

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ
В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ
У 4-х модулях. Модуль 1**

У 4-х частинах

Частина 3

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів
другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії»

Електронний ресурс

Харків – 2025

Рецензенти:

Н. С. Шевченко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

О. М. Кудревич – кандидат медичних наук, доцент, завідувач хірургічного відділення КНП «Красноградська ЦРЛ» Харківської області.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 5 від 30 січня 2025 року)*

Д 59 **Догляд за хворими в умовах хірургічного стаціонару. У 4-х модулях. Модуль 1. У 4-х частинах. Ч. 3 : методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії» [Електронний ресурс] / уклад. М. С. Матвеєнко, І. А. Рудас, Ф. В. Гладких. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 28 с.)**

Методичні рекомендації з питань організації санітарно-гігієнічного та лікувально-охоронного режимів спрямовані на формування у медичного персоналу практичних навичок, необхідних для забезпечення належних умов перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі.

Ці рекомендації розглядають основні принципи підтримання чистоти і стерильності у приміщеннях, правила проведення прибирання основних підрозділів хірургічного стаціонару, а також особливості догляду за пацієнтами хірургічного профілю. Окрема увага приділяється організації раціонального харчування, яке відіграє важливу роль у відновленні хворих після оперативних втручань.

Ретельне дотримання викладених принципів та правил стане запорукою безпечного середовища для пацієнтів, ефективної роботи медичного персоналу та мінімізації ризику внутрішньолікарняних інфекцій.

УДК 616-089-083(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025

© Матвеєнко М. С., Рудас І. А., Гладких Ф. В., уклад., 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
1. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ.....	5
1.1. Студент повинен знати.....	6
1.2. Студент повинен вміти.....	6
2. ВСТУП.....	7
3. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОТРИМАННЯ САНІТАРНО- ГІГІЄНИЧНОГО РЕЖИМУ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ...	8
4. ПРАВИЛА ПРИБИРАННЯ ОСНОВНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ	10
5. ВИДИ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ	14
6. ДІЄТИЧНЕ ПРИРОДНЕ ЕНТЕРАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТА ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО	17
7. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	22
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	27

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ЕХ - Ентеральне харчування
- ПЕХ - Парентеральне харчування
- ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

1. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
Іноземна мова	Вміти працювати з іноземними джерелами для отримання актуальної інформації щодо етичних та організаційних аспектів роботи у хірургічній клініці, навичок командної роботи та ефективної комунікації з пацієнтами.
Медична біологія	Застосовувати сучасні комп'ютерні програми та вміти працювати з ними, володіти статистичними методами обробки результатів клінічних випробувань, аналізувати результати досліджень, вміти оцінювати та інтерпретувати результати клінічних випробувань.
Анатомія людини	Вміти описати будову різних ділянок тіла людини
Нормальна фізіологія, гістологія, цитологія та ембріологія	Знати нормальні функції та регуляцію серцево-судинної, легеневої системи, центральної нервової системи, розуміти і визначити взаємозв'язки їх структур та функцій з іншими органами і системами людини
Гістологія	Вміти описати будову тканин людини
Біоорганічна та біологічна хімія	Знати основні біохімічні процеси в організмі: обмін білків, вуглеводів, жирів, поняття про катаболічні та анаболічні процеси. Цикл Кребса, аеробний та анаеробний гліколіз. Продемонструвати знання показників загального білка і фракції білірубину, коагулограми, глюкози, сечовини, креатиніну, загального аналізу крові і сечі у здорових осіб.
Пропедевтика внутрішньої медицини	Проводити фізикальне обстеження пацієнтів, аналізувати результати лабораторних та інструментальних досліджень. Вміти визначати провідні синдроми і симптоми. Вміти проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати і

	формулювати діагноз на підставі фізикального обстеження і даних додаткових методів дослідження.
--	---

1.1 Студент повинен знати

- змісту догляду за хворими та його ролі в структурі загальноклінічних заходів хірургічного стаціонару;
- основні принципи дотримання санітарно-гігієнічного режиму хірургічного відділення: поняття асептики та антисептики, їхнє значення у профілактиці інфекцій;
- правила підтримання стерильності у хірургічному стаціонарі;
- основні вимоги до дезінфекції та стерилізації приміщень, інструментів та обладнання;
- правила прибирання основних підрозділів хірургічного стаціонару: особливості поточного, заключного та генерального прибирання, алгоритми прибирання в операційних, перев'язувальних та палатах;
- засоби для дезінфекції та покази щодо їх застосування;
- види харчування хворих у хірургічному стаціонарі: стандартне, дієтичне, ентеральне та парентеральне;
- основні рекомендації щодо вибору дієти залежно від стану пацієнта;
- основи ентерального харчування, його показання та протипоказання;
- види ентерального харчування (через рот, зонд або гастростому).

