Текст лекции по теме занятия №29: Неотложные состояния в гинекологии. Травмы гениталий. Принципы диагностики и лечения. Консервативные и хирургические методы лечения в гинекологии, уход за гинекологическими пациентами.

Изучаемые вопросы:

1. Причины неотложных состояний в гинекологии.

2. Симптоматика, диагностика, принципы лечения внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки опухоли, рождения, некроза миоматозного узла, принципы оказания неотложной помощи.

3. Причины травм женских половых органов, их диагностика, принципы оказания неотложной помощи.

4. Консервативные методы лечения: антибактериальную, гемостатическую терапию, витаминотерапию, иммунотерапию, гормонотерапию в гинекологии.

5. Показания, противопоказания и побочное действие лекарственных препаратов.

6. Физиотерапия и бальнеотерапия в гинекологии.

7. Местное применение лекарственных средств.

8. Хирургические методы лечения: особенности гинекологических операций, сущность хирургических методов лечения (чревосечений, пластических и реконструктивных операций), большие и малые операции.

9. Осложнения хирургических методов лечения.

10. Объем ухода за гинекологическими пациентами.

1. Причины неотложных состояний в гинекологии.

Вструктуре гинекологических заболеваний выделяют остро возникающие патологические процессы, которые сопровождаются клиникой так называемого острого живота.

Термин «острый живот» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу.

«Острый живот» - клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.

Классификация острых гинекологических заболеваний

• Острые гинекологические заболевания, сопровождающиеся клиникой «острого живота».

- Внутренние кровотечения:

■ внематочная беременность;

■ апоплексия яичника;

■ перфорация матки.

- Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов:

■ эндометрит;

■ воспаление придатков матки;

■ пельвиоперитонит и перитонит.

- Нарушение питания опухолей внутренних половых органов:

■ перекрут ножки опухоли яичника;

■ нарушения питания узла миомы.

• Наружные кровотечения из половых путей.

- Кровотечения из полости матки.

- Кровотечения из наружных гениталий. Клиническая картина «острого живота».

Причины каждого неотложного состояния будут рассмотрены ниже.

2. Симптоматика, диагностика, принципы лечения внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки опухоли, рождения, некроза миоматозного узла, принципы оказания неотложной помощи.

*Внематочная беременность* - беременность, при которой плодное яйцо имплантируется вне полости матки.

Классификация: трубная; яичниковая; брюшинная; межсвязочная; шеечная; в рудиментарном роге матки.

Факторы риска: хронические ВЗОМТ; оперативные вмешательства на брюшной полости и органах малого таза; аборты; опухоли матки и ее придатков, эндометриоз; нарушение функции яичников; стрессовые ситуации и психические травмы; половой инфантилизм и др.

Патогенез.

Нарушение перистальтики маточной трубы (вследствие нарушений МЦ или перитубарных спаек), слипчивый процесс в просвете трубы (воспаление), удлиненная по сравнению с нормой маточная труба (при инфантилизме или растянутая находящейся рядом опухолью), повышение адгезивной способности плодного яйца (не успело попасть в полость матки до окна имплантации или идиопатический преждевременный синтез адгезивных ферментов) приводят к внематочной имплантации плодного яйца. В зависимости от локализации плодного яйца беременность прерывается в разные сроки (наиболее часто в первом триместре) по типу разрыва плодовместилища - наружного (например, разрыв трубы) или внутреннего (например, трубный аборт) с развитием гематоперитонеума и геморрагического шока.

Клиническая картина при развивающейся внематочной беременности неспецифична, малосимптомна. Прервавшаяся - сопровождается внезапно возникшей болью внизу живота, часто с потерей сознания, клинической картиной острого живота и, возможно, геморрагического шока. Боль в животе может иррадиировать в прямую кишку, плечо, лопатку, ключицу (френикус-симптом).

Диагностика: «золотой стандарт» диагностики - ХГЧ и УЗИ.

