

ГАОУ СПО РК «Евпаторийский медицинский колледж»

Презентация на тему:
« Предоперационная подготовка и послеоперационный уход за
гинекологическими больными»



Выполнила студентка 3 курса 4 группы
Специальность 34.02.01 Сестринское дело
Иршенко Диана Геннадьевна
Проверил преподаватель:
Власова Анна Владимировна

Предоперационная подготовка гинекологических больных

- Подготовка гинекологических больных к операции осуществляется с момента принятия решения о хирургическом вмешательстве до его выполнения - **в предоперационный период.**
- **а) плановые операции** - подготовка к ним осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях
- **б) экстренные операции** - подготовка к ним осуществляется только в стационаре



На амбулаторном этапе при ПОДГОТОВКЕ К ПЛАНОВЫМ ОПЕРАЦИЯМ:

1) решаются общие положения:

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

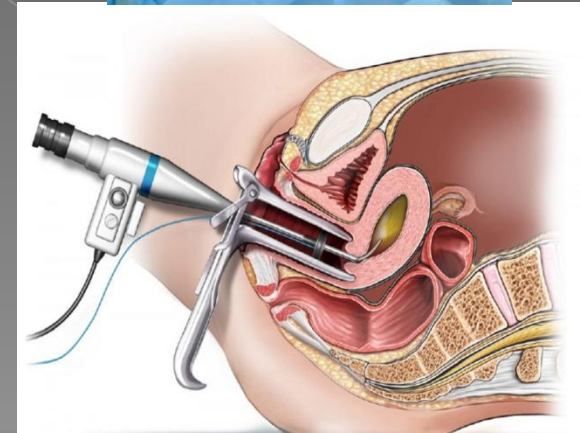
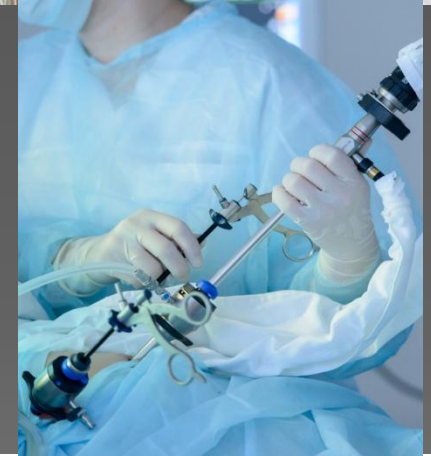
2) специальная подготовка:

- 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 атипичные 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;
 - рентгенологическое исследование органов грудной клетки и снятие ЭКГ



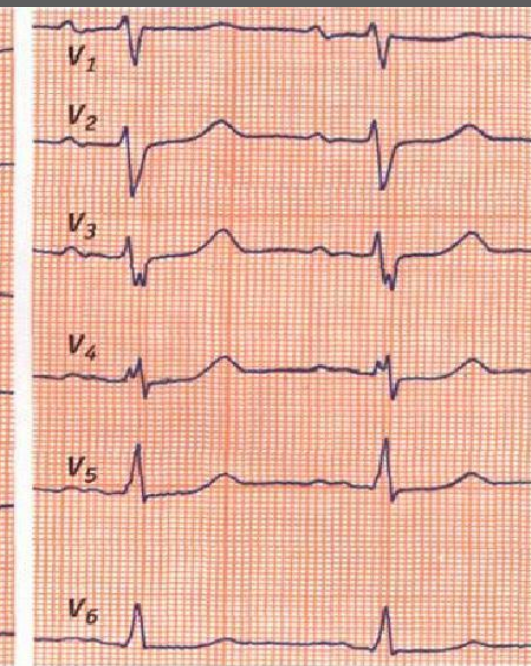
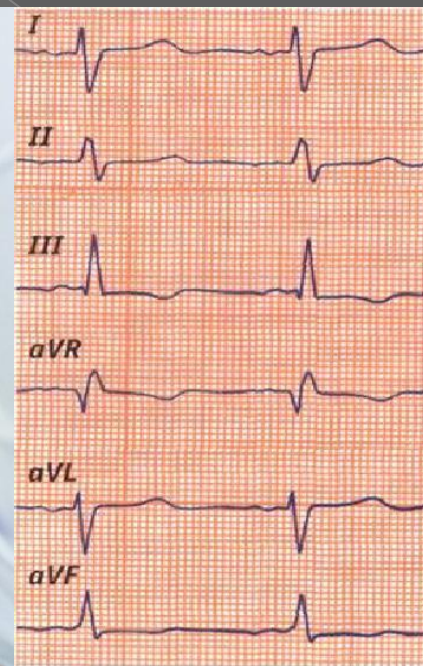
Долнительные специальные исследования:

