

Введення в хірургію. Асептика та антисептика

*Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни «Догляд за хворими»*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Введення в хірургію.
Асептика та антисептика

Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни «Догляд за хворими»

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 12 від 17.12.2020.

Харків
ХНМУ
2020

Введення в хірургію. Асептика та антисептика : метод. вказ. до
практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу ІІ та ІV мед. фак-тів
з дисципліни «Догляд за хворими» / упоряд. В. О. Сипливий,
С. В. Грінченко, В. В. Доценко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 44 с.

Упорядники В. О. Сипливий
С. В. Грінченко
Г. Д. Петренко
В. В. Доценко
А. Г. Гузь
О. Г. Петюнін
В. І. Робак
Д. В. Євтушенко
В. О. Курбатов
О. В. Євтушенко

Обґрунтування теми

При наданні пацієнтам хірургічної допомоги має велике значення профілактика потрапляння інфекції в рану. Досягти цього можна завдяки бездоганному дотриманню правил асептики, основним положенням якої є наступне: все, що стикається з раною, має бути вільним від мікроорганізмів, тобто стерильним. Під час даного заняття студенти мають ознайомитися з правилами асептики при організації роботи в хірургічному стаціонарі. Дані знання є важливими як для подальшого навчання на кафедрах хірургічного профілю, так і для роботи вже як майбутні фахівці.

Важливість проблеми раціонального використання антисептиків та антибіотиків зумовлена численними випадками різноманітних побутових ран, високою частотою гнійно-запальних хірургічних захворювань та післяопераційних нагноєнь ускладнень.

Основу теми складають загальноновизнані методи антисептики та регламентовані наказами МОЗ України антисептичні препарати, способи обробки рук хірурга та операційного поля. Знання та дотримання цих вимог є обов'язком для працівників усіх ланок практичної охорони здоров'я.

Мета заняття

Знати (теоретичні питання)

1. Етапи розвитку хірургії, вітчизняні хірургічні школи.
2. Організація хірургічної допомоги в Україні.
3. Хірургічна деонтологія.
4. Структура хірургічної клініки.
5. Гігієна у хірургічному стаціонарі.
6. Профілактика розповсюдження госпітальної інфекції.
7. Гігієна тіла, одягу медперсоналу, гігієна білизни і одягу хворих.
8. Обов'язки постової та старшої медсестри.
9. Медична документація.
10. Медичні маніпуляції: термометрія, ін'єкції (техніку проведення).
11. Визначення понять «Асептика» та «Антисептика».
12. Класифікація методів асептики та антисептики, їх характеристика.

Практичні навички

1. Гігієнічна дезінфекція рук.
2. Методика хірургічної обробки рук спиртовмісним антисептиком.
3. Проведення термометрії.
4. Виконання внутрішньошкірних ін'єкцій.
5. Виконання підшкірних ін'єкцій.
6. Виконання внутрішньом'язових ін'єкцій.
7. Виконання внутрішньовенних ін'єкцій.

Зміст теми

Введення в хірургію. Хірургія – розділ медицини, що вивчає хвороби і травми всіх ділянок і органів людського тіла, а також розробляє і застосовує спеціальні методи лікування. В буквальному перекладі «хірургія» означає «рукодія» (від греч. *cheir* – рука, *ergon* – дія). Хірургія почала розвиватися

значно раніше за інші розділи медицини – практично з часів зародження людства. Постійними супутниками людини були полювання, війни, і вона була вимушена навчитися зупиняти кровотечу з рани, видаляти застрягли в тілі стріли тощо. Проте як наука хірургія сформувалася лише в XIX ст.

Широко відоме ім'я лікаря Стародавньої Греції Гіппократа (біля 460–370 рр. до н.е.), який вважається батьком наукової медицини і хірургії. Його принцип «*Ubi pus ibi evacua*» («Побачивши гній – випускай») є основоположним в лікуванні гнійно-запальних захворювань. Великий внесок у розвиток хірургії зробив Абу Алі Ібн-Сина, відомий як Авіценна (980–1037). Відома його праця «Канон лікарської науки» залишалася настільною книгою для лікарів майже до XVII ст.

Засилля церкви в середні століття припинило розвиток науки, у тому числі хірургії, а в 1215 р. було заборонено займатися хірургією на тій підставі, що християнській церкві «противне пролиття крові». Так хірургію відокремили від медицини і прирівняли до цеху цирульників. Цирульник (перукар) стриг, голів і «відчиняв кров».

В епоху пізнього середньовіччя з'явилися університети в Італії (Болонья), Франції (Париж), але там хірургію виключили з викладання на медичних факультетах. Проте заборона викладати хірургію не могла припинити її існування, оскільки хворі потребували допомоги людей, які вміли лікувати рани, переломи, вивихи, зупиняти кровотечу та ін.

Відкриття У. Гарвеем (1578–1657) системи кровообігу, засноване на власних і передуючих дослідженнях з анатомії серця і судин (у тому числі на дослідженнях Везалія), мало величезне значення в розвитку медицини і хірургії. Він відкрив два кола кровообігу і довів, що в судинах легень циркулює не повітря, як було прийнято тоді вважати, а кров.

Офіційне визнання хірургія як наука отримала в 1719 р., коли італійський хірург Лафранши був запрошений на медичний факультет Сорбонни для читання лекцій з хірургії.

Першим навчальним закладом на Україні була Києво-Могилянська академія (1622 р.), де проводилася підготовка богословів, медичних працівників та ін.

У 1755 р. відкритий Московський університет з медичним факультетом і «клініками при факультеті».

За одне сторіччя, починаючи з середини XIX ст., в розвитку хірургії відбувся такий різкий стрибок, що досягнутий рівень багатократно перевершив все, що було зроблено за попередні тисячоліття. Цьому сприяли відкриття XIX – початку XX ст., що склали фундамент подальшого розвитку хірургії: відкриття наркозу, введення наркозу і місцевої анестезії в хірургію; розробка і впровадження асептики в хірургічну практику; методи зупинки кровотечі і відновлення крововтрати; завершення формування сучасної анатомії, створення топографічної анатомії і вдосконалення хірургічної техніки.

Корифесом вітчизняної і зарубіжної хірургії заслужено вважається М. І. Пирогов (1810–1881). У віці 18 років він закінчив медичний факультет

Московського університету. Почавши в 26 років професорську діяльність в Дерптському університеті, М. І. Пирогов приділяв значну увагу анатомії, створив прикладну (топографічну) анатомію. Він був віртуозом хірургічної техніки дякуючи, як він казав, знанням анатомії і хірургії.

Внесок М. І. Пирогова в хірургічну науку величезний. Він широко впровадив ефірний наркоз (виконав 10 000 операцій пораненим), розробив його нові методи – ректальний і ендотрахеальний. Ним розроблені основні принципи військово-польової хірургії: наближення медичної допомоги до поля бою, сортування поранених, послідовність в наданні допомоги на етапах евакуації, створення рухомих госпіталів. На цих принципах було засновано надання медичної допомоги в період Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. Йому належить класичний опис травматичного шоку.

В. О. Караваєв (1811–1892) – хірург широкого профілю. У 1840 р. очолив кафедру факультетської хірургії при Київському університеті. Один з перших (1847 р.) застосував наркоз. Всього В. О. Караваєвим виконано близько 16 000 операцій (цифра, вражаюча для хірурга доантисептичного періоду). Ряд його робіт присвячений пластичним операціям при заячій губі, ринопластиці, ампутаціям. Працював під керівництвом М. І. Пирогова в Дерпті, вважав себе його учнем. Користувався великою популярністю серед населення. До сьогодні зберігся вислів прихожан, які йшли на богомілья до Лаври: «Їду у Київ Богу помолитися, та Караваєву поклонитися».

Після М. І. Пирогова розвиток вітчизняної хірургії багато в чому пов'язаний з ім'ям М. В. Скліфосовського (1836–1904). Він працював в Києві, Петербурзі, Москві. М. В. Скліфосовський одним з перших в Росії почав розвивати антисептичний метод. Розроблена ним кісткова операція зі співставлення і фіксації кісток відома як «російський замок».

М. М. Волкович (1858–1928). У 1882 р. закінчив медичний факультет Київського університету. У 1903 р. був обраний професором кафедри госпітальної хірургії. В 1894 р. першим з вітчизняних хірургів виконав ламінектомію, запропонував розріз передньої черевної стінки при апендектомії (1898 р.). Великої популярності набула шина Волковича для іммобілізації переломів плеча. У 1908 р. організував Київське хірургічне товариство та був його беззмінним головою.

Академік НАН і АМН України М. М. Амосов (1913–2003) – засновник Київського інституту серцево-судинної хірургії, що носить нині його ім'я. Основним напрямом його науково-практичної діяльності були торакальна хірургія і біокібернетика, він розробляв питання фізіології серця, штучного кровообігу, хірургічного лікування захворювань легенів, серця, моделювання процесів мислення і психіки.

Академік НАН і АМН України О. О. Шалімов (1918–2006) – засновник сучасної хірургічної школи в Україні. У 1972 р. заснував Київський НДІ клінічної і експериментальної хірургії (нині Інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова АМН України). З 1980 по 2004 р. О. О. Ша-

лімов працював головним хірургом Міністерства охорони здоров'я України. Його науково-практична діяльність була присвячена розвитку різних напрямів хірургії: реконструктивно-відновному лікуванню патології стравоходу, шлунка, тонкої та товстої кишок, печінки, жовчних протоків; корекції захворювань підшлункової залози; кардіохірургії, хірургії судин, ендovasкулярній хірургії, кріохірургії та ін.

Успіх хірургічної допомоги визначається спільною роботою амбулаторно-поліклінічних хірургічних відділень і хірургічних стаціонарів. Дуже важлива при цьому наступність в роботі: достаціонарне обстеження хворих, долікування їх після виписки зі стаціонару та ін.

Особливе місце в структурі лікувальних установ займають клінічні лікарні. Кафедри хірургії медичних університетів, відділення науково-дослідних інститутів працюють на базі великих хірургічних стаціонарів і надають значну допомогу не лише в практичній роботі, але й, головне, в організації хірургічної роботи, проведенні наукових досліджень, впровадженні наукових досягнень хірургії в практику.

Історія розвитку асептики

Безсилля хірургів перед інфекційними ускладненнями в XIX ст. було загрозливим. Дуже точно охарактеризував стан хірургії в ті часи видатний російський хірург Н. А. Вельямінов після відвідування однієї з великих московських клінік: *«Бачив блискучі операції і царство смерті»*. Так продовжувалося до кінця XIX ст., коли в хірургії одержало поширення навчання про асептику й антисептику, у виникненні якого можна виділити п'ять етапів:

- 1) емпіричний період;
- 2) долістеровська антисептика XIX ст.;
- 3) антисептика Лістера;
- 4) виникнення асептики;
- 5) сучасна асептика й антисептика.

Емпіричний період. Перші, як ми тепер називаємо, «антисептичні методи» можна знайти ще в роботах лікарів стародавніх часів. Деякі з них вважали обов'язковим видалення стороннього тіла з рани, у законах Мойсея заборонялося торкатися рани руками, Гіппократ проповідував принцип чистоти рук лікаря, застосовував для обробки ран дощову воду, вино; збривав волоссяний покрив з операційного поля; говорив про необхідність чистоти перев'язного матеріалу. Однак цілеспрямовані, осмислені дії хірургів щодо попередження гнійних ускладнень почалися значно пізніше – лише в середині XIX ст.

Долістеровська антисептика XIX ст. Угорський акушер Ігнац Земмельвейс у 1847 р. припустив, що у жінок післяпологова гарячка розвивається внаслідок занесення трупної отрути у статеві органи студентами і лікарями під час виконання вагінального дослідження (студенти і лікарі відвідували також анатомічний театр). Земмельвейс запропонував перед

внутрішнім дослідженням обробляти руки хлорним вапном і домогся феноменальних результатів: післяпологова летальність внаслідок розвитку сепсису знизилась з 18,3 до 1,3 %. Однак, Земмельвейса не підтримали, а цькування і приниження, що він випробував, призвели до того, що він був госпіталізований у психіатричну лікарню, а пізніше вмер від сепсису внаслідок панарицію.

М. І. Пирогов не створив цілісних робіт щодо боротьбі з інфекцією, але він був у півкроку від створення навчання про антисептику. Ще в 1844 р. він писав: «Від нас недалеко той час, коли ретельне вивчення травматичних і госпітальних міазм дасть хірургії інший напрямок». М. І. Пирогов шанобливо поставився до праць І. Земмельвейса і сам, ще до Лістера, застосовував в окремих випадках для лікування ряд антисептичних речовин (азотнокисле срібло, хлорне вапно, винний і камфорний спирт).

Роботи Земмельвейса, М. І. Пирогова не могли зробити переворот у науці. Появі «лістеровської» антисептики сприяли роботи Луї Пастера про роль мікроорганізмів у процесах шумування і гниття (1863 р.).

Виникнення антисептики. Успіхи мікробіології, праці Л. Пастера і Р. Коха висунули ряд нових принципів в основу профілактики хірургічної інфекції. Вони стали у основі для створення вчення Лістера про антисептичний метод. Головними з них було не допускати забруднення бактеріями рук хірурга і предметів, що стикаються з ранною. Таким чином, у хірургію ввійшли обробка рук хірурга, стерилізація інструментів, перев'язочного матеріалу і білизни. Розробка асептичного методу зв'язана з іменами Е. Бергмана і його учня К. Шіммельбуша.

