

БАЗОВІ ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ХІРУРГІЇ

*Методичні вказівки
для підготовки фахівців
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 «Охорона здоров'я»,
спеціальності 222 «Медицина»
до об'єктивного структурованого
практичного (клінічного) іспиту 2024*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

БАЗОВІ ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ХІРУРГІЇ

*Методичні вказівки
для підготовки фахівців
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 «Охорона здоров'я»,
спеціальності 222 «Медицина»
до об'єктивного структурованого
практичного (клінічного) іспиту 2024*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 25.04.2024.

Харків
ХНМУ
2024

Базові практичні навички з хірургії : метод. вказ. для підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» до об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту 2024 / упоряд. І. А. Криворучко, В. В. Бойко, В. І. Лупальцов та ін. Харків : ХНМУ, 2024. 16 с.

Упорядники

- І. А. Криворучко
- В. В. Бойко
- В. І. Лупальцов
- Н. М. Гончарова
- С. І. Шевченко
- В. М. Чеверда
- Д. О. Євтушенко
- А. В. Сивожелізов
- А. І. Ягнюк
- В. В. Лесний
- В. П. Колесник
- П. В. Свірепо
- Т. М. Фірсик
- А. Г. Дроздова
- О. В. Пасічник
- О. В. Євтушенко

ВСТУП

Сучасні види симуляційного навчання (від симуляторів, що контролюють якість накладення шкірних швів до віртуальних SimLab Soft операційних) є обов'язковою складовою у підготовці фахівців з хірургії. Хворобливим непопулярним питанням сучасного медичного суспільства є кількість медичних помилок, які допущені фахівцями на початку свого професійного зростання, під час опанування нових прогресивних методик, під час складних клінічних ситуацій у важкого пацієнта. Рішенням цієї проблеми є досконале вивчення та технічне відпрацювання базових хірургічних навичок за допомогою симуляторів та тренажерів.

Методичні рекомендації містять перелік основних практичних навичок із хірургії, методику їх виконання, показання та протипоказання до хірургічних маніпуляцій. Удосконалення якості професійної підготовки медичного працівника будь-якого рівня в процесі навчання передбачає гармонійне поєднання теоретичної та практичної складової. Практичні навички, сформовані на основі глибоких теоретичних знань, є основною запорукою успішної підготовки майбутнього лікаря.

Структура методичних вказівок з хірургії:

1. **Рівень підготовки** – здобувачі освіти, які завершили навчання за спеціальністю 222 «Медицина» спеціалізація «Хірургія».

2. **Компетенції**, які перевіряються: навички здобувача проводити безпечно для пацієнта та практикуючого фахівця хірургічну процедуру:

ЗК 3 – здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях;

ЗК4 – здатність до адаптації та дії в новій ситуації;

ФК9 – навички виконання медичних маніпуляцій.

3. **Мета:** теоретичне опанування та демонстрація виконання хірургічної навички у симуляційному центрі ХНМУ.

4. Інформація для здобувачів освіти (зміст матеріалу методичних вказівок).

1. ЗНЯТТЯ ШВІВ

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є зняття хірургічних швів, які були раніше накладені під час операції.

(Детальніше:

1. Ellen Richards, Alistair Brown, Subhanitthaya Chottianchaiwat, John Frewen, Roy Powell, Emily McGrath, Timing of suture removal to reduce scarring in skin surgery: a randomized assessor-blinded feasibility trial, *Clinical and Experimental Dermatology*, 2023; 11ad401, <https://doi.org/10.1093/ced/11ad401>;
2. https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/26704/1/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%B0_16_%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%B8%2C_%D0%B2%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%2C_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D1%84%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf)

1. Забезпечте правильне розташування лікаря і пацієнта та встановіть контакт з пацієнтом, привітавшись, представившись і зазначивши свою роль.
2. Отримайте інформовану згоду на проведення будь-яких діагностичних маніпуляцій.
3. При хірургічній обробці рук одягайте рукавички та стерильний одяг, а також окуляри.
4. Почніть зі зняття пов'язки, огляду рани та визначення кількості швів, які необхідно зняти.
5. Шви обробіть антисептичним розчином, використовуючи марлеву серветку, затиснуту в пінцеті.
6. Щоб зняти шви, акуратно підніміть пінцетом вузол шва і переріжте ножицями нитку, що з'явилася над шкірою.
7. Потім обережно витягніть кінчик нитки з вузликом, не докладаючи надмірних зусиль, злегка притримуючи пінцетом шов.
8. Щоб забезпечити цілісність шкіри, обробіть рану антисептиком.
9. Накрийте поверхню рани стерильною серветкою і зафіксуйте її лейкопластиром.
10. Додатково з'ясуйте самопочуття пацієнта.