Лечение: экстренная госпитализация и оперативное лечение (при стабильном состоянии и гемодинамике - лапароскопия, при невозможности - лапаротомия). Цель: найти источник кровотечения и осуществить гемостаз. Параллельно - восполнение ОЦК (идеально - реинфузия) и профилактика синдрома ДВС.

В некоторых случаях возможно консервативное лечение.

Реабилитация состоит в профилактике спаечной болезни, гормональной контрацепции, противовоспалительной терапии.

Профилактика: лечение заболеваний, увеличивающих риск внематочной беременности, профилактика абортов, ранняя постановка на диспансерный учет по беременности.

Осложнения и прогноз: бесплодие, рецидив внематочной беременности. При отсутствии лечения - летальный исход.

*Апоплексия яичника* (синонимы: разрыв или гематома яичника) - внезапное кровоизлияние в яичник в связи с разрывом фолликула в период овуляции или разрывом желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности его тканей и острым внутренним кровотечением.

Апоплексия яичника может произойти в любой день менструального цикла или после задержки менструации, но чаще возникает в середине цикла или перед менструацией.

Апоплексия яичника может быть вызвана экзогенными (бурное половое сношение, верховая езда, травма живота, влагалищное исследование, оперативное вмешательство, клизма) и эндогенными (неправильное положение матки, сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника, сдавление яичника опухолью, спаечные и воспалительные процессы в малом тазу) причинами. Однако у части больных разрыв яичника может возникать в состоянии покоя или во время сна.

Выделяют две формы апоплексии яичника: болевую, или псевдоаппендикулярную, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры, и анемическую.

Лечение. При легкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, возможно консервативное лечение (при стабильной гемодинамике и исчезновении перитонеальных симптомов) под круглосуточным наблюдением медицинского персонала: холод на низ живота, НПВС, гемостатические препараты. Ухудшение общего состояния, появление объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастание анемии являются показаниями к оперативному лечению.

Операцию производят максимально консервативно (лапароскопическим или лапаротомным доступом), при этом выполняют остановку кровотечения из яичника (наложение гемостатических швов, резекция яичника, коагуляция кровоточащего участка), восстанавливают его целостность и ликвидируют последствия кровопотери. Яичник удаляют только при массивном кровоизлиянии, целиком поражающем ткань яичника.

*Перекрут ножки* опухоли сопровождается нарушением кровоснабжения яичника, приводит к острому нарушению питания опухоли яичника и быстрому развитию в ней некроза.

У больных с перекрутом ножки опухоли придатков проводится только хирургическое лечение.

Объем оперативного вмешательства при нарушении кровоснабжения узла ЛМ зависит от возраста больной, реализации репродуктивной функции, размеров, локализации, количества миоматозных узлов.

*«Родившийся» миоматозный узел* - субмукозный узел миомы, связанный с миометрием только тонкой ножкой.

Клиническая картина. Больные предъявляют жалобы на резкие схваткообразные боли внизу живота, обильные кровяные выделения из половых путей.

Диагностика. Общее состояние больной чаще удовлетворительное, могут присутствовать симптомы анемии. Температура может быть субфебрильной, при некрозе узла - фебрильной. Живот болезненный при пальпации в нижних отделах. При гинекологическом обследовании дополнительными методами исследования служат трансвагинальное ультразвуковое исследование и лечебно-диагностическая гистероскопия.

Лечение. Для удаления узла, остановки кровотечения, устранения боли и предупреждения развития инфекции (субмукозные узлы, как правило, инфицированы) показано срочное оперативное вмешательство, которое выполняют влагалищным доступом.

*Острый гнойный сальпингит* - это воспаление маточной трубы с ее нагноением.

Гнойный тубоовариальный абсцесс - гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости, окруженной пиогенной капсулой. Женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза составляют 60-65% всех гинекологических больных, обратившихся в женские консультации, и 30% - из направленных на стационарное лечение. У 4-5% женщин диагностируют гнойные воспалительные заболевания маточных труб и яичников.