На X Міжнародному конгресі хірургів у Берліні в 1890 р. принципи асептики при лікуванні ран одержали загальне визнання. Е. Бергман продемонстрував хворих, оперованих в асептичних умовах без застосування «лістерівської» антисептики. Тут же був прийнятий основний постулат асептики: «Все, що стикається з ранною, повинне бути стерильне».

Для стерилізації перев'язочного матеріалу використовувалася наперед висока температура. Р. Кохом (1881 р.) і Е. Есмархом був запропонований метод стерилізації текучою парою. У той же час у Росії Гейденрейх вперше у світі довів, що найбільш досконалою є стерилізація парою під високим тиском, і в 1884 р. запропонував використовувати для стерилізації автоклав.

Велика заслуга належить російським хірургам М. С. Суботіну і Л. Л. Левшину, які створили, власне кажучи, прообраз сучасних операційних. Н. В. Скліфосовський запропонував розрізняти операційні для різних по інфекційному забрудненню операцій.

Сучасна асептика й антисептика. Висока температура (стерилізація), що є основним методом асептики, не могла використовуватися для обробки живих тканин. Завдяки успіхам хімії для лікування гнійних ран і інфекційних процесів був запропонований ряд нових антисептичних засобів. Подібні ж речовини стали використовуватися для обробки хірургіч-

них інструментів і предметів догляду за хворими. Таким чином, поступово асептика щільно переплелася з антисептикою, і зараз без єдності цих двох дисциплін хірургія просто немислима.

Теодор Більрот, який ще нещодавно насміхався над антисептикою Лістера, у 1891 р. сказав: «Тепер чистими руками і чистою совістю молододосвідчений хірург може досягти кращих результатів, чим раніше самий знаменитий професор хірургії».

Показові наступні цифри: до введення асептики й антисептики післяопераційна летальність у Росії в 1857 р. становила 25 %, а в 1895 р. – тільки 2,1 %.

Асептика – комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження потрапляння мікроорганізмів у рану чи в організм людини у цілому.

Шляхи поширення інфекції в організмі:

Екзогенною вважається інфекція, що потрапляє в рану із зовнішнього середовища:

а) з повітря – *повітряна інфекція*;

б) із краплями слини чи інших рідин – *краплинна інфекція* (іноді поєднуються в один вид – *повітряно-краплинну інфекцію*);

в) із предметів, що стикаються з раною – *контактна інфекція*;

г) із предметів, що залишаються в рані (шви, дренажі, металеві чи пластинчасті стрижні, штучні клапани серця та ін.) – *імплантаційна інфекція*.

Перенесення патогенних мікроорганізмів від хворого до хворого позначається як перехресна інфекція.

Ендогенною вважається інфекція, що знаходиться в організмі або на його покривах. Ендогенна інфекція потрапляє в рану безпосередньо (контактна) або по судинних шляхах (лімфогенна чи гематогенна). Основними вогнищами ендогенної інфекції є запальні процеси на шкірі (фурункули, карбункули, піодермії, екзема та ін.), осередкова інфекція ШКТ (карієс зубів, гінгівіти, холецистити, холангіти, панкреатити й ін.), інфекція дихальних шляхів (синусити, трахеїти, бронхіти, бронхокататична хвороба), інфекція уrogenітальних шляхів (пієліти, цистити, простатити, уретрити, сальпінгоофорити), вогнища криптогенної інфекції.

Антисептика – комплекс засобів та заходів, спрямованих на знищення потенційних збудників у рані (або в тканинах / порожнинах, що її оточують), патологічному вогнищі або в організмі в цілому.

Дезінфекція (знезараження) – знищення на (в) об'єктах зовнішнього середовища патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів.

У вузькому розумінні, в контексті хірургії під терміном «дезінфекція» розуміють застосування хімічних методів (засобів) знищення мікроорганізмів та їх спор, причому це стосується лише неживих предметів, а відносно людей використовують термін **«антисептика»**.

Мікроорганізми, що залишилися живими після дії антисептиків, не викликають захворювання у зв'язку з недостатньою інфікуючою дозою та

зниженою вірулентністю і в подальшому знешкоджуються факторами імунної системи.

Дезінфікуючий агент – діюча речовина, що забезпечує знищення патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів на (в) об'єктах зовнішнього середовища.

Деконтамінація – зниження кількості мікроорганізмів на об'єктах зовнішнього середовища.

Стерилізація – процес, який забезпечує загибель вегетативних та спорових форм патогенних та непатогенних мікроорганізмів.

Групи дезінфікуючих засобів :

1) дезінфекциди – використовуються для стерилізації (бактерицидний ефект, притаманна токсична або подразнююча дія);

2) антисептики – використовуються для місцевої дезінфекції (бактерицидна або бактериостатична дія) шкіри, слизових, серозних оболонок.

Виокремлюють наступні **види антисептики** :

1) механічну;

2) фізичну;

3) хімічну;

4) біологічну (дія на мікроорганізм; дія на макроорганізм);

5) змішану (комбіновану).

До *механічної* антисептики відносяться розкриття гнійників, туалет (промивання) рани, нефректомія, первинна/вторинна хірургічна обробки ран, застосування дренажів (пасивних).

Дренування – лікувальний метод, який полягає у виведенні назовні рідкого вмісту (продуктів розпаду тканин та мікробних токсинів) із ран, гнійників, а також вмісту порожнистих органів, природних або патологічних порожнин шляхом використання гумових випускників або трубок (гумових, поліхлорвінілових, силіконових) чи інших матеріалів.

За методам забезпечення відтоку патологічного вмісту дренування поділяється на пасивне (відтік під дією сили тяжіння), активне (створення від'ємного тиску в дренажній системі), проточно-промивне (активне введення розчину в двопросвітну трубку) та осмодренування (використання марлі, в т.ч. із гіпертонічними розчинами).

До *фізичної* антисептики відносяться активні дренажі (проточно-промивне та вакуумне дренування); використання гіпертонічних розчинів, гігроскопічних матеріалів, сорбентів; УФО та лазерне опромінення, ультразвукова кавітація ран, підсушування рани.

До *хімічної* антисептики відносяться використання хімічних речовин із різноманітними механізмами протимікробної дії (деструктивний, окисний, мембранопшкоджуючий, антиметаболічний і антиферментний тощо).

Основні групи хімічних антисептиків :

– галоїди (галоїдовмісні);

– окислювачі;

– барвники;

- альдегідовмісні;
- поверхнево-активні речовини (детергенти);
- гуанідовмісні;
- спиртовмісні;
- феноловмісні;
- кислоти/луги;
- солі важких металів.

Виокремлюють також групу хіміотерапевтичних засобів, які використовують для знищення збудників у патологічному вогнищі хворого і вводять парентерально або ентерально (нітрофурани, фторхінолони, сульфаніламідні препарати, похідні нітроїмідазолу, хіноксаліну тощо).

Хіміотерапія та хіміопротекція – це заходи, спрямовані на пряме знешкодження чи пригнічення збудників у внутрішньому середовищі макроорганізму з метою лікування (або профілактики) інфекційних чи паразитарних хвороб.

До *біологічної* антисептики відносяться засоби :

- дії на мікроорганізм: антибіотики, ферменти, сироватки, антитоксини, гамма-глобуліни, гіперімунна плазма, сироватки, бактеріофаги;
- дії на макроорганізм: стимулятори специфічного імунітету (вакцини, анатоксини) та неспецифічного імунітету – імунокоректори та імуностимулятори, інтерферони, тималін, вітаміни, піримідинові основи (метилурацил).

Змішана антисептика передбачає поєднане використання різних методів, що на сьогодні широко застосовується на практиці.

Медична етика та деонтологія

Етика – це наука про мораль (норми і правила поведінки). **Медична етика** – це наука про систему норм і правил поведінки і моральної зовнішності лікаря та всього медичного персоналу. Мораль регулює відношення лікаря до пацієнта, до здорової людини, до колег, суспільства, держави. Етичні закони лежать в основі лікарської діяльності, у взаєминах лікаря і пацієнта. Медична етика включає постулати про обов'язки лікаря і пацієнта, лікарську таємницю, лікарські помилки, ятрогенію, проблеми евтаназії. В охороні здоров'я міцно вкоренилася філософія моралі та моральності – медична етика, до якої тісно примикає деонтологія – сукупність професійних норм і обов'язків.

Деонтологія (від грец. *deontos* – належне, *logos* – вчення) – розділ етичної теорії, в якому розглядаються проблеми обов'язку, моральних вимог і нормативів та взагалі зобов'язання як специфічної для моральності форми прояву соціальної необхідності. Деонтологія – це наука про професійну поведінку людей, сукупність етичних норм, необхідних для виконання ними своїх професійних обов'язків. Вперше термін «деонтологія» було введено на початку XIX ст. англійським філософом І. Бентамом, який використав його для позначення вчення про мораль в цілому. У творі

«Деонтологія, або Наука про мораль» (1834), він затверджує керівним етичним принципом поведінки принцип корисності. Етичний ідеал за Бен-тамом – «найбільше щастя найбільшій кількості людей»; критерій моралі – «досягнення користі, вигоди, задоволення, добра і щастя»; кожна людина прагне збільшити задоволення, що отримується від життя та, відповідно, зменшити страждання.

Медична деонтологія – суміжна дисципліна між етикою і медициною, галузь медичної етики, що має свою специфіку; вчення про моральний обов'язок, етичні обов'язки і етичні норми поведінки медичного персоналу, що забезпечують оптимальну якість та результативність його роботи з відновлення і збереження здоров'я людей.

Ключовим поняттям медичної деонтології є професійний обов'язок лікаря перед суспільством і пацієнтами. Медична деонтологія припускає право медиків на професійну гідність і честь, включає нормативні принципи поведінки лікаря. У структурі медичної етики деонтологія займає особливе місце. Це найперша і найбільш традиційна галузь професійної етики, яка має найбільш прикладний характер, безпосередньо входить у галузь регуляції людських відносин і втілюється в деонтологічних Кодексах. У вузькому сенсі медична деонтологія – це сукупність конкретних норм і принципів медичної моралі стосовно певної спеціальності. Оскільки лікарські спеціальності істотно розрізняються, то деонтологічні вимоги, регулюючі практичну діяльність лікарів-фахівців, мають специфічний характер. Розрізняють медичну деонтологію терапевта, хірурга, акушера-гінеколога, педіатра, онколога, психіатра, дерматовенеролога та інших.

Основні сфери регуляції загальної і спеціальної деонтології:

- взаємовідносини між лікарем і пацієнтом, зокрема у присутності інших хворих та інших колег (відносини «за вертикаллю»);
- взаємовідносини між лікарем і пацієнтами-дітьми;
- взаємовідносини між лікарем і близькими пацієнта, зокрема у присутності самого пацієнта та у присутності сторонніх;
- взаємовідносини між лікарем і його колегами, зокрема у присутності пацієнта, його близьких і сторонніх (відносини «за горизонталлю»);
- взаємовідносини між лікарями і середнім (молодшим) медперсоналом, зокрема у присутності хворих;
- відношення лікаря до лікарської таємниці і його право на розповсюдження інформації;
- право лікаря на експеримент і етичні проблеми медичних досліджень;
- проблема юридичної відповідальності лікаря;
- проблема матеріальної і моральної винагороди лікаря.

Історичні джерела медичної деонтології. При розгляді історичних аспектів розвитку медичної деонтології звертає увагу те, що ще Гіппократ у III ст. до н.е. у своїй знаменитій «Клятві» першим сформулював обов'язки лікаря перед пацієнтом і систематизував правила медичної етики, які мають

актуальність і в теперішній час. «Primum non nocere» («не нашкодь») – основний принцип лікування, закладений «батьком медицини» Гіппократом, що лежить у витоків лікарської етики (модель Гіппократа).

І в сучасній медицині зберігається актуальність принципу «при лікуванні не завдавай шкоди». Шкода може бути завдана бездіяльністю, недбалістю, некваліфікованими діями, злими намірами.

Основні вимоги медичної деонтології до сучасного лікаря. Необхідною умовою розвитку суспільства є створення матеріальних і духовних благ. Кожна професія пред'являє до людей певні моральні вимоги, породжує специфічні професійні моральні закони. До такої спеціальності, як медицина, крім загальноприйнятих моральних норм, пред'являють спеціальні вимоги, детерміновані певним видом людської діяльності. Першорядна роль обов'язку в професії лікаря обумовлена цінністю здоров'я і життя людей. Вимоги лікарської моралі завжди мали явно виражений категорично-імперативний характер. Вищим проявом професійного обов'язку лікаря є дотримання ним принципу гуманізму, сумлінне виконання ним своїх обов'язків по відношенню до хворого.

Основні міжнародні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря

У сучасних умовах питанням медичної деонтології у всіх країнах приділяють велику увагу. Прийнятий ряд декларацій, кодексів, правил, які покликані визначити етичні норми поведінки лікарів. У багатьох країнах (Франції, ФРН, Італії, Швейцарії, США та ін.) існують національні деонтологічні кодекси. Ряд документів має міжнародний характер. До них слід віднести Женевську декларацію (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Гельсінську та Токійську декларації (1964, 1975), декларацію Сіднея (1969), декларацію, що стосується відношення лікарів до торгів (1975) та інші. Проте в міжнародних документах з питань медичної деонтології не завжди враховуються конкретні умови життя тієї або іншої країни, національні особливості.

