Содержание

Введение

Глава 1.Работа оперативной гинекологии

1.1 Организация и работа в хирургическом блоке

1.2 Аппаратуры и медицинские технологии

1.3 Работа операционного блока

1.4 Санитарно-противоэпидемический режим

1.5 Роль медицинской сестры в уходе за больными в послеоперационном периоде

Глава 2. Исследовательская работа

2.1 Методы исследования

2.1.1 Исторический метод исследования

2.1.2 Санитарно-статистический метод

2.1.3 Аналитический

2.2 Объект исследования

2.3 Анализ оперативных вмешательств в отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ

Вывод

Список используемой литературы

Введение

Актуальность темы

В последнее время наблюдается неуклонный рост числа гинекологических заболеваний. Пренебрежение правилами гигиены, частые переохлаждения, аборты, и другие эндо- и экзогенные причины приводят к тому, что 90 % женщин России имеют нарушения со стороны половой сферы.

Неправильное применение контрацептивных средств, снижение иммунитета, и, как следствие этого, стёртая клиника процесса являются причиной того, что женщина не придаёт должного внимания недомоганиям и предпочитает не обращаться за помощью и лечиться дома, что приводит к хронизации процесса, нарушению менструального цикла, различным осложнениям во время беременности, вплоть до выкидыша, бесплодию, раковым заболеваниям. Патологические процессы, происходящие в половых органах, нередко осложняются кровотечением. Последнее вызывает быстрое ухудшение состояния больной и при отсутствии немедленной медицинской помощи несёт угрозу для жизни.

Помощь экстренным больным в гинекологическом отделении отличается тем, что важно спасти не только жизнь женщины, но и сохранить детородную функцию.

Для выполнения этого условия каждый медицинский работник должен быть готов не только выполнить стандартные действия , но и оценить индивидуальные особенности женщины, найти оптимальный способ лечения в условиях крайнего дефицита времени.

Гинекологическая стационарная помощь оказывается в гинекологическом отделении, которое обычно входит в состав общесоматической больницы, медико-санитарной части или родильного дома. Как исключение в ряде крупных городов страны создаются самостоятельные гинекологические больницы. В зависимости от профиля работы гинекологическое отделение может входить в состав различных специализированных стационаров: онкологического, туберкулезного, эндокринологического и др.

Оперативная гинекология, так же как и ряд других хирургических специальностей, благодаря общему развитию медицинских знаний, в последнее время получила свое дальнейшее и плодотворное развитие. Владение оперативной техникой и успешное использование ее в практической деятельности врача предусматривают, кроме всего прочего, четкое знание хирургической анатомии. Как известно, взаимоотношения органов малого таза достаточно сложны, а при патологических нарушениях могут существенно отличаться от нормальных. Нередко при вскрытии брюшной полости врачу приходится видеть совсем не ту картину, которая описывается в руководствах по анатомии. Топографоанатомические взаимоотношения, обусловленные тем или иным патологическим процессом, могут не только существенно искажать истинное состояние, но и затруднять доступ к операционной области. Поэтому при написании настоящего пособия авторы руководствовались стремлением изложить большинство вопросов оперативной гинекологии, используя определенную систему с тем, чтобы читатели могли познакомиться со всеми особенностями хирургической специальности, которая объединяется понятием оперативная гинекология.

Гинекологическое отделение общего профиля обычно делится на два изолированных одно от другого отделения: для больных, нуждающихся в хирургических (оперативная гинекология) и консервативных методах лечения (отделение консервативных методов лечения). Кроме того, в гинекологическом отделении выделяются отдельно койки для прерывания беременности, которые также могут быть разделены на две группы: для артифициальных (искусственных) абортов и для абортов, начавшихся вне лечебного учреждения.

Любой гинекологический стационар должен иметь отдельную приемную часть, палаты, смотровые, перевязочные, процедурные, столовую, буфетную, комнаты персонала, посты дежурных медицинских сестер, помещение для мытья и сушки суден и клеенок,- санитарные узлы и другие помещения. В состав отделения для оказания хирургической помощи входит операционный блок: большая и малая операционные, эндоскопическая, предоперационная и послеоперационная палаты.

Медицинская сестра в гинекологическом отделении может работать на дежурном посту, в операционной, смотровой, перевязочной, процедурной. Об обязанностях медицинской сестры, работающей в гинекологическом стационаре.

Цель и задачи

В связи с актуальностью темы цель работы изучить работу оперативной гинекологии.

Задачи:

1. Изучить структуру и организацию отделения оперативной гинекологии
2. Определить роль медицинской сестры в уходе за больными в послеоперационном периоде.
3. Провести анализ оперативных вмешательств в ГУЗ ККБ

Глава 1.Работа оперативной гинекологии

1.1 Организация и работа в хирургическом блоке

Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. Это в первую очередь относится к операционному блоку, его общему состоянию, надежному обеспечению всеми материалами, медикаментами, специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также к хорошо обученному среднему медицинскому персоналу. Не должно возникать ситуаций, при которых хирург, начав операцию, вынужден прервать ее в ожидании приготовления чего-то, что должно быть предусмотрено заранее характером предстоящего вмешательства. Старшая операционная сестра в этих вопросах является основным действующим лицом, ответственным за организацию всей работы в операционном блоке.