В этиологии острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов ведущую роль играет мультимикробный фактор.

Лечение при гнойных заболеваниях придатков матки - хирургическое и интенсивное.

Реабилитация в послеоперационном периоде предполагает ликвидацию остаточных инфильтративных изменений в сохраненных органах и тканях малого таза; профилактику рецидивов воспалительного процесса; восстановление специфических функций женского организма.

*Пельвиоперитонит* - воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза - вторичный воспалительный процесс, который развивается как осложнение острого сальпингоофорита или гнойного воспаления матки и придатков.

Лечение направлено на купирование острого воспалительного процесса в придатках матки, стабилизацию состояния пациентки и предупреждение осложнений. Применяют холод на низ живота для отграничения процесса, профилактики распространения пельвиоперитонита и как болеутоляющее средство, антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия, дезинтоксикационную терапию и пр.

3. Причины травм женских половых органов, их диагностика, принципы оказания неотложной помощи.

Травмы женских половых органов разделяют по локализации (наружных половых органов, влагалища, матки, мочеполовые и кишечно-половые свищи) и причинам (родовые, при абортах, ушибах, ударах, падениях, половых сношениях).

Повреждения наружных половых органов, промежности и влагалища возникают при ушибах, падениях, грубых половых сношениях, а также при наличии рубцов, старческой атрофии, недоразвитии женских половых органов. При этом образуются гематомы, открытые раны. При повреждениях сосудов возникают массивные наружные кровотечения, особенно при локализации их в области клитора.

При половом сношении, особенно первом, могут быть травмы половых губ, девственной плевы, стенок влагалища (часто в области заднего свода), возможно повреждение прямой кишки, мочевого пузыря и даже проникновение в брюшную полость. В последней ситуации может повреждаться кишечник, развиваться перитонит и сепсис.

Клиническая картина - наблюдаются кровотечения, боль, иногда недержание мочи, кала, развитие инфекции.

При оказании неотложной помощи необходимо уложить пациентку, успокоить ее, приложить холод (пузырь со льдом или охлаждающий пакет) к месту повреждения; при наружном кровотечении, гематомах необходимо произвести тугую тампонаду влагалища или наложить тугую повязку, срочно госпитализировать в стационар. Если кровопотеря массивная, акушерка должна собрать капельницу для внутривенного введения и подключить физиологический раствор для поддержания объема циркулирующей крови до прибытия врача. При необходимости - обезболивающие и гемостатические средства. Лечение в каждом конкретном случае определяется характером повреждения и симптомами. Раны ушивают отдельными швами, прогрессирующие гематомы вскрывают для нахождения и перевязки кровоточащих сосудов. При повреждениях смежных органов производят лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, ушивание. При подозрении на повреждение органов брюшной полости производят срочную лапаротомию, ревизию брюшной полости с последующим ушиванием или резекцией кишечника, ушиванием мочевого пузыря.

Повреждения матки происходят при абортах, раздельных диагностических выскабливаниях или в родах. Разрывы шейки матки наблюдаются при родах, расширении шеечного канала расширителями Гегара.

Повреждения тела матки могут быть произведены зондом, расширителем Гегара, кюреткой, аборцангом, другими инструментами (при выполнении криминального аборта). При проведении искусственного аборта перфорация матки может произойти при незнании ее положения до начала операции, форсированном выполнении, неполноценности стенок матки в послеродовом периоде, воспалительных процессах и т.д.

Клиническими симптомами прободения матки могут быть боль и кровотечения (наружное и внутрибрюшное), возможно образование гематом. Если ранение проникает в брюшную полость, то могут повреждаться кишечник, мочевой пузырь и другие органы, возникнуть резкие боли и даже шок.

На этапе первой помощи и предоперационной подготовки обязательны соблюдение постельного режима, холод на низ живота, инфузионная терапия, обезболивающие средства по назначению врача.

Лечение заключается в срочной лапаротомии и ушивании перфорационного отверстия на матке. При больших повреждениях, инфицировании выполняют экстирпацию матки.

