

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

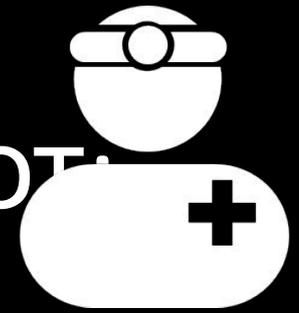


Кафедра акушерства и гинекологии

☎ №1 +996 (312) 51 49 23

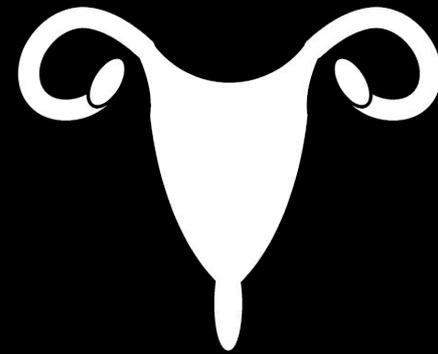
Предоперационная
подготовка и
послеоперационное ведение
гинекологических больных





Успех операции зависит от:

- правильной оценки показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству;
- тщательности обследования больной и предоперационной подготовки;
- выбора метода обезболивания, времени и характера операции;
- техники выполнения операции;
- лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде.

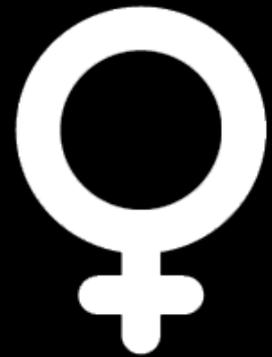


Предоперационное обследование

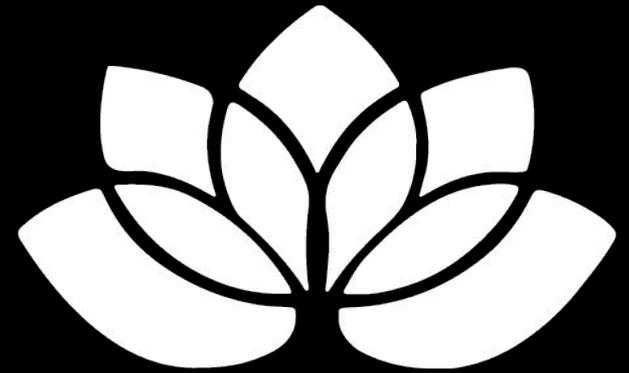
- Подготовка гинекологических больных к операции осуществляется с момента принятия решения о хирургическом вмешательстве до его выполнения. Этот период называется предоперационным.
- Действия медицинского персонала в этот период существенно отличаются при плановых и экстренных операциях.
- Во время предоперационной подготовки тщательно собирают анамнез, выясняется общее состояние больной, уточняется основной диагноз, выявляются сопутствующие заболевания. Обследование начинается в поликлинических условиях, что значительно сокращает срок пребывания больной в стационаре до операции. @mirulanovich



- А) плановые операции — подготовка к ним осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях
- Б) экстренные операции — подготовка к ним осуществляется только в стационаре



- При характеристике предоперационного периода в амбулаторных условиях можно выделить два направления (раздела): **общие вопросы и специальную подготовку.**



1) решаются общие положения:

- решение вопроса о целесообразности оперативного вмешательства
- определение объема оперативного вмешательства
- необходимость сохранения в тайне полного объема оперативного вмешательства

2) специальная подготовка:

— обследование всех женщин, подлежащих оперативному лечению, включающее:

- клинический анализ крови, определение группы крови, резус-принадлежности, проведение реакции Вассермана и коагулограммы;
- биохимический анализ крови (определение уровней глюкозы, билирубина, мочевины, холестерина, общего белка и белковых фракций, электролитов, железа в сыворотке);
- анализ крови на ВИЧ-инфицирование;
- общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов;
- исследование мазков на степень чистоты и определение флоры из влагалища, цервикального канала, уретры;
- исследование мазков на атипические клетки из цервикального канала, влагалища, поверхности шейки матки, аспирата из полости матки;
- кольпоскопию, УЗИ органов малого таза;
- консультации терапевта, стоматолога и других специалистов по показаниям;