В операционном блоке должно быть предусмотрено все необходимое для трансфузии крови, лекарственных растворов и реанимации больной, если во время операции в этом возникает необходимость, а также противоопухолевые препараты на случай, если удаляемая опухоль окажется злокачественной.

Обеспечение стерильной обстановки в операционной. В современных операционных часто используется множество аппаратов, систем и специальных блоков, применяемых непосредственно хирургами и анестезиологами. Поэтому не следует допускать свободного вхождения в операционную людей, не участвующих в операции или не обеспечивающих ее другими средствами. Особенно опасно перемещение персонала из "гнойной" операционной в "чистую". Не должно разрешаться пребывание в операционной персонала в масках, которые использовались в других отделениях. Маски должны быть получены здесь же, в предоперационной. Важно также не допускать пребывание в операционной в обуви, которой пользовались в других отделениях. Если же в предоперационной обувь не меняется, то на нее нужно надевать полотняные чулки (бахилы). Халаты следует использовать только операционного отделения и наглухо их застегивать. Хирурги не должны работать в шелковом нательном белье или шерстяной одежде. Перед операцией следует переодеваться в специальное полотняное белье, полученное в операционном отделении.

Эта рекомендация продиктована не только соображениями асептики, но и тем, что во время операции нередко используются кислород и эфир. Шелковая, синтетическая и шерстяная ткани, как известно, накапливают статическое электричество, которое при определенных условиях может давать искровую разрядку. Близость паров эфира при этом весьма опасна.

Несмотря на развитие в медицинской практике приемов обеззараживания, вопрос о подготовке рук хирурга не потерял своей актуальности. Прошли времена, когда широко использовались методы Земмельвейса и Листера. Однако опыт свидетельствует о том, что и в настоящее время полезно обсудить некоторые вопросы асептики, так как подготовка рук хирургов, требующая определенной последовательности, часто необоснованно нарушается.

Достаточно привести несколько примеров. Если руки моют последовательно двумя стерильными щетками, то нередко не соблюдается основное правило, согласно которому использование второй щетки должно ограничиваться пределами участков рук, уже вымытых первой щеткой. Так, если первой щеткой руки моют до локтя, то второй — только до середины предплечья, иначе теряется смысл использования второй стерильной щетки. Не всегда пунктуально соблюдается правило планомерного мытья всех поверхностей пальцев (околоногтевые участки, тыл кисти и ладони), в результате чего обработка рук оказывается несовершенной. Неодинаково тщательно моют обе руки, причем левую — чаще лучше правой; возможно, это зависит от того, что человек обычно лучше владеет правой рукой, чем левой. Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода; если с поверхности рук удалить микробов сравнительно легко, то значительно труднее они удаляются из глубины пор или складок кожи. Наиболее значительное скопление микробов на руках обычно имеется в трещинах и естественных углублениях, например корнях волос, потовых и сальных железах; причем и у здоровых людей до 10% составляют патогенные формы, особенно при наличии различных кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой персонал операционной при наличии заболеваний кожи не имеет права принимать участие в операции. Известны случаи послеоперационных воспалительных осложнений (нагноения, перитониты, сепсис), причиной которых было инфицирование хирурга или операционной сестры. Участники операции либо скрывали наличие у них воспалительных заболеваний, даже на отдаленных участках тела, или инфекции, в частности начальных стадий болезни носоглотки, либо не придавали этому значения.

1.2 Аппаратуры и медицинские технологии

Отделение оперативной гинекологии оснащено медицинским оборудованием разного класса и разных лет выпуска. Своевременная постановка диагноза во многом обеспечивает успех лечения, сокращает продолжительность временной нетрудоспособности и предупреждает инвалидизацию. Ранняя и точная диагностика в комплексе с профилактикой сохраняют и преумножают трудовые ресурсы как реальные, так и потенциальные.

К сожалению, организация методов диагностики, переоснащение диагностической службы области современной медицинской техникой отстает от потребностей сегодняшнего дня. Темпы внедрения диагностических технологий в нашей области более низкие, чем в других областях. Из одного финансового источника - бюджета - проблему не решить. Нужны дополнительные средства из структур негосударственного сектора. На их поддержку, на понимание руководителями организаций важности задачи и рассчитываем в реализации данного бизнес проекта.

В составе родильного дама имеется отделение экстренной гинекологии, которое рассчитано на 50 коек (5 коек - артифициальные аборты). Профиль отделения: сохранение беременности; острые воспалительные заболевания; внематочная беременность; начавшийся выкидыш; апоплексия яичника; дисфункциональные маточные кровотечения; нарушение менструальной функции; миомы; артифициальные аборты.

Проводятся следующие операции: миоэктомия, экстирпация (матки), полипэктомия, лапаротомия, кольпотомия, и др.

В отделение входит: приёмный покой; операционный блок с большой и малой операционной; палата интенсивной терапии (4 койки); семь послеоперационных палат; перевязочная; два процедурных кабинета; три медицинских поста; смотровая; ординаторская; кабинет заведующего отделением; кабинет старшей медицинской сестры; подсобные помещения.