4. Консервативные методы лечения: антибактериальную, гемостатическую терапию, витаминотерапию, иммунотерапию, гормонотерапию в гинекологии.

5. Показания, противопоказания и побочное действие лекарственных препаратов.

6. Физиотерапия и бальнеотерапия в гинекологии.

7. Местное применение лекарственных средств.

Консервативные методы лечения гинекологических пациенток, показания, противопоказания и побочное действие лекарственных препаратов рассмотрены при изучении различных нозологических форм подробно выше.

*Физиотерапия и бальнеотерапия в гинекологии.*

При некоторых болезнях *физиотерапия* часто является единственным методом лечения. Например, хроническая тазовая боль как следствие спаечного процесса (формирования

соединительнотканных перегородок в полости малого таза, результатом которых являются периодически появляющиеся боли внизу живота). Проведенное после различных оперативных вмешательств физиотерапевтическое лечение не только способствует сокращению послеоперационного периода, но и препятствует образованию спаек. Последний факт особенно значим для женщин с бесплодием, по поводу которого часто производится операция. После искусственного аборта, выскабливания полости матки физиотерапия способствует восстановлению поврежденного эндометрия. Таким образом, при проведении физиотерапевтического лечения наблюдается целый ряд положительных

эффектов:

сокращение сроков лечения;

профилактика осложнений и рецидивов;

отсутствие побочных эффектов, свойственных медикаментозному лечению;

снижение лекарственной нагрузки или, в некоторых случаях, отказ от лекарств.

После обследования и установления диагноза заболевания, лечение которого требует назначения физиотерапии, необходимо индивидуально подобрать методику проведения процедур. Методики могут быть внеполостными, т.е. наружными, с воздействием на определенных участках кожи (элементы физиотерапевтических приборов накладывают на низ живота) или внутриполостными (элементы приборов вводят во влагалище или в

прямую кишку). Иногда их сочетают друг с другом. Внутриполостные методики в гинекологии, как правило, более эффективны, чем внеполостные процедуры.

При гинекологических заболеваниях существенную роль играет выбор дня менструального цикла для начала курса физиотерапии. Совпадение во времени начала

процедур с преовуляторным периодом (10—12-й день менструального цикла) или овуляцией, второй фазой менструального цикла, часто сопровождается различными местными и общими нежелательными реакциями (болевые ощущения, нарушение ритма

менструаций и т.д.). Таким образом, при отсутствии срочных показаний оптимальный срок начала курса физиотерапии гинекологических заболеваний — это 5—7-й день менструального цикла, т.е. сразу после окончания менструации.

В гинекологической практике вагинальные инфекции занимают лидирующие позиции. Большую часть составляют инфекционные заболевания влагалища: вагиноз; кольпит; хламидиоз; вагинит; трихомониаз; урогенитальный кандидоз; и другие.

Местное применение лекарственных препаратов предусматривает соблюдение рекомендаций:

лекарственное средство является потенциальным аллергеном: нерациональное использование, превышение рекомендуемой дозы или курса лечения увеличивает риск появления местной аллергической реакции.

Среди основных побочных эффектов местного лечения наблюдают гиперемию, покраснение, зуд, жжение, покалывание, сухость, боль в тазовой области, высыпания. Введение вагинальных, ректальных суппозиториев предусматривает использование гигиенических прокладок, предотвращающих загрязнение нижнего белья маслянистым веществом. Желательно использовать натуральные материалы, отказаться от применения гигиенических тампонов. На время лечения следует воздержаться от половых контактов во избежание реинфицирования, травмирования раневой поверхности. До полного выздоровления в момент интимной близости необходимо использовать средства местной защиты (презерватив). Наличие половой инфекции требует лечения обоих половых партнеров независимо от наличия клинических симптомов болезни. Вагинальные таблетки требуют предварительного смачивания водой для полного растворения в слизистые влагалища.

