

ТЕМА 2 ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА, РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПЕРИОПЕРАТИВНОМ И ИНТРАОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ

2.1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПЕРИОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Основным методом лечения больных пациентов хирургического профиля является выполнение оперативного вмешательства (операции).

От операционной, палатной сестры реанимационного отделения требуется знание и понимание своей ответственности в процессе оперативного лечения. Недостаточно просто выполнять назначения врача, медсестра должна участвовать в подготовке к операции, ее материально-техническом обеспечении, в профилактике послеоперационных осложнений. Медсестра должна не только выполнять свои должностные обязанности, но и знать ход оперативного вмешательства, его цели, инструментальное оснащение, возможные послеоперационные осложнения, оказывать консультативную помощь пациенту и его окружению, обеспечивать асептическое проведение операций и перевязок.

Периоперативный период — это время с момента принятия решения об операции до восстановления трудоспособности пациентом или стойкой его утраты (операция не всегда приводит к полному выздоровлению).

Он включает в себя: предоперационный, интраоперационный (сама операция), послеоперационный периоды.

Основным моментом периоперативной практики является преемственность между постовой, анестезиологической, операционной медицинской сестрой и медицинским персоналом отделения реанимации и интенсивной терапии. Ведение на всех этапах единой документации сестринского процесса по обследованию,

дованию, динамическому наблюдению позволяет решать основные потребности и проблемы пациента, гарантируя качество предоставляемой помощи.

А. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Это время пребывания пациента в стационаре от момента, когда закончено диагностическое обследование, установлен клинический диагноз, принято решение об операции, до начала операции.

Цель этого периода — максимально снизить возможные осложнения и уменьшить опасность для жизни пациента как во время операции, так и после нее.

Основными задачами предоперационного периода являются: постановка диагноза, определение показаний к операции, выбор способа вмешательства и метода обезболивания, выявление сопутствующих заболеваний органов и систем, проведение комплекса мероприятий для улучшения нарушенных функций органов и систем, проведение мероприятий по снижению риска эндогенной инфекции (санация хронических очагов инфекции), психологическая и медикаментозная подготовка пациента к наркозу (премедикация).

Предоперационный период делится на два периода — диагностический и предоперационной подготовки.

Оценка риска обезболивания. Любое сопутствующее заболевание, которое увеличивает риск анестезии, может быть выявлено при опросе и обследовании пациента. Особое внимание следует уделить обследованию сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем. Так, у тех пациентов, которые недавно (1–2 месяца назад) перенесли инфаркт миокарда, операция должна быть отсрочена; риск реинфаркта удваивается, если операция выполняется в первые 4–6 недель, но заметно снижается в течение следующих 6–12 месяцев. Отмечается использование больным различных препаратов: уделяется особое внимание стероидам, инсулину, антикоагулянтам, антибиотикам, психотропным препаратам и лекарствам, используемым для лечения сердечной недостаточности и гипертензии. При склонности к тром-

бофлебитам или при наличии их в анамнезе проводится профилактика подкожным введением гепарина или пероральным приемом аспирина, если предложенная операция большая по объему.

Сбор алергоанамнеза. У каждого пациента при сборе анамнеза тщательно выясняются все предыдущие операции, наркозы и особенно те случаи, когда после предыдущей операции или анестезии возникали какие-либо осложнения.

Выявление вредных привычек (злоупотребление алкоголем, наркотиками, курением и другими препаратами). Если пациент злоупотребляет алкоголем или психотропными препаратами, то это должно быть зарегистрировано, поскольку это может вызвать толерантность к обезболивающим лекарством, создать трудности при введении в наркоз и поддержании анестезии или вызвать синдром отмены после операции.

Физикальное исследование. Общее состояние пациента, его вес и рост обычно регистрируются при первичном обращении пациента к врачу. Это необходимо и в связи с тем, что доза некоторых препаратов (например, некоторых цитотоксичных агентов) определяется площадью поверхности тела точнее, чем весом. Истощенные, со сниженным питанием больные плохо переносят операцию. В такой ситуации может рассматриваться вопрос о назначении дополнительного поддерживающего питания, в том числе и с назначением медикаментов. Алиментарное питание всегда предпочтительнее парентерального. Состояние питания, кроме веса, оценивается определением альбуминов сыворотки крови. При чрезмерно повышенном питании у тучных пациентов также может быть немало проблем (пункция вены и введение венозного катетера могут быть затруднены, ориентиры нечеткие, хирургические манипуляции утомительны) из-за часто возникающих послеоперационных дыхательных расстройств, высокого риска тромбоэмболии, раневой инфекции и расхождения швов. Несрочные операции в таких случаях целесообразно отложить до тех пор, пока не будет достигнуто существенного уменьшения веса.