Женевська декларація – основний міжнародний документ. В основу цього документу покладена «Клятва Гіппократа», в ній знайшли віддзеркалення і найбільш гострі соціальні проблеми ХХ ст. Так, до декларації внесені фрази: «Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення впливали на виконання мого обов'язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на противагу законам людяності». Остання фраза, відображаючи досвід Другої світової війни, закріплює положення «Десяти Нюрнберзьких правил» (Нюрнберзький кодекс, 1947), в яких підкреслюється неприпустимість злочинних дослідів на людях. Женевська декларація заснована на принципах, викладених Гіппократом і визначається «Клятвою Гіппократа ХХ сторіччя», була прийнята 2-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації в 1948 р. і переглянута в 1994 р.

Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології) конкретизував ряд положень Женевської декларації і був схвалений експертами ВООЗ. Цей Кодекс є найбільш поширеним документом, на який посилаються багато дослідників проблем медичної деонтології. В ньому звертається увага на питання оплати лікарської допомоги, на неприпустимість переманювання пацієнтів, самореклами та ін.

У 1970 р. питання медичної деонтології обговорювалися на X Міжнародному конгресі терапевтів у Варшаві і на Міжнародному конгресі істориків медицини в Бухаресті.

У 1973 р. деонтологічні питання медицини в умовах науково-технічної революції стали предметом обговорення спеціального симпозиуму XV Міжнародного філософського конгресу у Варні, а в 1974 р. – XVIII Міжнародного конгресу з прикладної психології в Монреалі. У 1989 р. орган друку ВООЗ «Здоров'я миру» присвятив проблемі «Етика і здоров'я» спеціальний номер, в якому розглянуто багато питань медичної деонтології.

Організація хірургічної допомоги населенню.

Організація роботи хірургічного відділення

У нашій країні медична допомога організована за територіальним принципом, проте з розвитком страхової і приватної медицини цей принцип, особливо відносно планової допомоги, починає змінюватися.

Організація хірургічної допомоги

Фельдшерсько-акушерський пункт надає екстрену долікарську допомогу, проводить профілактику захворювань і травматизму жителям одного або декількох сільських населених пунктів.

Дільнична лікарня надає екстрену і невідкладну лікарську допомогу при гострих хірургічних захворюваннях і травмах, проводить роботу з їхньої профілактики, керує діяльністю фельдшерсько-акушерських пунктів, розташованих в області цього району.

Районна лікарня надає хірургічну допомогу всім хворим з гострими хірургічними захворюваннями і травмами, проводить планове лікування найбільш поширених хірургічних захворювань (грижа, виразкова хвороба шлунка, холецистит та ін.)

Обласна лікарня, крім допомоги, що надається в районних лікарнях, забезпечує надання спеціалізованої хірургічної допомоги: урологічної, травматологічної, онкологічної та ін.

Міські лікарні надають екстрену і планову хірургічну допомогу жителям районів міста.

Хірургічні кафедри медичних вузів, крім надання хірургічної допомоги, ведуть наукову розробку певних розділів хірургії.

Науково-дослідні інститути відповідно до свого профілю надають спеціалізовану хірургічну допомогу, проводять наукову розробку хірургічних проблем.

Стационарна хірургічна допомога надається в хірургічних відділеннях загального, спеціалізованого профілю.

Хірургічні відділення загального профілю організуються у складі районних і міських лікарень. Вони забезпечують основними видами кваліфікованої стаціонарної хірургічної допомоги велику частину населення країни. Тут лікують різні захворювання, серед яких більше 50 % становить гостра хірургічна патологія і 20–40 % – пошкодження і захворювання опорно-рухового апарату.

Спеціалізовані відділення відкриваються в обласних, міських лікарнях і обслуговують від 50 тис. до 3 млн населення. Вони призначені для надання хворим хірургічної допомоги відповідної спеціальності. В основі організації спеціалізованих відділень лежать аналогічні принципи, які сприятимуть концентрації хворих за певною ознакою:

- за захворюваністю однієї системи органів – відділення хірургії судин, хірургії легень, проктологічні, урологічні та ін.;
- за нозологічними формами, з урахуванням локалізації – опікові відділення, хірургії сечостатевого і кістково-суглобового туберкульозу та ін.;
- за розділами хірургічної патології – онкологічні відділення, невідкладної хірургії, гнійної хірургії та ін.;
- за особливістю методик операцій – пластична хірургія;
- за віковими особливостями – дитяча хірургія.

Хірургічні відділення загального профілю відкриваються, як правило, на 60 ліжок і більше, спеціалізовані – на 25–40 ліжок. Значна частина міських і обласних лікарень є клінічними, оскільки на їх базі працюють хірургічні клініки медичних інститутів. Хірургічні ліжка є також у спеціальних клініках медичних інститутів, які не входять у міську мережу, в науково-дослідних інститутах, що знаходяться в підпорядкуванні міністерств і відомств.

Організація екстреної і невідкладної хірургічної допомоги.

У містах вона здійснюється за схемою: швидка медична допомога (здоров'я пункт або поліклініка) – хірургічний стаціонар. На селі: фельдшерсько-акушерський пункт, дільнична лікарня – хірургічне відділення районної лікарні. У хірургічних відділеннях для надання екстреної хірургічної допомоги встановлено цілодобове чергування хірургів, анестезіологів і операційних медичних сестер.

Відділення хірургічного профілю повинні розміщуватися в одному корпусі з приймальним відділенням, операційним блоком, відділенням інтенсивної терапії і реанімації, оскільки вони функціонально залежать один від одного. Палатні відділення організуються на 60 і більше ліжок.

Згідно з БНП (Будівельні норми і правила, 1971), відділення в нових лікарнях плануються з двох непрохідних секцій, які відділяються холами.

У секції повинно бути 30 ліжок. У палатній секції передбачається пост чергової сестри (4 м²), процедурна (18 м²), перев'язувальна (22 м²), ідальня (з числом місць не менше 50 % від кількості ліжок), приміщення для сортування і тимчасового зберігання брудної білизни, предметів прибирання

(15 м²), ванна (12 м²), вбиральня (чоловіча, жіноча, для персоналу). Разом із цим у відділенні необхідні кабінет завідувача (12 м²), ординаторська (10 м² на кожного лікаря, понад одне додатково 4 м²), кімнати старшої медсестри (10 м²), сестри-господарки (10 м²). У клініках передбачаються кабінети професора, доцента, асистентів і учбові кімнати на 10–12 чоловік.

Палата – основне місце перебування хворого в лікувальній установі. У палатах хірургічного відділення на одне ліжко відводиться 7 м². Більшість палат в секції плануються на 4 ліжка, 2 – ліжкові палати, 2 – одноліжкові. Оптимальне число ліжок в палаті – 3.

Перед входом в палату планується шлюз, який передбачений як невеликий передпокій, де розміщені вбудовані індивідуальні шафи хворих і вхід в туалет з умивальником, ванною або душем.

Палати оснащуються ліжками металеві конструкції, до яких можна прикріпити штатив для переливання і пристосування для скелетного витягнення. Більшість ліжок повинні бути функціональними.

Інтер'єр палати доповнюється навколоріжковою тумбочкою, загальним столом, стільцями, корзиною для паперів. Температура в палаті повинна бути 20 °С. Оптимальна вологість повітря складає 50–60 %, рухливість повітря близько 0,15 м/с. Палати повинні добре освітлювати природним світлом, орієнтація вікон не повинна бути на північ. Співвідношення площі вікон і підлоги повинна бути 1:6. Передбачається загальне і місцеве електричне освітлення. У кожного ліжка повинна бути система виклику палатної сестри.

Пост палатної сестри розміщують в коридорі так, щоб забезпечити достатній огляд палат. Пост розташовують в центрі секції, обладнують його шафами для зберігання медикаментів, інструментів, предметів догляду і документації (листи лікарських призначень, передачі чергувань та ін.).

При розміщенні хворих треба враховувати особливості контингенту, виділені чисті та гнійні відділення. Це зробить лікування ефективнішим, а головне, попередить ускладнення.

Хірургічні відділення слід забезпечити примусовою вентиляцією, а окремі приміщення – витяжкою або кондиціонованим повітрям. Приміщення хірургічних відділень підлягають прибиранню вологим способом, з використанням дезінфікуючих засобів, двічі на день: вранці після підйому хворих і увечері перед сном. Один раз на місяць треба проводити генеральне прибирання з вологою дезінфекцією матраців і подушок. Щомісячно треба брати проби повітря на бактеріологічне дослідження.

Організація роботи медичного персоналу регламентується «Типовими правилами внутрішнього розпорядку», на підставі яких складають правила для різних установ залежно від їх призначення. Кожне хірургічне відділення має розпорядок дня, який направлений на створення раціональних умов роботи медичного персоналу і оптимальних умов для одужання хворих.

До персоналу хірургічного відділення пред'являються особливі вимоги: людські якості персоналу не менш важливі, чим якості їх як фахівців. Необхідно бездоганно дотримуватись принципів лікарської деонтології та етики.

Розпорядок дня в стаціонарі і обов'язки медичної сестри

Години	Заходи розпорядку дня	Обов'язки медичної сестри
7.00	Підйом	Вмикає світло в палатах
7.05 – 7.30	Термометрія	Роздає термометри і стежить за правильністю вимірювання температури; результати термометрії записує у температурний листок
7.30 – 8.00	Ранковий туалет хворих	Допомагає важкохворим провести гігієнічні процедури (здійснює догляд за шкірою; обробляє ротову порожнину, очі, ніс; підмиває, розчісує; перестилає ліжко), відправляє біологічний матеріал (сечу, кал, харкотиння) в лабораторію
8.00 – 8.30	Прийом ліків	Роздає ліки і стежить за їх прийманням
8.30 – 9.00	Сніданок	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
9.00 – 10.00	Лікарський обхід	Бере участь в обході, записує призначення лікаря
10.00 – 13.00	Виконання призначень	Виконує лікарські призначення: робить ін'єкції, зондування; готує хворих до обстеження, супроводжує їх у діагностичні кабінети, до лікарів-консультантів; доглядає за важкохворими
13.00 – 13.30	Приймання ліків	Роздає ліки і стежить за їх прийманням
13.30 – 14.30	Обід	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
14.30 – 16.30	Денний відпочинок, сон	Стежить за порядком у відділенні, за станом важкохворих
16.30 – 17.00	Термометрія	Роздає термометри і стежить за правильністю вимірювання температури; результати термометрії записує у температурний листок
17.00 – 19.00	Відвідування хворих родичами	Стежить за порядком у відділенні, контролює вміст передач з продуктами
19.00 – 19.30	Приймання ліків	Роздає ліки і стежить за їх прийманням
19.30 – 20.00	Вечеря	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
20.00 – 21.30	Виконання призначень	Виконує лікарські призначення: робить ін'єкції, ставить клізми, гірчичники, компреси; готує хворих до рентгенівського та ендоскопічного дослідження; доглядає за важкохворими
21.30 – 22.00	Вечірній туалет	Підмиває важкохворих, перестилає ліжко, обробляє ротову порожнину, проводять туалет носа, вух; провітрює палати
22.00 – 7.00	Сон	Вимикає світло в палатах, укриває хворих, стежить за порядком у палатах. Щогодини робить обхід у відділенні

Клінічна гігієна медичного персоналу у хірургічному відділенні

Відповідно до трудового законодавства, на роботу у відділення хірургічної інфекції приймають осіб не молодше 18 років. Для всіх працівників обов'язковий медичний огляд. Тих, хто страждає на відкриту форму туберкульозу, венеричні і заразні захворювання шкіри та слизових, на роботу не приймають. У подальшому не рідше 1 разу на рік всі працівники проходять медичне обстеження. Якщо в працівників, яких знову приймають на роботу, чи у тих, хто вже працює, виявляють носійство патогенних мікроорганізмів, то вирішують питання про допуск їх до роботи і проведення необхідного лікування.

Під час прийняття на роботу керівник відділення проводить із персоналом **інструктаж** з питань охорони праці і правил виконання своїх функціональних обов'язків, а з молодшим медичним персоналом – технарчання, під час якого набуваються мінімальні спеціальні знання. Інструктаж включає пояснення специфічних особливостей роботи у відділенні, хірургічної інфекції, правила особистої гігієни і санітарно-протиепідемічного режиму, правила внутрішнього розпорядку для персоналу і хворих. У подальшому не рідше, ніж через 6 міс проводять повторний інструктаж, на якому дають деталізовані настанови щодо виконання заходів із попередження зараження, про відповідну поведінку персоналу та виконання техніки безпеки. Інформацію про те, що інструктаж проведений, реєструють у спеціальному журналі обліку.

Персонал відділення хірургічної інфекції має постійний і безпосередній контакт із хворими, їх виділеннями, об'єктами оточуючого середовища, і таким чином, підлягає небезпеці зараження через їжу, воду, повітря, руки, зовнішні покриви тіла та ін. При цьому вірогідна передача інфекції не тільки співробітникам, членам їхніх родин, але й іншим хворим, що знаходяться у стаціонарі. Для обслуговуючого персоналу виділяють побутові приміщення: роздягальню, душову, кімнату для прийому їжі і відпочинку, туалет. Приходячи на роботу, співробітники переодягаються. Верхній одяг і взуття зберігають окремо від санітарного (сукня чи костюм, медична шапочка чи хустина, капці) у індивідуальних шафах, які періодично знезаражують. Не допускають використання тканинного взуття. Після закінчення роботи персонал приймає душ.