1.2. Студент повинен вміти

- демонструвати володіння основних принципів санітарно-гігієнічного режиму хірургічного відділення: виконання правил асептики та антисептики, дотримання гігієнічних норм у приміщеннях хірургічного стаціонару, забезпечення дезінфекційних заходів для запобігання поширенню інфекцій;

- демонструвати володіння навичками організовувати прибирання основних підрозділів хірургічного стаціонару: поточне та генеральне прибирання операційних, перев'язувальних, палат для хворих, дотримуюсь послідовності та алгоритму прибирання для забезпечення стерильності;
- використовувати відповідні дезінфекційні засоби згідно з чинними інструкціями;
- розрізняти особливості різних видів харчування: ентерального та парентерального, стандартного та дієтичного;
- демонструвати володіння навичками призначення харчування відповідно до стану пацієнта;
- демонструвати володіння навичкою організовувати дієтичне ентеральне харчування хірургічного хворого: готувати суміші для ентерального харчування, враховуючи потреби пацієнта; виконувати годування пацієнтів через зонд або спеціальні пристрої;
- контролювати стан пацієнтів під час та після харчування, оцінювати ступінь засвоєння їжі.

2. ВСТУП

У сучасних умовах, надання якісної медичної допомоги хворим із хірургічною патологією є важливою складовою охорони здоров'я. Однією з ключових ланок цього процесу вважається організація належного догляду за пацієнтами в умовах хірургічного стаціонару. Правильно організований догляд забезпечує не лише комфорт пацієнта, але й значно підвищує ефективність лікувального процесу, запобігаючи ускладненням та внутрішньолікарняним інфекціям. У сучасній медичній практиці санітарно-епідеміологічний контроль стає особливо актуальним, враховуючи

збільшення кількості пацієнтів із зміненою імунною відповіддю та резистентністю мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів.

Дотримання санітарно-гігієнічного режиму в хірургічному відділенні має вирішальне значення для профілактики інфекційних ускладнень, які можуть стати причиною збільшення тривалості лікування, рівня інвалідизації та, навіть, загрожувати життю пацієнта. Важливо та, що знання правил прибирання та використання дезінфекційних засобів дозволяють забезпечити безпечні умови для перебування пацієнтів та роботи медичного персоналу.

Особливості харчування хворих, зокрема організація дієтичного та ентерального харчування, є важливим аспектом лікування, особливо для пацієнтів, які потребують відновлення після складних хірургічних втручань. Вміння правильно підібрати дієту та/або забезпечити ентеральне харчування значно покращує результати лікування, сприяє швидкому одужанню та зменшенню ризику ускладнень.

3. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОТРИМАННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО РЕЖИМУ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Всі палати хірургічного відділення, а також допоміжні приміщення для обслуговування хворих в цих палатах, розподілені на дві групи в залежності від стану інфікування хворих:

- 1) для хворих без гнійно-запальних захворювань чи ускладнень;
- 2) для хворих з гнійно-запальними захворюваннями чи ускладненнями.

Необхідність такого розподілу зумовлена в першу чергу необхідністю профілактики можливого шпитального (внутрішньолікарняного) інфікування в межах лікувального закладу. Окремо в складі хірургічного

відділення виділяється палата інтенсивної терапії (при відсутності реанімаційного післяопераційного відділення) для догляду за важкими та післяопераційними хворими. Чоловіки та жінки завжди розміщуються окремо, виняток може становити лише палата інтенсивної терапії, але в ній різностатеві хворі обмежуються спеціальними ширмами.

Після виписування кожного хворого ліжка, тумбочку протирають дезінфікуючим розчином, змінюють та застеляють білизну, проводять дезінфекцію всіх індивідуальних предметів догляду, що використовувались в процесі лікування.

В палатах для хворих з гнійно-запальними захворюваннями та післяопераційними гнійними ускладненнями медичний персонал працює в спеціальних халатах, шапочках та масках. Після завершення роботи проводиться заміна одягу, дезінфекція рук. В цих палатах обов'язково встановлюють бактерицидні ультрафіолетові лампи зачиненого типу для опромінення повітря. Пересування хворих із палати в палату та вихід в інше відділення категорично заборонено без дозволу медичного персоналу, або без іншої необхідності, що пов'язано з лікувально-діагностичним процесом. Під час госпіталізації хворих з гнійно-запальними захворюваннями проводиться бесіда з ними про необхідність обмеженого їх пересування та використання для цього тільки спеціально відведених санітарних кімнат у складі відділення.

Зміна натільної та постільної білизни проводиться за необхідністю у випадках його забруднення, але не рідше ніж один раз на тиждень. Забруднену білизну збирають в контейнери чи мішки, сортування проводять в спеціальному допоміжному приміщенні.

Прибирання в палатах та допоміжних приміщеннях проводять не рідше ніж 2 рази на добу вологим способом з використанням мильно-содового розчину. Дезінфікуючі розчини в палатах для хворих без гнійно-запальних захворювань чи ускладнень використовують після заміни

білизни та в випадках виникнення шпитальної інфекції. В палатах для хворих з гнійно-запальними захворюваннями чи ускладненнями, в санітарних кімнатах щоденне дворазове прибирання завжди проводять з використанням дезінфікуючих розчинів.