## 1.3 Работа операционного блока

В состав операционного блока, кроме операционных комнат, должны входить следующие подсобные помещения: предоперационная, стерилиза-ционная, материальная, комната для подготовки больной к операции и обезболиванию.

Предоперационная предназначается для мытья рук операционной сестры, хирурга и его помощников, а также для мытья загрязненных инструментов. В этой комнате, которая расположена перед операционной, имеются раковины с кранами горячей и холодной воды, оснащенные смесителем. Над раковинами находится зеркало.

На отдельном столике в специальных кастрюлях или тазиках с крышками лежат простерилизованные щетки для мытья рук, мыло, ножницы для ногтей и корнцанг для взятия щеток. В предоперационной должны быть также тазы на специальных подставках для мытья рук, столики для бутылей с растворами и песочные часы.

Помимо этого, в предоперационной размещается вешалка для фартуков из непромокаемых тканей и шкаф для матерчатых чулок-бахил, которые надевают хирург и его помощники. Для других лиц, входящих в операционную, необходимо иметь специальные резиновые галоши или матерчатые бахилы и бикс с простерилизованными марлевыми масками.

Стерилизационная служит для стерилизации белья, мягких материалов (марлевых салфеток, тупферов), перчаток, инструментария и растворов. Помещение должно быть достаточно большим, чтобы в нем разместились все необходимые аппараты и приборы для стерилизации указанных материалов.

Материальная должна быть изолирована от остальных помещений операционного блока. В ней хранятся инструменты, марля, вата, белье и другие материалы, предназначенные для операции; все это подается через особую дверь или окно. Проход через материальную в остальную часть операционного блока не разрешается.

Комната для подготовки больной к операции позволяет избавить женщину от созерцания обстановки операционной, что может вызвать отрицательные эмоции и чувство страха. В этой комнате осуществляют подготовку больной к операции и обезболиванию. Желательно иметь для хирурга и его помощников отдельную комнату, где они могли бы переодеться в предназначенные для операции костюмы: полотняные брюки и сорочка для мужчин, хлопчатобумажное платье для женщин. При этой комнате желательно иметь душ.

Операционная. В операционном блоке целесообразно иметь две операционные комнаты, одна из которых используется для оперативных вмешательств у инфицированных больных. Если при операции неожиданно обнаружено, что больная инфицирована, то после операции необходимо произвести тщательную дезинфекцию в операционной.

Основные требования, предъявляемые к операционной,– это возможность поддержания в ней надлежащей чистоты, хорошее освещение, отопление и достаточная вентиляция.

В операционных комнатах стены и потолок окрашиваются белой масляной (эмалевой) краской, чтобы их легко было мыть. Стены и потолок в операционной должны соединяться не под прямым углом, а образовывать закругление, благодаря чему их легче очищать. Стены могут быть не окрашены, а облицованы гладкими плитками. Пол должен быть выложен плитками или покрыт линолеумом, что менее целесообразно. Посередине пола устраивается отверстие для стока воды после мытья стен и пола. Пол следует мыть после каждого операционного дня, а после каждой операции протирать влажной тряпкой. Генеральную уборку – мытье пола, стен и потолка – в операционной производят не реже одного раза в неделю.

Стены и потолок следует обмывать струей воды из гидропульта или обтирать мокрой тряпкой, намотанной на такую же щетку, какая употребляется для мытья полов, но с более длинной палкой. При уборке операционной следует подвергать соответствующей чистке различные приборы и предметы оборудования. Периодически помещение операционной надо обеззараживать с помощью кварцевой лампы.

Обстановка операционной должна ограничиваться лишь самым необходимым: операционный стол, стол для операционной сестры, столик для анестезиолога и наркозный аппарат, запасной сестринский столик, табуретки и подставки для хирурга и ассистентов, специальная подставка для размещения ампул при введении жидкостей и крови, передвижной рефлектор на стойке для добавочного освещения, тазы для использованных тупферов, салфеток и инструментов, электроотсос.

В современных операционных необходимо предусматривать место для размещения аппаратуры, регистрирующей жизненно важные функции больной и контролирующей глубину наркоза (электроэнцефалограф, электрокардиограф или кардиоскоп и т. п.).

Для освещения во время операции лучше всего пользоваться бестеневой лампой и передвижным рефлектором. Некоторые хирурги не признают естественного освещения, однако последнее более гигиенично и менее утомительно для глаз, поэтому отказываться от него не следует. В операционной должно быть одно большое окно, выходящее на север или, что менее желательно, на запад; это предохраняет помещение от перегрева в летнее время. Следует предусматривать и устройство для аварийного освещения. При современных условиях в операционных осуществляется подводка для кислорода и закиси азота.

Температура в операционной должна поддерживаться на высоте 20 – 25°. Наилучшие условия для работы обеспечиваются при наличии установки для кондиционирования воздуха. Если такой системы нет, устанавливается в окне или специальном канале (отверстии) стены нагнетающий электрический вентилятор, который включается в перерыве между операциями. Менее благоприятные условия для вентиляции создаются при открывании окон (фрамуг), что также возможно лишь в промежутках между операциями.

