

A photograph of a surgical team in an operating room. Several surgeons in blue scrubs and masks are focused on a patient lying on the table. Surgical instruments are laid out on a tray in the foreground. A large overhead light fixture is visible at the top of the frame.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ**

- Продолжительность раннего послеоперационного периода у гинекологических больных занимает 7-10 дней. Длительность позднего послеоперационного периода при его неосложненном течении ограничена тремя месяцами после хирургического лечения.
- В послеоперационную палату больных переводят только после восстановления у них адекватного дыхания, сознания, мышечного тонуса, рефлекторной активности, нормализации гемодинамики. В случае необходимости поддержания ИВЛ, а также в случаях тяжелого состояния больных переводят в отделение реанимации и интенсивной терапии.

- При послеоперационном ведении больных следует учитывать их возраст, соматические заболевания, объем оперативного вмешательства, осложнения во время операции. Критическими являются первые 48-72 ч после оп



При абдоминальных операциях сразу после операции на участок послеоперационной раны на 3-4 ч кладут груз для гемостаза и щажение передней брюшной стенки при рвоте или кашле. Для дополнительного гемостаза, уменьшения послеоперационного отека раны, анальгезии целесообразно применять **дозированную локальную гипотермию (холод на область послеоперационной раны по 30 мин через 1,5-2 ч в течение 1-2 дней).**



- Болевой синдром после операции негативно влияет на течение послеоперационного периода. Для обезболивания назначают анальгетики, при необходимости каждые 4-6 ч после операции (промедол, трамал, трамадол, [реналган](#), баралгин и т. п.). Адекватное обезболивание позволяет больному глубоко дышать, осуществлять адекватную вентиляцию легких. На 2-3-е сутки введения анальгетиков, по возможности, ограничивают до однократного введения в сутки (на ночь).

Таблица 1. Факторы, влияющие на интенсивность болей и выбор анальгетиков после операции

Фактор	Влияние на обезболивание
Характер оперативного вмешательства	Операции на грудной клетке или верхней части живота сопровождаются более выраженным болевым синдромом, чем операции в нижних отделах живота.
Психологический настрой больного на операцию	Операции, сопровождающиеся восстановлением нарушенной функции (грыжесечение, фиксация перелома), сопровождаются меньшими болями, чем операции с неизвестными последствиями (онкологические заболевания, неотложные состояния). Больные, которые боятся анестезии или операции, хуже переносят боль, и ее бывает труднее купировать.
Возраст	Для молодых больных характерен более выраженный болевой синдром
Вес	Больные с ожирением нуждаются в больших дозах анальгетиков
Принимаемые препараты	Влияют на выбор анальгетиков
Аллергологический анамнез	Влияют на выбор анальгетиков
Тяжесть состояния	Тяжелобольные нуждаются в меньших дозах анальгетиков
Наличие боли до операции	Чем интенсивнее боли до операции, тем труднее купировать боль после операции

Таблица 2. Влияние оперативного вмешательства на длительность обезболивания после операции

Тип операции	Период интенсивного обезболивания
Операции на органах грудной полости	72–96 час.
Операции на органах верхнего этажа брюшной полости	48–72 час.
Операции на органах нижнего этажа брюшной полости	48 час.
Операции на тазобедренном суставе	48 час.
Операции на конечностях	24–36 час.
Грыжесечение при паховой грыже	24 час.

Таблица 3. Лекарственные препараты, применяемые для лечения острой боли

Опиоидные анальгетики	
Сильные опиоиды	Препараты морфина (морфина гидрохлорид и др.) Тримеперидин гидрохлорид Бупренорфин Буторфанол Фентанил Налоксон Пентазоцин
	Препараты кодеина (кодеина фосфат, ДНС–континус) Трамадол Просидол
Неопиоидные анальгетики	
Нестероидные противовоспалительные препараты	Парацетамол Ибупрофен Индометацин Пироксикам Диклофенак Кетопрофен Кеторолак Лорноксикам Целекоксиб Рофекоксиб
	Незакаин Лидокаин Хлорпрокаин Прилокаин Мепивакаин Этидокаин Бупивакаин Ропивакаин
Местные анестетики	Клонидин Кетамин Сульфат магния



- **С целью профилактики легочных осложнений** (послеоперационная пневмония) показаны при необходимости кислородная терапия, дренажное положение, стимуляция кашля; следует принимать муколитики, ставить банки кругами и горчичники на грудную клетку (утро-вечер). Следят за гигиеной больных (санация и туалет полости рта, наружных половых органов, гигиенические обтирания, профилактика пролежней).
- В течение всего послеоперационного периода внимательно наблюдают за общим состоянием больного (температура тела, артериальное давление, частота пульса, дыхания), послеоперационной раной, выделениями из дренажей и катетеров, своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника. Тщательно проводят пальпацию живота для определения наличия или отсутствия признаков раздражения брюшины, состояния кишок. Осуществляют лабораторный контроль за состоянием основных жизненных функций организма.
- В первые часы после операции больной смачивают губы влажной салфеткой, на вторые сутки питья жидкости не ограничивают (1,5-2 л). Рекомендуют кипяченую воду или чай без сахара с лимоном, настой шиповника без сахара, щелочные минеральные воды без газа.

Инфузионная терапия послеоперационным больным

- **I группа** — для женщин без сопутствующей экстрагенитальной патологии, с нормальным течением операции и послеоперационного периода (**в первые сутки 1200—2000 мл, во вторые — 800—1200 мл, соотношение коллоидов и кристаллоидов 1:1**);
- **II группа** — для больных, оперативное вмешательство у которых осложнилось паретическим состоянием желудочно-кишечного тракта или эндогенной интоксикацией, связанной с длительно существовавшим очагом хронического воспаления в половых органах (**дезинтоксикация, оптимальная продолжительность 3—5 суток, в первые двое — 2400-2800 мл, на 3-5-е сутки — 1600- 2000 мл, соотношение коллоидов и кристаллоидов 2:1, ежедневно альбумин 5 % — 200 мл или протеин 250 мл**);
- **III группа** — для пациенток с сопутствующей патологией сердечнососудистой системы (**коррекция реологических свойств крови, с учетом опасности провокации застойной сердечной недостаточности, общее количество жидкости не более 800 мл, соотношение коллоидов и кристаллоидов**

- Ежедневно или через день меняют повязку на животе, а швы обрабатывают спиртом, раствором йода, спиртовым раствором бриллиантового зеленого. На 7-8-й день снимают швы и проводят гинекологическое обследование. У больных с ожирением швы постепенно снимают через один, окончательно — на 9-10-е сутки.
- После влагалищных операций больным нужно соблюдать следующие правила: постельный режим, прием анальгетиков и антибиотиков (по показаниям), дыхательная гимнастика, регуляция функций кишечника и мочевого пузыря.
- После операции прикладывают холод на область промежности в течение 1-1,5 ч. В случае набухания швов холод применяют в течение нескольких первых дней после операции, по 30 мин с интервалом 1,5-2 часа. Первые сутки после операции больной целесообразно оставлять ноги сведенными. Со второго дня позволяют сгибать их в коленных суставах, но не разводить: возвращаться в постели на бок со сведенными ногами. Вставать можно из положения на животе. Тампон из влагалища удаляют через 6-8 ч после операции.