4. ПРАВИЛА ПРИБИРАННЯ ОСНОВНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Правила прибирання палати

Прибирання палат проводять не рідше ніж 2 рази на добу вранці та ввечері вологими методами із застосуванням мийних засобів та кварцюванням, при наявності пацієнтів із значними виділеннями патогенної мікрофлори при вологому прибиранні палат використовують дезінфекційні засоби. Регулярно проводять провітрювання палати, відчинивши квартиру.

Один раз на тиждень здійснюють генеральне прибирання асептичних палат з використанням дезінфекційних засобів, камерного знезараження м'якого інвентарю та знезараження повітря. Під час проведення генерального прибирання використовують ті дезінфекційні розчини, що мають спороцидну активність, наприклад, 6 % розчин пероксиду водню з 0,5 % розчином мийного засобу (наприклад: "Лотос"). Норма витрат дезінфекційного розчину становить 150—200 мл на 1 м². Спочатку приміщення звільняють від обладнання і меблів. Промивають мийним розчином стелю, стіни, підлогу за системою 2 відер, тобто спочатку поверхні протирають ганчіркою, зволоженою мийним розчином, а потім іншою, зволоженою чистою водою. Далі приміщення обробляють 6 % розчином пероксиду водню. Експозиція 60 хв. Вимивають приміщення чистою водою. Так само обробляють і обладнання. Кварцюють приміщення

з обладнанням 60 хв, провітрюють 30 хв, знову кварцують 30 хв, потім провітрюють.

Після виписки хворого зі стаціонару предмети індивідуального догляду дезінфікують, постільні речі (матрац, ковдра, подушки) знезаражують у дезкамері. Використані ним тапочки знезаражуються протиранням тампоном, змоченим 40 % розчином формаліну або 40 % розчином оцтової кислоти, витримуючи 3 год у поліетиленовому пакеті, потім провітрюють.

Тумбочку ретельно обробляють дезінфекційним розчином всередині і зовні, після витриманої експозиції промивають чистою водою і провітрюють. Ліжко також дезінфікують і промивають чистою водою.

За належним порядком у тумбочках і холодильниках стежить буфетниця-роздавальниця. Вона, також, своєчасно розморожує холодильник, ретельно його вимиває. Стежить за тим, щоб у тумбочках і холодильнику знаходились продукти, які дозволені для використання в стаціонарних умовах. Не дозволяється в лікарні з продуктів використовувати копченості, соління, маринади, ковбаси, гриби, спиртні напої. Перелік дозволених для споживання продуктів має бути у кожному відділенні, який погоджений із завідувачем відділення і дозволений для передач хворим.

Правила прибирання процедурного кабінету

У процедурному кабінеті 2 рази на день забезпечується вологе прибирання (перед початком і наприкінці робочого дня) із застосуванням дезінфікуючих засобів, а у разі потреби проводять і поточне прибирання. Здійснюють кварцування протягом 40 хв і провітрювання. 1 раз на тиждень здійснюється генеральне прибирання.

Правила у їдальні і роздавальній

Прибирання їдальні і у роздавальній здійснюється тричі на день: після сніданку, обіду і вечері вологим способом із застосуванням дезінфікуючих засобів. Генеральне прибирання проводять 1 раз у 7 днів.

Після їжі столи протирають спочатку ганчіркою, змоченою у дезінфекційному розчині, потім серветкою, зволоженою водою, далі — сухою. Після цього проводять вологе прибирання підлоги. У приміщенні їдальні на видному місці має бути інструкція про миття і дезінфекцію посуду.

Використані серветки, ганчірки, замочують у дезінфекційному розчині, ополіскують водою, висушують і зберігають у спеціально відведеному місці.

Правила прибирання в операційній та перев'язувальній

Існує 4 види прибирань в операційній та перев'язувальній:

- 1) попереднє прибирання;
- 2) поточне прибирання;
- 3) заключне прибирання;
- 4) генеральне прибирання.

Попереднє прибирання проводиться двічі на день – перед початком робочого дня (проводиться нічною зміною) та після закінчення робочого дня (проводиться денною зміною). Прибираються всі горизонтальні поверхні операційної, а також лампи, фартухи з використанням розчинів дезінфікуючих речовин (1,0 % розчин хлораміну, 0,2 % розчин хлорантоїну, 0,2 % розчин сульфохлорантоїну та інші) двічі з інтервалом 15 хвилин. Після цього миється підлога з використанням аналогічних дезрозчинів. По завершенні включаються бактерицидні лампи на 1 годину.

Поточне прибирання проводиться під час виконання операцій та хірургічних маніпуляцій. Молодша медична сестра проводить прибирання

використаного матеріалу, витирає кров та інші забруднення, що випадково попали на підлогу, обладнання.