Підсумок. Шви обережно піднімають щипцями, а одну сторону шва розрізають. Потім шовний матеріал обережно захоплюють за вузол і обережно тягнуть до рани або лінії шва, доки шовний матеріал не буде повністю видалено. Якщо шов відтягнути від лінії шва, краї рани можуть розділитися (*рис. 1*).



Рис. 1.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.royalclinicdubai.com%2Fen-ae%2Fhome-healthcare%2Fsuture-removal-at-home%2F&psig=AOvVaw0E_iebaGPcSsBAkkBHmmU&ust=1710308317757000&source=images&ccd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwjdv5SPge6EAXUjif0HHQrpBa4Qr4kDegQIARBI

3. НАКЛАДАННЯ КОМІРА ШАНЦА

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є іммобілізація шийного відділу хребта.

(Детальніше:

<https://www.medika.kiev.ua/uk/vorotnik-shanca-primenenie-pokazaniya-i-protivopokazaniya/>)

1. Позиціонування пацієнта та лікаря виправить на «правильне».
2. Для забезпечення правильного накладання коміра Шанца підкладіть під потилицю ватно-марлеву подушку розміром 20 × 20 см.
3. Комір розмістіть кінцями вперед так, щоб нижня смуга досягала ключиць, а верхня частина відповідала підборіддю з виїмкою.
4. Перевірте щільність прилягання, переконавшись, що один палець може пройти між коміром і шиєю пацієнта.
5. Закріпіть кінці коміра Шанца за допомогою застібок, що йдуть в комплекті (рис. 3).
6. Важливо уточнити самопочуття пацієнта.



Рис. 3.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.healthcentral.com%2Fcondition%2Fneck-pain%2Fneck-braces-type-spinal-brace&psig=AOvYaw13GN1U6D48NaSjB7aooCe&ust=1710309448210000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwiF65mqhe6EAxVol_0HHVJXDb8Qr4kDegQIARAw

4. КОНІКОТОМІЯ

Метою цієї практичної навички, яка здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є виконання конікотомії.

(Детальніше:

<https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/26483/1/%D0%9B%D1%83%D0%BF%D0%B8%D1%80%D1%8C%20%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D1%96%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%20%D0%B2%20%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%97%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%20%D1%83%D0%BA%D1%80%20%E2%84%96%2020-33902.pdf>)

1. Для безпеки як себе, так і потерпілого впевнено вкажіть свою роль і правильне розташування пацієнт–лікар. Отримайте інформовану згоду на будь-які діагностичні маніпуляції, як можливі, так і неможливі.

2. Перед виконанням будь-яких хірургічних маніпуляцій вдягніть стерильний одяг, рукавички та окуляри. Встаньте поруч з плечем пацієнта. Впевнено промацайте та стабілізуйте гортань. Розігніть голову пацієнта. Пальпуйте гортань недомінуючою рукою. Впевнено зафіксуйте щитоподібний хрящ 1-м і 3-м пальцями, а вказівним точно позначте місце розрізу. Щоб розрізати мембрану, тримайте скальпель під кутом 60° до шкіри в правій руці. Гострою частиною леза зробіть 1,5 см горизонтальний розріз мембрани до оператора. Глибину розрізу обмежте довжиною леза.

3. Утримуючи просвіт трахеї, впевнено виконайте каудальну тракцію гортані.

4. Щоб створити максимальний просвіт трахеї, використовуйте скальпель як орієнтир і фіксуйте просвіт трахеї за допомогою трахеального гачка.

5. Зачепіть щитоподібний хрящ і поверніть гачок донизу. Виконайте тракцію за нього каудально і утримуйте просвіт трахеї, одночасно виконуючи каудальну тракцію гортані.

