

*ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ*

ВЫПОЛНИЛА РАБОТУ : ВАСИЛЬЕВА ЕЛИЗАВЕТА ГРУППА АЗ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- Среди многочисленных заболеваний женской половой системы часто встречаются и такие, которые можно вылечить лишь с помощью хирургического вмешательства.
- При этом все гинекологические операции можно поделить на плановые и экстренные.



ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ

- Экстренные проводятся сразу после того, как была установлена патология, требующая срочного вмешательства. Например, при внематочной беременности операция должна быть проведена как можно скорее, ввиду возможности развития внутреннего кровотечения или же перитонита, что может привести к летальному исходу.



ПЛАНОВЫЕ ОПЕРАЦИИ

- При плановых проводится предварительная (предоперационная) подготовка гинекологических больных, которая заключается в тщательном обследовании. Так, перед проведением гинекологической операции женщина сдает многочисленные анализы: кровь, моча, ЭКГ, УЗИ. Так как при проведении гинекологических операций применяется общая анестезия, врачи заранее уточняют переносимость женщиной тех или иных препаратов и наличие операций в анамнезе.



ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

- Перед проведением операции обязательным условием является соблюдение режима питания. Так, при подготовке к гинекологической операции из рациона женщины полностью исключается твердая пища. За 12 часов до хирургического вмешательства женщине назначают слабительное средство. В случае, когда перед операцией женщина сильно волнуется, назначаются успокоительные средства. Как и любая операция, гинекологическая проводится на пустой кишечник и мочевой пузырь.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

- **Послеоперационный период**-начинается с момента окончания операции и продолжается до выздоровления больной. Продолжительность его зависит от состояния больной до операции, объема выполненной операции, техники ее выполнения, характера основного и сопутствующих заболеваний и многих других факторов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

- Успешно выполненная операция и адекватное обезболивание являются важными факторами, которые определяют срок выздоровления больной. Но иногда в послеоперационном периоде возникают осложнения, которые надолго откладывают возвращение пациентки к активной жизни, а порой сводят на нет усилия хирургов и заканчиваются трагически



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

- . Поэтому чрезвычайно важное значение для течения послеоперационного периода имеют послеоперационный уход и наблюдение, основными задачами которого являются выхаживание больного и профилактика послеоперационных осложнений, а в случае их возникновения — своевременное выявление и лечение. Это достигается правильно организованной высококвалифицированной работой в первую очередь среднего медицинского персонала.



УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

- Больных независимо от выполненного вмешательства перевозят в палату на каталке. Постельного режима придерживаются не менее 2-3 ч, а в случае осложнений — не менее суток.
- Медицинская сестра должна следить за больной, особенно в первые часы после операции, оценивая общее состояние больной, контролировать артериальное давление, пульс, дыхание, температуру тела, выделения из влагалища, чтобы своевременно выявить возможные осложнения и помочь врачу оказать необходимую помощь.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

- **Рвота** — частое осложнение в первые часы послеоперационного периода вследствие использования обезболивающих средств. При наличии рвоты голову больной поворачивают набок, подставляют лоток или подкладывают полотенце, обеспечивают доступ свежего воздуха. Особого внимания заслуживает больная после наркоза, женщину нельзя оставлять без присмотра, так как возможны аспирация рвотных масс и асфиксия. В течение 2-3 ч больным не дают ни пить, ни есть.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

- **Кровотечения** могут быть как внешние, так и внутренние. Для предотвращения патологической потери крови сразу после операции назначают лед на низ живота, средства для сокращения матки (эрготал, метилэргометрин, маммофизин, питуитрин, окситоцин), для воздействия на свертывающую систему крови (кальция хлорид, викасол, дицинон, протамина сульфат). Медицинская сестра должна наблюдать за больной, особенно первый час после операции, а при появлении признаков кровотечения (бледность кожи, цианоз слизистых оболочек, снижение АД, тахикардия) немедленно сообщить об этом врачу.



УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

- На проявления инфекции у больной указывает локальная болезненность, чувство жара, гиперемия кожи, появление лихорадки.
- После малых гинекологических операций бывают и другие осложнения — болевой шок, остановка дыхания, эмболия. Задачей медицинской сестры является наблюдение за больной, немедленное сообщение врачу о возникновении осложнения и четкое выполнение конкретных указаний врача.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- Послеоперационный период у больных после влагалищных операций имеет более легкое течение, чем у больных после гинекологических полостных операций. Если во влагалище находится тампон, его вынимают по указанию врача. Сразу после операции назначают дозированный холод на область промежности.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- Стерильные прокладки снимают через 3-4 ч, не менее двух раз в день и после каждого мочеиспускания проводят туалет наружных половых органов путем обмывания их дезинфицирующим раствором, участок швов просушивают и смазывают 1% раствором бриллиантового зеленого. Кварцевание области промежности выполняют на 3-4 сутки после операции. При увеличении количества выделений из влагалища проводят спринцевание раствором перманганата калия в концентрации 1:10000 или раствором фурацилина (1:5000) с последующей осторожной обработкой швов на стенке влагалища синтомициновой мазью.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- Постельный режим назначают до 5 суток. В 1-й день ноги больной лучше оставлять сведенными вместе. Со 2-го дня их можно сгибать, поворачиваться на бок следует только со сведенными ногами. При отсутствии противопоказаний больную поднимают на 5-6 сутки после операции. Если заживление раны первичное, режим больной расширяют, но до 10 суток не рекомендуют сидеть во избежание натяжения в области свежего послеоперационного рубца.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- Больной разрешается пить. Питание восстанавливают со следующих суток после операции, пища должна быть высокой энергетической ценности. С целью задержки стула на 4-5 суток рекомендуется потребление жидкой пищи с ограничением клетчатки, которая не способствует образованию твердых каловых масс. На 4-5 сутки назначают слабительное, на следующие сутки делают очистительную клизму и на 5-6 сутки снимают швы с промежности, после чего больную переводят на общую диету.



УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- После ушивания разрыва промежности III степени или ректовагинальных или ректопромежностных свищей опорожнение кишечника пытаются задержать на 5-6 суток и швы снимают на 7-8 сутки. На более длительное время оставлять швы нецелесообразно, так как они прорезаются.



УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- При наличии инфильтрата назначают терапию, целью которой является ограничение и ликвидация воспалительного процесса. В случае нагноения в данном участке снимают швы, рану промывают 3% раствором перекиси водорода и накладывают повязку с гипертоническим раствором натрия хлорида или мазью Вишневского.



УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- Необходимо в течение двух суток добиться самостоятельного мочеиспускания (рефлекторно, изменением положения, введением внутримышечно 3-5 мл 25% раствора сульфата магния, введением внутривенно 5-10 мл 40% раствора уротропина).



УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

- При отсутствии эффекта от принятых мер выполняют катетеризацию мочевого пузыря. После повторных катетеризаций промывают мочевой пузырь раствором фурацилина (1:5000). Для предотвращения цистита после многократных катетеризаций назначают уротропин, салол, фурадонин.

МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- К данному виду хирургического вмешательства относятся все операции, при которых оперируемым органом является матка, точнее - ее шейка.
- Так довольно часто операцией, относящейся к данному виду, является пластика шейки матки во влагалищной ее части. Проводится при вывороте цервикального канала, а также при его гипертрофии и застарелых боковых разрывах шейки.

МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- Данный вид гинекологических операций проводится и при обнаружении полипов. В случае несвоевременного хирургического вмешательства может развиться деформация шейки матки, а также кровотечение и нарушение менструального цикла. Кроме того, полипы зачастую являются предшественниками онкологических заболеваний. Как правило, данные гинекологические операции проводятся путём лапароскопии.



МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- Кольпоперинеопластика также является разновидностью малых гинекологических операций. Проводится она при наличии вероятности выпадения или же опущения влагалища, а также органов малого таза. Заключается в ушивании мышц, локализованных в промежности, и стенок влагалища (относятся искусственный аборт, диагностическое выскабливание полости матки, полипэктомия, удаление рождающегося фиброматозного узла)

Мини Аборт

Матка

Амниотическая
оболочка

Трубка, прикрепленная
к насосу

Кюретка

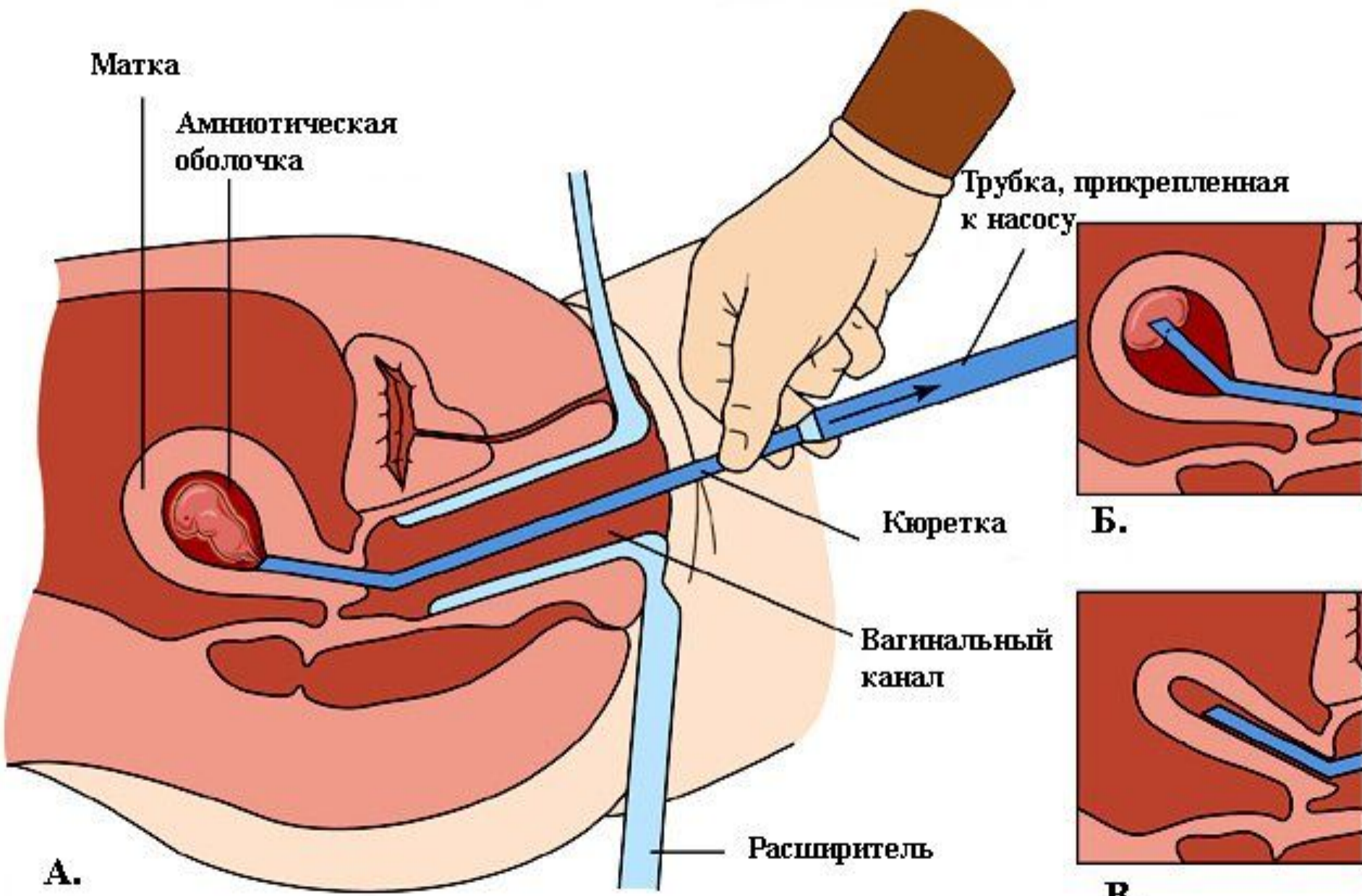
Вагинальный
канал

Расширитель

А.