Заключне прибирання проводиться після виконання операцій та хірургічних маніпуляцій. Для дезрозчинів використовують ємкості за призначенням для окремого прибирання. Забруднену білизну складають в чохла для забрудненої білизни та розбирають в окремій кімнаті. Операційні столи, стільці, лампи, горизонтальні поверхні протирають дезрозчином (3,0 % розчином хлораміну, 0,2 % розчином хлорантоїну, 0,5 % розчином сульфохлорантоїну) двічі з інтервалом 15 хвилин. Фартухи, клейонки замочують в такому ж дезрозчині на 1 годину, а після цього ополіскують проточною водою. Підлогу миють тим же дезрозчином. Сміття заливають дезрозчином (10 % розчином освітленого хлорного вапна, 3,0 % розчином хлораміну, 0,2 % розчин хлорантоїну, 0,5 % розчин сульфохлорантоїну) на 2 години після чого виносять для утилізації. По завершенні прибирання включаються бактерицидні лампи на 1 годину.

Генеральне прибирання проводиться за планом 1 раз на тиждень, або при необхідності після забруднення операційної при виконанні втручань з приводу розповсюджених гнійних інфекційних уражень (волога гангрена, анаеробна інфекція, перитоніт та інші). При цьому приміщення операційної максимально звільняється від пересувного обладнання, медикаментів. Все обладнання відсувається від стін чи виноситься. Для проведення прибирання медичний персонал миє руки, надягає чисті халати, взуття, респіратор (чи маски), захисні окуляри, фартухи, гумові рукавички. Дезрозчином (5,0 % розчином хлораміну, 0,2 % розчином хлорантоїну, 0,5 % розчином сульфохлорантоїну, розчином дезактіну, розчином лізоформіну та іншими) ретельно обробляються всі горизонтальні та вертикальні поверхні операційної, в тому числі стеля, стіни та заливається підлога. Операційна зачиняється на 1 годину. Використаний медичний одяг, тканини для технічного використання замочуються в дезрозчині на 1

годину. Через годину медичний персонал переодягається знову в чистий одяг. Після годинної експозиції всі поверхні протираються стерильною серветкою з чистою водою. Після прибирання на протязі 2 годин включаються бактерицидні лампи, а на завершення приміщення провітрюється протягом 15 хвилин.

Контроль якості прибирання проводиться старшою сестрою відділення та старшою сестрою операційного блоку. Про проведення генерального прибирання робиться запис в спеціальному журналі. Графік генеральних прибирань повинен бути розміщений у всіх приміщеннях операційно-перев'язувального блоку.

5. ВИДИ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ

Ентеральне харчування (ЕХ)

До ЕХ харчування належить пероральне харчування, через шлунковий зонд, гастростому або через клізму.

Методика проведення годування через зонд

Матеріальне забезпечення: стерильний тонкий гумовий зонд діаметром 0,5-0,8 см, вазелін або гліцерин, лійка або шприц Жане, рідка або кашцеподібна (консистенція нежирного кефіру) їжа (солодкий чай, морс, сирі яйця, бульйон, суп подріблений блендером тощо), гумові рукавички.

Алгоритм дії:

1. Одягніть гумові рукавички.
2. Обробіть зонд вазеліном (гліцерином).
3. Через один із носових ходів введіть зонд на глибину 15 см.
4. Визначте місцезнаходження зонда.

При правильно проведеній процедурі кінець зонда повинен бути в носоглотці. Якщо кінець зонда змістився вперед, його необхідно пальцем притиснути до задньої стінки глотки.

5. Голову хворого злегка нагніть уперед і правою рукою просуньте зонд уперед. Якщо хворий не закашлявся або під час видиху із зонда не виходить повітря – зонд у стравоході. Просуньте його ще на 10-15 см. Переконайтесь, що зонд знаходиться в шлунку за допомогою фонендоскопа.

6. З'єднайте вільний кінець зонда з лійкою (шприцом Жане).

7. Повільно вилийте в лійку приготовлену їжу (повільно виштовхніть із шприца Жане приготовлену їжу).

8. Потім влийте чисту воду (промивання зонда) і від'єднайте лійку (шприц Жане).

9. Зовнішній кінець зонда закріпіть у ділянці голови хворого так, щоб він йому не заважав. Зонд не забирають протягом усього періоду годування, що може тривати 2-3 тижні при необхідності довше.

Харчування через гастростому починають на другий день після операції.

У шлунок одномоментно вводять за допомогою шприца Жане або самоплином через воронку, сполучену з трубкою, по 100-150 мл суміші через кожні 2-3 години. Після кожного годування трубку промивають водою і на неї накладають затискач. Через 5-7 днів дозволяється застосовувати кашцеподібну їжу по 400-500 мл 4-5 разів на добу. Для приготування суміші рекомендують ті ж харчові субстрати, які використовуються для харчування через зонд.