6. Поверніть гачок донизу, зачепіть щитоподібний хрящ і виконайте тракцію за нього каудально, щоб створити максимальний просвіт трахеї.

7. Введіть інтубаційну трубку, надуйте манжету та перевірте симетричність вентиляції (рис. 4).

Підсумок. Конікотомія (від *conus [elasticus]* – «[еластичний] конус» + грец. *τομή* – «розріз») – хірургічна операція, яка є невідкладною медичною допомогою і полягає в серединному розсіченні гортані між пернеподібним і щитоподібним хрящами в межах пернещитоподібної зв'язки.

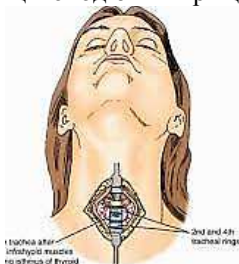


Рис. 4.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.msmanuals.com%2Fen-kr%2Fprofessional%2Fcritical-care-medicine%2Fhow-to-do-other-airway-procedures%2Fhow-to-do-a-percutaneous-cricothyrotomy&psig=AOvVaw0PAvIj2dMOKhWb6_vLWhUs&ust=1710309775690000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwic0q3Ghu6EAXWcqf0HHfTWBwkOr4kDegQIARBX

5. НАКЛАДАННЯ ДЖГУТА "С.А.Т." ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ КРОВОТЕЧІ

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є зупинка кровотечі при травмах кінцівок.

(**Детальніше:** 1. Steins K, Goolsby C, Grönbäck A-M, et al. Recommendations for placement of bleeding control kits in public spaces—A simulation study. *Disaster Med Public Health Prep.* 17(e527), 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.190>.

1. Надаючи першу допомогу, надавайте перевагу безпеці як для себе, так і для потерпілого. Носіть захисне спорядження, наприклад, рукавички та окуляри.

2. Правильно розташуйте пацієнта та встановіть з ним контакт.

3. Отримайте інформовану згоду перед проведенням будь-яких діагностичних процедур.

4. При накладанні джгута переконайтеся, що він правильно розміщений над місцем кровотечі.

5. Щоб накласти джгут, розмістіть його у верхній третині плеча або стегна.

6. Тричі скрутіть стрижень, щоб зупинити кровотечу, і перевірте відсутність пульсу під раною. Це дозволить ефективно зупинити кровотечу і запобігти подальшому пораненню.

7. Тричі скрутіть стрижень, щоб зупинити кровотечу і переконатися у відсутності пульсу під раною.

8. Закріпіть скрутку в затискачі, зафіксувавши стрічку для фіксації часу. Решту стрічки обмотайте навколо кінцівки через затискач і поверх стрижня (*рис. 5*).

9. Зафіксуйте час накладання джгута. Перевірте стан пацієнта та надайте інформацію про необхідні подальші дії.



Рис. 5.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fnaurok.com.ua%2Ftest%2Ftehnika-nakladannya-turriketa-na-verhni-ta-nizhni-kincivki-39633.html&psig=AOvVaw1DxpW_Ce87JgaApfGfMjd&ust=1710311227533000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwiFkdP6i-6EAXw0l_0HHYvFAicQr4kDegQIARA8

6. НАКЛАДАННЯ ШКІРНИХ ШВІВ

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є з'єднати країв рани.

(Детальніше:

https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/26704/1/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%B0_16_%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%B8%2C_%D0%B2%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%2C_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D1%84%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf)

1. Встановіть контакт з пацієнтом, привітавшись, представившись і вказавши свою роль, бо правильне позиціонування стосунків між пацієнтом і лікарем має вирішальне значення.

2. Отримати інформовану згоду на проведення діагностичних маніпуляцій.

3. Перед виконанням будь-яких хірургічних маніпуляцій обробіть руки антисептиком і одягніть рукавички.

4. Щоб правильно захопити голкотримач, міцно візьміться за ручки домінуючою рукою, а вказівний і безіменний пальці помістіть в кільця голкотримача. Потім середнім пальцем закріпіть тримач біля перетину ручок.

5. Щоб заправити нитку в голку, впевнено захопіть голку голкотримачем. Потім міцно зафіксуйте кінець нитки великим пальцем другорядної руки, а домінуючою рукою проведіть нитку під гострим кінцем голки і губками голкотримача. Протягніть нитку через вушко голки зверху.