Б.

В.



ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

- 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. Перед плановыми операциями подготовка осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях. При характеристике предоперационного периода в амбулаторных условиях можно выделить два направления раздела: общие вопросы и специальную подготовку.

ОСНОВНАЯ ПОДГОТОВКА

- Решение вопроса о целесообразности оперативного лечения осуществляется на основании клинической симптоматики болезни, данных осмотра и специальных методов обследования больной. В большинстве случаев оно принимается в процессе консультативного отбора больных на оперативное лечение компетентным специалистом.
- В процессе его должны учитываться как показания, так и противопоказания к оперативному лечению, что направлено на снижение риска, присущего любой операции.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

- Обследование всех женщин, подлежащих оперативному лечению, включает следующие действия: • клинический анализ крови, определение группы крови, резус-принадлежности, реакции Вассермана, коагулограмма; • биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, мочевины, холестерин, общий белок и белковые фракции, электролиты, железо в сыворотке); • обследование на СПИД; • общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов; • исследование мазков на степень чистоты и флоры из влагалища, цервикального канала, уретры; • исследование мазков на атипичные клетки из цервикального канала, влагалища, поверхности шейки матки, аспирата из полости матки; • кольпоскопия, УЗИ органов малого таза; • консультация терапевта, стоматолога и других специалистов по показаниям; • рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

- С учетом полученных результатов делается заключение о функциональном состоянии, как генитальных органов, так и всех систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, желудочно-кишечного тракта и др.). При необходимости объем исследований может быть расширен.
- В предоперационный период проводится психопрофилактическая подготовка больной к операции, а в ряде случаев и медикаментозная (седативные, снотворные и другие средства).



СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

- Предоперационная подготовка больных с экстрагенитальной патологией имеет свои специфические особенности в зависимости от ее вариантов. Так, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы исследования (ЭКГ, оценка глазного дна, УЗИ сердца и др.) проводятся в динамике, нередко показана медикаментозная подготовка по коррекции нарушений сердечно-сосудистой системы в амбулаторных или стационарных условиях.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