У зв'язку з тим, що між трубкою і стінкою нориці існує зазор, який практично неможливо повністю герметизувати, спостерігається підтікання шлункового вмісту вздовж трубки, і шкіра навколо гастростоми піддається мацерації. Приєднання ж інфекції сприяє розвитку в цьому місці гнійного запалення. Для його профілактики необхідно ретельно доглядати за гастростомою. Після кожного годування в області стоми виконують туалет шкіри, протираючи її ватним або марлевым тампоном, змоченим 0,1-0,5%

розчином перманганату калію. Ретельно осушивши шкіру, на її поверхню наносять шар пасти Лассара (цинкову мазь, або Десятин) і накладають асептичну пов'язку.

При деяких захворюваннях шлунку (тотальне враження пухлиною, хімічний опік) з метою годування накладають **ентеростому** – тонко кишкову норицю. Через трубку в кишечник вводять живильні суміші, хімічний склад яких наближається до хімусу здорової людини. Спочатку використовують сольовий розчин з додаванням глюкози, яка стимулює всмоктування цих речовин. Через 3-4 дні до ентерального харчування додають білкові розчини (гідролізін, амінопептид). Для поповнення дефіциту жирів вводять жирові емульсії, такі як (інтраліпід, ліпофундін).

Догляд за ентеростоמוю здійснюється аналогічним чином, як при гастростомі. Найбільшу небезпеку представляє неспроможність швів, якими фіксують стінку шлунку або кишки до парієтальної очеревини. У цьому випадку відбувається їх відходження від передньої черевної стінки і затікання шлункового або кишкового вмісту в порожнину живота з розвитком перитоніту. Лікують таке ускладнення тільки оперативно.

Харчування через клізму

За допомогою клізми через пряму кишку краплинно вводять 300-500 мл підігрітого до 37-38 °С харчового розчину – 5% розчин глюкози, розчин амінокислот, фізіологічний розчин. Можна провести подібне годування за допомогою грушоподібного гумового балона, але одноразовий об'єм введеного розчину повинен бути невеликим. У тих випадках, коли неможливе годування природним чином або через зонд, використовують парентеральне харчування, як найбільш зручний спосіб постачання організму живильними речовинами.

Парентеральне харчування (ПЕХ)

Парентеральний вид харчування застосовують після операцій на шлунку, стравоході, кишечнику і при деяких інших станах. При даній

процедурі необхідно вводити в організм основні поживні речовини: білки, жири, вуглеводи, воду, солі та вітаміни. Для введення поживних речовин парентеральним шляхом катетеризують магістральну (яремну, підключичну) вену.

Тривалість експлуатації катетера залежить від якісного догляду за ним. Із білкових препаратів найчастіше вводять аміносол 800, аміноплазмаль НЕРА 10%, інфезол 40; із жирових – ліпофундин 10%, інтраліпід 30%; із вуглеводних – 10% розчин глюкози. Для поповнення організму мінеральними солями необхідно вводити на добу до 1л електролітів. Також можливе застосування багатокomпонентних сумішей для ПЕХ: Олімель (N4E, N7E, N9E), Нутрифлекс, Олікліномель, Кабівен та інші. Препарати для парентерального харчування вводять внутрішньовенно краплинно. Перед введенням їх необхідно підігріти на водяній бані до температури тіла (37-38 °С). Необхідно стежити за швидкістю введення препаратів. Так, білкові препарати в перші 30 хв вводять зі швидкістю 10-20 крапель за хвилину, а потім поступово протягом 30 хв швидкість введення збільшують до 60 крапель за хвилину. Подібним чином вводять і інші засоби.

При більш швидкому введенні білкових препаратів у хворих може виникнути відчуття жару, гіперемія обличчя, утруднене дихання. Таке повноцінне висококалорійне живлення (до 3000 ккал в день) можна використовувати при необхідності протягом тривалого (роками) часу.

6. ДІЄТИЧНЕ ПРИРОДНЕ ЕНТЕРАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО

Дієта – це режим харчування здорової та хворої людини, який визначає якісний склад їжі, її кількість (зокрема основних складових частин), а також час і частоту прийому.

Дієтотерапія – це лікувальне харчування, що є необхідною складовою частиною всього лікувального процесу.

Раннє ентеральне харчування є пріоритетним способом забезпечення харчування пацієнтів хірургічного профілю. Уникання будь-якої харчової терапії несе ризик недоїдання під час післяопераційного періоду після великих операцій. Враховуючи, що недоїдання та недостатнє харчування є факторами ризику післяопераційних ускладнень, раннє ентеральне харчування має особливе значення для пацієнтів із ризиком недостатнього харчування, зокрема тих, хто переніс операції на верхніх відділах шлунково-кишкового тракту. Сьогодні широкого визнання досягла концепція покращеного відновлення після операції (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS). Отже, ключові аспекти післяопераційного догляду включають інтеграцію харчування в загальне лікування пацієнта, уникнення тривалих періодів передопераційного голодування, відновлення перорального харчування якомога раніше після операції, негайний початок дієтологічної терапії, якщо харчовий ризик стає очевидним, метаболічний контроль, наприклад рівня глюкози в крові, зменшення факторів, які посилюють пов'язаний зі стресом катаболізм або порушення функції шлунково-кишкового тракту.