Для присутствующих на операции зрителей (студенты, врачи) устраиваются специальные скамейки в виде небольшой лестницы, на которой они стоят; эти скамейки должны быть отгорожены от места операции, лучше всего специальной перегородкой из прозрачной пластмассы. Присутствующие в операционной должны быть осведомлены о том, что не разрешается:

1. посещать операционную лицам, страдающим катаром верхних дыхательных путей;
2. ходить с места на место;
3. приносить с собой посторонние предметы (книги, тетради, сумки и т. п.);
4. разговаривать в операционной.

Лицам, работающим в септическом отделении, вход в операционную запрещен. Не разрешается младшему и среднему медицинскому персоналу совмещать работу в операционной с работой по уходу за инфицированными больными и в отделении гнойной хирургии. После окончания работы и уборки операционная закрывается на ключ.

1.4 Санитарно-противоэпидемический режим

Отделение экстренной гинекологии работает по приказам: № 720 и № 408. С учетом того, что при оказании неотложной помощи нет времени обследовать больных на ВИЧ инфекцию приводятся следующие мероприятия:

Профилактика ВИЧ – инфекции в лечебно – профилактических учреждениях.

Учитывая, что пораженность ВИЧ – инфекцией в Краснодарском крае приобрела форму эпидемии, а показания для обследования ограничены определёнными контингентами, несоблюдение мер защиты и правил профилактики может привести как к профессиональному инфицированию медицинского персонала, так и к распространению инфекции при оказании медицинской помощи больным.

Медицинский персонал, принимающий участие в операциях, осуществляющий уход в послеоперационном периоде, а также осуществляющий любые медицинские манипуляции с ВИЧ – инфицированными, должен соблюдать меры личной безопасности.

Перед началом работы медицинскому персоналу необходимо осмотреть кожу рук, и если имеются ссадины, царапины, сыпь, мацерации, их необходимо обработать 70 % спиртом или 5 % спиртовой настойкой йода, заклеить лейкопластырем или каким-либо пленкообразующим препаратом. Все манипуляции делать в перчатках. Обработать кожу ногтевых фаланг йодом перед надеванием перчаток. Убедиться в наличии аварийной аптечки.

Выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста.

Для сброса использованного инструментария, игл, шприцев, применять не прокалываемые ёмкости с ручкой типа ковша.

Использованный инструментарий пересыпать, не разбирая, не касаясь его руками, в ёмкости для дезинфекции. Дезинфекцию проводить методом наиболее доступным и простым, исключающим дополнительный контакт: кипячение в 2 % содовом растворе в течение 15 минут с момента закипания или в воде 30 минут с момента закипания.

Обеззараженные шприцы, иглы, системы одноразового использования сбросить в не прокалываемые контейнеры для утилизации. Медицинский инструментарий многоразового использования обрабатывают в 3 этапа.

Противоэпидемические и дезинфекционные мероприятия проводятся по режиму обслуживания больных вирусными гепатитами с парентеральным механизмом передачи. Бельё больного обеззараживают путём кипячения в 0,5 % моющем растворе 30 минут или замачивается в 3 % растворе хлорамина на 2 часа. Постельные принадлежности сдаются в камерную обработку. Посуда больного с остатками пищи обеззараживается в 3 % растворе хлорамина 60 минут. Посуда из-под выделений больного обеззараживается в 0,6 % НГК –2 часа, в 0,2 % ГКТ – 2 часа или в 3 % осветлённом растворе хлорной извести – 1 час.

Мероприятия в случае аварии при работе с ВИЧ – инфицированным материалом.

Рабочие места обеспечить дезинфицирующим раствором и аптечкой, которую используют на случай аварии и в которую входят: 70 % спирт, йод, перевязочный материал, навеска марганцового калия (50 мг) и соответствующее количество (100 мл) воды дистиллированной для его разведения, глазные пипетки, бактерицидный пластырь.

О каждом аварийном случае немедленно сообщить руководителю. Если подозрительный на инфицирование ВИЧ – материал попал на халат, одежду, их нужно снять и замочить в 3 % растворе хлорамина на 2 часа.

Кожу рук и других участков тела под загрязнённой одеждой протирают 70 % спиртом. Загрязнённую обувь протирают ветошью, смоченной в 3 % растворе хлорамина. При попадании инфицированного материала на пол, стены, оборудование загрязненные места заливают 3 % раствором хлорамина или снимают единичные капли крови тампоном, смоченным в 3 % растворе хлорамина, затем протирают загрязнённые места чистой ветошью, смоченной в дезрастворе той же концентрации с интервалом 30 минут. Использованную ветошь сбрасывают в ёмкость с дезраствором с экспозицией на час.

В случае загрязнения кожи каплями крови и другими биологическими жидкостями ватным тампоном, смоченным в 6 % перекиси водорода или 3 % растворе хлорамина, щипком убрать жидкость. Кожу обработать 70 % спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обработать 70 % спиртом.