6. Далі впевнено візьміть пінцет субдомінантною рукою, розташувачи кінцеві фаланги II і III пальців з одного боку і кінцеву фалангу I пальця з іншого боку, відповідно до типу пишучої ручки.

7. Щоб правильно зафіксувати рану, захопіть пінцетом найвіддаленіший від хірурга край і відведіть його назовні і вгору.

Правильно протягніть голку та шовний матеріал за допомогою голкотримача у напрямку, що відповідає типу шва.

8. Створіть вузол вручну або за допомогою інструментів і обріжте край нитки на відстані 1–1,5 см від вузла (рис. 6).



Рис. 6.

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.chkadels.com%2FTrailblazer-Practice-Suture-Kit-Stainless-Steel-To-51174%2F51174.html&psig=AOvVaw0sju-5oKyqi4bwrAb-k1Rv&ust=1710311417229000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwjgoI3VjO6EAXUcgP0HHf0HAQ8Qr4kDegUIARcqAQ>

7. НАКЛАДАННЯ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПОВ'ЯЗКИ ПРИ ВІДКРИТОМУ ПНЕВМОТОРАКСІ

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є забезпечення адекватної вентиляції легень.

(Детальніше: <https://tccc.org.ua/guide/tfc-respiration-chest-trauma>)

1. Привітайтеся з пацієнтом, представтеся і назвіть свою роль.
2. Отримайте інформовану згоду на будь-які діагностичні маніпуляції.
3. Для забезпечення належного лікування пацієнта виконайте наступні кроки послідовно: нанесіть антисептик на руки на гігієнічному рівні; підберіть необхідну пов'язку.
4. Нанесіть антисептик на шкіру навколо рани.
5. Далі на рану накладіть стерильну серветку. При цьому треба враховувати, що оклюзійна накладка повинна виступати за межі серветки мінімум на 1,5 см. Марлева серветка фіксується за допомогою липкої стрічки.
6. Далі накладіть безпосередньо поліетиленовий шар (рис. 7) або рану повністю закрийте обома подушечками індивідуального пакета, використовуючи не прошиту кольоровою ниткою сторону на прогумованій оболонці.
7. Закріпіть пов'язку на місці (рис. 7).
8. Протягом усього процесу дуже важливо спостерігати за самопочуттям пацієнта.

Підсумок. Оклюзійна пов'язка призначена для тимчасового використання при відкритому пневмотораксі. Основне призначення медичного засобу – не допустити розвитку болювого нападу і поліпшити самопочуття пацієнта.



Рис. 7.

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fquizlet.com%2F715514289%2F5-trauma-emergencies-flash-cards%2F&psig=AOvVaw20YNXMESYpOw9EvA3CYq3s&ust=1710311814134000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwjzsq6Sju6EAxVVov0HHadlB8MQr4kDegQIARBN>

8. ПАЛЬПАЦІЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Метою цієї практичної навички, що викладається на кафедрах хірургії ХНМУ, є визначення відхилень від норми молочної залози.

(Детальніше:

1. <https://lancet.clinic/news/tpost/1zyefdb621-samooobstzhenhnyya-molochnih-zaloz-breast>.

2. <https://motivaimplants.com.ua/uk/obstzhenhnyya-molochnih-zaloz/>)

1. Правильно позиціонуйте пацієнт–лікар і встановіть контакт з пацієнтом, бо це дуже важливо, включаючи привітання, представлення та зазначення вашої ролі.

2. Отримайте інформовану згоду на діагностичні маніпуляції та обробіть руки антисептиком на гігієнічному рівні.

3. Під час огляду оцініть симетричність (симетрична, асиметрична) та форму (наявність/відсутність деформацій) ураженої ділянки.

4. Зверніть увагу на наявність набряку залоз (локального або дифузного) і будь-яких змін шкіри, таких як гіперемія, посилення судинного малюнка, симптом лимонної кірки, пупковий симптом (втягнення шкіри над пухлиною) або екзема навколо соска.

5. Пальпація проводиться об'єктивно, починаючи з потенційно здорової залози. Подушечками II–IV пальців провідної руки виконайте невеликі кругові рухи, концентрично рухаючись у напрямку до соска, фіксуючи залозу вільною рукою (рис. 8).