Виключно важливо тримати у чистоті руки персоналу. Нігті коротко підстригають. Після кожної маніпуляції із хворими, при контакті з виділеннями чи забрудненою білизною і посудом, перед прийманням їжі і після закінчення роботи руки миють і дезінфікують за допомогою спеціальних щіток. З цією метою використовують 80 % етиловий спирт, 0,5 % розчин хлоргексидину біглюконату на 70 % етиловому спирті та ін.

При використанні етилового спирту чи хлоргексидину на долонні поверхні рук наносять 5–8 мл розчину і втирають його протягом 2 хв.

Особливу увагу звертають на знезараження нігтьових просторів. Руки втирають індивідуальним рушником, що змінюється щоденно. Щітки, які використовують при цьому, миють і кип'ятять у 2 % розчині соди протягом 15 хв. Чисті щітки зберігають у стерильному біксі, беруть їх у міру необхідності стерильним корнцангом.

При наявності на руках порізів, синців чи інших пошкоджень, а також при контакті рук із мокротинням чи іншими виділеннями (перенесення плевальниць і суден, приготування змивів і мазків, сортування використаної білизни та ін.) обов'язково надягають гумові рукавички. Після роботи рукавички підлягають знезараженню.

Всі маніпуляції, при яких може відбутися забруднення рук кров'ю, сироваткою, гноєм, слиною, сечею та ін., слід проводити в гумових рукавичках.

Патогенна і умовно-патогенна мікрофлора, що викликає розвиток внутрішньолікарняної інфекції в ослабленому організмі, як правило, не є природною мікрофлорою шкіри рук, має транзиторний характер і може бути легко усунена зі шкіри рук їх гігієнічною дезінфекцією і миттям.

Гігієнічна дезінфекція рук проводиться після забруднення шкіри рук біологічними рідинами, після контакту рук з тілом хворого із гнійно-септичним захворюванням, після перев'язок. Якщо відбулося масивне забруднення рукавичок кров'ю, гноєм та ін., слід також обробити руки розчинами антисептиків після зняття рукавичок.

Методи гігієнічної дезінфекції рук :

- 1) обробка протягом 2 хв тампоном, змоченим в 70 % етиловому спирті;
- 2) обробка місцева з розчином первомуру (С4) протягом 1 хв;
- 3) обробка місцева з 0,1 % розчином "Дезоксон" протягом 2 хв;
- 4) обробка протягом 2 хв тампоном, змоченим в 0,5 % розчині хлоргексидину біглюконату в 70 % етиловому спирті.

При контакті з біологічними рідинами хворого на гепатит В або ВІЛ-інфекцію слід обробити руки 70 % спиртом або стериліумом протягом 2–3 хв. Через 6 міс після виписки хворого зі стаціонару необхідно провести перевірку крові на наявність НВs-антигена або антитіл до вірусу імунодефіциту людини.

Обробка рук після контакту з біологічними рідинами хворого на сифіліс проводиться за загальними правилами, проте якщо на руках є пошкодження і відбулося їх забруднення, необхідно негайно почати курс профілактичного лікування. Усунення від роботи в цьому випадку недоцільне, оскільки на тлі своєчасно розпочатої антибіотикотерапії інфікована людина не становить епідеміологічної небезпеки. Проте необхідно через 1 міс після можливого зараження провести перевірку крові на наявність антитіл до збудника сифілісу.

Після обробки рук за однією зі вказаних схем у будь-якому випадку треба вимити руки водою.

Слід мити руки також перед виконанням будь-яких процедур, наданням допомоги ослабленим пацієнтам і новонародженим, до і після зіткнення з ранами, після догляду за пацієнтами, а також після обстеження хворих, після будь-яких маніпуляцій (навіть якщо руки були в рукавичках) коли був можливий контакт зі слизовими оболонками, кров'ю, іншими біологічними рідинами, наконечниками до клізм, судном, білизною. Миють руки в теплій проточній воді протягом 2 хв з господарським або туалетним милом в одноразовій розфасовці, уникаючи розбрикування води. Для обробки піднігтьових просторів використовуються щітки, які потім слід мити і кип'ятити в 2 % содовому розчині протягом 15 хв. Чисті щітки зберігають у стерильних біксах, виймають у міру потреби стерильним корнцангом. Після миття руки витирають сухим рушником або одноразо-

вами паперовими серветками. Для кожного працюючого співробітника виділяють індивідуальний рушник, його міняють не рідше 1 разу на добу.

Важливе епідеміологічне значення має одяг і взуття персоналу відділення. Оскільки основним резервуаром патогенного стафілокока у відділенні є шкіра персоналу, одяг є найважливішим бар'єром, що постійно забруднюється у міру носіння. Наймасивніше інфіковані мікробами головні убори, халати, брюки і взуття. На халатах госпітальні мікроби можна виявити вже через декілька годин після носіння, особливо на рукавах, в ділянці живота, на рівні стегон. Тому для роботи в хірургічному відділенні для персоналу будь-якого рівня передбачений спецодяг, причому він включає не тільки носіння медичного халата. Неприпустимо носіння вуличного або домашнього одягу в межах відділення. Це рівною мірою небезпечно як для пацієнтів, так і для співробітника і членів його сім'ї. У хірургічному відділенні повинні бути передбачені приміщення для переодягання, влаштовані за типом шлюзу, кожному співробітнику повинна бути надана індивідуальна шафа, що складається з двох розділених частин, – для вуличного і для лікарняного одягу.

Через дотримання санітарно-епідемічного режиму співробітникам не рекомендують виходити у спецодязі за межі відділення, відвідувати в ньому їдальню, надягати поверх спецодягу верхній одяг, а також забирати його додому для будь-яких цілей. Біля входу в інше відділення змінюють халат, капці і маску.

До початку роботи весь верхній одяг, особливо в'язаний і вовняний знімають і переодягаються у форму, призначену тільки для роботи в хірургічному відділенні. Переважне носіння як компоненту особистого одягу бавовняних брюк як чоловікам, так і жінкам, проте останнім допускається і носіння чистої бавовняної сукні. Поверх особистого одягу вдягають медичний халат, який повинен застібатися або зав'язуватися, прикриваючи одяг, що знаходиться під ним. Рукава халата повинні бути короткими або легко зачухуватися з тим, щоб у разі потреби передпліччя до ліктя могло 97 бути оголене. Зміна натільного одягу проводиться щодня, халат необхідно міняти мінімум 2 рази на тиждень, а у відділенні хірургічної інфекції – щодня.

Змінне взуття повинне бути по можливості закритим, без зянь і отворів і обов'язково з нетканого матеріалу, щоб була можливість піддати його гігієнічній обробці і дезінфекції.

Волосяний покрив голови – це величезна площа, здатна збирати, накопичувати, а потім і поширювати пил з мікроорганізмами. За деякими даними волосся частіше буває резервуаром стафілококів, ніж носоглотка і шкіра. Носіння ковпака (косинки) в хірургічному відділенні обов'язково. Волосся повинне бути повністю прибрано. Халати, шапочки змінюють раз на тиждень, костюми – 2 рази на місяць, а при забрудненні спецодягу виділеннями хворих – негайно.

Персоналу, що здійснює догляд, заборонено приймати їжу в палатах і коридорах, а також палити в палатах, коридорах і лабораторіях.

Для роботи в асептичних і інфікованих зонах персоналу слід носити захисні маски (респіратори). Змінювати їх необхідно мінімум через кожні 2 год роботи, а також після кожної операції. При тривалішому носінні маски самі перетворюються на джерело інфекції. Всі брудні роботи слід виконувати в клейонкових фартухах, що надягають поверх халату, і в робочих гумових рукавичках, які після роботи знезаражують.

Гігієна тіла медичного персоналу передбачає щоденний гігієнічний душ. Однак перед операцією він не тільки не знижує, а навпаки, збільшує кількість гнійних ускладнень, оскільки з вимитої шкіри протягом першої години посилюється десквамація епітелію, внаслідок чого утворюється інфікований аерозоль.

Кожен співробітник хірургічного відділення несе персональну відповідальність за дотримання правил особистої гігієни, оскільки це має значення для профілактики розповсюдження інфекції в стаціонарі.

Догляд за хірургічними хворими

Хірургія є особливою медичною спеціальністю, у якій використовують з метою лікування прийоми механічної дії на тканини організму або хірургічну операцію, що обумовлює ряд серйозних відмінностей в організації і здійсненні догляду за хірургічними хворими.

Закономірні відхилення від нормальних фізіологічних процесів найчастіше є природною відповіддю на операційну травму і частково не вимагають усунення, оскільки система гомеостазу самостійно їх нормалізує.

Для правильного розуміння питань догляду за хірургічними хворими необхідно розуміти, що операція – це специфічний метод лікування, результат якого залежить не тільки від правильної і високої техніки, а й від грамотного догляду за хворим до та після втручання. Правильно організований догляд за хворими післяопераційного періоду в хірургії залишається важливим елементом, якого може бути цілком достатньо для повного і швидкого лікування хворого. Професійний догляд за хворими після операцій припускає знання як закономірних змін їх загального стану і місцевих процесів, так і можливого розвитку ускладнень.

Догляд – це один із найважливіших елементів у лікуванні хворого, що організовується на підставі професійного знання можливих змін або ускладнень у хворих після операцій і направлений на своєчасне їх попередження і усунення. Обсяг догляду залежить від стану та віку хворого, характеру захворювання, об'єму оперативного втручання, призначеного режиму, виникаючих ускладнень.

Догляд за хворими – це комплекс заходів, спрямованих на створення сприятливих умов успішного лікування, що призводить до поліпшення стану пацієнта і задоволення його фізіологічних потреб.

Догляд за хворими підрозділяється на **загальний і спеціальний**:

а) загальний догляд – сукупність заходів, які необхідні будь-якому хворому незалежно від характеру хвороби, віку, статі тощо;

б) спеціальний догляд включає додаткові заходи, які мають специфічні особливості виду медичної допомоги і виконуються з урахуванням характеру захворювання та індивідуальних особливостей його перебігу.

У важких післяопераційних хворих догляд включає допомогу при здійсненні ними основних життєвих потреб (їжа, пиття, рух, випорожнення кишечника і сечового міхура та ін.); проведення заходів особистої гігієни (умивання, профілактика пролежнів, зміна білизни та ін.); допомога під час хворобливих станів (блювання, кашель, кровотеча, порушення дихання та ін.).

Догляд включає й низку санітарно-епідеміологічних заходів, що здійснюються медичним персоналом і направлені на підтримку належної чистоти в медичній установі та попередження виникнення і розповсюдження інфекційних (гнійно-септичних) ускладнень. До таких заходів відносяться регулярне прибирання і провітрювання приміщень, санітарна обробка хворих, їх одягу, білизни, предметів догляду, деякі заходи дезінфекції (знищення патогенних мікроорганізмів) і дезінсекції (знищення комах-паразитів).

У хірургічній практиці у хворих, що страждають від болю, відчувають страх перед або після оперативного втручання, догляд припускає активну позицію з боку персоналу. Хірургічні хворі, особливо після важких операцій, не просять допомоги. Будь-які заходи щодо догляду завдають їм додаткових неприємних відчуттів, тому вони негативно сприймають різні спроби активізації рухового режиму, виконання необхідних гігієнічних процедур. У цих ситуаціях персонал повинен проявляти дбайливу, терплячу наполегливість.

Важливим компонентом догляду за хворими є створення максимального фізичного і психічного спокою. Тиша в приміщенні, де знаходяться хворі, спокійне, рівне, доброзичливе ставлення до них медичного персоналу, усунення всіх несприятливих чинників, які можуть травмувати психіку хворого, – ось деякі основні принципи так званого лікувально-охоронного режиму медичних установ, від якого багато в чому залежить ефективність лікування хворих.

Для одужання дуже важливо, щоб хворий перебував у спокійному, фізіологічно зручному положенні, в задовільних гігієнічних умовах, отримував раціональне харчування. Сприяє одужанню дбайливе, тепле, уважне ставлення медичного персоналу.

Загальний догляд за хворими

Гігієна тіла хворого в хірургічному відділенні

Дотримання правил особистої гігієни, забезпечення чистоти палат і меблів створює умови для швидкого одужання хворих і попереджає розвиток багатьох ускладнень.

Важливе місце в догляді за хворими займає догляд за шкірою. Функції сальних і потових залоз сприяють збереженню пружності та м'якості шкіри. Проте разом із виділенням з залоз на шкірі скупчується пил і мікроорганізми. Забруднення шкіри викликає свербіння, яке веде до порушення її ціліс-

ності, що сприяє проникненню вглиб шкіри мікробів, які знаходяться на її поверхні. Медична сестра повинна стежити, щоб хворі дотримувалися правил особистої гігієни.

Хворі, що знаходяться на загальному режимі, якщо немає протипоказань, миються у ванні або приймають душ не рідше 1 разу на тиждень.

Техніка підготовки та проведення гігієнічної ванни

1. Вимити ванну губкою або щіткою з милом, порошком, ополоснути її 1 % розчином тріациду або 1 % розчином дезоксону-1, а потім гарячою водою.

2. Заповнити ванну теплою водою (37 °С).

3. Допомогти хворому розміститись у ванні. Рівень води повинен доходити до мечоподібного відростка. Щоб хворому було зручно сидіти, в ножному кінці ванни необхідно поставити дерев'яну підставку для ніг.

4. Вимити хворого губкою з милом, починаючи з голови, у такій послідовності: тулуб, верхні та нижні кінцівки, пахова ділянка, промежина. Тривалість процедури не повинна перевищувати 20–25 хв.