При попадании биологического материала на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают 0,05 % раствором марганцовокислого калия, рот и горло прополаскивают 70 % спиртом, или 0,05 % марганцовокислого калия. НЕ ТЕРЕТЬ!

При проколе, разрезе перчатки, ранении перчатку снять и выдавить кровь из ранки, кожу обработать 70 % спиртом, ранку обработать 5 % раствором йода.

Если авария имела место при обслуживании ВИЧ – инфицированного больного, рекомендуется в первые же сутки начать профилактический приём тимозида (АЗТ ) - 800 мг/сутки в течении 30 дней. Лабораторное обследование лиц, попавших в аварийную ситуацию, проводится сразу после аварии через 3, 6, 12 месяцев.

Медицинский персонал, оказывающий медицинскую помощь ВИЧ – инфицированным больным, имеет право на соответствующую надбавку за работу согласно приказу МЗ МП №35 от 20. 02. 1995, приказу МЗ МП РФ и ГК ГСЭН № 307 \221 от 30. 07. 1996.

1.5 Роль медицинской сестры в уходе за больными в послеоперационном периоде

В гинекологическом отделении следует выделять отдельные палаты на 2–3 койки для оперированных, отвечающие всем санитарно-гигиеническим требованиям и обслуживаемые отдельным персоналом.

В больших гинекологических стационарах организуются специальные отделения, куда больные поступают из операционной и находятся там под наблюдением анестезиолога, лечащего врача акушера-гинеколога и специально обученных сестер. В этих отделениях, так же как и в отдельных палатах, больные находятся в первые дни после операции. Большинство оперированных к концу 2-х или на 3-й сутки переводятся в другие палаты, где и находятся до выписки. Некоторые больные, в зависимости от их состояния, задерживаются в послеоперационных палатах (отделении) на более длительный срок.

Послеоперационное отделение или палаты должны быть обеспечены всеми необходимыми предметами ухода и медикаментами, а также аппаратами для наблюдения за состоянием больной (для измерения артериального давления, электрокардиографии и др.) и, если возникает необходимость, для реанимации.

В распоряжении медицинского персонала послеоперационного отделения должны быть специально выделенные предметы: языкодержатель, роторасширитель, почкообразные тазики, поильники, индивидуальные подкладные судна, грелки, пузыри для льда, банки, газоотводные трубки, сифон для промывания желудка, сифон для клизм, клеенчатые фартуки, полотенца, чистые простыни, подголовники и подкладные валики для ног, если отсутствуют функциональные кровати, позволяющие придавать больной различные положения. Кроме того, должны быть стерильные системы для переливания крови и специальные подставки для этих целей, шприцы, иглы, стерильный материал, полотенца.

Целесообразно также иметь подводку кислорода или наркозный аппарат, позволяющие проводить оксигенотерапию.

В специальном шкафу необходимо иметь следующие медикаменты: сердечные (камфара, кофеин, стрихнин, строфантин, корглюкон и др.), болеутоляющие (промедол, пантопон, морфин), стерильное вазелиновое масло, глицерин, 10% раствор хлористого кальция, 10% раствор хлористого натрия, адреналин, норадреналин, гидрокортизон, инсулин, про-зерин, сернокислый атропин, 25% раствор сульфата магния в ампулах. пелентан, гепарин и др.

Учитывая возможность кровотечений из матки, следует иметь средства, сокращающие ее и воздействующие на свертывание крови: эрготал, метилэргометрин, маммофизин, питуитрин, окситоцин, эпсилонамино-капроновую кислоту, фибриноген, протаминсульфат.

Для подкожного и внутривенного введения должны быть стерильные растворы поваренной соли (0,8%) и глюкозы (5%).

Медикаменты должны храниться в определенном месте с соблюдением существующих правил и условий. В послеоперационном отделении всегда может возникнуть необходимость в срочном введении лекарственных веществ, поэтому шприцы, иглы, стерильный материал, спирт и эфир должны быть наготове, чтобы в любой момент их можно было использовать. Строгое же соблюдение условий хранения и размещения медикаментов в шкафу позволяет своевременно применить их по назначению врача.

После того как больную доставляют в послеоперационную палату, дежурная сестра кладет к ее ногам грелки, помещая их поверх одеяла во избежание ожогов у больной, находящейся под наркозом. На живот кладут пузырь со льдом, завернутый в пеленку. Обычно холод на живот назначают на 3–6 часов после операции. Пузырь со льдом каждые 1,5–2 часа следует снимать на 25–30 минут. Практически к этому времени лед уже растает и вода несколько согреется, поэтому, если лед не меняли, то обморожения кожи живота не возникает. Если нет специальных показаний, то пузырь со льдом через 3–6 часов снимают совсем, так как более длительное его пребывание на брюшной стенке может отразиться на перистальтике кишечника и функции мочевого пузыря.

Врач независимо от сообщений медицинской сестры обязан периодически контролировать состояние больной, проверяя пульс, артериальное давление, дыхание и состояние послеоперационной повязки. Только при этих условиях можно выявить явления каких-либо осложнений, происходящих в состоянии больной, и своевременно прибегнуть к мероприятиям по предупреждению или устранению коллапса, шока или начавшегося кровотечения.