6. Виявіть та охарактеризуйте патологічні утворення.

7. Правильно пальпуйте ареолу і сосок, стискаючи сосок першим і другим пальцями.

8. Важливо визначити будь-які відхилення від норми.

9. Протягом усього процесу дуже важливо спостерігати за самопочуттям пацієнтки.



Рис. 8.

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fstanfordmedicine25.stanford.edu%2Fthe25%2FBreastExam.html&psig=AOvVaw0cPF8mupIzhqj9NNMkV6oI&ust=1710314428562000&source=images&ccd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwjRtLxl-6EAxXS0bsIHQQ1BYoQr4kDegQIARBG>

9. ДІАГНОСТИЧНА ПУНКЦІЯ ПЛЕВРАЛЬНОЇ ПОРОЖНИНИ

Метою цього практичного вміння, яке здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є визначення вмісту плевральної порожнини.

(Детальніше:

<https://consilium-medical.com.ua/ua/articles/punktsiya-plevralnoy-polosti/>)

1. Визначте правильне місце для взаємодії пацієнта з лікарем і впевнено привітайтеся з пацієнтом. Представтеся і чітко сформулюйте свою роль. Поцікавтеся будь-якими важливими особливостями історії хвороби, наприклад, алергічними реакціями на ліки.

2. Впевнено отримайте інформовану згоду на проведення будь-яких діагностичних процедур.

3. Під час хірургічної обробки носіть рукавички, стерильний одяг та окуляри.

4. Місце пункції ретельно обирайте, бажано 6 або 7 міжребер'я по середній паховій лінії, на 1–2 міжребер'я нижче очікуваного рівня рідини. Це гарантує безпечну та ефективну процедуру. Обробіть місце пункції антисептичним розчином, використовуючи марлеву серветку, затиснуту в пінцеті.

5. Знеболіть передбачуване місце проколу. Під'єднайте пункційну голку до шприца і правильно виконайте прокол.

6. Вільною рукою введіть голку перпендикулярно в місце проколу вздовж верхнього краю ребра. Просуньте голку вглиб, потягнувши поршень на себе. Якщо у шприці з'явиться рідина, зупиніть просування голки (рис. 9).

7. Щоб правильно евакуувати плевральну порожнину, усуньте будь-які суб'єктивні оцінки, якщо вони чітко не позначені як такі. Важливо переконатися, що з порожнини видалено весь об'єм рідини, якщо це можливо.

8. Після процедури на місце пункції накладіть асептичну пов'язку.

9. Поцікавтеся самопочуттям пацієнта.

Отже, плевральна пункція (від грец. *thōrax* + *kentesis* – груди + проколівання) – це медична процедура, яка використовується для видалення рідини з плевральної порожнини з діагностичною або терапевтичною метою.



Рис. 9.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Faci.health.nsw.gov.au%2Fnetworks%2Feci%2Fclinical%2Fclinical-tools%2Frespiratory%2Fpleural-effusion%2Fpleural-tap-thoracentesis&psig=AOvVaw1YfmFMLYlkiNK40RDzjTAt&cust=1710314861539000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwiznr2_me6EAxWLoPOHHRNeAJUQr4kDegQIARBR

10. НАКЛАДАННЯ ПРАЩОПОДІБНОЇ БИНТОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ НА НІС

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрі хірургії ХНМУ, є захист пошкодженої ділянки та зупинка кровотечі.

(Детальніше:

<https://medplatforma.com.ua/article/2424-prashchopodobna-bintova-povyazka-na-ns-algoritm-nakladannya>)

1. Займіть правильне положення лікаря–пацієнта (сидячи), встановіть контакт з хворим (привітання, представлення, визначення ролі).
2. Отримайте інформовану згоду на проведення діагностичних процедур.
3. Обробіть руки антисептиком та надягніть гумові рукавички.
4. Приготуйте пов'язку: від бинта шириною 20 см відріжте смужку довжиною 70–80 см; ножицями розріжте бинт, залишаючи посередині нерозрізану ділянку розміром 5–6 см.
5. Прикладіть бинт нерозрізанною ділянкою до кінчика носа.
6. Перехрестіть посічені кінці, нижні стрічки підніміть над вухами і зав'яжіть на потилиці, опустіть верхні стрічки, проведіть під вухами і зав'яжіть на шиї (рис. 10).
7. Перевірте самопочуття хворого.