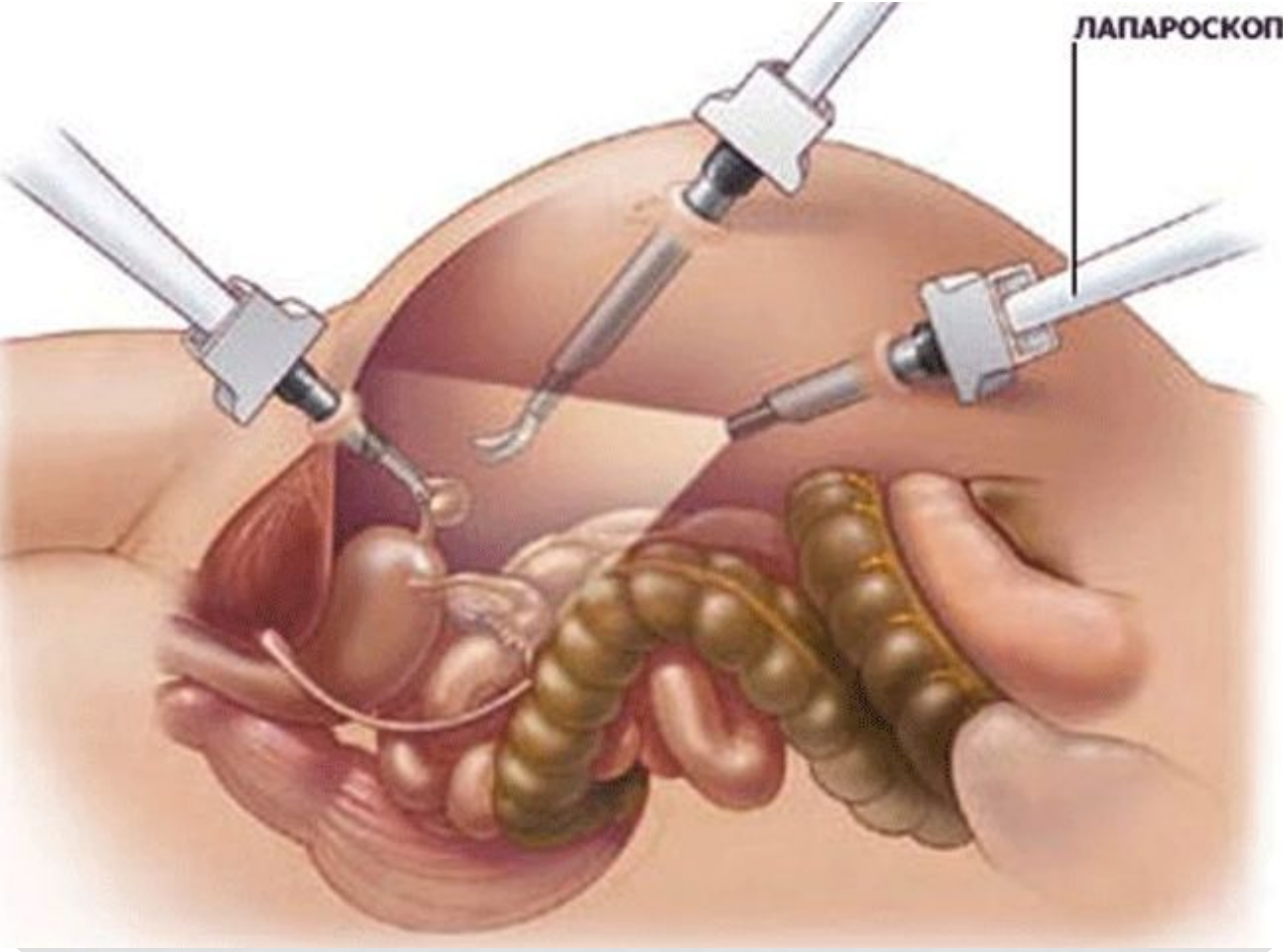
Восстановление (реабилитация) после полостной гинекологической операции длится долгое время. Она включает в себя комплекс мероприятий, направленных на скорейшее возвращение женщины к привычной жизни. Особо внимание после проведенной полостной гинекологической операции уделяется профилактике воспалительных заболеваний, наряду с правильным питанием. Первое время женщина должна придерживаться диеты и избегать тяжёлых физических нагрузок.



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- Лапароскопия – это мало травмирующий способ проведения диагностики и оперативного вмешательства.
- Лапароскопию проводят путем проникновения в брюшную полость к органам малого таза с помощью нескольких проколов, а затем вводят через них инструменты-манипуляторы.

ЛАПАРОСКОП



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- Манипуляторы оснащены микроинструментами, подсветкой и микрокамерами, которые позволяют проводить операции с визуальным контролем, при этом не производя больших разрезов, что снижает риск послеоперационных осложнений, минимизирует операционную травму тканей и сокращает сроки реабилитации.



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- При проведении лапароскопии, чтобы брюшная стенка не мешала проведению осмотра и операций, ее приподнимают за счет нагнетания внутрь брюшной полости воздуха – накладывают пневмоперитонеум (надувают живот).
- Операция сопровождается разрезами и болевыми раздражениями, поэтому проводится под наркозом.

ПОКАЗАНИЯ

- Лапароскопия очень широко используется в гинекологии:
- при бесплодии неясной причины, которая не выявлена при детальном не инвазивном исследовании.
- при неэффективности гормональной терапии при бесплодии,
- при операциях на яичниках (склерокистоз, кисты яичников, опухоли яичников),
- при подозрении на эндометриоз, спаечную болезнь,
- при хронических тазовых болях,
- при эндометриозе придатков матки, яичников, полости малого таза,
- при миоматозном поражении матки,
- при перевязке маточных труб, при внематочной беременности, разрыве трубы,
- при перекруте яичника, кисты, апоплексии яичника, внутреннем кровотечении,
- при обследовании малого таза.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ

- Абсолютно противопоказана лапароскопия в гинекологии
- при тяжелых сердечнососудистых и легочных заболеваниях,
- при шоковом состоянии, в состоянии комы,
- при выраженном истощении организма,
- при нарушениях в системе свертывания.
- Также противопоказана операция путем лапароскопии при грыжах белой линии живота и передней брюшной стенки, при грыжах диафрагмы.
- Плановая лапароскопия противопоказана при ОРВИ, необходимо выждать как минимум месяц с момента болезни. Также запрещена операция при выраженных изменениях анализов крови и мочи, при бронхиальной астме, при гипертонии с высоким давлением.

ПОДГОТОВКА

- Операции лапароскопии могут быть плановыми и экстренными.
- При экстренных операциях подготовка может быть минимальной, если речь идет о спасении жизни пациентки.
- При плановых операциях необходимо полное обследование со сдачей всех анализов:
 - крови (общий, биохимия, на гепатиты, сифилис и ВИЧ, на свертывание),
 - анализы мочи,
 - кровь на глюкозу.

ПОДГОТОВКА

- Обязательно исследование группы крови и резус-фактора.
- Перед операцией обязателен гинекологический мазок, проведение ЭКГ и флюорографии, УЗИ гинекологических органов, а если имеются хронические болезни – заключение терапевта о безопасности наркоза.
- Перед операцией врач-хирург объясняет суть процедуры и объем вмешательства, а анестезиолог осматривает и выявляет наличие аллергий и противопоказаний к наркозу.
- При необходимости назначается медикаментозная и психопрофилактическая подготовка к операции.
- При отсутствии противопоказаний к операции и наркозу женщина подписывает письменное согласие на операцию отдельно на данный вид наркоза.

СУТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

- В зависимости от объема операции и ее локализации используют три или четыре прокола.
- Один из троакаров (устройство для прокола брюшной полости и ведения инструментария), вводят под пупком, два других по бокам брюшной полости. На конце одного троакара находится камера для визуального контроля, на другом – световая установка, нагнетатель газа и инструменты.



СУТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

- В брюшную полость вводят углекислый газ или закись азота, определяются с объемом и техникой операции, проводят ревизию брюшной полости (ее тщательный осмотр) и приступают к манипуляциям.
- В среднем лапароскопические операции длятся от 15-30 минут до нескольких часов в зависимости от объема. Наркоз может быть ингаляционным и внутривенным.
- По окончании операции проводят еще раз ревизию, удаляют кровь или жидкость, скопившуюся при операции. Тщательно проверяют клеммирование сосудов (нет ли кровотечения). Устраняют газ и выводят инструменты. На места ввода троакаров на коже и подкожной клетчатке накладывают швы, на кожу – косметические.

Лапароскоп

**Углекислый газ в
брюшной полости**

**Мочевой
пузырь**

Матка



ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИИ

- Пациентка приходит в сознание еще на операционном столе, врачи проверяют ее состояние и рефлексy, на каталке переводят в послеоперационную.
- При лапароскопии показаны ранний подъем с постели и прием пищи и воды, поднимают женщину в туалет и для активизации кровообращения уже через несколько часов.
- Выписка проводится через двое-пятеро суток с момента операции в зависимости от объема вмешательства. Уход за швами проводят каждый день антисептиками.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Процент осложнений при лапароскопии невысок, гораздо ниже, чем при операциях с обширными разрезами.
- При введении троакара могут быть ранения внутренних органов, повреждения сосудов с кровотечением, при нагнетании газа может быть подкожная эмфизема.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Также к осложнениям можно отнести внутренние кровотечения при недостаточном клеммировании или прижигании сосудов в области операционной зоны. Все эти осложнения профилактируются точным соблюдением методики и тщательной ревизией органов брюшной полости при операции.
- по сравнению с полостными и сильно травмирующими операциями в гинекологии лапароскопия имеет ряд несомненных преимуществ, особенно в молодом возрасте: практически не остается шрамов от операции,
- меньше риск послеоперационных осложнений и спаек,
- период реабилитации значительно уменьшен.