?

- A. диметилсульфооксид (димексид)
- B. обробка шкіри камфорним спиртом
- C. гепаринова мазь
- D. гель „Троксевазин”

Е. спиртовий розчин хлоргексидину

6.2 Ситуаційні задачі

- 1. Пацієнт 72 років знаходиться в травматологічному відділенні на скелетному витяганні з приводу перелому стегнової кістки. З анамнезу відомо, що хворіє багато років на цукровий діабет. Маса тіла знижена, шкіряні покриви сухі, рухомість обмежена. Оцініть ступінь ризику розвитку пролежнів.**

 - зона незначного ризику
 - зона небезпечності
 - зона високого ризику
 - зона дуже високого ризику
 - зона ризику
- 2. У пацієнта під час перев'язки, після оперативного втручання на кисті, раптом з'явилась нудота, відчуття різкої слабкості, потемніння в очах. Обличчя стало блідим, на шкірі з'явився піт. Які із зазначених дій треба терміново здійснити?**

 - покласти пацієнта на кушетку з піднятим головним кінцем
 -
 - покласти пацієнта на кушетку з піднятими ногами
 - покласти пацієнта на кушетку з опущеними ногами
 - посадити пацієнта у крісло
- 3. Пацієнт, 62 років, знаходиться в післяопераційній палаті травматологічного відділення. Йому призначений суворий ліжковий режим. Який лікарський засіб буде використовувати медична сестра для профілактики пролежнів?**

 - 10 % розчин камфорного спирту
 - 1:5000 розчин фурациліну
 - 2 % розчин гідрокарбонату натрію
 - 3 % розчин перекису водню
 - 70 % етиловий спирт
- 4. Пацієнт Л., 45 років лікується в травматологічному відділенні з приводу відкритого перелому плечової кістки, пацієнту призначене внутрішньом'язеве введення антибіотика. Через 2 години після введення пацієнт скаржиться на сверблячку та почервоніння у місці ін'єкції. Назвіть ускладнення, яке виникло.**

 - флегмона
 - алергічна реакція
 - абсцес
 - парез
 - інфільтрат
- 5. Пацієнт Л., 65 років лікується в травматологічному відділенні. Об'єктивно: пацієнт тривалий час перебуває в ліжку. Положення –**

- пасивне. На шкірі в ділянці крижової кістки спостерігається відшарування епідермісу, пухирі. Назвіть препарат для лікування.*
- спирт етиловий 70 %
 - розчин йоду спиртовий 5 %
 - діамантовий зелений 1 %
 - спирт камфорний 10 %
 - розчин Хлоргексидину
- 6. У пацієнта 26 років, в палаті травматологічного відділення, відразу після операції, температура тіла підвищилася до 38,2° С. Він відчуває остуду, різку слабкість, головний біль. Який елемент догляду необхідно застосувати в I періоді лихоманки?**
- застосувати міхур з льодом до голови
 - зігріти пацієнта
 - розкрити пацієнта
 - обкласти пацієнта грілками з холодною водою
 - дати прохолодне пиття
- 7. Пацієнт 38 років знаходиться в травматологічному відділенні в ранньому післяопераційному періоді (операція була під загальним наркозом). Не може здійснити самостійно акт сечовиділення протягом 12 годин. Призначена пацієнту катетеризація сечового міхура. Вкажіть розчин, яким доцільно змастити катетер перед введенням.**
- 70 % етиловий спирт
 - стерильний розчин Декасану
 - стерильний гліцерин
 - стерильний розчин перманганату калію
 - стерильний розчин борної кислоти
- 8. Пацієнтка 65 років потрапила у травматологічне відділення, в якому перебуває вже 3 тижні. Вона дуже ослаблена, тривалий час перебуває у ліжку. Замінюючи їй білизну, медична сестра помітила пухирці в ділянці крижової кістки. Який захід необхідно вжити?**
- змащувати брильянтовим зеленим
 - змащувати 10 % розчином камфорного спирту
 - протирати 70 % етиловим спиртом
 - змащувати 1 % розчином саліцилового спирту
 - змащувати 5–10 % розчином калію перманганату
- 9. Жінка з 10-річним хлопчиком звернулася до Вас у зв'язку з тим, що дитину турбують болі в правому ліктьовому суглобі. Хлопчику 6 годин тому, в амбулаторії, на інфіковане садно ліктьового суглобу, після його обробки, було накладено пов'язку. При огляді визначається невелика синюшність правого передпліччя, кисті, набухання підшкірних вен навіть при піднятій кінцівці. Що сталося? Як допомогти дитині?**
- гнійний артрит. Дренування суглобу
 - синдром тривалого здавлення. Провести гемодіаліз