При ентеральному харчування лікар, що лікує, призначає відповідну дієту або стіл. У нашій країні вже багато років існує єдина система дієтичного харчування за Н. І. Певзнером, що включає 15 основних дієт. У загальнохірургічному відділенні найчастіше використовують дієти N0-а, N0-б, N0-в, N1-а, N1, Мейленграхта, N5-а, N9, N11, N15.

Нульова дієта показана після операцій на органах шлунково-кишкового тракту, при напівнепритомному стані (черепно-мозкова травма). Ця дієта забезпечує мінімальне хімічне, механічне і термічне подразнення органів травлення, попереджує метеоризм і забезпечує харчувальними речовинами, коли утруднений або неможливий прийом звичайної їжі.

Дієта N0-а призначається на 2-3 доби, включає желеподібні і рідкі блюда, загальний об'єм рідини становить 1,8 – 2,2 літри, їх температура – не вище 45°C. Їжу вживають 7 – 8 разів на добу об'ємом не більше 300 г за прийом. Дозволений знежирений м'ясний бульйон, рисовий відвар з вершковим маслом, ягідний кисіль, проціджений компот, настій шипшини, свіжі фруктові-ягідні соки, чай з лимоном. Через 2 – 3 дні при поліпшенні стану додають відварене яйце, 50 мл сливок. Забороняють щільні і пюреподібні блюда, газовані напої, цілісне молоко.

Дієта N0-б призначається на 2-4 дні після N0-а. У неї включають рідкі протерті каші з геркулесу, гречки і рису, що зварені на м'ясному бульйоні або воді, слизові круп'яні супи на овочевому відварі, паровий білковий омлет, парове суфле або пюре з нежирної риби або м'яса. Їжу дають не більше 350 – 400 г на прийом 6 разів на добу.

Дієта N0-в є продовженням попереднього дієтичного харчування і служить для плавного переходу до фізіологічного повноцінного прийому їжі. У цю дієту входять супи-креми і супи-пюре, приготовані на пару блюда з протертого відварного м'яса, курки або риби, свіжий сир, кисломолочні напої, овочеві і фруктові пюре, 50 – 75 г білих сухарів. У кашу додають молоко. Їжу дають 6 разів на добу.

Дієта N1-а призначається через 6 – 7 днів після операцій на шлунку з метою мінімального подразнення травного тракту при дотриманні ліжкового режиму. Їжу готують в рідкому і напіврідкому вигляді і приймають її кожні 2 – 3 години. Для приготування блюд (парове суфле або пюре) використовують нежирну рибу і м'ясо. Обмежують суфле з свіжого сиру. Дозволене молоко, сливки, несолене вершкове масло, молочні каші з протертих круп або дитячого харчування, овочі, що гомогенізують, молочний суп, слизовий відвар на молоці, киселі, желе з некислих ягід, німецький чай, відвар шипшини. Виключають речовини, що збуджують секрецію шлунку, гарячі і холодні

блюда, сметану, звичайний сир, хліб, борошняні і кондитерські вироби, фрукти і ягоди в сирому вигляді, соуси, прянощі, каву, какао, газовані напої.

Дієта N1 показана після операцій на шлунку як перехідне харчування від дієти N1-а до фізіологічно повноцінної їжі. Вона призначена для зменшення запальної реакції і загоєння слизової оболонки шлункового тракту шляхом обмеження термічних, хімічних і механічних подразників.

За хімічним складом і енергетичною цінністю ця дієта фізіологічна. Блюда готують в основному в протертому вигляді, зварені у воді або на пару, з використанням нежирних сортів м'яса і риби. Дозволено вживати парові котлети, битки, суфле, пюре, заливне на овочевому відварі. З молочних продуктів рекомендують некислий протертий сир, сметану, негострий сир, вареники, сирники, напівв'язку кашу на молоці, пудинг, парову яєчню або омлет. Можна вживати підсушений пшеничний хліб або вчорашньої випічки, відварну картоплю, моркву, буряк, супи з протертих овочів, цукор, мед, свіжі стиглі ягоди і фрукти, слабке какао, каву з молоком, соки з фруктів і ягід. Не можна використовувати блюда в гарячому і холодному вигляді, майже всі ковбасні вироби, гостру і солону їжу, міцні бульйони, копченину, кислі і недозрілі ягоди і фрукти, шоколад, морозиво, квас, чорну каву.

Близька до дієти N1 *дієта Мейленграхта*, яку використовують при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Їжа має пюреподібну консистенцію, містить омлет, вівсяну кашу, сметану, картопляне пюре, битки, парові котлети, а також свіжий хліб. Разом з лікарськими засобами ці блюда пригнічують кислу реакцію шлункового вмісту. Температура їжі не перевищує 40°C.