В зависимости от планируемого объема операции и локализации патологического процесса выполняются еще Дополнительные специальные исследования:

- А. при патологических изменениях на шейке матки — расширенная кольпоскопия и прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием;
- Б. при миоме матки — гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия;
- В. при бесплодии — тесты функциональной диагностики, определение уровней в крови гормонов (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников), исследование, оценивающее проходимость труб; обследование мужа — спермограмма, консультация уролога, андролога;
- Г. при опухолях яичников — рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия, пункция брюшной полости через задний свод, цитологическое исследование пунктата;
- Д. при аномалиях развития половых органов — полное обследование мочевыводящей системы (консультация уролога, экскреторная урография, УЗИ).

Кроме этого



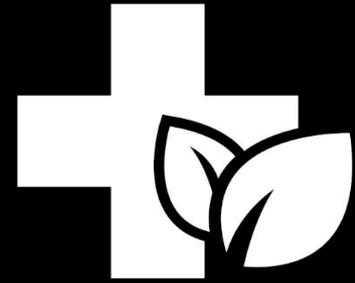
- — психопрофилактическая подготовка больной к операции
- — физическая подготовка с использованием природных и преформированных факторов.
- — медикаментозная подготовка (с на значением седативных, снотворных и других средств).

Emergency!



Предоперационная подготовка больных с экстрагенитальной патологией имеет свои специфические особенности: необходимо тщательное обследование у соответствующих специалистов, медикаментозная подготовка, направленная на коррекцию нарушений: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы исследования (ЭКГ, оценка глазного дна, УЗИ сердца и др.) проводятся в динамике, показана медикаментозная подготовка, направленная на коррекцию нарушений сердечно-сосудистой системы в амбулаторных или стационарных условиях.

Diabetes mellitus!



- **Больные с сахарным диабетом** перед гинекологической операцией обследуются у эндокринолога с целью уточнения дозировки и методики введения инсулина в пред-, послеоперационном периодах.
- Если больная получала **противодиабетические таблетированные препараты** пролонгированного действия, то она переводится на простой кристаллический инсулин в течение пред- и послеоперационного периодов.
- При различных видах экстрагенитальной патологии требуются тщательное обследование и подготовка к операции у соответствующих специалистов.

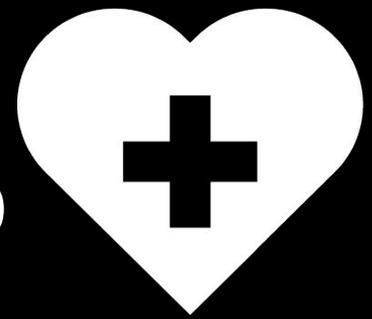
Предоперационная подготовка в условиях стационара

- Предоперационная плановая подготовка более интенсивно продолжается в условиях стационара в течение от 1 дня (Традиционно) до 2—3 суток и более.
- Принимается окончательное решение о планируемом объеме операции и необходимости проведения дополнительных исследований и подготовки к операции.
- Консультация анестезиолога осуществляется в день поступления больной в отделение. Выбирается метод обезболивания (эндотрахеальный наркоз, перидуральная анестезия и т.д.). Все вопросы об объеме операции и обезболивании согласовываются с больной, которая свое согласие подтверждает в письменном виде.
- С учетом объема оперативного вмешательства и состояния больной определяются хирург и ассистенты. Обсуждаются пути подхода к патологическому очагу, возможные отклонения от классических положений по технике операции и возможные осложнения в процессе ее выполнения.