При сухости интимной зоны желательно произвести замену на суппозитории, которые имеют маслянистую структуру и не вызывают трудностей с распределением лекарственного вещества.

Местное лечение нужно продолжать еще несколько дней по установленной врачом схеме. Отсутствие клинических симптомов на раннем этапе лечения не является поводом для отмены препарата раньше срока.

Местное лечение желательно проводить после полного прекращения менструальных выделений.

Для более удобного введения вагинальных таблеток врачи рекомендуют использовать препараты, в состав которых входит аппликатор.

8. Хирургические методы лечения: особенности гинекологических операций, сущность хирургических методов лечения (чревосечений, пластических и реконструктивных операций), большие и малые операции.

9. Осложнения хирургических методов лечения.

10. Объем ухода за гинекологическими пациентами.

Предоперационный период - время, прошедшее от поступления пациентки в лечебное учреждение до начала операции. Этот период может продолжаться от нескольких минут, часов до нескольких дней, что определяется срочностью операции, диагностики, состоянием женщины.

По срочности операции делятся на неотложные (экстренные), выполняемые немедленно или через несколько минут после поступления больной в стационар, срочные, выполняемые в ближайшие часы или дни после установления диагноза, и плановые, не ограниченные сроками.

Гинекологические операции делятся на малые и большие. К малым гинекологическим операциям относятся раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки и тела матки, аспирация эндометрия, ножевая биопсия шейки матки, полипэктомия, удаление родившегося мио-матозного узла, диатермокоагуляция, крио- и/или лазерная, радиоволновая деструкция эрозии шейки матки.

В гинекологических стационарах осуществляется также искусственное прерывание беременности сроком до 12 нед. Все малые гинекологические операции производятся влагалищным путем под обезболиванием.

Большие гинекологические операции производятся путем брюшно-стеночного (лапаротомия) и влагалищного (кольпотомия) чревосечения. К таким операциям относятся вмешательства на придатках матки и удаление придатков матки (тубэктомия, овариэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, пангистерэктомия). Влагалищным путем наиболее часто выполняются экстирпация матки с придатками; передняя, срединная и задняя пластика влагалища, вылущивание кисты влагалища и кисты большой железы преддверия.

*Подготовка пациентки к гинекологическим операциям*

При плановых операциях проводится полное клиническое обследование пациентки в поликлинических условиях.

Перед поступлением пациентки в стационар для планового оперативного вмешательства в женской консультации проводят обследование: клинический, биохимический анализ крови, гемо-стазиограмму, общий анализ мочи, кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCvAg, группу крови и резус-фактор, мазки на бактериоскопическое исследование из мочеполового тракта, мазок на онкоци-тологию из влагалищной части шейки матки и шеечного канала, рентгеноскопию грудной клетки, ЭКГ и другие исследования. Обязательна консультация терапевта, анестезиолога-реаниматолога и при необходимости других специалистов для оценки степени риска предстоящей операции, выбора метода обезболивания и определения объема подготовительных мероприятий и оперативного вмешательства.

Непосредственная подготовка к малым гинекологическим операциям заключается в опорожнении мочевого пузыря самостоятельно или с помощью катетера, сухом бритье и туалете наружных половых органов. Вечером перед сном пациентке назначают седативные и снотворные препараты в зависимости от ее эмоционального состояния, утром в день операции за 1,5-2 ч до ее начала проводят по назначению анестезиолога премедикацию.

Все малые оперативные вмешательства выполняют в малой операционной на гинекологическом кресле с обезболиванием. Используют внутривенные анестетики кратковременного действия, а также ингаляционные способы анестезии (аналгезия закиси азота с кислородом и др.). Выбор способа обезболивания зависит от соматического состояния женщины и проводится с учетом вероятных осложнений.

*Непосредственная подготовка к чревосечению.* Накануне полостной операции пациентке ужинать не разрешается (можно стакан сладкого чая), дают легкий обед (жидкую пищу). Вечером и утром в день операции назначают очистительную клизму. Вечером после очистительной клизмы пациентка принимает гигиенический душ и меняет белье. Утром после очистительной клизмы акушерка производит сухое бритье наружных половых органов и операционного поля пациентки. Накануне плановой операции проводят премедикацию, назначенную анестезиологом.