- при патологических изменениях на шейке матки - расширенная кольпоскопия и прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием;
- при миоме матки - гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия;
- 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;
- при опухолях яичников - рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия, пункция брюшной полости через задний свод, цитологическое исследование пунктата;
- при аномалиях развития половых органов — полное обследование мочевыводящей системы (консультация уролога, экскреторная урография, УЗИ).
- - психопрофилактическая подготовка больной к операции
- - физическая подготовка с использованием природных и преформированных факторов.
- - медикаментозная подготовка (с назначением седативных, снотворных и других средств).



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.



В условиях стационара:

- а) при подготовке к плановым операциям** - длится с 1-го дня поступления в отделение до 2-3 суток и более:
- принимается окончательное решение о планируемом объеме операции и необходимости проведения дополнительных исследований
 - в день поступления больной в отделение осуществляется консультация анестезиолога, выбирается метод обезболивания, который согласовывается с больной, что она и подтверждает в письменном виде
 - определяется медицинский персонал, участвующий в проведении операции (хирург и ассистенты), обсуждаются пути подхода к патологическому очагу, вероятные отклонения от классических положений во время 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 комплексно: 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 больные подвергаются санитарной обработке (гигиенический душ, удаление волос с лобка)
 - подготавливается кишечник: вечером перед операцией легкий ужин и очищение кишечника
 - вечером больной перед операцией назначают седативные средства, снотворные препараты

Специальные методы подготовки

- к операции в стационаре проводятся больным с учетом характера оперативного вмешательства и наличия экстрагенитальной патологии. План такой подготовки определяется вместе с узкими специалистами.
- - подготовка больных к влагалищным операциям направлена на достижение I-II степени чистоты влагалища, для чего проводятся saniрующие мероприятия в течение 2-3 дней в стационаре, а при наличии трофических язв - до их заживления, в течение нескольких недель
- - по специальной методике осуществляется подготовка больной перед ушиванием свищей половых органов.