- C. починається флегмона верхньої кінцівки. Антибіотикотерапія
- D. здавлення пов'язкою кінцівки з порушенням кровообігу. Послабити пов'язку або змінити на нову
- E. бурсит ліктьового суглобу. Консервативне лікування

10. В приймальне відділення доставлений пацієнт з різаною раною долонної поверхні середньої третини правого передпліччя. Зі слів пацієнта, рану йому наніс 1,5 години тому невідомий на вулиці. Проведений туалет рани, накладені первинні шви. Медсестра наклала пов'язку, зав'язав кінці бинта вузлом над раною. Після чого ввела пацієнту підшкірно 1,0 мл правцевого анатоксину та 3000 МО проти правцевої сироватки. Яка помилка була допущена?

- A. ввели 1,0 правцевого анатоксину
- B. вузол бинта розташували над раною
- C. не треба було накладати первинні шви
- D. ввели анатоксин підшкірно
- E. провели туалет рани

11. У пацієнтки 68 років, на внутрішній поверхні нижньої третини правої гомілки є трофічна виразка розміром 1,5 x 2 см з некротичним дном, гіперемією шкіри і болючістю навколо. Виразка була оброблена розчином антисептика, просушена, закрита серветкою з маззю „Іруксол”. Яку закріплюючу бинтову пов'язку Ви накладемо?

- A. пов'язку Вельпо
- B. кругову (циркулярну) пов'язку
- C. черепащачу
- D. спіральну пов'язку з перегинами бинта
- E. колосоподібну

12. У пацієнта проведено венектомію на правому стегні і гоміліці з приводу варикозного розширення вен. Рани ушиті, оброблені 1% розчином йодонату, закриті серветками. Яку пов'язку необхідно накласти на нижню кінцівку для закріплення перев'язочного матеріалу?

- A. колосподібну
- B. пращеподібну
- C. спіральну пов'язку з перегинами бинта
- D. оклюзійну
- E. пов'язку Вельпо

13. Пацієнту П., 24 років проведено розтин гнійного ліктьового бурситу. Сумка промита розчином антисептика, дренована турун дою, змочена гіпертонічним розчином натрію хлориду, покрита марлевою серветкою. Як Ви закріпите перев'язувальний матеріал?

- A. кругова (циркулярна) пов'язка
- B. колосоподібна пов'язка
- C. хрестоподібна пов'язка
- D. спіральна пов'язка з перегинами бинта
- E. черепащача пов'язка