Во всех случаях показана психопрофилактическая подготовка пациентки к хирургическому вмешательству, которую проводят с целью устранения отрицательных эмоций по поводу предстоящей операции, сочетают с назначением седативных, снотворных средств и транквилизаторов. Получают письменное информированное согласие пациентки на проведение операции. Пациентку нужно успокоить, вселить веру в благополучный исход лечения и выздоровление.

*Большие гинекологические операции* производят в большой операционной под наркозом.

Перед операцией операционная сестра в определенном порядке располагает на столе набор инструментов: скальпели со сменными лезвиями; ножницы прямые и изогнутые, длинные и короткие, тупые и острые; пинцеты хирургические и анатомические, короткие и длинные; зажимы Кохера, Микулича, Бильрота; пулевые щипцы и двузубые щипцы Мюзо; ранорасширители; лопатку Ревердена; бельевые зажимы (цапки), иглодержатели длинные и короткие; иглы хирургические режущие и круглые разных размеров; металлический катетер; шприцы с иглами; аборцанги; наконечник для вакуум-аппарата.

*Подготовка пациенток к экстренным операциям.* Необходимость в экстренной операции обусловлена внезапностью возникновения и тяжестью клинического течения заболевания. Чем тяжелее состояние пациентки, тем быстрее должна быть проведена подготовка к операции, иногда она сводится до минимума.

В этих условиях должны быть определены объем интенсивной терапии в предоперационном периоде и во время операции, метод обезболивания и объем оперативного вмешательства. Перед операцией в экстренном порядке акушерка производит сухое бритье наружных половых органов и операционного поля, туалет кожного покрова, удаляет протезы из полости рта, уточняет время последнего приема пищи у пациентки, информирует об этом врача. При наличии у пациентки пельвиоперитонита при подготовке к экстренной операции противопоказана очистительная клизма.

Вызвать лаборанта для определения группы крови, резус-фактора, исследования крови на RW, ВИЧ, HBAg, HCvAg.

Спустить пациентке мочу катетером и поставить постоянный мочевой катетер с фиксацией его на внутренней стороне бедра пластырем и опустить конец в мерный мочеприемник.

Получают информированное добровольное согласие пациентки (если она в сознании) на проведение экстренного оперативного вмешательства. Акушерка укладывает пациентку на каталку на половину одеяла с пододеяльником, другой половиной укрывает и отвозит ее в операционную.

*Уход за гинекологическими пациентами в послеоперационном периоде*

Послеоперационный период длится с момента окончания операции до выздоровления пациентки.

Уход за пациентами после малых гинекологических операций состоит в наблюдении за общим состоянием пациентки. Фельдшер выясняет жалобы пациентки, справляется о самочувствии, оценивает состояние кожного покрова, видимых слизистых оболочек, определяет пульс, измеряет АД, температуру тела, а также оценивает характер выделений из влагалища.

На низ живота помещают пузырь со льдом или охлаждающий пакет через пеленку (на 20 мин с 10-минутным перерывом в течение 2 ч). У пациенток после искусственного аборта иногда возникает кровотечение из половых путей вследствие неполного удаления частей плодного яйца или нераспознанного во время операции осложнения - повреждения стенки матки (перфорации). О наличии кровотечения или изменениях состояния пациентки акушерка должна сразу сообщить врачу. В некоторых случаях пациентка жалуется на боли в низу живота, отсутствие кровянистых выделений из половых путей, в связи с чем акушерка должна оценить состояние пациентки, немедленно сообщить о нем врачу.