Дієта N5-а використовується при гострому холециститі через 3 – 7 днів від початку захворювання, на 5 – 6 добу після операцій на жовчовивідних шляхах і при гострому панкреатиті. Вживається механічно і хімічно щадна їжа, що підтримує функціональний спокій всіх органів травлення. Блюда готують вареними або протертими, подають в теплому вигляді. Їжу

приймають 5 – 6 разів на день. Для приготування блюд використовують нежирне м'ясо і рибу у вигляді виробів з котлетної маси, знежирений сир, некислу сметану і сир. Можливо вживання парового омлету, каші на молоці навпіл з водою, відварної вермішелі, пшеничного хлібу, печива, картопляного пюре, молочного кисілю, протертих сухофруктів, меду, цукор, чаю з молоком, лимоном, солодких фруктово-ягідних соків, томатного соку, відвару шипшини. Виключають з їжі продукти, які багаті екстрактними речовинами, грубою клітковиною, жирні і смажені блюда, копченину, свіжий і житній хліб, здобне і листкове тісто, гриби, холодну закуску, шоколад, морозиво, прянощі, какао, чорну каву, газовані і холодні напої.

Дієта N9 показана при цукровому діабеті. Вона сприяє нормалізації вуглеводного обміну. При даній дієті енергетичну цінність помірно знижено за рахунок зменшеного вмісту в їжі вуглеводів і жирів. Замість цукру і солодоців використовують замінники, помірно обмежено вживання куховарської солі. Серед продуктів, що виключаються, жирні сорти м'яса і риби, солоні сири, рис, манна крупа і макарони, вироби із здобного і листкового тісту, солоні і мариновані овочі, виноград, родзинки, банани, цукор, мед, варення, цукерки, морозиво, солодкі соки.

Дієта N11 призначається при виснаженні організму після операції або травми у разі відсутності хвороб травної системи. Вона цілеспрямована на підвищення захисних сил організму і поліпшення стану обміну. Використані при цьому продукти містять збільшену кількість білків, вітамінів, мінеральних речовин. Кулінарна обробка і температура їжі звичайна. Харчування здійснюється 5 разів на добу з вживанням звичайної рідини до 1,5 літрів. Рекомендований перелік продуктів дуже різноманітний, починаючи від м'ясних і рибних блюд і кінчаючи різними борошняними виробами. Виняток становлять дуже жирне м'ясо і птах, баранячий, яловичий і кулінарний жири, гострі і жирні соуси, торти і тістечка з великою кількістю крему.

Дієта N15 використовується при різних захворюваннях, що не вимагають спеціального лікувального режиму харчування, а також в перехідний етап до звичайного харчування після використання інших дієт. Вона забезпечує фізіологічно повноцінне харчування. Білки, жири і вуглеводи містяться в кількості, необхідній для здорової людини, яка не має фізичного навантаження, а вітаміни – в підвищеній кількості. Температура їжі, її кулінарна обробка звичайні. Кількість рідини не обмежують. Їжу вживають 4 – 5 разів на добу. Рекомендують щоденне використання кисломолочних продуктів, свіжих овочів і фруктів, соки, відвар шипшини. При цій дієті обмеження стосуються спецій, виключають жирні сорти м'яса, яловичий, баранячий, свинячий і кулінарний жири.

7. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Який основний принцип санітарно-гігієнічного режиму у хірургічному відділенні?

- А. Використання лише одноразового інструментарію
- Б. Дотримання стерильності в операційній та процедурних кабінетах
- В. Постійна присутність лікаря у відділенні
- Г. Виключення контакту пацієнтів між собою

2. Який із методів прибирання використовується для забезпечення чистоти в операційній?

- А. Вологе прибирання з використанням дезінфікуючих засобів
- Б. Тільки сухе прибирання
- В. Прибирання спеціальними пилососами
- Г. Провітрювання без додаткових дій

3. Що передбачає лікувально-охоронний режим у хірургічному відділенні?

- А. Постійне спостереження пацієнтів через відеокамери
- Б. Максимальне обмеження емоційного і фізичного стресу у пацієнтів
- В. Організацію активної фізичної діяльності пацієнтів
- Г. Ротацію медичного персоналу для профілактики вигорання

4. Який вид дієтичного харчування найбільш підходить для пацієнта після порожнинної операції на органах травлення?

- А. Стандартне харчування без обмежень
- Б. Харчування з обмеженням твердих продуктів і підвищеним вмістом білків
- В. Парентеральне харчування або рідка дієта
- Г. Висококалорійна дієта з великим вмістом жирів

5. Який із зазначених заходів необхідний під час дезінфекції хірургічного інструментарію?

- А. Використання лише кип'ятіння
- Б. Обробка дезінфікуючими засобами відповідно до інструкцій
- В. Зберігання інструментарію у стерильній упаковці без попередньої дезінфекції
- Г. Провітрювання інструментарію після використання

6. Як часто проводиться генеральне прибирання хірургічного відділення?

- А. Один раз на день
- Б. Один раз на тиждень
- В. Один раз на місяць
- Г. Один раз на квартал

7. Що входить до обов'язкових заходів прибирання процедурного кабінету?