- При удалении опухолей всегда планируется проведение срочного гистологического исследования.
- Ряд исследований, проведенных амбулаторно, в стационаре повторяется (биохимический анализ крови, коагулограмма и др.).
- Физиопрофилактические мероприятия осуществляются ком плексно: облучение коротковолновыми УФ-лучами небных миндалин и задней стенки глотки, слизистой оболочки влагалища (при влагалищных операциях), аэронотерапия, другие специфические локальные воздействия в зоне планируемой операции.
- Перед операцией всем больным проводится санитарная обработка (гигиенический душ, удаление волос с лобка).
- Важное значение имеет **подготовка кишечника**. Вечером перед операцией принимается легкий ужин, очищается кишечник. Голодание перед операцией не рекомендуется, так как оно способствует метаболическому ацидозу и обменным нарушениям в послеоперационном периоде.

notInDaclub



- С целью хорошего ночного сна вечером применяются седативные средства, снотворные препараты.
- Специальные методы подготовки к операции в стационаре также проводятся больным с учетом характера оперативного вмешательства и экстрагенитальной патологии. План такой подготовки определяется вместе со специалистами по профилю болезни. Особенно проблемной является предоперационная подготовка женщин с высокими факторами риска тромбоэмбо-лических осложнений. При них в ряде случаев считается показанным введение антикоагулянтов, начиная с предоперационного периода и в последующем после операции (с учетом показателей коагулограммы).
- Подготовка больных к влагалищным операциям направлена на достижение 1 — 11 степени чистоты влагалища. С этой целью проводятся saniрующие мероприятия в течение 2—3 дней в стационаре, а при наличии трофических язв — до их заживления, что, возможно, происходит в течение нескольких недель. По специальной методике осуществляется подготовка перед ушиванием свищей половых органов.

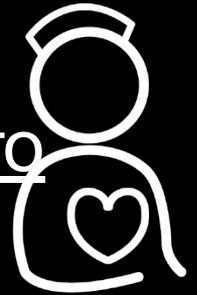
- **Предоперационная подготовка больных** при экстренных операциях проводится в течение короткого времени — от нескольких минут (внутрибрюшное кровотечение) до 2—3 часов (перитонит, септический шок и т.д.). В таких случаях необходимо выполнить лишь крайне необходимые исследования (анализы крови клинический и биохимический, коагулограмма, анализы на группу крови, резус-фактор, СПИД, УЗИ органов малого таза, ЭКГ) и лечебные мероприятия по коррекции нарушений гомеостаза (водно-электролитного обмена, восстановления ОЦК, улучшения реологических свойств крови, применение кардиологических средств и тд.). В особо экстренных состояниях забор материалов для исследования осуществляется одновременно с проводимым оперативным вмешательством. Также во время операции выполняются и интенсивные мероприятия по коррекции нарушений гомеостаза.
- Следует отметить, что существуют разногласия по тактике **оперативного вмешательства и коррекции нарушений в организме** при таких экстремальных ситуациях, как геморрагический шок с ДВС-синдромом.
- Есть мнение о необходимости первоначального проведения коррекции нарушений коагулирующих свойств крови с последующим хирургическим вмешательством. Мы считаем, что при неостановленном кровотечении первоочередным мероприятием должна быть операция с одновременным и последующим проведением всех действий по реанимации и интенсивной терапии.

Осложнения в послеоперационном периоде



- Кровотечение
- Тромбоэмболические осложнения
- Парез кишечника
- Инфицирование
- Гнойно-воспалительные процессы
- Нагноение кожи и подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки
- Поддиафрагмальный абсцесс
- Гинекологический перитонит

Ведение послеоперационного периода
осуществляется с учетом особенностей его
течения по этапам:



1. Перевод больной после операции в отделение интенсивной терапии, где за ней осуществляется наблюдение с постоянным контролем за общим состоянием и самочувствием, цветом кожных покровов, функциональным состоянием органов и систем.

2. Лечение и профилактика послеоперационных нарушений:

А) послеоперационные боли: анальгетики {2% раствор промедола по 1 мл через 6 ч, 50% раствор анальгина по 2 мл или другие препараты), седативные средства, электроанальгезия в течение 2-4 суток

Б) тошнота и рвота: инфузионная терапия, наркотические анальгетики, седативные средства, оксигенотерапия

В) послеоперационный ацидоз — парентеральное введение 150-200 мл 5% раствора натрия бикарбоната, 100-200 мл 5-10% раствора глюкозы, щелочные минеральные воды внутрь.