После окончания большой гинекологической операции и выведения из наркоза пациентку переводят в палату интенсивной терапии, где постоянно находится медицинская сестра. В этой палате пациентка пребывает первые 2-3 сут, а затем при неосложненном течении послеоперационного периода ее переводят в общую палату. Перед переводом пациентки из операционной акушерка должна нагреть постель с помощью грелок, убрать подушку. Пациентка первые часы после операции находится в горизонтальном положении. Акушерка заранее готовит пузырь со льдом или охлаждающий пакет, который оборачивает пеленкой и помещает на область послеоперационной раны.

Пузырь со льдом или охлаждающий пакет держат в течение 2 ч, при этом 20 мин на области послеоперационной раны, делая перерыв на 10 мин. В послеоперационном периоде, особенно в первые часы после операции, пациентка нуждается в очень тщательном наблюдении. В первые часы акушерка постоянно находится у постели пациентки, следит за полным пробуждением от наркоза, пульсом, дыханием, АД, состоянием повязки (возможность промокания кровью), выделениями из влагалища.

Помнить о необходимости обезболивания в течение 2 сут. Обезболивающие средства назначает врач в первые 2 сут после операции. Если болевой синдром продолжается более 2 сут, необходимо выявить его причину.

В первые часы после операции нередко возникает рвота. Для профилактики аспирации при рвоте и западения языка голову пациентки, уложив ее в постель, сразу поворачивают набок. Чтобы рвотные массы не скапливались в полости рта, необходимо своевременно удалять их. Если рвота продолжается и в последующие сутки, она может свидетельствовать о серьезных осложнениях (перитоните, кишечной непроходимости), требующих специального лечения.

Бледность, тахикардия, пульс слабого наполнения и напряжения, снижение АД могут свидетельствовать о внутрибрюшном кровотечении, шоке. В этом случае немедленно вызвать врача.

Если повязка промокла кровью, немедленно сообщить об этом врачу. В качестве доврачебной помощи применяют холод (пузырь со льдом или охлаждающий пакет через пеленку) и тяжесть (мешочек с песком) на область швов; по назначению врача вводят кровоостанавливающие средства (дицинон, викасол и др.).

При отсутствии эффекта от первичных мероприятий по назначению врача переводится в перевязочную, где проводится осмотр послеоперационных швов. Если обнаруживается кровоточащий сосуд, то в условиях строжайшей асептики производят его лигирование. При внутрибрюшном кровотечении необходимо повторное чревосечение для наложения лигатур на кровоточащие сосуды. После остановки кровотечения необходимо по назначению врача восполнить кровопотерю по общепринятой схеме.

В первые сутки после операции у пациенток обычно отсутствует самостоятельное мочеиспускание, поэтому акушерка должна попытаться рефлекторно вызвать позыв на мочеиспускание (включив кран с водой), при отсутствии самостоятельного мочеиспускания вывести мочу катетером (через 4-5 ч после операции) не реже 2 раз в сутки. Судно нужно подавать подогретым. Нередко стимуляцию спонтанного мочеиспускания вызывает орошение теплой водой наружных половых органов. Иногда возникает необходимость в промывании мочевого пузыря теплым раствором фурацилина (1:5000). Во многих гинекологических стационарах при выполнении радикальных оперативных вмешательств оставляют постоянный катетер после операции на 1 сут, чтобы тщательно следить за диурезом и его изменениями.

Снижение диуреза возможно после перенесенного шока, недостаточно восполненной кровопотери, а иногда обусловлено перевязкой мочеточника. Особенно опасна в послеоперационном периоде анурия. Акушерка, обнаружив снижение диуреза или анурию, мочу, окрашенную кровью, должна немедленно сообщить об этом врачу.

Наблюдение за функцией кишечника. При вздутии живота (задержке выделения газов) акушерка ставит газоотводную трубку. После плановых операций самостоятельный стул задерживается. На третьи сутки пациентке назначают очистительную клизму или по показаниям клизму с гипертоническим раствором хлорида натрия (150-200 мл). После влагалищных пластических операций стул задерживают, опорожнение кишечника осуществляют на 5-6 день.

В послеоперационном периоде возможны острое расширение желудка, парез кишечника, кишечная непроходимость.