Исследование функций органов и систем

Функциональное исследование органов кровообращения. Сердечно-сосудистая система исследуется тщательно. Уделяется

особое внимание контролю артериального давления, частоте пульса, его ритму и любому признаку право- или левожелудочковой сердечной недостаточности. Пациенты с сердечной недостаточностью должны быть тщательно обследованы с целью назначения или изменения лечения таким образом, чтобы их сердечно-сосудистая система находилась в оптимальных условиях во время операции. Препараты, используемые для лечения сердечной недостаточности, аритмии и гипертензии, обычно применяются на протяжении всего предоперационного периода. Если артериальная гипертензия выявлена впервые в период дооперационного обследования, то артериальное давление необходимо измерять в течение 24 часов каждые 4 часа. Если гипертензия сохраняется, это указывает на то, что необходимо отложить операцию, пока причина гипертензии не будет установлена. Больному должно быть назначено лечение под наблюдением терапевта. В очень срочных случаях целесообразна консультация кардиолога с целью быстрой нормализации артериального давления с помощью комбинаций различных гипотензивных средств.

Операция у пациентов с гипертонией увеличивает риск инсульта и инфаркта. Препараты или методы, которые учащают сердечный ритм, должны использоваться с большой осторожностью. Этими свойствами обладают многие обезболивающие препараты. При выявлении сердечной аритмии перед операцией предоперационная подготовка должна быть обсуждена с кардиологом.

Функциональное исследование органов дыхания. Одним из наиболее простых способов исследования функции органов дыхания для выявления дыхательной недостаточности является спирометрия, позволяющая определить легочные объемы.

Перед операцией пациента необходимо научить правильно дышать и откашливаться, чему должна способствовать дыхательная гимнастика ежедневно по 10–15 мин. Как можно раньше пациент должен отказаться от курения или максимально снизить количество выкуриваемых сигарет.

Если операционная рана будет располагаться в области живота, пациента обучают дышать только грудной клеткой,

и наоборот, при локализации раны в области груди пациента учат дышать только животом.

Пациенты с тяжелым хроническим бронхитом формируют группу высокого риска. Вероятнее всего такие пациенты будут нуждаться в продолжительной искусственной вентиляции легких после операции. Поскольку эти больные не всегда имеют благоприятный прогноз для жизни, хирургические вмешательства у них выполняются только по жизненным показаниям.

Пациенты с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) верхних дыхательных путей также не должны подвергаться плановой общей анестезии и операциям, так как применение препаратов, угнетающих клеточный обмен, будет способствовать распространению инфекции в дистальное бронхиальное дерево с развитием в дальнейшем бронхопневмонии.

Исследование крови. Перед операцией выполняют общий анализ крови, определяют время кровотечения и свертывания крови, а по показаниям определяют коагулограмму (гемостазиограмму), определяется группа крови и резус-фактор.

О функциональном состоянии печени можно судить по данным биохимических исследований крови больного. Для этого определяется количество белка, холестерина, сахара, билирубина в крови. Специальные исследования крови (тимоловая, сулемовая пробы) позволяют оценить состояние дезинтоксикационной способности печени.

Исследование функции почек. Выявление функциональной недостаточности почек требует ее обязательной коррекции. Для диагностики почечной недостаточности и воспалительных процессов в чашечно-лоханочной системе проводят следующие исследования: общий анализ мочи, остаточный азот крови (мочевина, креатинин), по показаниям — ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, внутривенная урография, сцинтиграфия почек.

СПИД и ВИЧ-инфекция. У таких пациентов могут быть различные степени органной недостаточности, которая может влиять на проведение анестезии и заживление ран. ВИЧ-инфицированные (позитивные) пациенты ставят под угрозу инфицирования хирургов и другой персонал, если кровь или тканевые

жидкости (слюна) входят в контакт с нарушенным кожным покровом персонала. Случайный прокол иглой пальца или руки или повреждение, причиненное зубами пациента во время исследования полости рта, являются потенциальными источниками инфекции. Желательным для персонала является соблюдение мер предосторожности (например, ношение двойных перчаток, двойных халатов и защитных очков) в течение операции и процедур (типа перевязки раны у ВИЧ-положительных пациентов).

Подготовка пациента к методам инструментального обследования. Выделяют несколько групп методов обследования: эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые.

Эндоскопические методы. Эндоскопия — это метод исследования внутренних органов с помощью специальных инструментов (эндоскопов), снабженных оптическими и осветительными системами.

Бронхоскопия — визуальное (инструментальное) исследование бронхолегочной системы с помощью бронхоскопов, вводимых в дыхательные пути больного. Показаниями к бронхоскопии являются все виды бронхолегочной патологии. Перед бронхоскопией проводят психологическую и медикаментозную подготовку больного, беседуют с ним о предстоящем исследовании. Для премедикации назначают препараты из группы транквилизаторов. Исследования проводят при пустом желудке, опорожненном мочевом пузыре и по возможности — кишечнике.

Фиброзофагогастродуоденоскопия — исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Показаниями являются диагностика и лечение острых и хронических заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, заболеваний органов дуоденопанкреатобилиарной зоны. За 45–60 мин. до исследования проводят премедикацию и подкожно вводят 1–2 мл 0,1 % раствора атропина и 2 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиума). Для снятия эмоционального напряжения на ночь накануне и перед исследованием назначают транквилизаторы (седуксен, тазепам). Для анестезии ротоглотки используют различные препараты: дикаин, тримекаин, лидокаин. До 3 мл 0,25 — 3,0% раствора этих анестетиков наносят путем распыления, сма-

звания и полоскания. Анестезирующий эффект усиливается и удлиняется при добавлении 0,1 % раствора адреналина.

Цистоскопия — метод осмотра внутренней поверхности мочевого пузыря.

Тораскопия — исследование плевральной полости с помощью эндоскопа, вводимого в нее через прокол или разрез грудной стенки. Накануне исследования больным назначают седативные средства, за 30–40 мин. до тораскопии подкожно вводят 1 мл 2% раствора промедола и 0,5 мл 0,1% раствора атропина. Больного готовят к тораскопии, как к обычной хирургической операции. Тораскопию выполняют в операционной или перевязочной.

Лапароскопия — эндоскопическое исследование органов брюшной полости. Показаниями к лапароскопии являются симптомы поражения органов брюшной полости при неясном диагнозе с целью биопсии ее патологических образований.

Подготовка и премедикация проводятся, как к операции на органах брюшной полости. Плановую лапароскопию проводят натощак после очищения кишечника клизмой вечером накануне и утром в день исследования. Волосы на передней брюшной стенке сбривают непосредственно перед исследованием. Обычно лапароскопия проводится в условиях местной анестезии 0,25% раствором новокаина. Наркоз показан психическим больным, пациентам в шоковом и возбужденном состоянии.

Ректороманоскопия — метод визуального исследования слизистой оболочки прямой кишки.

Фиброколоноскопия — исследование ободочной кишки, а также терминального отдела подвздошной кишки. Показаниями являются клинические и рентгенологические признаки заболеваний толстой кишки. За 3 суток до исследования больному назначают бесшлаковую диету. При подготовке больных к колоноскопии накануне используют клизмы объемом 1,0–1,5 л водой комнатной температуры с интервалом 1–2 ч, а утром перед исследованием ставят еще две клизмы. Колоноскопию проводят через 2–3 ч после последней клизмы. В последнее время для подготовки к исследованию с успехом применяют препараты типа фортранса, которые позволяют быстро и качественно подготовить толстую кишку.

В связи с наличием неприятных и даже болезненных ощущений колоноскопию целесообразно проводить после предварительного введения обезболивающих средств, вид и дозы которых индивидуальны. У больных с нарушенной психикой, выраженным болевым синдромом колоноскопию выполняют под общим обезболиванием.

Рентгенологические методы. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, выполняется в экстренном порядке без предварительной подготовки больного при подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

Для диагностики нарушений проходимости содержимого по кишечнику используется проба по Напалкову — больному дают выпить 50 мл взвеси сульфата бария и выполняют обзорные снимки брюшной полости через 4, 12 и 24 ч.

При подготовке желудка и двенадцатиперстной кишки к рентгенологическому исследованию необходимо освободить их от пищевых масс и газов. Перед исследованием не разрешается употреблять грубую пищу, способствующую образованию газов. Ужинать можно не позднее 20.00. Утром больной не должен принимать пищу, пить воду, курить. Вечером и утром за 2 ч до исследования кишечник очищается с помощью клизмы (1 л теплой воды).

Применение слабительных средств для очищения кишечника не рекомендуется, так как они способствуют газообразованию. Если больной страдает непроходимостью выходного отдела желудка (опухольный или язвенный стеноз), то желудочное содержимое необходимо эвакуировать с помощью толстого зонда с последующим промыванием до чистой воды.

Рентгенография толстой кишки (ирригоскопия) проводится после наполнения просвета толстого кишечника бариевой взвесью посредством клизмы. Иногда после приема бария или проведенного рентгенологического исследования желудка исследуют пассаж бариевой взвеси по кишечнику. Утром за 2 ч до исследования делают еще две очистительные клизмы изотоническим раствором. В настоящее время с успехом применяются препараты типа фортранса.

Исследование грудной клетки и позвоночника не требует специальной подготовки пациента. Больного надо готовить для рентгеновского исследования поясничного отдела позвоночника,

так как наличие большого скопления газа в кишечнике мешает получению качественных рентгенограмм. Подготовка проводится так же, как при исследовании почек.

Ультразвуковые методы. Ультразвуковое исследование назначается пациентам для выявления патологии гепатобилиарной системы, исключения инфильтратов, до- и послеоперационных абсцессов, динамики послеоперационного периода, исключения метастазирования или первичных опухолей; в урологии — для исключения мочекаменной болезни, кист почек, нарушения оттока мочи, воспалительных и гнойных процессов. Ввиду достаточной информативности и неинвазивности УЗИ широко распространено в поликлиниках и стационарах, а также является относительно недорогим и высокоэффективным методом диагностики.

Перед ультразвуковым исследованием органов брюшной полости и забрюшинного пространства необходимо ограничить употребление в пищу овощей, фруктов, минеральной воды, бобовых, каш из круп. Для полноценной подготовки пациентам дополнительно следует принимать современные препараты, уменьшающие газообразование в кишечнике: эспумизан за сутки до исследования принимается по две капсулы 3 раза и в день исследования утром — две капсулы или пепфиз по одной таблетке 3 раза в сутки накануне исследования и одну таблетку утром в день исследования. Осмотр проводится натощак. Если осмотр проводят после 12.00, утром не позднее 8.00 допускается легкий завтрак.

Ультразвуковое исследование органов малого таза (гинекологическое, мочеполовой системы) проводится при хорошем наполнении мочевого пузыря. Для этого за 1 ч до осмотра следует выпить не менее 1 л негазированной жидкости.

Ультразвуковое исследование сосудов, щитовидной железы подготовки не требует.

Ультразвуковое исследование молочных желез проводится на 5–10-е сутки овариально-менструального цикла.

Подготовка к плановой операции

Для госпитализации пациенту необходимо выполнить стандартный минимум обследования, который включает общий анализ крови, общий анализ мочи, определение времени свертыва-

ния крови, анализ крови на билирубин, мочевины, глюкозы, определение группы крови и резус-фактора, на антитела к ВИЧ-инфекции, HBs-антиген, крупнокадровую флюорографию, ЭКГ с расшифровкой, консультацию терапевта (при необходимости также и других специалистов) и для женщин — гинеколога, а также данные специальных методов обследования — ультразвуковой доплерографии, фиброгастродуоденоскопии и др.

После постановки диагноза, оценки операционного риска, выполнив все необходимые обследования и убедившись в необходимости госпитализации больного, хирург поликлиники пишет направление на госпитализацию, в котором обязательно указывается название страховой компании и все необходимые реквизиты.

При поступлении в клинику пациентов с онкологическими заболеваниями предоперационную подготовку проводят параллельно обследованию, что значительно сокращает пребывание больного в стационаре. Нельзя затягивать обследование онкологических больных в стационаре более чем на 10–12 сут.

Накануне операции необходимо взвесить пациента на медицинских весах для расчета дозы лекарственных средств, измерить температуру тела, частоту пульса, дыхания, АД. Любые отклонения необходимо отметить в истории болезни и сообщить о них лечащему врачу для своевременного лечения.

За 1 час до операции больному назначается гигиеническая ванна, сбриваются волосы на тех участках кожи, где предполагается выполнить разрез тканей для операционного доступа (так как за более продолжительное время возможные при бритье порезы и царапины могут инфицироваться), меняют нательное и постельное белье. Большое значение в предоперационной подготовке придается санации кожи пациента. Чистота кожи и отсутствие на ней гнойничковых или аллергических высыпаний является важной мерой профилактики воспалительного процесса в послеоперационной ране. Дегидратацию следует проводить только в том случае, если волосы будут мешать проведению операции, сбриваются волосы около раны при помощи специальных кремов, гелей так, чтобы не травмировать кожные покровы перед операцией. Непосредственно перед операцией пациент должен провести все гигиенические мероприятия: прополоскать полость

рта и почистить зубы, снять съемные зубные протезы и контактные линзы, лак для ногтей и украшения, опорожнить мочевой пузырь.

Больного осматривают терапевт и анестезиолог, которые в зависимости от необходимости назначают дополнительные методы исследования и дают рекомендации по симптоматическому лечению больного. Анестезиолог назначает премедикацию. Как правило, накануне операции проводят вечернюю и утреннюю премедикацию за 30 мин. до операции (2% раствор промедола — 1 мл, атропина сульфат — 0,01 мг/кг массы тела, димедрол — 0,3 мг/кг массы тела).

Пациенту накануне вечером проводят очистительную клизму и утром за 3 часа до операции. Накануне перед операцией разрешается легкий ужин до 18.00. В день операции категорически не разрешается есть и пить, так как возникает угроза аспирации рвотными массами при проведении наркоза и развития серьезных легочных осложнений.

Медсестра должна предупредить пациента о возможных осложнениях после операции, дать рекомендации пациенту и его окружению о методах дыхания, откашливания, расслабления, консультации по пищевому и питьевому режиму, двигательному режиму.

Подготовка к экстренной операции

Подготовка к экстренной операции сводится к минимуму и ограничивается самыми необходимыми исследованиями. Иногда больной сразу же из приемного покоя доставляется в экстренную операционную. По возможности проводят общий анализ крови, мочи, определяют группу крови и резус-фактор, глюкозу крови, по показаниям осуществляют другие лабораторные и дополнительные методы обследования (УЗИ, рентгенография, фиброгастроуденоскопия). Перед экстренной операцией санитарную обработку можно не проводить, при необходимости обтереть грязные места влажной тканью. Однако по возможности необходимо удалить волосы с предполагаемого места операции.

Если пациент принимал пищу или жидкость, то при помощи зонда необходимо промыть желудок. Мочевой пузырь опо-

рожняется самостоятельно, или проводится катетеризация. Очистительные клизмы при большинстве острых хирургических заболеваний противопоказаны. Премедикация проводится в операционной или за 30 мин. до операции (зависит от экстренности).

Особенности подготовки детей и лиц пожилого возраста к операции. Внимательное отношение медсестры к больному ребенку — необходимое условие быстрого выздоровления. Перед операцией необходимо получить письменное согласие родственников или опекунов на выполнение оперативного вмешательства. Они должны знать характер операции, степень ее риска, возможные осложнения.

Количество дополнительных исследований у детей стараются ограничить. При подготовке к операции необходимо учитывать физиологические особенности растущего организма, например дети грудного возраста чувствительны к голоданию, поэтому накануне операции они получают пищу соответственно своему возрасту до 22.00. Детям более старшего возраста накануне разрешается легкий ужин, в день операции за 5 ч до нее — сладкий чай.

Система терморегуляции у детей, особенно 1-го года жизни, несовершенна, поэтому нельзя допускать переохлаждения ребенка. Ранимость тканей ребенка требует бережного обращения медсестры при выполнении манипуляций. Желательно все делать в игровой форме, по возможности отвлекать ребенка игрушками, фильмами, играми.