Г) коррекция нарушений микроциркуляции: синдром гиповолемии — инфузионная терапия (эритроцитарная масса, плазма и др., кристаллоидные растворы хлорида натрия, хлорида калия, глюкозы, коллоидные растворы реополиглюкина, рео-макродекса и др.), средства для парентерального питания (гидролизаты белков, аминокислоты, растворы глюкозы); синдром нарушений микроциркуляции — реологически активные инфузионные среды (реополиглюкин, гемодез) в сочетании с комплаином (или тренталом), гепарином, синдром миокардиальной недостаточности: сердечные гликозиды, кокарбоксилаза, курантил.

Д) синдром дыхательной недостаточности:
продленная ИВЛ (2-3 ч после операции и более)

Е) синдром коагулопатических нарушений: гепарин

Ж) церебральный синдром: средства для
дегидратации мозга (осмодиуретики,
гипертонические растворы глюкозы и др.)

З) парез кишечника: активный метод ведения боль
ных (вставание в первые сутки после операции,
ЛФК), газоотводная трубка, клизмы, гипертонический
раствор натрия хлорида, фармакологические
средства, стимулирующие функции кишечника
(прозерин).

И) задержка мочеиспускания: грелка на область про
екции мочевого пузыря, шум льющейся воды,
парентерально магния сульфат (3-5 мл 25%
раствора), уротропин (5-10 мл 40% раствора), при
неэффективности — катетеризация мочевого пузыря
с последующим промыванием его полости
дезинфицирующими растворами.

3. Антибактериальная терапия — для ее назначения следует выяснить показания, выбрать лекарственные средства и пути их введения, установить необходимость комбинированной терапии и ее продолжительность, оценить ее эффективность, предусмотреть возможность смены антибиотиков, помнить о побочных эффектах. Параллельно с антибактериальной терапией назначаются противогрибковые средства (нистатин) для профилактики кандидоза.

4. Наблюдение за состоянием швов операционной раны с ее ежедневным осмотром и сменой повязки. При нормальном течении послеоперационного периода швы снимаются на 7-8-е сутки с брюшной стенки и на 5-6-е сутки с промежности. Выписываются больные из стационара на 8-12-е сутки.

5. Регуляции функции эндокринных органов: гормональная заместительная терапия женскими половыми гормонами после удаления обеих яичников (по типу циклической: в 1-ю фазу цикла — эстрогены, во 2-ю — гестагены или с использованием синтетических прогестинов — комбинированных эстроген-гестагенных гормональных средств), а также растительных гормонально-активных средств (климадинон, мастодион и др.).



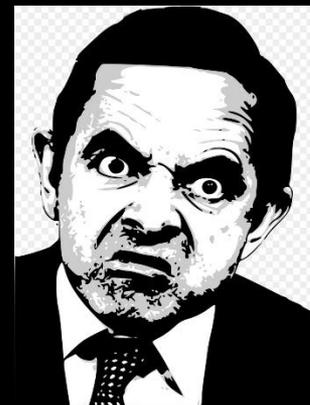
6. Питание больных — в первые двое суток назначается нулевой стол, затем стол № 2 с переводом в течение 4-5 дней на общий стол при отсутствии противопоказаний. Основные условия для перевода на общий стол — отсутствие пареза кишечника и наличие стула после клизмы (на 2—3-е сутки после операции)

Особенности ведения послеоперационного периода



- 1) обязательное применение кардиотонических средств, вазодилаторов, активаторов метаболических процессов, иммуномодуляторов
- 2) профилактика тромбозмболических осложнений
- 3) своевременное регулирование функции выделительных органов (мочевые пути, ЖКТ) в ранние сроки
- 4) активная тактика ведения и назначение ЛФК с первых дней послеоперационного периода
- 5) педантичное соблюдение гигиенических процедур: обработка кожных покровов, полости рта, наружных половых органов
- 6) уменьшение доз лекарственных средств (до 50-75% от среднетерапевтических) и интенсивное мониторинговое наблюдение

Thanks for attention!



[@mirulanovich](#)

@mirulanovich