Больную, доставленную из операционной, в большинстве случаев укладывают на кровать в положении на спине. Если операция проводилась под наркозом, подушку под голову подкладывать в первые сутки не следует.

Если же была применена спинномозговая или перидуральная анестезия, поступают наоборот, подкладывая подушку под голову, или же придают верхней половине туловища возвышенное положение.

При моторном возбуждении больных, находящихся в состоянии наркозного сна, приходится их придерживать за плечевые, локтевые или коленные суставы.

Некоторые больные, особенно с заболеваниями сердца, плохо переносят положение на спине, к тому же без подушки под головой. В таком случае голове больной сразу придается возвышенное положение с помощью подушек, а если она не может лежать на спине, ее укладывают на правый бок, подкладывая подушки не только под голову, но и для опоры со стороны спины.

После операций, произведенных под местной анестезией, указанных движения нижних конечностей разрешают сразу, как только больную положат на кровать.

Как правило, больная после операции интересуется диагнозом и характером оперативного вмешательства. Информировать ее по этому вопросу должен только врач. Сообщив больной в доступной для нее форме диагноз заболевания и сущность операции, врач, не вдаваясь в детали, должен говорить с больной в оптимистическом, ободряющем тоне, внушать ей веру в благополучный исход заболевания. Разумеется, при благоприятном диагнозе, благополучном течении и прогнозе операции эта задача чрезвычайно облегчается. Если же врач имеет дело со злокачественной опухолью, потребовавшей удаления матки, обоих яичников или труб у молодой женщины, он должен проявить особый такт и чуткость по отношению к больной. Что именно нужно говорить в каждом конкретном случае, заранее предусмотреть невозможно, но всегда нужно помнить о необходимости щадить психику женщины.

Психотерапию в послеоперационном периоде врач проводит не только в процессе текущей работы, но и в виде дружеской беседы при повторных посещениях. Излагая результаты операции в наиболее благоприятном свете, врач дает больной почувствовать, что она не забыта, что за ней наблюдают.

Успеху психотерапии весьма способствует заботливый уход, четкое выполнение лечебных процедур. Больные ощущают заботу о себе и приобретают уверенность в выздоровлении.

Учитывая все значение психотерапевтического воздействия, следует считаться с рядом функциональных изменений, происходящих в организме больной, подвергшейся тяжелому оперативному вмешательству. Под влиянием подобных операций изменяются многие функции организма: сердечно-сосудистый тонус, распределение крови, мочеобразование, процессы переваривания, всасывания пищи, перистальтика и т. д.

Боли в операционной ране, наступающие по прекращении действия наркоза или местной анестезии, нередко сопровождаются учащением пульса, поверхностным дыханием с задержкой секрета в дыхательных путях, нарушением перистальтики кишечника с развитием метеоризма, напряжением брюшной стенки, задержкой мочеиспускания и др.

В послеоперационной ране всегда развивается воспалительный процесс, протекающий по асептическому типу или с участием инфекции. Вынужденное положение больной приводит к появлению болей в различных частях тела.

Послеоперационные боли могут быть сняты также введением нейроплегических средств. С этой целью назначают аминазин или другие препараты фенотиазинового ряда в дозе по 25 мг с промежутками в 6–8 часов. У больных при этом отмечается ровный послеоперационный сон, боли отсутствуют, посленаркозной рвоты не бывает. Нейроплегические средства противопоказаны при функциональных нарушениях со стороны печени и почек, а также при низком артериальном давлении (ниже 100 мм ртутного столба).

В послеоперационном периоде может быть использован и длительный наркоз (до 2 суток) закисью азота. Б. В. Петровский и С. Н. Ефуни (1960) усматривают преимущество закиси азота в том, что в отличие от анальгетиков, нейроплегических средств и барбитуратов она не оказывает на организм токсического действия, не угнетает дыхание и кровообращение, дает возможность поддерживать наркоз в стадии анальгезии и быстро прерывать его на нужный промежуток времени, необходимый, например, для кормления, обследования с целью выявления возможных послеоперационных осложнений и т. д.

В широкой практике при послеоперационных болях наиболее часто используются инъекции промедола или пантопона, реже морфина. Анальгетики нередко применяются в сочетании со снотворными (барбамил по 0,1 г и др.), которые назначаются и при бессоннице, учитывая, что сон восстанавливает силы больной. Некоторые больные уже на 2-й день после операции отказываются от инъекций анальгетиков, так как не чувствуют болей.

Рвота в послеоперационном периоде наиболее часто наблюдается после масочного эфирного наркоза и продолжается несколько часов, а иногда 1 или даже 2 суток. Более упорная и продолжительная рвоте обычно указывает на какое-либо послеоперационное осложнение, о чем всегда следует помнить.