5. Допомогти хворому вийти з ванни, витерти теплим рушником або простирадлом.

Техніка підготовки та проведення гігієнічного душу

1. Вимити ванну мийними засобами.

2. Поставити у ванну стільчик та посадити на нього хворого.

3. Миють хворого у тій же послідовності, що й у ванні.

Після душу або ванни губки миють у воді і піддають стерилізації кип'ятінням у воді, або автоклавуванням. Найкраще використовувати одноразові губки, які після застосування утилізуються.

Догляд за волоссям

При довготривалому перебуванні чоловіків у стаціонарі їм слід коротко стригти волосся і мити голову не рідше 1 разу на 7–10 днів.

Жінкам з довгим волоссям потрібно щодня розчісувати їх густими гребінцями, які повинні бути індивідуальними у кожної хворої. Користуватися чужими гребінцями категорично забороняється. Коротке волосся слід розчісувати від коріння до кінців, а довге розділити на паралельні пасма і поволі розчісувати від кінців до коріння. Густий гребінь, змочений у розчині оцтової кислоти добре вичісує лупу і бруд. Щоб краще промити волосся, слід застосовувати різні шампуні, дитяче мило або воду з хною.

Гігієна порожнини рота

Гігієні порожнини рота необхідно приділяти достатньо уваги, оскільки при накопиченні мікроорганізмів можуть виникнути гнійні ураження слизової оболонки, що супроводжуються неприємним запахом із рота. Хворі, які можуть ходити, повинні двічі на день, вранці й увечері чистити зуби, а після прийому їжі полоскати рот підсоленою водою або 2 % розчином гідрокарбонату натрію.

Догляд за вухами

Під час щоденного ранкового туалету хворі миють вуха. При утворенні сірчаних пробок у вухах медсестра повинна видалити їх ватним тампоном після попереднього закапування 5–6 крапель 3 % перекису водню.

При скупченні великої кількості сірчаних пробок проводять спринцювання вуха за допомогою великого шприца Жане або гумового балона.

Спринцювання вуха

Хворого садять перед собою боком, щоб джерело світла добре освітлювало вухо. У руки хворому дають лоток, який він притискає до шиї під вушною раковиною. Потім медсестра лівою рукою відтягує вушну раковину назад і вгору, а правою вводить кінець шприца в зовнішній слуховий прохід, направляючи по його верхньозадній стінці струмінь розчину під тиском, який підігріто до температури тіла.

Закапування крапель у вухо

Для закапування крапель у вухо нагинають голову хворого в здорову сторону. Мочку вуха хворого лівою рукою дещо відтягують, а правою тримають піпетку і капають певну кількість крапель, підігрітих до кімнатної температури, у слуховий прохід. Після цього у вухо закладають невеликий ватний тампон на декілька хвилин.

Догляд за зовнішніми статевими органами і заднім проходом

Складовою частиною заходів щодо гігієни шкіри є догляд за зовнішніми статевими органами і заднім проходом. Необхідно проводити підмивання заднього проходу і зовнішніх статевих органів двічі на добу, а після акту дефекації – окремо. Цю процедуру зручно проводити за наявності висхідного душу або підмиванням теплою водою з милом.

Техніка підмивання хворого. Матеріальне забезпечення: кухоль із теплою (30–35 °С) водою або зі слабким розчином перманганату калію, корнцанг, серветка, судно, гумові рукавички.

Алгоритм дії

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Підведіть під крижі хворого ліву руку, допоможіть йому підняти таз.
3. Правою рукою підведіть і розправте під тазом клейонку, поверх якої помістіть судно й опустіть таз хворого.
4. Станьте справа від хворого 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 та пахвинні ділянки і складки шкіри під молочними залозами необхідно обробляти частіше (особливо у повних людей), оскільки в цих ділянках часто виникає поплілість.

Техніка спринцювання

Крім підмивання зовнішніх статевих органів, жінкам часто буває необхідне спринцювання. З цією метою використовують кухоль Есмарха, який підвішують на штатив на висоту до 1 м над рівнем ліжка. Можна використовувати слабкий розчин калію перманганату 0,2 %, натрію гідрокарбонату 1 % або лікувальний розчин, призначений лікарем. Після підмивання промежини медична сестра, розводячи двома пальцями лівої руки статеві губи, обережно вводить у статеvu щілину на глибину 6–7 см вагінальний наконечник. Притримуючи наконечник, відкриває кран і регулює швидкість руху розчину. Кухоль Есмарха, гумова трубка, кран і наконечник обов'язково стерилізують перед кожним застосуванням. Медична сестра працює у стерильних рукавичках.

Використання взуття. Хворим не дозволяється користуватися власним взуттям. Видають тапочки з тканини, що легко стерилізується. Це взуття після виписки хворого протирають тампоном, змоченим в ультрациді, аеродезині, 25 % розчині формаліну, 40 % розчині оцтової кислоти, або обробляють всередині аерозолем «Чобіток».

Використання особистих речей

Один зі шляхів перенесення інфекції в хірургічне відділення пов'язаний з особистими речами хворого, на яких часто знаходиться велика кількість патогенних мікроорганізмів. Спектр флори зазвичай повністю відображає склад виділень хворого: переважають псевдомонади, ентеробактерії і патогенні стафілококи. Ці мікроорганізми часто в значній кількості виявляються на бритві, гребінці, зубній щітці, дужках окулярів та інших особистих речах хворого. Тому особисті речі, які хворий приносить у хірургічне відділення, необхідно звести до мінімуму і по можливості рекомендувати речі разового користування. Зберігають особисті речі у тумбочці біля ліжка хворого із закритими дверцятами. Персонал відділення зобов'язаний щодня контролювати склад і стан особистих речей хворих.

Бритви, гребінці, стакани для чищення зубів необхідно щодня дезінфікувати. Зубні щітки стерилізують кип'ятінням або УФО випромінюванням. Інший метод – використовувати таблетки Акватабс для приготування дезінфекційного розчину і обробляти ним щетину кілька разів на тиждень, як це рекомендовано заводом-виробником, або частіше. Одна таблетка, розчинена в теплій воді, використовується для замочування щітки протягом приблизно 10 хв. Після замочування зубна щітка промивається і готова до використання.

Не можна зберігати предмети туалету в поліетиленових мішках, бо через наявність підвищеної вологості в них швидко створюються умови для розмноження флори.

Книги слід обгортати в обкладинки, що легко дезінфікуються, краще, щоб це були нові книги. Взагалі дозволяється використовувати речі, які можна продезінфікувати, а пацієнта попереджають про можливість їх пошкодження.

Гігієна передач. Все, що стосується гігієни особистих речей хворого, відноситься і до гігієни передач. Вміст передач повинен контролюватися медсестрою. Категорично забороняється приймати у відділення хірургічного профілю м'які іграшки, хутряні й вовняні речі та інші предмети, що не підлягають дезінфекції. У якості тари для передач повинні бути повністю виключені тканинні плетені сумки, бажано використовувати поліетиленові і пластикові пакети.

Кількість продуктів харчування в передачах повинна бути обмежена необхідним і лише продуктами, дозволеними хворому відповідно до дієти. Слід пам'ятати, що в тумбочках повинні міститися тільки продукти тривалих термінів зберігання (цукровий пісок, печиво, цукерки та ін.). Продукти, що швидко псуються, приймаються лише в тій кількості, яку можна використати протягом доби, зберігаються в холодильнику. Зберігання продуктів в палаті, на підвіконні заборонено. При щонайменшій підозрі на інфікування і псування продукти знищуються.

Хворий, що знаходиться в стаціонарі навіть нетривалий час, відчуває себе відірваним від рідних і друзів, що створює несприятливий емоційний стан для його одужання. У той же час безладна система відвідування заважає роботі медперсоналу, сприяє забрудненню лікарняного середовища, занесенню інфекції. У зв'язку з цим у розпорядку дня лікарні повинні бути передбачені і чітко визначені години відвідування хворих.

Повна санітарна обробка

Підготовка хворого до планового оперативного втручання

Перед плановою операцією хворий приймає гігієнічну ванну або душ, йому міняють натільну і постільну білизну. Важкохворим у цьому допомагає медперсонал. На ніч за призначенням лікаря хворому дають снодійні або седативні засоби.

Підготовка операційного поля перед плановим оперативним втручанням

Вранці, приблизно за 2 год до операції, хворому голять волосся сухим способом за допомогою станка і нового леза. Волосся видаляють на значній площі, що прилягає до місця оперативного втручання, тому що може виникнути потреба розширити розріз або зробити допоміжний. Перед голінням шкіру протирають дезінфікуючим розчином і дають їй підсохнути. Гоління проводять у санітарній кімнаті, після чого поголене місце обробляють спиртом. Ці заходи не можна проводити наперед, оскільки можливе інфікування отриманого в процесі гоління садна чи подряпин. Вистачає декількох годин для перетворення їх на осередок інфекції з подальшим розвитком післяопераційних ускладнень.

Підготовка хворого до планового оперативного втручання в день операції

Вранці хворий умивається, чистить зуби. Зубні протези виймають, загортають у марлеву серветку і кладуть у тумбочку. На волосисту частину голови надягають шапочку або косинку. Жінкам із довгим волоссям заплітають коси.

Безпосередньо перед транспортуванням хворий повинен умитися, почистити зуби, зняти зубні протези, прополоскати рот, звільнити ніс, випорожнити сечовий міхур. Чоловіки повинні поголити бороду та вуса, жінки – зняти лак із нігтів.

За 30 хв до операції виконують **премедикацію** ((від лат. *pre* – перед, *medikamentum* – ліки) – завчасну медикаментозну підготовку хворого до загальної анестезії та хірургічного втручання. Мета даної підготовки – зменшення рівня тривоги пацієнта, зниження секреції залоз, підсилення дії препаратів для анестезії).

Перед екстреною операцією хворому вводять наркотичний анальгетик і атропін (промедол 2 % – 1,0, атропін – 0,01 мг/кг). За показаннями можливе введення дроперидола або антигістамінних засобів.

Перед плановою операцією звичайна схема премедикації така:

1) на ніч напередодні операції призначають снодійний препарат (фенобарбітал – 2 мг/кг) і для повноцінного ефекту премедикації транквілізатор (феназепам – 0,02 мг/кг);

2) за 30 хв до операції вводять внутрішньом'язово наркотичний анальгетик – промедол 2 % – 1,0, антихолінестеразні препарати – атропін (0,01 мг/кг), антигістамінний препарат – димедрол (0,3 мг/кг).

Після премедикації пацієнта доставляють в операційну обов'язково на каталці у супроводі медсестри, одягненої в чистий халат, ковпак і маску.

Вимірювання температури тіла та її реєстрація

Температура тіла – один із основних показників стану хворого, її рівень може свідчити про характер захворювання, особливості його перебігу і тому має важливе діагностичне і прогностичне значення (у нормі температура тіла становить 36,2 – 37,0°C).

Вимірювання температури тіла у стаціонарних хворих, як правило, проводиться два рази на добу: вранці о 6–7-й годині і ввечері о 17–18-й годині (у ряді випадків для більш точного визначення коливань добової температури, за призначенням лікаря, температуру тіла вимірюють кожні 2–3 год – порційна термометрія).

Методика проведення термометрії:

– найчастіше вимірювання здійснюють у пахвовій западині з використанням ртутного термометра;

– шкіру пахвової ділянки ретельно витирають від поту;

– термометр виймають із дезрозчину, промивають під проточною водою, витирають насухо і струшують до повного переходу ртуті з капілярної трубки у резервуар;

– відводять руку вбік, резервуар термометра розміщують у пахвовій ямці і руку притискають до тулуба;

– результат термометрії фіксують після 7–10-ї хвилинної експозиції;

– у дітей нерідко термометрію проводять у паховій складці або ротовій порожнині.

В наш час у медичній практиці досить широко застосовують електричні термометри, робота яких заснована на принципах термопар:

- вимірювання температури тіла за допомогою електротермометра проводять шляхом прикладання його до певної частини тіла;
- експозиція в межах 10–15 с, після чого на екрані термометра з'являється температура тіла з точністю до десятих часток градуса;
- переваги таких термометрів у тому, що протягом короткого часу можна виміряти температуру різних ділянок тіла, а це важливо для діагностики ряду захворювань.

Пропасниця та її види

Підвищення температури тіла понад 37,0°C називають пропасницею (**febris**). Залежно від рівня коливань температури тіла виділяють кілька типів пропасниці:

а) **постійна пропасниця (febris continue)**, при якій різниця між максимальною та мінімальною температурою не перевищує 1°C;

б) **пропасниця (febris remittens)**, яка характеризується коливаннями температури понад 1 °C;

в) **гектична пропасниця (febris hectica)** – різновид пропасниці, при якій коливання між ранковою та вечірньою температурою тіла досягають 3–4 °C і більше;

г) **переміжна пропасниця (febris intermittens)**, для якої характерне періодичне передування протягом доби високої температури тіла з нормальною або навіть зниженою;

д) **зворотна пропасниця (febris reccurens)** характеризується чергуванням періодичного підвищення температури протягом кількох днів, а потім зниженням її до нормальних або субнормальних позначок;

е) **хвилеподібна пропасниця (febris undulans)**, для якої характерне щоденне поступове підвищення температури до високих позначок із наступним поступовим зниженням її до норми, цій пропасниці властива циклічність таких коливань;

є) **порушена пропасниця (febris inversus)** характеризується підвищенням температури тіла в ранковій годині і зниженням її у вечірній час;

ж) **неправильна пропасниця (febris irregularis)** проявляється відсутністю будь-якої закономірності температурних коливань;

з) **криза (crisis)** – різке зниження температури тіла з високих позначок до нормальних або субнормальних;

и) **лізис (lisis)** – поступове зниження температури тіла з високих позначок до нормальних або субнормальних.