А. Лише щоденне вологе прибирання

Б. Обробка поверхонь дезінфікуючими розчинами після кожної процедури

В. Прибирання лише раз на тиждень

Г. Провітрювання без використання дезінфекції

8. Який із наступних продуктів заборонений для пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді?

А. Рідкі супи

Б. Тверді продукти та газовані напої

В. Парові овочі

Г. Кисломолочні продукти

9. Який метод профілактики інфекцій у хірургічному відділенні є найбільш ефективним?

А. Постійне провітрювання приміщень

Б. Використання стерильних халатів і рукавичок персоналом

В. Заборона відвідувань пацієнтів

Г. Регулярна санітарна освіта персоналу

10. Які інструменти мають бути оброблені після контакту з інфікованими пацієнтами?

А. Тільки інструменти, які контактували з біологічними рідинами

Б. Усі інструменти, незалежно від типу контакту

В. Тільки металеві інструменти

Г. Лише одноразовий інструментарій

11. Що передбачає харчування хірургічних пацієнтів із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту?

- А. Звичайне харчування без обмежень
- Б. Спеціальна дієта з низьким вмістом жирів і грубої клітковини
- В. Повна відмова від їжі у період лікування
- Г. Раціон із переважанням смажених продуктів

12. Який із заходів обов'язковий для проведення генерального прибирання у хірургічному стаціонарі?

- А. Витирати пил лише на підлозі
- Б. Обробляти поверхні, обладнання та підлогу дезінфікуючими засобами
- В. Прибирати лише у місцях з найбільшим скупченням пацієнтів
- Г. Провітрювати приміщення після прибирання

13. Що є основною метою лікувально-охоронного режиму?

- А. Підвищення фізичної активності пацієнта
- Б. Забезпечення комфортних умов для якнайшвидшого одужання
- В. Підготовка пацієнта до фізичних навантажень
- Г. Організація регулярного відвідування пацієнта родичами

14. Що є головним компонентом дієтичного харчування у післяопераційний період?

- А. Продукти, багаті білками та вітамінами
- Б. Жирні та гострі страви
- В. Продукти з високим вмістом клітковини
- Г. Газовані напої

15. Яка дезінфекція повинна проводитися після закінчення операційного дня?

- А. Лише провітрювання операційної
- Б. Повне очищення з використанням дезінфікуючих розчинів
- В. Обробка лише тих інструментів, які були використані
- Г. Ніякої обробки не проводиться

16. Яка з перерахованих вимог є основною для персоналу хірургічного відділення?

- А. Носіння лише одноразового медичного одягу
- Б. Носіння чистого медичного одягу та змінного взуття
- В. Відсутність обмежень у вигляді прикрас
- Г. Носіння особистого одягу без спецзахисту

17. Що слід зробити перед транспортуванням хірургічного пацієнта до операційної?

- А. Провести повне обстеження стану пацієнта
- Б. Переконатися у наявності всіх необхідних документів
- В. Надати пацієнту заспокійливе (за показаннями)
- Г. Усі перелічені дії

18. Який тип харчування найбільш підходить пацієнту з гострою хірургічною патологією у ранньому післяопераційному періоді?

- А. Висококалорійні страви
- Б. Парентеральне або ентеральне харчування
- В. Жирна їжа для відновлення енергії
- Г. Тверда їжа невеликими порціями

Правильні відповіді на тестові питання

1) Б; 2) А; 3) Б; 4) В; 5) Б; 6) Б; 7) Б; 8) Б; 9) Б; 10) Б; 11) Б; 12) Б; 13) Б;
14) А; 15) Б; 16) Б; 17) Г; 18) Б.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації / за ред. В.І. Литвиненка. — 2-ге вид., випр. — Київ: Медицина, 2009. — 387 с

2. Догляд за хворими (практика): підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, С.І. Шевченко та ін.; за ред. О.М. Ковальнової, В.М. Лісового, С.І. Шевченка, Т.В. Фролової. — 3-є вид., випр. — Київ: ВСВ «Медицина», 2010. — 487 с.

3. Догляд за хірургічними хворими: навчальний посібник для самостійної роботи студентів вищих медичних закладів освіти III – IV рівнів акредитації / В.В. Іващенко, Є.Р. Балацький, В.С. Ковальчук, О.І. Ніколаєв, Ю.І. Журавльова, А.В. Іващенко, М.А. Койко; за редакцією В.В. Іващенко. — Донецьк: [вид-во], 2010. — 177 с.

4. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - 494 с.

5. Особливості догляду за хворими хірургічного профілю: Навчально-методичний посібник За ред. О.Ю. Іоффе. — К.: ДЕЛЬТА, ФОП Терещенко Є.Д., 2023. — 268 с.

6. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Weimann, Arved et al. Clinical Nutrition, Volume 40, Issue 7, 4745 - 4761

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Матвєєнко Марія Сергіївна
Рудас Іван Андрійович
Гладких Федір Володимирович

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

У 4-х модулях. Модуль 1

У 4-х частинах

Частина 3

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів
другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 30. 01.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 1,05. Обсяг 0,640 Мб. Зам. № 6/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна