

**Тема: Сестринский процесс в периоперативном периоде.****Устройство и организация работы операционного блока****Преподаватель Чилилова П.П.**

**Операционный блок** - это комплекс специальных помещений хирургического отделения, предназначенных для выполнения операций и проведения мероприятий по их обеспечению. Основным требованием, предъявляемым к его устройству, является максимальная изоляция от других подразделений лечебного учреждения. Операционный блок должен располагаться на отдельном этаже или в отдельном крыле здания, соединенном коридором с хирургическим отделением.

Операционные блоки для “чистых” и “гнойных” операций необходимо размещать отдельно. В случае, если в лечебном учреждении один операционный блок, следует выделить операционные для выполнения чистых и гнойных операций, при этом максимально разделив и удалив их. В них должен работать разный персонал и использоваться разное оборудование, хирургический инструментарий, белье. Несмотря на то, что в гнойных операционных выполняются операции больным с уже развившимися гнойно-септическими заболеваниями, требования к их планировке, оснащению и режиму такие же, как и чистых.

Несмотря на стремление к максимальной изоляции операционного блока, следует обеспечить хорошую связь с отделением реанимации и интенсивной терапии, профильными лечебно-диагностическими отделениями.

Для обеспечения асептических условий при выполнении оперативных вмешательств, предотвращения загрязнения воздуха и помещений в непосредственной близости от операционной раны при планировании операционного блока соблюдают принцип зональности. Он подразумевает разделение помещений на специальные функциональные зоны. В операционном блоке выделяют 4 зоны стерильности:

1. Зона стерильного режима.
2. Зона строгого режима.
3. Зона ограниченного режима.
4. Зона общебольничного режима (не стерильная).

**К зоне стерильного режима (1 зона)** относятся помещения, в которых выполняются операции, проводится стерилизация хирургического инструментария: операционные, стерилизационные. В помещениях этой зоны предъявляются самые строгие требования по соблюдению асептики.

**К зоне строгого режима (2 зона)** относятся помещения, непосредственно связанные дверью с операционной: предоперационная, наркозная. С помещениями третьей зоны они сообщаются через внутренний коридор.

**К зоне ограниченного режима (3 зона)** относятся все остальные помещения внутри чистой зоны санпропускника (инструментальная, материальная, лаборатория срочных анализов, зал пробуждения больных, помещения медицинских сестер, хирургов, протокольная и др.)

**К зоне общебольничного режима (4 зона)** – относятся помещения, находящиеся снаружи санпропускника или специального тамбура (шлюза)-кабинет заведующего, кабинет старшей медицинской сестры, помещения для грязного белья.

Основополагающим принципом организации работы в операционной является строжайшее соблюдение правил асептики. Соблюдение режима начинается с планирования операционного дня. В соответствии со степенью инфицированности операции определяют операционные, где будет выполняться оперативное вмешательство и его очередность. Операции выполняют, соблюдая очередность от менее инфицированной к более инфицированной.

Режим работы операционного блока предусматривает ограничение посещения его. Во внерабочее время в операционной никто не должен находиться. В операционную допускаются работники операционной, операционные бригады, анестезиологические бригады. Персонал перед операцией проходит санпропускник, переодевается в специальное белье, отличающиеся по цвету от одежды сотрудников других отделений, надевает бахилы или специальную обувь, шапочки, маски.

Для обеспечения достаточной вентиляции операционные оснащаются кондиционерами. В операционных оборудуется приточная вентиляция, а не вытяжная. При ее функционировании воздух подается с улицы и нагнетается через фильтры в помещение. Однако только вентиляцией обеспечить санацию воздуха в операционной невозможно. Поэтому для дезинфекции воздуха применяют бактерицидные ультрафиолетовые лампы.

### Порядок подготовки к операциям:

Операционная в любое время суток должна быть готова к производству операций; должен быть накрыт инструментальный стол, приготовлено оборудование, в шкафу должны храниться все необходимые лекарства и растворы. Допустимый срок хранения стерильного белья и инструментов - 3 суток, однако рекомендуется менять дежурный набор ежедневно.

Работа операционной строится следующим образом.

Уборку операционной производят накануне. Накануне же сестра отбирает в сетки стерилизаторов инструменты, необходимые для назначенных в первую очередь операций. Если предстоит операция, мало знакомая операционной сестре, она должна попросить хирурга указать необходимые инструменты.

Инструментарий для экстренных операций комплектуется из общего хирургического и полостного набора, а в травматологических учреждениях обязательно включают и костный набор.

Количество стерильного белья и перевязочного материала определяется в зависимости от числа и характера запланированных операций, а на сутки дежурства экстренной операционной - от средней суточной нагрузки. Во время операций, идущих подряд одна за другой, расходуется меньше белья, чем на то же число операций, осуществляемых с перерывами.

Операционная сестра должна быть в операционной за 1 ч 30 мин до начала операции.

*Подготовительная работа* начинается с кипячения щеток для рук, если обработка рук проводится по Спасокукоцкому-Кочргину. Щетки укладывают в эмалированный таз с крышкой или кастрюлю, заливают водой и кипятят в течение 15 мин, после чего воду сливают; щетки хранят в этой посуде с крышкой. Не бывшие в употреблении щетки обрабатывают накануне: погружают на 12 ч в мыльную воду, затем кипятят в течение 15 мин, промывают под струей воды и сушат.

*Проверка оборудования.* После этого сестра проверяет наличие всех необходимых приборов в операционной, расставляет мебель, придает

операционному столу и лампам нужное положение, включает стерилизаторы. За этот же период сестра переодевается, снимает обычную одежду и надевает операционный костюм или легкую одежду, стерилизует обжиганием тазы для мытья рук, приготавливает растворы для мытья рук, корнцангом берет в биксе стерильные салфетки и перекладывает их в тазы. После этого сестра опускает приготовленные наборы инструментов в кипящие стерилизаторы и приступает к обработке своих рук для участия в операции. Предварительно она должна еще раз проверить, тщательно ли убраны волосы, ногти очищает ногтечисткой и, если нужно, подстригает их. Очистив ногти, вымыв руки с мылом и вытерев их, сестра берет из бикса стерильную маску и закрывает ею нос и рот.

*Обработка рук.* Наиболее распространенным является метод Спасокукоцкого-Кочергина. Этот метод прост, доступен в любых условиях и достаточно эффективен, не портит кожу. Способ основан на обезжиривании кожи 0,5% раствором нашатырного спирта с последующей обработкой ее 96% спиртом. Раствор нашатырного спирта каждый раз готовят заново. В стерильную бутылку или эмалированное ведро с крышкой наливают дистиллированную или кипяченую воду в количестве 5 л, а затем туда же добавляют 25 мл (мензурку) нашатырного спирта. Руки моют в тазу, вмещающем не менее 1-2 л жидкости.

В настоящее время чаще применяется р-р «Первомур».

**Рабочим местом операционной медсестры** является операционное помещение.

Оборудование рабочего места сестры.

1. Малые подвижные столики на высокой ножке, располагаемые рядом с операционным столом и предназначенные для непосредственного обеспечения операции инструментами.
2. Большой инструментальный стол типа перевязочного стола Боброва для резерва стерильных инструментов и перевязочных средств, находящийся в некотором отдалении от операционного стола.
3. Отдельные столики для хранения шовного материала, растворов йода или йодоната, спирта, бензина, растворами фурацилина, сулемы, новокаина, изотонического раствора хлорида натрия.
4. Стерильные биксы на подставках, располагающиеся рядом с большим инструментальным столом. В этих биксах находится необходимое операционное белье и перевязочный материал.

## Должностные и функциональные обязанности

Согласно должностным обязанностям, операционная медсестра подчиняется старшей сестре либо заведующему отделением.

Она принимает участие в операции на всех ее этапах: от подготовки операционной и пациента к вмешательству до раннего ухода за больным.

Также медсестра должна следить за тем, не возникают ли у пациента осложнения. В этом случае она обязана сразу оповестить о случившемся врача.

Еще одной обязанностью операционной сестры является подготовка всей необходимой хирургу для работы аппаратуры.

Современная операционная оснащена всевозможной техникой (аппараты ИВЛ, приборы для лапароскопии, специальные устройства для обогрева пациента, находящегося в состоянии шока, мониторы, отображающие основные жизненные показатели пациента, и т. д.).

Медсестра должна разбираться в принципах работы этой техники и обеспечивать ее работоспособность во время операции. Если какой-либо прибор выходит из строя, сестре обязана сообщить об этом заведующему отделением или старшей медсестре.

**Работа операционной сестры условно делится на подготовительную, основную и заключительную.**

**Подготовительная работа** складывается из знакомства со списком пациентов, идущих на операцию и предполагаемым объемом оперативных вмешательств, согласно этому она готовит и отдает на стерилизацию необходимые инструменты, готовит перевязочный материал и лекарственные препараты. Это она делает накануне операционного дня. в день операции сестра проверяет качество предварительной уборки операционного зала, обрабатывает руки по одному из способов обработки рук, принятых в ЛПУ, одевает на себя стерильную одежду и накрывает стерильные столы – один большой стол с инструментами /предназначен для всех операций данного дня/ и один маленький передвижной стол с инструментами на одну операцию. Затем она помогает хирургам одеть стерильную одежду. До вмешательства сестра обязана подготовить все необходимое, помочь бригаде надеть стерильные халаты и перчатки с соблюдением правил асептики и антисептики, а также приготовить пациента. Последнее состоит в правильном размещении больного исходя из специфики предстоящего вмешательства, бритье операционного поля и нанесении на него раствора антисептика.

Далее начинается **основная работа** операционной медсестры во время **операции** которая состоит из подачи инструментов по ходу операции, ассистенции хирургам, контроля за поведением остальных участников операции, контроль за количеством использованного стерильного перевязочного материала.

**Заключительная работа** начинается после окончания операций и заключается в проведении ПСО инструментов, учета использованного перевязочного материала и медикаментов, составления требования на них для пополнения запаса, контроль за проведением санитаркой заключительной уборки и утилизацией отходов класса Б. С. Заполняет необходимую документацию. Кроме того, она должна проследить за тем, чтобы дежурные санитары подготовили операционную к следующему вмешательству (провели уборку, утилизировали медицинские отходы разных классов опасности и т. д.).

Период операции и анестезии совпадают по времени, т. к. протекают одновременно, но период операции начинается с момента разреза тканей и заканчивается наложением швов или дренированием раны, а период анестезии начинается с момента введения местного анестетика или с вводного наркоза и заканчивается с прекращением действия анестетика. Таким образом период анестезии несколько опережает период операции и длится дольше.

Период анестезии проводится врачом - анестезиологом и сестрой - анестезистом. Их работа начинается с ознакомления со списком операций. Врач – анестезиолог осматривает больных накануне, назначает медикаментозную и психологическую подготовку.

В медикаментозную подготовку входит назначение седативных и снотворных средств для того, чтобы пациент спокойно поспал перед операцией – это очень важно, т. к. из-за переживаний у него может подняться артериальное давление, особенно это проявляется у лиц, страдающих гипертонической болезнью. В этот же день врач-анестезиолог, сопоставляя показания и противопоказания к различным методам обезболивания, подбирает наиболее подходящий для пациента его вид и определяет степень риска анестезии. он не должен превышать степень риска операции.

**Послеоперационный период условно делится на:**

-ранний (3–5 сут.);

-поздний (2–3 нед.);

-отдаленный (реабилитационный) (от 3 нед. до 2–3 мес.)

Основные мероприятия в раннем послеоперационном периоде: коррекция изменений в организме, контроль над функциональным состоянием основных органов и систем, профилактика возможных осложнений.

Основные моменты интенсивной терапии в послеоперационном периода направлены на:

- борьбу с болью;
- восстановление сердечно-сосудистой деятельности, устранение нарушений микроциркуляции;
- предупреждение и лечение дыхательной недостаточности;
- детоксикационную терапию;
- коррекцию метаболических нарушений (водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, белкового синтеза);
- сбалансированное парентеральное питание;
- восстановление функции выделительной системы;
- восстановление функций органов, деятельность которых нарушена вследствие хирургического воздействия (парез кишечника, гиповентиляция и т.д.).

**По характеру течения** различают не осложненный и осложненный послеоперационный период.

**Неосложненный послеоперационный период** характеризуется умеренными нарушениями биологического равновесия в организме и не резко выраженными реактивными процессами в операционной ране.

**Осложненный послеоперационный период.** Осложнения могут наблюдаться после любой операции, но чаще они развиваются после больших травматичных оперативных вмешательств как на органах грудной полости (резекция легкого, экстирпация пищевода и т. п.), так и абдоминальных (гастрэктомия, панкреатодуоденальная резекция, резекция желудка, печени, реконструктивные операции на жел.-киш. тракте и желчевыводящих путях и др.).

## **ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО ИЗ ОПЕРАЦИОННОЙ**

Больной перекладывается с операционного стола медперсоналом при помощи простыни с фиксацией в 3 точках – головной конец, таз и ножной конец. Если больной переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на ИВЛ, необходимо

перед перекладкой отсоединить интубационную трубку от наркозного аппарата и подсоединить ее к мешку Амбу. Совершая параллельно дыхательные движения мешком, следует переложить больного на каталку и продолжать производить ИВЛ при помощи мешка Амбу до момента доставки больного к аппарату ИВЛ в ОРИТ. Транспортировка больного из операционной производится младшим медицинским персоналом в присутствии врача головным концом вперед с уложенными вдоль туловища верхними конечностями, чтобы не травмировать их при перевозке.

**Положение больного на кровати определяется видом операции.**

*Положение на спине* — самое частое после наркоза. Первые два часа больной лежит без подушки, голова повернута набок. Такое положение предупреждает развитие гипоксии головного мозга, аспирацию дыхательных путей рвотными массами и слизью.

*Положение на боку* — облегчает работу сердца, улучшает функцию ЖКТ, предупреждает рвоту. Допускается после стабилизации состояния больного.

*Положение Фовлера (полусидячее)* — головной конец приподнят, ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах под углом 120-130°. Способствует восстановлению функции кишечника, облегчает работу сердца и легких. Применяется после операции на ЖКТ.

*Положение на животе* — применяется после операции на позвоночнике, головном мозге.

*Положение Транделенбурга* — головной конец опущен, ножной поднят на 30-45°. Применяется при острой анемии, шоке, а также на операционном столе (операции на органах малого таза).

При операциях на нижних конечностях — их укладывают на шины Белера.

**Наблюдение за больным.** Медицинская сестра наблюдает за внешним видом больного: выражение лица (страдальческое, спокойное, бодрое); цвет кожных покровов (бледность, гиперемия, синюшность) и их температура при ощупывании.

Медицинская сестра обязана регистрировать основные функциональные показатели: пульс, дыхание, АД, температуру, количество введенной и выделенной (с мочой, потом, из плевральной или брюшной полости) жидкости; отхождение газов, стула. О всех изменениях в состоянии больного она немедленно докладывает врачу.

***Питание в послеоперационном периоде должно:***

1. Обеспечить щажение пораженных органов пищеварения.

2. Способствовать нормализации обмена веществ и восстановлению общих сил организма.
3. Повысить сопротивляемость организма при явлениях воспаления и интоксикации.
4. Способствовать заживлению операционной раны.

Послеоперационное питание зависит от проведенной операции. Для примера питание после операций на органах брюшной полости:

После операции на органах брюшной полости часто назначают голодную диету. Жидкость вводят внутривенно, а рот только прополаскивают. В дальнейшем постепенно назначают максимально щадящую пищу (жидкую, полужидкую, протертую), содержащую достаточное количество жидкости, наиболее легкоусвояемые источники питательных веществ. Для предупреждения метеоризма исключают из диеты цельное молоко, клетчатку, концентрированные растворы сахара. Затем в течение 10-15 дней диета расширяется. При невозможности кормить больных энтеральным путем их переводят на парентеральное питание.

Приведем некоторые схемы питания в послеоперационном периоде больных, перенесших операции на органах брюшной полости.

**Резекция желудка.** 1 день – голод. На 2 день 1 стакан теплого сладкого чая и 50 мл настоя шиповника по 1 чайной ложке через 15-20 мин. На 3 день 4 стакана теплого чая и 50 мл настоя шиповника. На 4-5 день при нормальной перистальтике назначают диету Оа, (дополнительно 2 яйца всмятку). На 6-8 день – диета Об; на 9 – 11 - диета Ов; на 12 день – № 1 или 1 хирургическая.

**Аппендэктомия.** 1-2 день – диета № Оа; 3-4 – Об-Ов; с 5 дня – № 1 – хирургическая.

**Холецистэктомия** (неосложненная) 1 день – голод; 2-4 день – Оа, 5-7 день – Об и Ов.

В этих диетах мясные бульоны заменяют слизистыми супам, яйца – паровыми белковыми омлетами. На 8-10 день – диета 5а, а на 15-16 – № 5.

**Избежать появления и прогрессирования послеоперационной пневмонии помогает специальная профилактика.**

1. При сложных оперативных вмешательствах прописывают пациентам курс послеоперационной антибиотикотерапии, направленный на борьбу с инфекционными агентами и вирусными возбудителями, способствующими возникновению и прогрессированию послеоперационных форм воспаления легких.

2. Больному назначают препараты, которые способствуют снижению уровня интоксикации и противовоспалительные средства.
3. После операций назначают антисекреторные препараты, способствующие отведению слизи из бронхов и очищению легких.
4. На этапе выздоровления назначают курс физиопроцедур, корректируют режим двигательной активности, настаивают на соблюдении правил личной гигиены.

При длительном послеоперационном восстановлении, когда больной живет в режиме ограниченной двигательной активности, рекомендуется курс массажных процедур для нормализации кровообращения и восстановления дыхательных функций легочной системы. К самым простым упражнениям, способствующим распрямлению легочной ткани относятся:

- надувание воздушных шаров;
- вдувание воздуха в стеклянную емкость с водой через трубочку.

Несложные упражнения больному разрешается делать самостоятельно несколько раз в течение дня.

### **Комната и постель больного.**

— Ко времени окончания операции все должно быть готово к приему больного. Палату заранее проветривают, готовят кровати с чистым бельем и тщательно расправляют простыни. Больной после операции часто чувствует озноб от того, что лежал в операционной обнаженным, от потери крови, разницы температуры и других причин. Его нужно согреть, для чего заранее надо положить в кровать грелки или бутылки. Больного доставляют из операционной тщательно прикрытым одеялами. Доставив в палату и уложив на кровать, больного опять прикрывают настолько тепло, насколько это необходимо по температуре больного и по его состоянию. Больного закрывают простыней и одеялом до шеи, сбоку простыню и одеяло подправляют под плечи. Лучше можно согреть больного суховоздушной световой электрической ванной, состоящей из металлических дуг, ставящихся поперек кровати и соединенных продольными перекладинами с находящимися внутри электрическими лампами. Дуги снаружи закрывают одеялом. Если больной потеет, его осторожно вытирают. Около больного должно быть несколько салфеток и тазик, подкладное судно и мочеприемник. Наготове должен быть шприц и растворы морфина, камфоры и кофеина для подкожного впрыскивания и подушка с кислородом.

После операции больной чувствует себя лучше всего, если его никто не беспокоит и не раздражает. Поэтому в палате, где он находится, не должно быть никакого шума, разговоров, посетителей.

Если больной был под наркозом, то он обычно в первые часы после операции спокойно спит, и его лучше в это время не трогать. До полного его пробуждения от сна, до полного возвращения сознания около больного неотлучно должен находиться кто-либо из медицинского персонала (сестра, фельдшер, санитарка). Больного нельзя оставлять в это время без наблюдения ни на одну минуту, так как у него могут быть осложнения после наркоза: западение языка, асфиксия, рвота, аспирация рвотных масс, падение сердечной деятельности, а кроме того, он может вскочить и сорвать повязку.

## **Проблемы пациентов в послеоперационном периоде**

### **1. Риск аспирации рвотными массами.**

Больного, доставленного из операционной, укладывают на спину (если особенности операции не требуют другого положения) на кровать с низким изголовьем, а после наркоза - без подушки, укрывают, к ногам кладут грелку поверх одеяла.

### **2. Боль в области операционного доступа.**

При сильных болях показаны инъекции наркотических анальгетиков (омнопона или промедола), которые производят только по назначению врача. После небольших по объему оперативных вмешательств (аппендэктомии, грыжесечения и т. п.) на вторую ночь обычно уже не требуется введения наркотических средств и больному дают только снотворное. После тяжелых операций анальгетические средства приходится применять дольше, но, как правило, не более 3-4 дней.

### **3. Риск застойных явлений в легких.**

В послеоперационном периоде у больных в большей или меньшей степени независимо от локализации операции происходит уменьшение вентиляции легких (частое и поверхностное дыхание) за счет уменьшения дыхательных экскурсий (боль, вынужденное положение больного), скопление бронхиального содержимого (недостаточное отхождение мокроты). Такое состояние может привести к легочной недостаточности и воспалению легких. Уже в первые сутки после операции больной должен через каждые 30-40 мин делать 3-4 глубоких вдоха и полных выдоха. На 2- 3-е сутки включают более сложные дыхательные упражнения в положении лежа, повороты с бока на бок; далее, как только состояние больного позволит, переходят к упражнениям в положении сидя и, наконец, в положении стоя. Эти упражнения наряду с ранним вставанием весьма важны для профилактики застойной пневмонии.

**4. Задержка мочеиспускания, риск развития паралитической непроходимости кишечника.** Любое оперативное вмешательство отражается на функции органов пищеварения, даже если операция проводилась не на них. Ограничение активности послеоперационного

больного вызывает определенную дисфункцию органов пищеварения.

«Зеркалом» работы органов пищеварения является язык.

Сухость языка свидетельствует о потере организмом жидкости и нарушением водного обмена. Густой, бурый налет на фоне сухого языка и трещин может наблюдаться при патологии в брюшной полости — перитоните различной этиологии, парезе желудочно-кишечного тракта.

При сухости во рту рекомендуется полоскание или протирание ротовой полости подкисленной водой, а при появлении трещин — раствором соды (1 чайная ложка на стакан воды), 2% раствором борной кислоты, перекисью водорода (2 чайные ложки на стакан воды), 0,05—0,1% раствором перманганата калия, смазывание глицерином. На фоне сухости ротовой полости может развиваться стоматит (воспаление слизистой оболочки) или паротит (воспаление околоушной железы). С целью усиления саливации (слюноотделение) в воду добавляют лимонный сок или сок клюквы.

После операций на органах таза, промежности и прямой кишке часто наблюдается задержка мочи, обусловленная парезом мочевого пузыря или спазмом его сфинктера либо просто непривычностью мочеиспускания в положении лежа. При необходимости проводится катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.

В первые дни после лапаротомии нередко возникает задержка газов в кишечнике. В таких случаях применяют ректальные свечи с экстрактом красавки и газоотводную трубку, которую вводят в задний проход на глубину 15-20 см и оставляют на 4-6 ч.

При безуспешности этих мероприятий по назначению врача ставят микроклизму с гипертоническим (10%) раствором хлорида натрия (80-100 мл). Для первой дефекации часто требуется очистительная клизма, которую назначают на 2-3-й сутки, затем обычно налаживается самостоятельный стул.

#### **5. Риск развития патологий сердечно-сосудистой системы.**

О деятельности сердечно-сосудистой системы судят по показателям пульса, артериального давления, окраске кожных покровов.. Учащение и ослабление пульса на фоне падения артериального давления и побледнения кожных покровов (более 100 ударов в минуту) возможны при развитии вторичного шока или кровотечения. Если соответствующая картина возникла внезапно и сопровождается болями в груди и кровохарканьем, можно думать о наличии у больного эмболии легочной артерии. При этой патологии больной может погибнуть в течение нескольких секунд.

Профилактикой и лечением вторичного шока является применение противошоковых мероприятий (переливание крови и кровезамещающих жидкостей, сердечные и сосудистые тонизирующие

средства). Ранние активные движения больного, лечебная гимнастика и противосвертывающие препараты крови (гепарин, неодикумарин и т. д.) являются хорошей профилактикой тромбозов и эмболии.

Рана после операций с наложением первичных швов и асептической повязки почти не требует ухода. По окончании операции поверх повязки кладут пузырь со льдом (давление и холод предупреждают образование гематомы). При обильном промокании повязки кровью необходимо срочно вызвать врача. При заживлении раны первичным натяжением швы снимают на 7-10-й день.

### **8. Риск инфицирования.**

В послеоперационном периоде могут возникнуть такие гнойно-септические осложнения, как нагноение операционной раны, перитонит и др. Нагноение операционной раны проявляется обычно на 3-4-й день. Под повязкой обнаруживаются припухлость, гиперемия и повышение температуры кожи вокруг раны, болезненное уплотнение (инфильтрация) подкожной клетчатки. В таких случаях, как правило, возникает необходимость в снятии кожных швов, широком разведении краев раны для оттока гноя, в ее дренировании. Медсестра должна следить за состоянием послеоперационного шва, обеспечить соблюдение правил асептики и антисептики при проведении перевязок.

Не подмеченные своевременно симптомы, отсутствие внимательного ухода нередко дают тяжелые осложнения, ведущие к гибели больного, хорошо перенесшего операцию. О всех изменениях в состоянии больного надо сообщать врачу.

### **Литература:**

1. С.П. Петров : «Общая хирургия». Санкт- Петербург.2010г.
2. Э.М. Аванесьянц: «Пособие по хирургии». Москва «АНТИ» 2010г.
3. Б.Н. Жуков: «Хирургия» Москва 2012г.