Дозы лекарственных средств подбираются в соответствии с возрастом ребенка и учетом индивидуальной переносимости препаратов.

Вследствие снижения компенсаторных возможностей организма и меньшей сопротивляемости к операционной травме пациенты пожилого возраста требуют более тщательного обследования и особой медикаментозной подготовки.

Нервная система пожилых людей лабильна и ранима, поэтому психологическую подготовку медсестра проводит щадящим образом, учитывая индивидуальные особенности.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у пожилых людей наблюдаются явления недостаточности кровообращения и

атеросклероза, поэтому им обязательно проводится ЭКГ с последующей консультацией терапевта и назначением кардиотропных препаратов. Из-за ломкости сосудов внутривенные пункции и инъекции медсестра должна выполнять бережно и аккуратно. У людей пожилого и старческого возраста часто наблюдаются эмфизема и пневмосклероз легких. Медсестра при подготовке к операции должна уделять особое внимание дыхательной гимнастике — важному профилактическому средству послеоперационных пневмоний, не допускать переохлаждения больного. Пожилые люди нередко страдают запорами, поэтому перед операцией медсестра должна проследить за соблюдением ими диеты, периодически ставить очистительные клизмы по назначению врача.

У пожилых пациентов происходят определенные изменения в печени и почках. В связи с этим им с большой осторожностью назначают барбитураты.

Любые лекарственные средства лицам старше 60 лет назначают в уменьшенном количестве — $1/2$ – $2/3$ общей дозы для взрослых. Из наркотических анальгетиков пожилым людям предпочтительнее вводить пантопон, промедол вместо морфина, так как последний вызывает расстройство дыхания.

Транспортировка пациента в операционную. В операционную вместе с пациентом должны быть доставлены история болезни, рентгеновские снимки, пробирка с кровью для постановки пробы на совместимость при возможной гемотрансфузии.

Больных перемещают осторожно, избегая резких движений и толчков. Их доставляют в операционную на креслах-каталках или носилках-каталках. Для каждого пациента каталка покрывается клеенкой, заправляется чистой простыней и одеялом. Укладывают больного на такую каталку, надев на его голову шапочку или косынку, на ноги — носки и бахилы.

В операционную больного транспортируют головой вперед на каталке хирургического отделения, а в предоперационной его перекладывают на каталку операционной и доставляют в операционный зал. Перед тем как привезти больного в операционный зал, медсестра должен убедиться, что там убрано окровавленное белье, перевязочный материал, инструменты от предыдущей операции. Пациента перекладывают на операционный

стол в положение, необходимое для данной операции с учетом ее характера и состояния пациента. Следует правильно зафиксировать верхние, а при необходимости и нижние конечности.

Ответственность за транспортировку пациентов возлагается на постовую медицинскую сестру. Транспортировка и перекладывание больного с наружными дренажами, системами для инфузий, интубационными трубками осуществляется с особой осторожностью.

Б. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Послеоперационный период начинается с момента окончания операции и продолжается до восстановления трудоспособности. Различают три фазы послеоперационного периода:

- 1) ранняя — 3–5 сут. после операции;
- 2) поздняя — до 2–3 недель после операции;
- 3) отдаленная — до полного восстановления трудоспособности.

Главными задачами послеоперационного периода являются профилактика и лечение послеоперационных осложнений; ускорение процессов восстановления (регенерации) в тканях и органах; восстановление трудоспособности больного.

Подготовка палаты и постели для пациента после операции

После операций под общей анестезией пациентов помещают в палату отделения реанимации и интенсивной терапии или хирургического отделения, которые специально организованы для наблюдения за больными, проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. После небольших операций, проведенных под местной анестезией, больного помещают в общую палату хирургического отделения. Если больной перенес сложную операцию, то предполагается поместить его в специально выделенную небольшую палату (максимум на 2–3 чел.). Старшая сестра отделения в таких случаях организует индивидуальный пост медицинской сестры, реже — санитарки круглосуточно или только на ночь.

Медсестра должна заранее позаботиться о том, чтобы послеоперационная палата была убрана и проветрена, лишена яркого