Вздутие области желудка, обусловленное скоплением желудочного содержимого, сопровождающееся отрыжкой и рвотой, служит показанием для промывания желудка с помощью тонкого зонда, вводимого через носовые ходы.

При парезе кишечника, проявляющегося вздутием живота, болями, отсутствием перистальтики, тошнотой, рвотой, задержкой газов и стула, производят стимуляцию кишечника (1-2 мл 0,05% раствора прозерина подкожно, 30 мл 10% раствор натрия хлорида внутривенно, гипертоническая клизма, газоотводная трубка, инфузионная терапия). С целью предупреждения пареза кишечника акушерка по назначению врача вводит внутривенно 40 мл 10% раствора натрия хлорида 1 раз в сутки, 1 мл 0,05% раствора прозерина 2 раза в сутки подкожно, через 20-30 мин после введения гипертонического раствора делает гипертоническую клизму.

При наличии механического препятствия может развиться кишечная непроходимость, требующая хирургического лечения. Длительно не разрешающийся парез, и кишечная непроходимость могут привести к развитию перитонита.

В течение 2-3 сут после операции пациентам показана инфузионная терапия (кровезаменители, реополиглюкин, изотонический раствор натрия хлорида, белковые препараты, витамины и др.), поскольку у них возникает нарушение обменных процессов, обусловленное голоданием, операционной травмой, кровотечением.

Развитие гнойно-воспалительных осложнений определяется состоянием организма пациентки и микрофлорой - возбудителем инфекции. К подобным осложнениям относятся перитонит, сепсис, а также инфильтраты, нагноения и расхождение швов.

Наиболее частым поздним осложнением становится нагноение кожи и подкожной клетчатки в области послеоперационной раны, что сопровождается болью в области раны, пропитыванием повязки серозным или гнойным отделяемым. При возникновении указанного осложнения акушерка должна немедленно вызвать врача. В смотровом кабинете снимают повязку и при соблюдении правил асептики и антисептики осматривают послеоперационную рану. Швы в местах нагноения снимают, рану промывают 3% раствором перекиси водорода и вводят турунду с гипертоническим раствором (10% раствор натрия хлорида) для улучшения оттока воспалительного экссудата. После этого на область раны накладывают асептическую повязку и проводят лечение до полного заживления раны вторичным натяжением.

В послеоперационном периоде развивается тромбофлебит вен нижних конечностей. Оно возникает у пациенток с варикозным расширением вен. Осложнение проявляется болью в ноге, отеком конечности, повышением температуры тела. Немедленно уложить пациентку в постель, запретить ей вставать и вызвать врача. С целью профилактики тромбофлебита и развития тромбоэмболических осложнений всем пациенткам перед операцией необходимы бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, ранняя активизация в постели, лечебная гимнастика.

Профилактикой тромбоэмболических осложнений являются профилактическое назначение антикоагулянтов до операции и после нее на протяжении 7 сут и более пациенткам с риском развития тромботических осложнений (анемией, заболеванием сердечно-сосудистой системы, злокачественными новообразованиями, варикозным расширением вен и др.).

В послеоперационном периоде существует множество факторов, способствующих развитию воспалительного процесса в легких (пневмонии): длительное вынужденное положение пациентки в постели, ослабленное дыхание и ухудшение вентиляции легких, усиление секреции в легких после ингаляции наркотических средств во время наркоза. Профилактика развития пневмонии: обучение, проведение с пациенткой дыхательной гимнастики, раннее вставание с постели (по назначению врача), введение лекарственных средств с целью улучшения эвакуации мокроты из верхних дыхательных путей.

*Питание пациентов в послеоперационном периоде*

В 1 сутки после операции пациентке назначают стол 0 (минеральную негазированную воду с лимонным соком), на 2 сутки - стол 0 (бульон, кисель, минеральную негазированную воду), на 3-4 сутки - стол № 1 (манную кашу, протертые супы, яйца всмятку, творог), с 5 суток пациентка переводится на общую диету.