**Лекция**

**Тема:** «Уход и наблюдение за гинекологическими больными в послеоперационном периоде»

**План лекции:**

1.Послеоперационный период.

2. Рвота в посленаркозном периоде

3. Контроль за раной и повязкой

4.Контроль за диурезом и функцией кишечника

5. Тромбоэмболические осложнения и их профилактика

**Основные понятия:** послеоперационный период, посленаркозный период, диурез, тромбоэмболические осложнения

**Тип занятия:** лекция

**Место проведения:** кабинет акушерского дела

**Время:** 90 минут, 2 академических часа

**Оснащение:** ЭОР, рабочая тетрадь для студентов, задачи, тесты, курс лекций.

**Цель занятия:**Сформировать у студентов знаний о хирургических методах лечения в гинекологии;

**ПК 1.1 - 1.7**

Послеоперационный период длится с момента окончания операции до выздоровления больной. В этом периоде чрезвычайно важным является уход за больной, основная роль в котором принадлежит медицинской сестре.

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

Пузырь со льдом или охлаждающий пакет целесообразно держать в течение 2 часов, при этом 20 минут лед находится на области послеоперационной раны, на 10 минут необходимо снимать его, делая перерыв. В послеоперационном периоде, особенно в первые часы после операции, больная нуждается в очень тщательном наблюдении. В первые часы медицинская сестра постоянно находится у постели больной, следит за полным пробуждением от наркоза, за пульсом, дыханием, артериальным давлением, состоянием повязки (возможность промокания кровью), выделениями из влагалища.

Медицинская сестра должна помнить о необходимости обезболивания в течение 2 суток. Обезболивающие средства назначает врач в первые 2 суток 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 на бок. 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 (перитонит, кишечная непроходимость), требующих специального лечения.

Бледность, тахикардия, пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального давления могут свидетельствовать о внутрибрюшном кровотечении, шоке. В этом случае медицинская сестра должна немедленно вызвать врача.

Если повязка промокла кровью, медицинская сестра также должна немедленно сообщить об этом врачу. В качестве доврачебной помощи возможно применение холода (пузырь со льдом или охлаждающий пакет через пеленку) и тяжести (мешочек с песком) на область швов; по назначению врача вводятся кровоостанавливающие средства (дицинон, викасол и др.).

В отсутствие эффекта от первичных мероприятий медицинская сестра по назначению врача переводит больную в перевязочную, где производится 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 медицинская сестра должна попытаться, рефлекторно вызвать позыв на мочеиспускание (включив кран с водой), при отсутствии самостоятельного мочеиспускания вывести мочу катетером (через 4-5 часов после операции),нереже двух 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 одни сутки, 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. Медицинская сестра, обнаружив снижение диуреза или анурию, мочу окрашенную кровью, должна немедленно сообщить об этом врачу.

В обязанности медицинской сестры входит наблюдение за функцией кишечника. При вздутии живота (задержке выделения газов) медицинская сестра ставит газоотводную трубку. После плановых операций самостоятельный стул задерживается. На 3-й 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-й день.

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

Вздутие области желудка, обусловленное скоплением желудочного содержимого, сопровождающееся отрыжкой и рвотой, являются 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, проводится стимуляция кишечника (1—2 мл 0,05 % раствора прозерина подкожно, 30 мл 10 % раствор хлорида натрия внутривенно, гипертоническая клизма, газоотводная трубка, инфузионная терапия). С целью предупреждения пареза кишечника медицинская сестра по назначению врача вводит в/в 40 мл 10% раствора натрия хлорида 1 раз в день, 0,05% раствор прозерина по 1 мл 2 раза в день подкожно, через 20-30 мин после введения гипертонического раствора делается гипертоническая клизма.

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

В течение 2-3 суток после операции больным показана инфузионная терапия (кровезаменители, реополиглюкин, физиологический раствор, белковые препараты, витамины и т.д.), поскольку у них возникает нарушение обменных процессов, обусловленное голоданием, операционной травмой, кровотечением.

Развитие гнойно-воспалительных осложнений определяется состоянием организма больной и микрофлорой - возбудителем инфекции. К подобным осложнениям относятся развитие перитонита, сепсиса, а также возникновения инфильтратов, нагноений и расхождения швов.

Наиболее частым поздним осложнением является 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 медицинская сестра должна немедленно вызвать врача. Больной 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 хлорида натрия) для улучшения оттока воспалительного экссудата. После этого на область раны накладывают асептическую повязку, и проводят лечение до полного заживления раны вторичным натяжением.

Серьезным осложнением послеоперационного периода является эвентрация кишечника, когда при частичном или полном расхождении краев операционной раны происходит выход петель кишечника. Эвентрация является следствием перитонита. Больную с таким осложнением немедленно переводят в операционную, где под наркозом производят повторное чревосечение, ревизию и туалет органов брюшной полости, наложение вторичных швов на переднюю брюшную стенку.

В послеоперационном периоде развивается и такое серьезное осложнение, как тромбофлебит вен нижних конечностей. Это осложнение возникает у пациенток с варикозным расширением вен. Проявлением осложнения являются жалобы на боли в ноге, отек конечности, повышение температуры. Медицинская сестра должна немедленно уложить пациентку в постель, запретить ей вставать и вызвать врача. С целью профилактики тромбофлебита и развития тромбоэмболических осложнений всем пациенткам перед операцией необходимо: бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, ранняя активизация в постели, лечебная гимнастика.

Профилактикой тромбоэмболических осложнений является тщательное изучение показателей системы гемостаза до операции и в послеоперационном периоде, а также профилактическое назначение антикоагулянтов до операции и после, на протяжении 7 дней и более пациенткам группы риска развития тромботических осложнений (анемия, заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, варикозное расширение вен и т.д.).

В послеоперационном периоде существует множество факторов, которые способствуют развитию воспалительного процесса в легких (пневмонии): длительное вынужденное положение больной в постели, ослабленные дыхательные экскурсии и ухудшение вентиляции легких, усиление секреции в легких после ингаляции наркотических средств во время наркоза. Медицинская сестра выполняет все назначения врача, направленные на профилактику развития пневмонии: обучает, проводит с пациенткой дыхательную гимнастику и в дальнейшем следит за выполнением пациенткой дыхательной гимнастики после операции, побуждает пациентку к раннему вставанию с постели (по назначению врача), вводит лекарственные средства с целью улучшения эвакуации мокроты из верхних дыхательных путей.