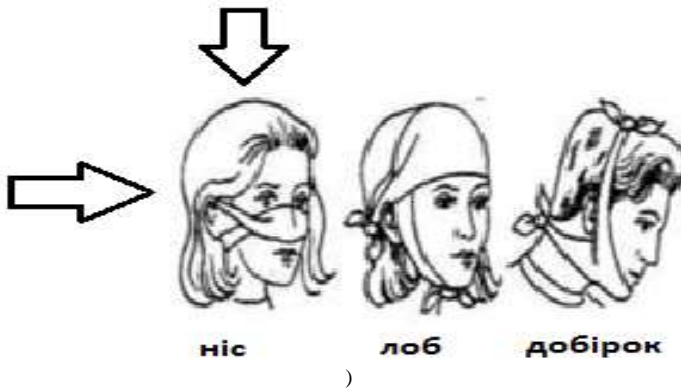


Рис. 10.

<https://svitppt.com.ua/rizne/metodi-nakladannya-pov-yazok.html>

11. ПАЛЬЦЕВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

Метою цієї практичної навички, що здобувається на кафедрах хірургії ХНМУ, є проведення огляду параректальної зони, оцінка стану сфінктерної системи прямої кишки та безпосередньо прямої кишки, виявлення стороннього тіла та пухлини, оцінювання органів малого тазу.

(Детальніше:

<https://resource.odmu.edu.ua/chair/download/117050/xTdeMLEgCLtiGTsN3803A/%D0%9C%D0%95%D0%A2%D0%9E%D0%94%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%90%20%D0%A0%D0%9E%D0%97%D0%A0%D0%9E%D0%91%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A0%D0%A1%20-%D0%A2%D0%95%D0%9C%D0%90%2006%20-%D0%94%D0%B8%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%96%20%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%8C%20%D0%BF%D1%80%D1%8F%D0%BC%D0%BE%D1%97%20%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B8.doc>

1. Встановлюючи контакт з пацієнтом, привітайтеся з ним і представтеся, вказавши свою роль. Рекомендоване положення для взаємодії лікаря і пацієнта – лежачи на боці із зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах ногами або в колінно-ліктвовому положенні.

2. Отримайте інформовану згоду на діагностичні маніпуляції.

3. Обробіть руки антисептиком на гігієнічному рівні в рукавичках. Нанесіть велику кількість олії на вказівний палець перед оглядом анальної ділянки.

4. Виконайте ретельне ректальне дослідження, ввівши вказівний палець у задній прохід і пальпуючи стінки анального каналу, а також всю доступну довжину стінки кишки. Обов'язково огляньте також ректальну ампулу.

5. Упевнено оцініть стан просвіту ампули прямої кишки, у тому числі наявність розривів і звужень, а також характер будь-яких виділень, таких як слизові, кров'янисті, гнійні.

6. Оцініть стан просвіту та тонус сфінктера прямої кишки.

7. Оцініть стан просвіту ампули прямої кишки, включно з наявністю розривів і звужень, наявністю пухлин, типом виділень (*рис. 11*).

✓ Визначте характер виділень, чи є вони.

✓ Оцініть фекалії пацієнта на наявність будь-яких аномалій, включаючи слиз, кров або гній, і зверніть увагу на колір.

✓ Оцініть стан передміхурової залози у чоловіків і матки у жінок.

8. Чітко вкажіть будь-які відхилення.

9. Нарешті впевнено оцініть загальний стан пацієнта.



Рис. 11.

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fmyhealth.alberta.ca%2FHealth%2Fpages%2Fconditions.aspx%3Fhwid%3Dtp10654&psig=A0vVaw1fkNLp96RmdKWsNQsgyl7&ust=1710317603578000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEWiXgv7ao-6EAXWgpf0HHZqTDCoQr4kDegQIARA1>

12. ТРАНСПОРТНА ІММОБІЛІЗАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМІ КІСТОК НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Кафедри хірургії ХНМУ навчають практичним навичкам обстеження нижніх кінцівок та іммобілізації при травмах.