Причинами рвоты в послеоперационном периоде могут быть токсическое раздражение слизистой оболочки желудка и нервной системы под влиянием наркоза, раздражение брюшины, связанное с введением тампонов в брюшную полость, развившийся ацидоз. Однако рвота может быть и проявлением начинающегося перитонита, острого расширения желудка, непроходимости кишечника; наконец, рвота может иметь центральное происхождение. Прежде чем начинать лечение рвоты в послеоперационном периоде, необходимо постараться выяснить ее причину. Надо помнить, что рвота не только тягостна для оперированной, но и усиливает боли, обезвоживает организм, влияет на прочность швов; кроме того, рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и вызвать аспирационную пневмонию.

Мощное противорвотное действие оказывают нейроплегические препараты: достаточно ввести внутримышечно 25 мг аминазина, как рвота прекращается.

Иногда больные жалуются на мучительную тошноту уже после прекращения рвоты и поэтому отказываются от пищи. Нужно учитывать, что тошнота может быть следствием голода и в подобном случае достаточно заставить больную съесть несколько ложек бульона с сухарем, как тошнота прекращается.

Оперативное вмешательство предъявляет большие требования к организму больной и в послеоперационном периоде наблюдаются известные нарушения в обмене веществ. У значительного числа больных возникает нарушение углеводного обмена, что проявляется в гипергликемии и гликозурии. Подобное расстройство углеводного обмена связывают с возбуждением нервной системы и сдвигами в эндокринном аппарате перед и во время операции, а также с кровопотерей, если она превышает 400–500 мл.

По данным Е. Л. Березова, у 90% оперированных наблюдается гипергликемия, выраженная в различной степени. У части больных содержание сахара в крови нарастает постепенно в течение суток, у других – быстро, сразу же после операции. Гипергликемия продолжается в течение 3–4 дней, а затем углеводный обмен нормализуется.

Послеоперационный ацидоз характеризуется накоплением в органах и тканях кислот вследствие нарушения окислительных процессов. При компенсированном ацидозе, когда активная реакция крови сохраняется, наблюдается значительное уменьшение резервной щелочности крови в первые сутки, а к концу 2–3-х суток резервная щелочность полностью восстанавливается. Компенсированный ацидоз обычно не дает клинических проявлений. Некомпенсированный ацидоз наступает при истощении регуляторных механизмов и выражается в тошноте, рвоте, метеоризме, головной боли, беспокойном поведении больной, бессоннице, слабости и т. п.

Послеоперационный ацидоз в значительной степени бывает связан с гипоксией и гиперкапнией, являющимися чаще всего следствием недостаточной оксигенации и вентиляции легких. Ацидоз может быть обусловлен голоданием, применением сильных слабительных средств перед операцией, недостаточной функцией печени и почек, длительным оперативным вмешательством, особенно в брюшной полости, психической травмой.

Ацидоз распознается путем обнаружения в моче ацетона и ацето-уксусной кислоты в первые дни после операции. В тяжелых случаях выдыхаемый больной воздух приобретает запах ацетона.

Алкалоз в послеоперационном периоде наблюдается редко. В моче при алкалозе также обнаруживается ацетон, но в отличие от ацидоза хлориды в моче отсутствуют вследствие нарушенного баланса хлористого натрия в организме.

С целью лечения алкалоза применяют внутривенное вливание хлористого кальция, внутрь назначают разведенную соляную кислоту по 10 капель на 100 мл воды каждые 3–4 часа. Целесообразно также введение физиологического раствора поваренной соли, 5% раствора глюкозы.

Гипопротеинемия наблюдается у большинства больных, перенесших значительную кровопотерю, и наиболее выраженной бывает на 5–6-й день после операции, а затем начинает уменьшаться.

Уменьшение хлоридов крови часто наблюдается у оперированных и особенно выражено в первые 3–4 суток. Затем происходит постепенная нормализация уровня хлоридов в крови. Гипохлоремия может сопровождаться рвотой. Лучшим средством борьбы с хлорпенией является введение в организм хлористого натрия (внутривенно, подкожно, ректально).

Нарушение водного обмена проявляется в обезвоживании организма, причем выделение воды в отличие от здорового человека у оперированных происходит преимущественно внепочечным путем и общее количество выделенной жидкости всегда превышает количество введенной.

Потеря воды в послеоперационном периоде связана с усилением потоотделения, учащением дыхания, повышением температуры и т. д.

Обезвоживание организма возрастает при голодании, применении слабительных перед операцией.

С целью предупреждения обезвоживания, резко нарушающего функции организма, следует назначать ежедневное обильное (до 3 л) введение в организм жидкостей различными путями с учетом возможных противопоказаний.

Возникновение лейкоцитоза в послеоперационном периоде обусловлено реакцией организма на всасывание продуктов распада белков и на проникновение в рану во время операции некоторого количества микроорганизмов.

При послеоперационных осложнениях (пневмония, воспалительные инфильтраты, нагноение в ране и др.) лейкоцитоз резко возрастает.

После операции понижается количество эритроцитов, тромбоцитов и содержание гемоглобина в крови от 5 до 20 единиц в зависимости от тяжести операции и степени кровопотери. Уменьшение числа эритроцитов и тромбоцитов продолжается после операции в течение 3–5 дней и более. У многих больных в послеоперационном периоде наблюдается понижение свертываемости крови. У 73% оперированных (Е. С. Шахбазян) отмечается повышение вязкости крови, связанное, по-видимому, с увеличением глобулинов крови и обезвоживанием организма.