Догляд за хворими з пропасницею:

1) хворі з пропасницею виснажуються швидше за інших, тому вони потребують більше уваги;

2) при стабілізації температури на високих позначках у хворих з'являється сухість у роті, головний біль, серцебиття, спрага; у таких хворих

можуть спостерігатися галюцинації, марення, втрата свідомості, порушення дихання, зміна артеріального тиску тощо;

3) при гіпертермії (39–40 °С і вище), крім виконання лікарських призначень, доцільно застосовувати холодний компрес на голову або прикладання міхура з льодом на чоло;

4) з появою марення, галюцинацій, психічного і фізичного збудження у хворого необхідно терміново запросити лікаря;

5) у хворих із пропасницею важливе значення має постійний контроль за станом серцево-судинної (пульс, АТ) і дихальної систем (частота і ритм дихання);

6) годування хворих із пропасницею слід проводити малими порціями в той час, коли температура тіла відносно нижча (ранок і день);

7) особливо ретельний нагляд необхідний за хворими в період критичного зниження температури, при якому може спостерігатися падіння судинного тону (колапс), зниження артеріального тиску, зменшення кількості сечі, що виділяється (олігурія), розвиток кисневого голодування тканин (гіпоксія), що проявляється ціанозом або акроціанозом;

8) при розвитку зазначеної ситуації необхідно забезпечити зігрівання хворого, поліпшити кровопостачання головного мозку (підняти нижній кінець ліжка), при підвищеній пітливості систематично міняти натільну і постільну білизну;

9) при раптовому погіршенні стану хворого терміново запросити чергового лікаря.

Техніка внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій. Догляд за вазофіксом

Внутрішньошкірні ін'єкції застосовують із діагностичною і профілактичною (введення вакцин) метою.

Техніка внутрішньошкірної ін'єкції:

– місце ін'єкції найчастіше медіальна поверхня передпліччя, рідше – ділянка спини, перикардіальна зона;

– шкіру двічі протирають стерильною кулькою, змоченою спиртом;

– тонкою голкою проколюють шкіру під гострим кутом таким чином, щоб вістря голки потрапило під її роговий шар;

– повільним натисканням на поршень шприца вводять 0,1–0,2 мл препарату; голку витягують і шкіру знову протирають спиртом;

Підшкірні ін'єкції застосовуються в тих випадках, коли виникає необхідність введення лікарського препарату в організм. Основні місця для підшкірних ін'єкцій: зовнішня поверхня плеча, передньобочкова поверхня стегна, підлопаткова ділянка.

Техніка підшкірної ін'єкції:

– шкіру в місці ін'єкції двічі протирають стерильною кулькою, змоченою спиртом; лівою рукою (першим і другим пальцями) шкіру в місці ін'єкції збирають у складку;

– енергійним рухом проколюють шкіру в основі складки, вводять голку в підшкірну клітковину на глибину 1,5–2,0 см і повільно вводять ін'єкційний розчин;

– швидким рухом витягують голку і місце уколу протирають ватною кулькою, змоченою в етиловому спирті, яку притискають на кілька хвилин до місця уколу;

– при введенні масляних розчинів (камфора, тестостерон-пропіонат та ін.) їх попередньо слід підігріти в нерозкритій ампулі;

Внутрішньом'язові ін'єкції є найпоширенішим видом ін'єкційного введення лікарських препаратів, тому що м'язи мають широку мережу кровоносних і лімфатичних судин, що сприяє більш швидкому і повному всмоктуванню введеного препарату. Найчастіше внутрішньом'язові ін'єкції проводяться у верхньозовнішній квадрант сідниці, рідше – у м'язи стегна (передня поверхня).

Техніка внутрішньом'язової ін'єкції:

– хворий лежить на животі (якщо ін'єкція в сідничну ділянку) або на спині (якщо ін'єкція у м'язи стегна);

– після обробки шкіри етиловим спиртом великим і вказівним пальцями лівої руки розтягують шкіру в місці ін'єкції;

– швидким рухом вводять голку у м'язи на всю її довжину (5–6 см);

– потягуючи поршень шприца у зворотному напрямку, перевіряють, чи не потрапила голка в кровоносну судину (поява крові в шприці);

– з появою крові в шприці голку витягують і проводять ін'єкцію в іншому місці;

– при відсутності крові в шприці повільно вводять необхідну дозу препарату і швидким рухом витягують голку;

– до місця ін'єкції прикладають ватну кульку, змочену етиловим спиртом, і притискають її протягом кількох хвилин;

Внутрішньовенні ін'єкції застосовуються:

– з метою швидкого введення в організм хворого лікарських препаратів і їх оптимальної дії на патологічний осередок;

– при наданні медичної допомоги за невідкладних станів, екстремальних ситуацій і при раптовому погіршенні стану хворого;

– для внутрішньовенних ін'єкцій застосовують, як правило, шприци ємністю 10–20 мл;

– найчастіше для внутрішньовенних ін'єкцій використовують вену ліктьового згину, але можуть бути використані і вени тилу кисті і тилу стопи, яремна і стегнова вени.

Техніка внутрішньовенної ін'єкції:

– хворий лежить на спині або сидить на стільці, а рука розігнута в ліктьовому суглобі і розташована на рівній поверхні;

– на середню третину плеча накладають гумовий джгут таким чином, щоб були перетиснені вени, але збережений артеріальний приплив крові;

– для кращого наповнення вен хворому пропонують кілька разів стиснути і розтиснути кулак;

– шкіру ліктьового згину обробляють ватним тампоном, змоченим етиловим спиртом;

– пальцями лівої кисті шкіру над периферичним відрізком вени зміщують у напрямку кисті, а правою рукою беруть шприц таким чином, що другий палець розташований на муфті голки, п'ятий палець притримує поршень, а інші пальці утримують циліндр шприца;

– ін'єкційну голку розміщують над веною або поруч із нею під кутом 30–40° до поверхні шкіри і обережно проколюють її, просуваючи голку на 1,0–1,5 см під шкірою;

– голку розташовують над веною, плавним рухом проколюють стінку вени, що відчувається тактильно, а також визначається за надходженням крові в муфту голки;

– після проколу стінки вени голку просувають у просвіті вени на 0,5–1,0 см і обережним зворотним рухом поршня перевіряють положення голки: якщо голка у вені, у шприц надходить кров;

– обережно знімають джгут і повільним натисненням на поршень вводять розчин у вену;

– після закінчення ін'єкції шприц із голкою швидко витягують із вени, на місце пункції вени кладуть ватний тампон, змочений етиловим спиртом, і руку згинають у ліктьовому суглобі на 3–5 хв (для повної зупинки кровотечі).

Внутрішньовенні вливання застосовують у випадках, коли виникає необхідність у введенні значних кількостей розчинів протягом тривалого часу (від кількох годин до кількох діб). Для проведення внутрішньовенних вливань використовують одноразову стерильну систему, що складається із пластикової трубки із крапельницею, на кінцях трубки є голки для венопункції та проколу пробки флакона, а також проходу для повітря з голкою і фільтром. Перед початком внутрішньовенного вливання розчину необхідно приєднати систему до флакона і заповнити її інфузійним розчином.

Підготовка системи для внутрішньовенного вливання:

– пробка на флаконі протирається ватним тампоном, змоченим етиловим спиртом; через прокол пробки у флакон вводяться голка від системи і голка повітропроводу, а кінець трубки його фіксується до стінки флакона нижче дна;

– флакон перевертають пробкою вниз і встановлюють у штатив;

– частково відкривають затискач і заповнюють розчином верхній відрізок трубки і крапельницю на 1/3 об'єму;

– кінець трубки опускають над лоточком і повністю заповнюють розчином трубку, стежачи за тим, щоб у ній не залишилося бульбашок повітря, після чого закривають затискач.

Система заповнена і готова для внутрішньовенних вливань.

Техніка внутрішньовенного вливання:

– проводиться венепункція або катетеризація вени, голка фіксується до шкіри за допомогою лейкопластиру;

- заповнена система з'єднується з голкою або катетером;
- за допомогою затискача регулюється необхідна швидкість ін'єкції (найчастіше 40–60 крапель на хвилину, рідше – струминно);
- при необхідності переливання кількох флаконів розчину стежать за тим, щоб при заміні флаконів система залишалася повністю заповненою інфузійною рідиною;
- після завершення внутрішньовенної інфузії закривають затискачем трубку, витягують голку з вени, на місце пункції кладуть ватний тампон, змочений етиловим спиртом, і руку згинають у ліктьовому суглобі на 3–5 хв (для повної зупинки кровотечі).

При здійсненні внутрішньовенних краплинних або струминних інфузій розчинів хворий повинен перебувати під спостереженням медичного персоналу. Необхідно стежити за його загальним станом, при необхідності вимірювати частоту пульсу, дихання, артеріальний тиск. При погіршенні стану хворого під час інфузії слід негайно припинити подальше введення розчину шляхом перетискання трубки затискачем і терміново запросити лікаря.

Догляд за вазофіксом, техніка постановки вазофіксу, догляд за підключичним катетером

При катетеризації вен перевагу потрібно надавати сучасним тефлоновим і поліуретановим катетерам, застосування яких суттєво знижує частоту ускладнень і при якісному догляді термін їх експлуатації значно вище. Найбільш часто причиною невдач і виникнення ускладнень при катетеризації периферичних вен є відсутність практичних навичок персоналу, порушення методики постановки венозного катетера та догляду за ним. Це багато в чому зумовлено відсутністю у медичного персоналу загальноприйнятих стандартів катетеризації периферичних вен і догляду за катетером.

Стандартний набір для катетеризації периферичної вени включає стерильний лоток, змочені дезрозчином стерильні кульки, стерильні серветки, лейкопластир, периферичні внутрішньовенні катетери декількох розмірів, джгут, стерильні рукавички, ножиці, бинт.

Постановка периферичного катетера

Починають з того, що забезпечують хороше освітлення місця маніпуляції. Потім руки ретельно миють і висушують. Збирають стандартний набір для катетеризації вени, при цьому в ньому має бути кілька катетерів різних діаметрів. Накладають джгут на 10–15 см вище передбачуваної зони катетеризації. Вибирають вену шляхом пальпації. Підбирають катетер оптимального розміру, враховуючи розмір вени, необхідну швидкість введення, графік внутрішньовенної терапії. Повторно обробляють руки, використовуючи антисептик, надягають рукавички.

Місце катетеризації обробляють шкірним антисептиком протягом 30–60 с і дають підсохнути.

Не слід пальпувати вену повторно! Зафіксувавши вену (її притискають пальцем нижче передбачуваного місця введення катетера), беруть катетер обраного діаметра і знімають з нього захисний чохол. Якщо на чохла розташована додаткова заглушка, чохол не викидають, а тримають між пальцями вільної руки.

Катетер вводять на голці під кутом до шкіри 15° , спостерігаючи за індикаторною камерою. При появі в ній крові зменшують кут нахилу голки стилета і на кілька міліметрів вводять голку в вену.

Зафіксувавши голку-стилет, повільно до кінця зрушують канюлю з голки у вену (голку-стилет поки не видаляють повністю з катетера). Знімають джгут.

Не можна вводити голку в катетер після зміщення його з голки у вену! Перетискають вену, щоб зменшити кровотечу, і остаточно видаляють голку з катетера. Голку утилізують з урахуванням правил безпеки. Знімають кришку з захисного чохла і закривають катетер або приєднують інфузійну систему. Катетер фіксують до кінцівки за допомогою лейкопластиру.

Правила догляду за катетером

Кожне з'єднання катетера – це ворота для проникнення інфекції. Потрібно уникати багаторазового дотику руками до інструментарію.

Рекомендують частіше міняти стерильні заглушки, ніколи не користуватися заглушками, внутрішня поверхня яких могла бути інфікована.

Відразу після введення антибіотиків, концентрованих розчинів глюкози, препаратів крові катетер промивають невеликою кількістю фізіологічного розчину. Щоб попередити тромбоз і продовжити термін функціонування катетера у вені, катетер рекомендують промивати фізіологічним розчином додатково між інфузіями. Після інфузії необхідно зробити «гепаринову заглушку».

Гепариновий блок – це коли люмен труби катетера заповнений розчином гепарину в розведенні 1:100, після введення розчину катетер необхідно «заглушити» (нагвинтити заглушку на катетер). Це перешкоджає зворотному руху крові і утворенню згустків у трубі катетера.

Ускладнення після катетеризації вен поділяють на механічні (5–9 %), тромботичні (5–26 %), інфекційні (2–26 %).

Потрібно стежити за станом фіксуючої пов'язки й міняти її при необхідності, а також регулярно оглядати місце пункції, з тим щоб якомога раніше виявити ускладнення. При появі набряку, почервоніння, місцевого підвищення температури, непрохідності катетера, а також при болісних відчуттях сестра видаляє катетер і ставить до відома лікаря.

При зміні лейкопластирної пов'язки забороняється користуватися ножицями, тому що можна відрізати катетер, в результаті чого він потрапить в кровоносне русло. Місце катетеризації рекомендують міняти кожні 48–72 год. Для видалення венозного катетера необхідні лоток, кулька, змочена дезрозчином, бинт, ножиці.

**ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ТЕМИ
«ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВА ІН'ЄКЦІЯ»**

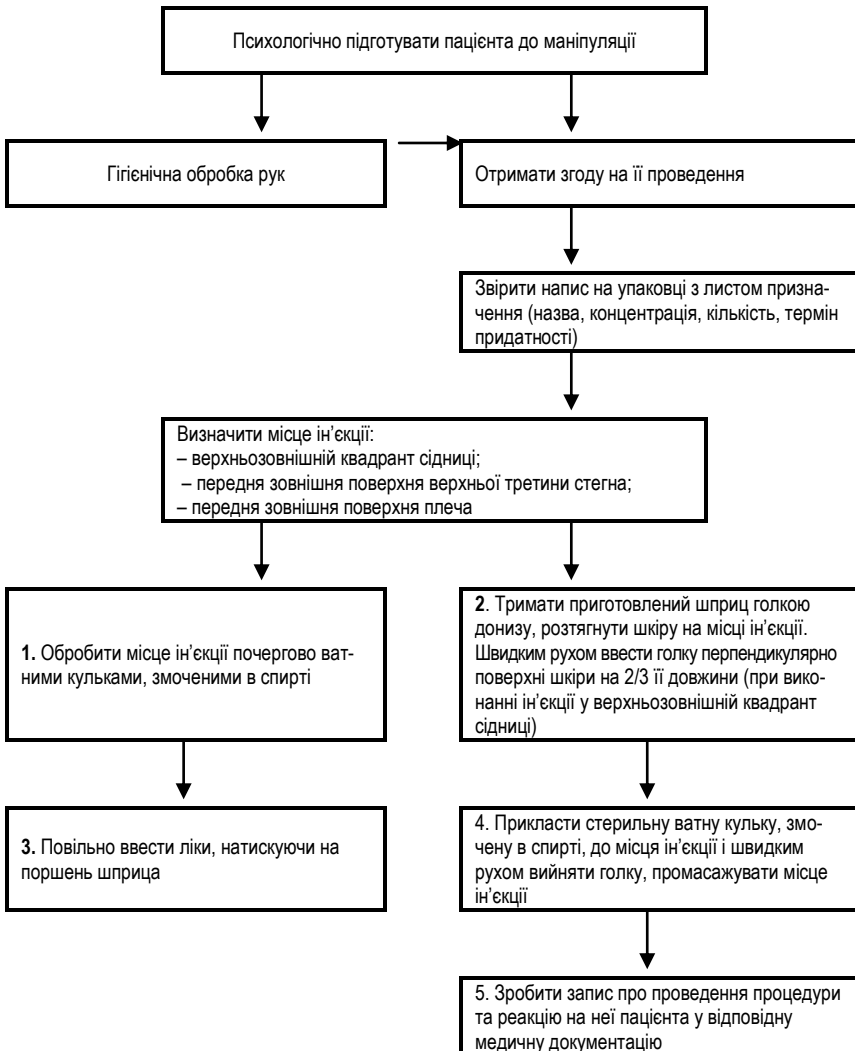
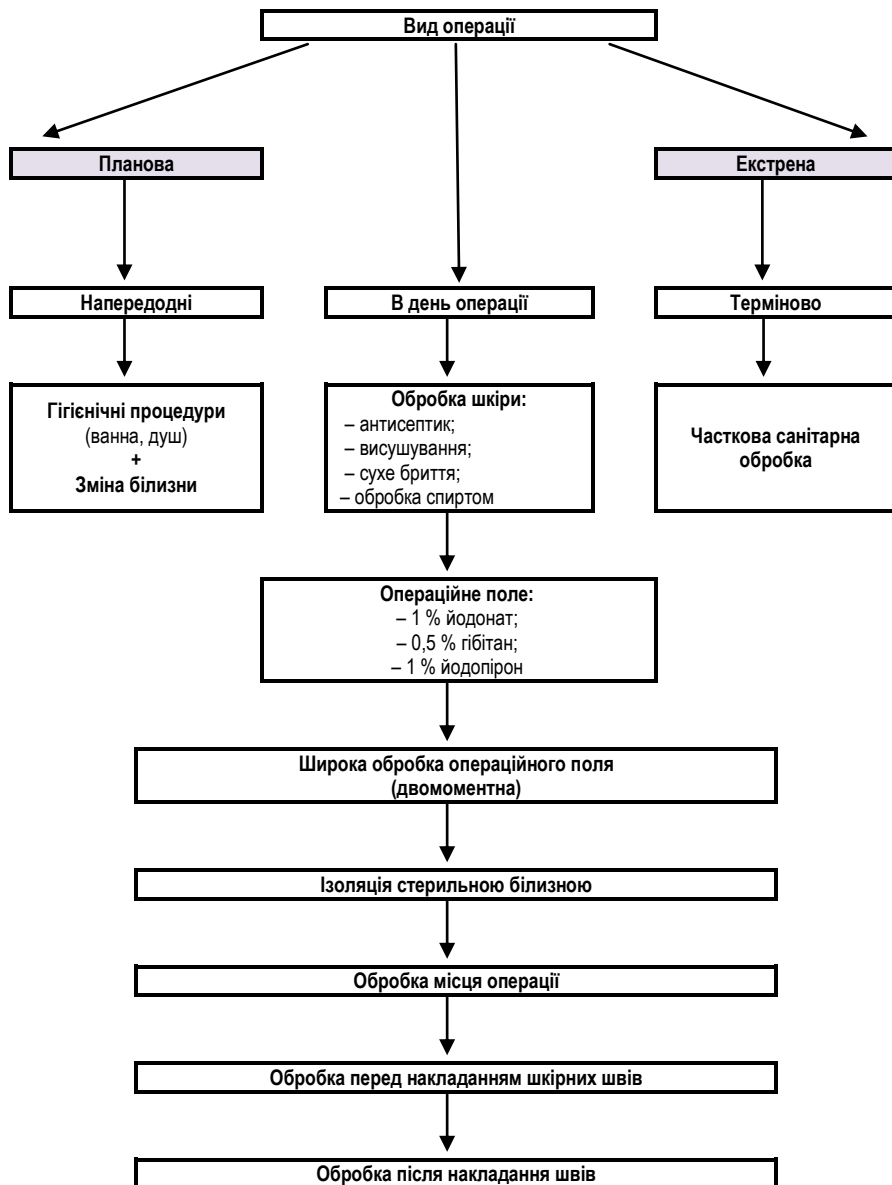


СХЕМА ПІДГОТОВКИ ТА ОБРОБКИ ОПЕРАЦІЙНОГО ПОЛЯ



ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИСЕПТИКІВ ДЛЯ ОБРОБКИ РУК

Група	Грам (+)	Грам (-)	Гриби	Віруси	Особливість дії
Спирти	+++	+++	+++	+++	Оптимальна концентрація 60–95 %, не мають персистуючої антимікробної дії
Хлоргексидин (2 % і 4 % водний розчин)	+++	++	+	+++	Персистуюча антимікробна активність, не дає алергічних реакцій
Препарати йоду	+++	+++	++	+++	Подразнююча дія на шкіру; може викликати опік
Йодоформ	+++	+++	++	++	Менш виражена подразнююча дія, ніж у препаратів йоду
Триклозан	+++	++	–	+++	Чутливість шкіри до препарату низька

СУЧАСНІ АНТИСЕПТИКИ ДЛЯ ОБРОБКИ РУК*

НАЗВА	Дезинфектант	Час експозиції	Спосіб застосування
АХД 2000 (АНД-2000)	Етанол	3 мл – 30 с (гігієнічна) 10 мл – 3 хв (хірургічна)	Втирати порціями у шкіру рук
БАКТОЛІН® БАЗИК (BAKTOLIN®)	Лаурил-сульфат натрію	1–2 мл	Руки мийуть з використанням препарату
ДЕКОСЕПТ (DECOSEPT®)	2-пропанол, 1-пропанол	5 мл 30 с – 5 хв	Постекспозиційна профілактика ВІЛ-інфікування – 5 хв
ЙОДОБАК® (JODOBAC®)	Полівініл-піролідон йод	1 хв	Гігієнічна дезінфекція рук
КУТАСЕПТ Г (CUTASEPT G)	2-пропанол	5 хв	Шкіру маркують і дезінфікують зволоженим тампоном
СЕПТОДЕРМ (SEPTODERM)	Ізопропилов. спирт	1 хв	Дезінфекція шкіри перед оперативним втручанням
СТЕРІЛЛІУМ® (STERILLIUM)	2-пропанол	3 мл – 30 с (гігієнічна) 10 мл – 3 хв (хірургічна)	Постекспозиційна профілактика ВІЛ-інфікування – 5 хв
ХОСПІСЕПТ (HOSPISEPT)	Етанол, пропанол	3 мл – 30 с (гігієнічна) 10 мл – 2 хв (хірургічна)	Втирати порціями у шкіру рук
WIPE OUT® (дезінфікуючі рушнички)	Глютар-альдегід	До висихання	Гігієнічна дезінфекція рук

* Довідник «Нові антисептичні препарати» (І. Д. Герич, І. В. Стояновський, В. В. Вашук, 2000).

ДЕЗІНФЕКТАНТИ ДЛЯ ІНСТРУМЕНТІВ*

Назва	Дезинфектант	Спосіб застосування**
БЛАНІДАС АКТИВ (BLANIDAS Active)	Четвертинні амонієві сполуки	Дезінфекція, стерилізація шляхом замочування
САЙДЕКС (CIDEX)	Альдегіди	Миття та дезінфекція шляхом замочування
ДЕЗЕФЕКТ	Четвертинні амонієві сполуки	"Холодна" дезінфекція шляхом замочування
ДЕЗОКСОН	Надоцтова к-та + + перекис водню	Миття та дезінфекція шляхом замочування
ДЕЗОФОРМ (DESOFORM)	Альдегіди + + четвертинні амонієві сполуки	"Холодна" дезінфекція інструментів
ДЕСКОТОН ФОРТЕ (DESCOTON FORTE)	Альдегіди + + четвертинні амонієві спол.	Для дезінфекції та очищення хірургічних інструментів
ГЛЮТАСЕПТ (GLUTASEPT)	Глютаральдегід	"Холодна" дезінфекція
ДЕЗАКТИН	Хлорвімісні	"Холодна" дезінфекція
КОРЗОЛЕКС® АФ (KORSOLEX® AF)	Алкіламіни	"Холодна" дезінфекція
КОРЗОЛІН® іД (KORSOLIN® iD)	Альдегіди	"Холодна" дезінфекція
ЛІЗОФОРМІН 3000 (LYSOFORMIN 3000)	Альдегіди + + четвертинні амонієві сполуки	"Холодна" дезінфекція
ХЛОРАНТОІН	Хлорвімісні	"Холодна" дезінфекція

* Згідно з «Обліковим переліком дезінфекційних засобів України»;

** Довідник «Нові антисептичні препарати» (І. Д. Герич, І. В. Стояновський, В. В. Вашук, 2000).

СИСТЕМА НАВЧАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ

Тестові завдання контролю початкового рівня знань

1. Дати визначення поняття «Медична етика»:
 - A. Наука про взаємовідносини лікаря і хворого.
 - B. Система норм і правил поведінки медичних працівників у суспільстві.
 - C. Система норм і правил поведінки та морального обліку медперсоналу.
 - D. Комплекс правил поведінки і спілкування в професійній діяльності лікаря.
 - E. Система професійних, правових і морально-етичних принципів діяльності лікаря.
2. Дати визначення поняття «Медична деонтологія»:
 - A. Наука про взаємовідносини лікаря і хворого.
 - B. Наука про моральні принципи лікарської професії.
 - C. Наука про взаємовідносини лікаря і хворого, про обов'язки лікаря.
 - D. Система етичних правил, норм і принципів діяльності лікаря.
 - E. Система професійних, правових і морально-етичних принципів діяльності лікаря.

3. Хто вперше запропонував термін «деонтологія»?
А. Гіппократ. В. Авіценна. С. Поттер. Д. Бентам. Е. Мудров.
4. Хто вперше систематизував основні принципи медичної деонтології?
А. Авіценна. В. Гіппократ. С. Кант. Д. Бентам. Е. Парацельс.
5. У якому документі сформульовані основні постулати етики і обов'язків лікаря?
*А. Женевська декларація. Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
 В. Лісабонська декларація. Е. Клятва Гіппократа.
 С. Гельсінська декларація.*
6. Що є основним принципом лікарської етики?
*А. Правдивість. С. Конфіденційність. Е. «Не нашкодь».
 В. Справедливість. Д. Гуманізм.*
7. Принципами лікарської етики є все, крім:
*А. Моральність. Д. «Не нашкодь».
 В. Повага прав і достоїнства людини. Е. «Роби добро».
 С. Повага до автономності пацієнта.*
8. В основу Женевської декларації покладена:
*А. «Клятва Гіппократа».
 В. Нюрнберзький кодекс.
 С. Міжнародний кодекс медичної етики.
 Д. Все перераховане вище вірно.
 Е. Все перераховане вище невірно.*
9. До якого документу внесені фрази: «Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення впливали на виконання мого обов'язку. Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на протипагу законам людяності»
*А. Женевська декларація. Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
 В. Лісабонська декларація. Е. Все перераховане невірно.
 С. Гельсінська декларація.*
9. Перерахуйте заходи, спрямовані на попередження внутрішньолікарняної інфекції:
*1. Відмова в госпіталізації.
 2. Рання виписка хворих зі стаціонару.
 3. Профогляд співробітників хірургічного відділення 1 раз на рік.
 4. Поділ хірургічного стаціонару на чисте і гнійне відділення.
 5. Санация бактеріоносіїв серед медперсоналу.
 6. Знезараження предметів санітарної обробки після кожного використання.*
10. До заходів, спрямованих на попередження внутрішньолікарняної інфекції, належать:
*1. Дворазове вологе прибирання приміщень в хірургічному відділенні.
 2. Миття рук і їх обробка антисептиком після огляду або перев'язки гнійно-септичного хворого.*

3. Маркування прибирального інвентарю і використання його у відповідних підрозділах.
 4. Виключення контакту хворих чистого і гнійного відділень.
 5. Виключення контакту приладдя чистого і гнійного відділень.
 6. Збирання використаного перев'язувального матеріалу в спеціальні закриті ємності.
- 11.** Дайте визначення асептики:
1. Комплекс заходів, спрямованих на попередження потрапляння інфекції в рану або в організм в цілому.
 2. Комплекс заходів, спрямованих на знищення інфекції в рані або в цілісному організмі.
 3. Комплекс заходів, спрямованих на стерилізацію інструментів і матеріалу.
 4. Комплекс санітарно-гігієнічних норм, спрямованих на попередження внутрішньолікарняної інфекції.
- 12.** Дайте визначення антисептики:
1. Комплекс заходів, спрямованих на попередження потрапляння інфекції в рану або в організм в цілому.
 2. Комплекс заходів, спрямованих на знищення інфекції в рані або в цілісному організмі і на ліквідацію інфекційно-запального процесу.
 3. Комплекс заходів, спрямованих на своєчасне виявлення та ізоляцію інфекційних хворих в хірургічному стаціонарі.
 4. Швидке переведення в інфекційне відділення або виписка хворих з гнійно-септичними ускладненнями.
- 13.** Види антисептики:
1. Фізична, хімічна, лікувальна, профілактична.
 2. Хімічна, фізична, оздоровча, механічна.
 3. Змішана, оздоровча, біологічна, механічна.
 4. Біологічна, механічна, фізична, хімічна, змішана.
- 14.** Яке визначення найбільш повно відображає термін «деонтологія»?
1. Наука про належне і про норми поведінки між медичними працівниками.
 2. Наука про належне і про норми лікування.
 3. Комплекс правил і норм спілкування з хворими та їх родичами.
 4. Наука про належне, тобто про норми поведінки медичного працівника в різних ситуаціях спілкування з хворими, їх родичами й колегами.
- 15.** Перерахуйте найбільш важливі фактори гігієни медперсоналу хірургічного відділення:
1. Гігієна харчування.
 2. Гігієна здоров'я матері і дитини.
 3. Гігієна праці.
 4. Особиста гігієна
- 16.** Перелічіть вимоги до професійного одягу медперсоналу в хірургічному відділенні:
1. Одяг повинен бути стерильним.
 2. Одяг повинен бути стерильним, обов'язкове носіння бахіл.

3. Волосся та верхній одяг повинні бути прикриті шапочкою, халатом або хірургічним костюмом, змінне взуття.
4. Допускається вовняний і будь-який інший одяг, якщо він повністю прикритий халатом.
- 18.** Що розуміють під особистою гігієною?
1. Гігієну тіла. 4. Гігієну предметів,
2. Гігієну білизни, одягу, взуття. що оточують людину
3. Гігієну постільних речей.
- 19.** Назвіть оптимальну температуру повітря в хірургічному відділенні:
1. 25 °С. 3. 18–20 °С. 5. Не вище 18 °С.
2. 20–23 °С. 4. Не вище 22 °С.
- 20.** Назвіть норму площі на одне ліжко в багатомісцевих палатах:
1. 12 м². 2. 9 м². 3. 7 м². 4. 5 м². 5. Такої норми не існує.
- 21.** Генеральне прибирання в палаті проводиться:
1. 1 раз на тиждень. 3. 1 раз на 3 дні. 5. В палатах таке приби-
2. 1 раз на місяць. 4. 1 раз на 10 днів. рання не проводиться.
- 22.** Вкажіть, чим медсестра повинна обробляти ротову порожнину важкохворим?
1. Розчином соди. 5. Розчином формаліну.
2. Розчином фурациліну. 6. Розчином первомуру.
3. Миючим засобом типу «Новина». 7. Важким хворим недоцільно
4. Розчином борної кислоти. обробляти ротову порожнину.
- 23.** Коли рекомендується проводити гоління волосся в ділянці операції?
1. В день операції. 3. Час гоління не має значення.
2. За 1–2 дні до операції.
- 24.** Вкажіть рекомендовану ділянку гоління волосся при операціях на шлунку:
1. Передня поверхня живота. 4. Грудна клітка до рівня сосків.
2. Лобок. 5. Промежина.
3. Передня і внутрішня поверхня стегон.
- 25.** У нормі температура тіла становить:
1. 37,0–37,2 °С. 3. 37,5–37,8 °С. 5. 37,2–37,6 °С.
2. 35,5–36,0 °С. 4. 36,2–37,0 °С.
- 26.** Вимірювання температури тіла в стаціонарних хворих проводиться:
1. Два рази на добу: вранці в 6–7 год і ввечері о 17–18 год.
2. Один раз на добу, о 12:00.
3. Тричі на добу.
4. Щогодини.
5. Вранці о 6:00.
- 27.** Методика термометрії передбачає все, за винятком:
1. Найчастіше вимірювання здійснюють в пахвовій западині з використанням ртутного термометра, шкіру пахвової ділянки ретельно витирають від поту.
2. Термометр виймають з дезрозчину, промивають під проточною водою, витирають насухо і струшують до повного переходу ртуті з капілярної трубки в резервуар.

3. Відводять руку в сторону, резервуар термометра поміщають в пахву і руку притискають до тулуба.
 4. Результат термометрії фіксують після 7–10-хвилинної експозиції.
 5. Вимірювання температури тіла за допомогою термометра здійснюють шляхом прикладання його до певної частини тіла.
- 26.** Постійна лихоманка (febris continua) – це:
1. Підвищення температури тіла, при якій різниця між максимальною і мінімальною температурою не перевищує 1°C .
 2. Підвищення температури тіла характеризується коливаннями температури більше 1°C .
 3. Різновид лихоманки, при якій коливання між ранковою і вечірньою температурою тіла досягають $3\text{--}4^{\circ}\text{C}$.
 4. Лихоманка, яка характеризується чергуванням протягом доби високої температури тіла з нормальною або навіть зниженою.
 5. Підвищення температури, яке характеризується чергуванням періодичного підвищення температури протягом декількох днів, а потім зниження її до нормальних або субнормальних відміток.
- 27.** Гектична лихоманка – це:
1. Підвищення температури тіла, при якій різниця між максимальною і мінімальною температурою не перевищує 1°C .
 2. Підвищення температури тіла характеризується коливаннями температури більше 1°C .
 3. Різновид лихоманки, при якій коливання між ранковою і вечірньою температурою тіла досягають $3\text{--}4^{\circ}\text{C}$.
 4. Лихоманка, яка характеризується чергуванням протягом доби високої температури тіла з нормальною або навіть зниженою.
 5. Підвищення температури, яке характеризується чергуванням періодичного підвищення температури протягом декількох днів, а потім зниження її до нормальних або субнормальних відміток.
- 28.** Перемежована лихоманка – це:
1. Підвищення температури тіла, при якій різниця між максимальною і мінімальною температурою не перевищує 1°C .
 2. Підвищення температури тіла характеризується коливаннями температури більше 1°C .
 3. Різновид лихоманки, при якій коливання між ранковою і вечірньою температурою тіла досягають $3\text{--}4^{\circ}\text{C}$.
 4. Лихоманка, яка характеризується чергуванням протягом доби високої температури тіла з нормальною або навіть зниженою.
 5. Підвищення температури, яке характеризується чергуванням періодичного підвищення температури протягом декількох днів, а потім зниження її до нормальних або субнормальних відміток.
- 29.** Дайте визначення асептики:
1. Комплекс заходів, спрямованих на запобігання потраплянню інфекції в рану або в організм в цілому.

2. *Комплекс заходів, спрямованих на знищення інфекції в рані або в цілісному організмі.*
3. *Комплекс заходів, спрямованих на стерилізацію інструментів і матеріалу.*
4. *Комплекс санітарно-гігієнічних норм, спрямованих на попередження внутрішньолікарняної інфекції.*

30. Дайте визначення антисептики:

1. *Комплекс заходів, спрямованих на попередження потрапляння інфекції в рану або в організм в цілому.*
2. *Комплекс заходів, спрямованих на знищення інфекції в рані або в цілісному організмі і ліквідацію інфекційно-запального процесу.*
3. *Комплекс заходів, спрямованих на своєчасне виявлення та ізоляцію інфекційних хворих в хірургічному стаціонарі.*
4. *Швидке переведення в інфекційне відділення або виписка хворих з гнійно-септичними ускладненнями.*

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

- Асептика** (гр. *a* – заперечення, відсутність; + гр. *septikos* – гнильний) сукупність профілактичних методів і прийомів, спрямованих на створення безмікробних умов для запобігання зараженню ран.
- Аспірація** (лат. *aspiratio* – дихати): 1) відсмоктування рідини або повітря з будь-якої порожнини тіла при різних хворобах; 2) проникнення сторонніх речовин у дихальні шляхи під час вдиху.
- Вакуум** (лат. *vacuum* – пустота) – розріджений стан газу; простір, у якому зовсім немає речовини.
- Дезінфекція** (фр. *des* – заперечення; + лат. *infectio* – інфекція) – знищення на (в) об'єктах збудників внутрішньолікарняної інфекції, патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів (знезараження).
- Дренаж** (фр. *drainage* – виведення) – виведення з порожнини тіла чи рани гною або рідини за допомогою особливої трубки або марлевих смужок.
- Імунокорекція** (лат. *immunis* – захищати; + лат. *corrigo* – виправляю) – заходи, спрямовані на нормалізацію функцій імунної системи; корекція порушень імунітету.
- Імуносупресія** (лат. *immunis* – захищати; + лат. *suppressus* – пригнічувати) – імунне пригнічення; стан зниженої відповіді організму.
- Контамінація** (лат. *contaminatio* – забруднення) – потрапляння інфекційних, органічних/хімічних агентів або матеріалів у тканини або порожнини, які в нормі є стерильними (чистими) або мають інших постійних жителів.
- Контрапертура** (лат. *contr(a)*; + лат. *apertura* – отвір) – додатковий розріз при розтині гнійної порожнини з метою дренивання гнійного вогнища.
- Резидентний** (фр. *resident*, від лат. *residens/residentis* – той, що залишається на місці) – незмінна/постійна мікрофлора.
- Резистентність** (фр. *resistere* – чинити опір) – стійкість макро- або мікроорганізму до дії різних шкідливих чинників.
- Суперінфекція** (лат. *super* – най; + лат. *infectus* – заражати) – нова інфекція, яка ускладнює перебіг наявної інфекційної хвороби, викликані мікроорганізмами, стійкими до протимікробних засобів; повторне зараження.
- Транзиторний** (лат. *transitivus* – перехідний) – той, що проходить.

Література

1. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ "Медицина", 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.
3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. – 2-е вид, допов. – Київ : МВЦ "Медіаформ", 2011. – 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. – 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии : учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / В. А. Сипливый, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь и др. – Харьков : ХНМУ, 2014. – 156 с.
6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. – Киев, 2006. – С. 94–99.
7. Петров С. П. Общая хирургия / С. П. Петров. – Санкт-Петербург : Изд-во "Лань", 1999. – 672 с.
8. Гребенев А. Л. Основы общего ухода за больными : учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва : Медицина, 1991. – 254 с.
9. Черенько М. П. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реанімації та догляду за хворими / М. П. Черенько, Ж. М. Ваврик. – Київ : Здоров'я, 1999. – 616 с.
10. Гостищев В. К. Общая хирургия / В. К. Гостищев. – Москва : Медицина, 1993. – С. 28–51.
11. Нестеренко Ю. А. Хирургические болезни / Ю. А. Нестеренко. – Москва : Медицина, 1983. – С. 29–65.
12. Тимофеев Н. С. Асептика и антисептика / Н. С. Тимофеев, Н. Н. Тимофеев. – Ленинград : Медицина, 1989. – С. 7–43, 66–69, 125–158.
13. Основи догляду за хірургічними хворими : навч.-метод. посібник / І. А. Шумейко, О. В. Лігоненко, І. О. Чорна та ін. – Полтава : Українська медична стоматологічна академія, 2015. – 137 с.
14. Догляд за хворими (практика) : підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. В. Фролова. – Харків : ХНМУ, 2008. – С. 264.

Навчальне видання

**Введення в хірургію.
Асептика та антисептика**

**Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни «Догляд за хворими»**

Упорядники Сипливий Василь Олексійович
Грінченко Сергій Володимирович
Доценко Володимир Васильович
Петренко Григорій Дмитрович
Гузь Анатолій Гаврилович
Петюнін Олексій Геннадійович
Робак Всеволод Ігорович
Євтушенко Дмитро Васильович
Курбатов Вадим Олексійович
Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск В. О. Сипливий



Редактор Е. С. Депрінда, С. В. Рубцова
Коректор С. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,8. Зам. № 20-34058.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.