(Детальніше:

<https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/25815/1/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BA%D0%B0%20%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%B0%20%D1%96%D0%BC%D0%BE%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F%20%D1%83%D0%BA%D1%80%20E2%84%9620-33875.pdf>)

1. Правильно позиціонуйте себе під час взаємодії лікаря з пацієнтом, включаючи привітання, представлення та зазначення вашої ролі.
2. Отримайте інформовану згоду на проведення діагностичних процедур.
3. Дотримуйтесь належної гігієни рук, використовуючи антисептик.
4. Огляньте місце ушкодження для визначення характеру травми.
5. Для полегшення болю надайте кінцівці середньофізіологічного положення. Зігніть стопу в гомілковостопному суглобі до кута 90° відносно гомілки та зігніть колінний суглоб до кута 170°.
6. Покладіть травмовану кінцівку на підготовлену задню шину, забезпечивши її згинання під прямим кутом в ділянці п'яти. Нарешті накладіть другу шину на зовнішню поверхню від верхньої третини стегна до стопи. Третю шину розмістіть збоку на внутрішній поверхні кінцівки, починаючи від середньої третини стегна і продовжуючи до стопи.
7. Щоб зафіксувати шину, накладіть пов'язку у вигляді вісімки знизу стопи, залишаючи пальці стопи відкритими. Продовжуйте накладати пов'язку по спіралі на гомілку і нижню третину стегна, щоб зафіксувати шину на кінцівці. Зав'яжіть вузол, щоб зафіксувати кінець бинта (рис. 12).
8. Не забувайте з'ясувати самопочуття пацієнта.



Рис. 12.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fm.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3DAo7KHzXMxNg&psig=AOvVaw2HO7uUdGsiIgi_JVTt4Ac8&ust=1710318529174000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=2ahUKEwiK96uUp-6EAXUbuPOHHRocB2QQor4kDegQIARBL

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ ХНМУ № 242 від 01.09.2020 р. «Положення про організацію та проведення об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту для студентів Харківського національного медичного університету». <https://knmu.edu.ua/documents/normatyvni-dokumenty-navchalnogo-proczesu>

2. Наказ МОЗ України 02.04.2010 № 297 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія». <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0297282-10#Text>

3. Невідкладна хірургія : підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вишів / В. В. Бойко, В. М. Лісовий, В. А. Капустник та ін. ; за ред. В. В. Бойка, В. М. Лісового. Харків : НТМТ, 2019. 512 с.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| Вступ | 3 |
| 1. Зняття швів | 4 |
| 2. Катетеризація сечового міхура катетером Фолея | 5 |
| 3. Накладання коміра Шанца | 6 |
| 4. Конікотомія | 7 |
| 5. Накладання джгута "С.А.Т." при артеріальній кровотечі | 8 |
| 6. Накладання шкірних швів | 9 |
| 7. Накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі | 10 |
| 8. Пальпація молочної залози | 11 |
| 9. Діагностична пункція плевральної порожнини | 12 |
| 10. Накладання пращоподібної бинтової пов'язки на ніс | 13 |
| 11. Пальцеве дослідження прямої кишки | 14 |
| 12. Транспортна іммобілізація при переломі кісток нижньої кінцівки . . | 15 |
| Література | 16 |

Навчальне видання

БАЗОВІ ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ХІРУРГІЇ

**Методичні вказівки
для підготовки фахівців
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 «Охорона здоров'я»,
спеціальності 222 «Медицина»
до об'єктивного структурованого
практичного (клінічного) іспиту 2024**

Упорядники

Криворучко Ігор Андрійович
Бойко Валерій Володимирович
Лупальцов Володимир Іванович
Гончарова Наталія Миколаївна
Шевченко Станіслав Іванович
Чеверда Віктор Михайлович
Євтушенко Денис Олександрович
Сивожелізов Андрій Володимирович
Ягнюк Андрій Іванович
Лесний Вадим Вікторович
Колесник Варвара Петрівна
Свірепо Павло Васильович
Фірсік Тетяна Миколаївна
Дроздова Анастасія Геннадіївна
Пасічник Олександр Васильович
Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск І. А. Криворучко



Редактор Е. Є. Депрінда
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 24-34380

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

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