- 14. Пацієнт С., 36 років, постраждав під час дорожньо-транспортної пригоди. Є велика руб-лено-рвана рана по зовнішній поверхні правого плечового суглобу. Признаків перелому плечової кістки немає. Яку пов'язку слід накладати постраждалому при наданні першої медичної допомоги?**
- A. хрестоподібну
 - B. колосподібну
 - C. черепашачу
 - D. кругову
 - E. пов'язку Дезо
- 15. Пацієнтка С., віком 53 роки, прооперована з приводу гострого висхідного тромбофлебіту поверхневих вен лівої нижньої кінцівки з локалізацією тромбів на гомілиці і в нижній третині стегна. Який режим фізичної активності показаний пацієнтці протягом першої доби після операції?**
- A. суворий ліжковий режим
 - B. ліжковий режим
 - C. раннє вставання
 - D. загальний режим
 - E. напівліжковий (палатний) режим
- 16. Пацієнт К., 49 років, прооперований з приводу гострого висхідного тромбофлебіту поверхневих вен лівої нижньої кінцівки. Під час операції не досягнуто задовільного ретроградного кровотоку зі стегнової вени. Який режим фізичної активності показаний пацієнту протягом трьох днів після операції?**
- A. раннє вставання
 - B. ліжковий режим
 - C. суворий ліжковий режим.
 - D. загальний режим.
 - E. напівліжковий (палатний) режим
- 17. Пацієнт Р., 20 років, 8 днів тому поступив у відділення травматології з травматичним ушкодженням судинно-нервового пучка і плечової кістки в нижній третині правого плеча. Після виконаного оперативного втручання праву верхню кінцівку іммобілізовано з допомогою гіпсової лонгети. В якій послідовності доцільно проводити зміну натільної білизни пацієнту?**
- A. послідовність: груди, спина, голова, уражена кінцівка, а потім здорова
 - B. знімати сорочку зі спини, грудей, скидати її через голову, послідовно знімати зі здорової, а потім з хворої руки
 - C. послідовність дій не має значення
 - D. послідовність: груди, спина, голова, здорова кінцівка, а потім уражена
 - E. знімати сорочку зі спини, грудей, скидати її через голову, послідовно знімати з хворої, а потім зі здорової руки

18. Пацієнт А., 38 років, який 4 дні тому переніс резекцію шлунка з приводу виразки, скаржиться на виражену слинотечу та неприємний запах з рота. Яка профілактика виникнення паротиту?

- A. напівспиртові компреси на привушну ділянку
- B. санація ротової порожнини (миття зубів, полоскання з антисептиками)
- C. УВЧ-терапія на привушну ділянку
- D. вживання механічної щадної їжі
- E. антибіотикотерапія

19. Пацієнт Л., 59 років, знаходиться у відділенні абдомінальної хірургії 5-й день після операції – резекції шлунка. Протягом доби скаржиться на відчуття здуття і розпирання живота. Об'єктивно спостерігається рівномірне збільшення розмірів живота. Перкуторно над усіма відділами живота тимпанічний звук, який не змінюється при зміні положення пацієнта. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. При аускультатії живота вислуховуються слабкі перистальтичні шуми. Вказати найбільш імовірно ускладнення основного захворювання.

- A. спастична кишкова непрохідність
- B. розлитий перитоніт
- C. метеоризм
- D. асцит
- E. ожиріння

20. У пацієнта Д., 62 років, що знаходиться на лікуванні у відділенні абдомінальної хірургії, на 5-й день після операції – резекції шлунка діагностовано явища метеоризму. Попереднє вживання карболену протягом доби (3 табл. – 3 рази на день) не було ефективним. Які першочергові заходи для ліквідації такого ускладнення?

- A. холод на ділянку живота
- B. промивання шлунка
- C. газовідвідна трубка
- D. очисна клізма
- E. введення спазмолітиків

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. Шумпелик Ф. Атлас общей хирургии, 2010.- 616 с.

5. Principles_and_Practice_of_Surgery_6th_Edition_2012
6. 6_Oxford_Handbook_of_Clinical_Surgery_4th_Edition.
7. Губочкин Н.В., Шаповалов В.М. - Избранные вопросы хирургии кисти, 2009
8. Муратов С.Н. - Хирургические болезни с уходом за больными, 2010
9. Руководство по технике врачебных манипуляций, 2009
10. health-ua.com

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
7. Гриценко В.В., Игнатов Ю.Д. - Амбулаторная хірургія, 2004.
8. www.umsa.edu.ua/lecture
9. Хірургія - Березницький Я.С. – Підручник, 2007.
10. medlib.in.ua/medicina