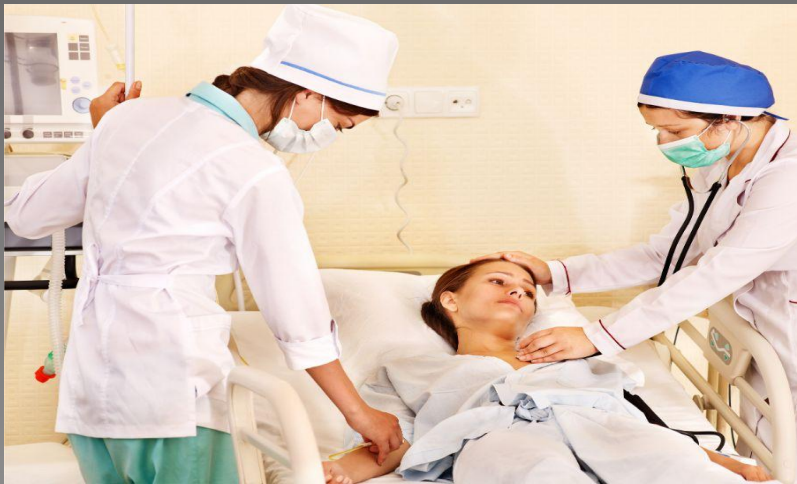
При экстренных операциях

- предоперационная подготовка проводится в течение короткого времени — от нескольких минут (внутрибрюшное кровотечение) до 2-3 ч (перитонит, септический шок и т.д.):
- - выполняют лишь крайне необходимые исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму, анализы, определяющие ВИЧ-инфицирование крови, резус-фактор, УЗИ органов малого таза, снятие ЭКГ) и лечебные мероприятия, корректирующие нарушения гомеостаза, которые продолжаются и во время операции (водно-электролитный обмен, восстановление ОЦК, улучшение реологических свойств крови, применение кардиологических средств и т.д.).
- - в особо экстренных случаях забор материалов для исследования осуществляется одновременно с проводимым оперативным вмешательством
- При неотложных ситуациях первоочередным мероприятием должна быть операция с одновременным и последующим проведением всех реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.



Послеоперационный уход гинекологических больных

- **Послеоперационный период** - это время, прошедшее от момента операции до выздоровления или перевода больной на инвалидность. Состояние больной в этот период обусловлено предшествующей болезнью, оперативным вмешательством и воздействием наркотических препаратов во время операции.
- В целом послеоперационное состояние больной следует рассматривать как "послеоперационную болезнь" - переходный период от стрессового состояния к выздоровлению. Стресс вызывается операцией и наркозом, а выход из него зависит от исходного состояния (основной болезни и предоперационной подготовки), результатов операции и механизмов адаптационной защиты у больной.



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 компламином (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 больных (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 проекции 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, мастодинон 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)

- **7. физиотерапия** - физиопроцедуры назначаются уже со вторых суток после операции в отделении интенсивной терапии, а затем в кабинете физиопроцедур, при этом используют:
 - - токи ультравысокой частоты (аппараты УВЧ-30, УВЧ-66 и др.)
 - - электрофорез цинка
 - - низкочастотная магнитотерапия в виде пульсирующего тока в прерывистом режиме (аппарат "Полюс-1") -
 - - гипербарическая оксигенация (ГБО) курсами по 3-4 процедуры - вызывает нормализующий эффект в различных органах и системах, приводит к нормализации функции печени и почек, дает бактериостатический эффект, служит мощным средством профилактики и лечения парезов кишечника.
 - - импульсная магнитотерапия (ИМТ) с помощью аппарата "Сета-1" - оказывает выраженный противовоспалительный, анальгезирующий и активирующий метаболические процессы эффект.
- **8. лечебная физическая культура** - играет важную роль в профилактике некоторых осложнений (например, тромбозов); ранняя активизация больных способствует более благоприятному протеканию послеоперационного периода.



Особенности течения и ведения послеоперационного периода у больных пожилого и старческого возраста:

- Люди этой возрастной группы имеют определенные геронтологические (биологические и физиологические) изменения всех органов и систем, определяющие специфику ведения послеоперационного периода:
- - уменьшение функциональной активности систем, определяющих эндокринный и иммунный гомеостаз
- - снижение общей сопротивляемости и специфической иммунной реактивности
- - потеря эластичности легочной ткани и уплотнение легочных мембран с затруднением газообмена между альвеолярным воздухом и капиллярной кровью
- - уменьшение активности метаболических процессов и замедление выделения лекарственных препаратов
- - склеротические изменения сосудов сердечной мышцы
- - преобладание гиперкоагуляционных свойств крови над фибринолитическими
- - снижение двигательной активности мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта.

Особенности ведения послеоперационного периода:

- 1) обязательное применение кардиотонических средств, вазодилаторов, активаторов метаболических процессов, иммуномодуляторов
- 2) профилактика тромбоэмболических 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.

*Спасибо за внимание!
Будьте здоровы!*