Температура тела в первые 2–3 дня после операции часто повышается до 38–38,5°, но затем падает с 3–4-го дня. При отсутствии осложнений в послеоперационном периоде в дальнейшем подъема температуры не бывает.

Повышение температуры в первые 2–3 дня послеоперационного периода обусловлено всасыванием продуктов распада травмированных тканей, раневого секрета, быстрой потерей жидкости из кровяного русла. Чем травматичнее оперативное вмешательство, тем более выражена гипертермия. Если повышенная температура наблюдается более длительный период или впервые появляется на 4–5-й день после операции, то это обычно указывает на осложнения инфекционного характера и следует выяснить причину подъема температуры. Это может быть связано с развитием инфекции в области раны брюшной стенки, в послеоперационных культях (воспалительные инфильтраты, нагноительные процессы) или же с экстрагенитальными заболеваниями (пневмония, пиелонефрит и др.).

В последние годы все шире внедряется в практику активный метод ведения послеоперационного периода, который заключается в ранних движениях в кровати, раннем вставании, лечебной физкультуре.

Больным разрешается совершать движения конечностями в кровати с первого дня. На следующий день после операции больная, как правило, начинает поворачиваться на бок, применять гимнастические упражнения, направленные на улучшение дыхания. Гимнастика начинается с углубленного дыхания, откашливания, движений конечностями, поворотов туловища на бок.

Больные, перенесшие небольшие операции, особенно с поперечным надлобковым разрезом, могут лежать так, как им удобно, менять положение в кровати, глубоко дышать в первый же день после операции. Вставать с постели этим больным разрешают, если нет противопоказаний, в первые 24 –48 часов.

Лечебная физкультура в послеоперационном периоде показана всем больным за исключением находящихся в тяжелом состоянии, при опасности кровотечения, резких болях в области операции, острых воспалительных процессах, сопровождающихся повышением температуры.

Раннее вставание уменьшает опасность развития легочных и ряда других осложнений.

При активном поведении больного реже развиваются задержка мочи, метеоризм, ателектазы легкого, бронхиты, пневмонии, тромбозы.

Противопоказаниями к активному ведению послеоперационного периода являются острые воспалительные процессы, воспаление легких, сердечная недостаточность, шок.

Раннее вставание и лечебная физкультура повышают общий тонус организма, улучшают дыхание, кровообращение, изменяют тканевый обмен в сторону усиления окислительно-восстановительных процессов. Все это способствует усилению регенеративных процессов.

Водный режим оперированных при наличии рвоты, бессознательного состояния исключает введение жидкости в желудок; применяются растворы глюкозы и др. внутривенно, подкожно и в маленьких клизмах. Если больная в сознании и рвота отсутствует, то противопоказаний к введению жидкостей нет и больным через 3–4 часа можно давать пить по несколько глотков, а не чайными ложками, чтобы они могли утолить испытываемую ими сильную жажду. Поить больных к вечеру 1-го дня и на 2-й день следует небольшими порциями остуженной кипяченой воды, водой с лимоном или чаем.

Особенно сильную жажду испытывают больные после внематочной беременности с большой кровопотерей. Рвота у них после операции наблюдается значительно реже, что, по-видимому, является компенсаторной реакцией и без того обезвоженного организма. Этим больным следует давать пить небольшими порциями, вводить парентерально достаточное количество растворов глюкозы и поваренной соли и возмещать кровопотерю трансфузиями крови.

В целях профилактики заболеваний полости рта (стоматиты, молочница), околоушных желез и кишечника необходимо уделять достаточное внимание уходу за ртом. Больные должны чистить зубы, язык, полоскать рот раствором перекиси водорода. Если язык сухой и покрыт толстым слоем налета, его необходимо очищать ваткой, смоченной глицерином.

Питание больных в послеоперационном периоде имеет очень большое значение. Раннее питание способствует активированию функции органов пищеварения, предупреждает развитие ацидоза и ускоряет восстановление сил и регенерацию тканей, травмированных при операции. Несомненно, раннее кормление следует индивидуализировать и проводить с учетом общего состояния больной, характера операции и функции желудочно-кишечного тракта.

После чревосечений или влагалищных операций, исключая вмешательства на кишке (наложение анастомоза, зашивание проникающих ранений кишечника, кишечных свищей и прямой кишки при разрывах промежности), в 1-й день при отсутствии рвоты дают сладкий чай, фруктовые и ягодные соки; на 2-й день добавляют бульон, простоквашу или кефир; на 3-й день разрешают протертые супы, белый хлеб или сухари, сметану, омлет, молочную кашу.

Если после клизмы был стул, нет явлений пареза кишечника и метеоризма, больных постепенно переводят на общий стол.

При операциях, связанных с вмешательствами на кишечнике, в течение первых 5–6 дней назначают жидкую диету. В день операции больным дают лишь пить небольшими порциями чай, воду с лимоном; на 2-й день больные получают чай, морс, сладкий кофе, простоквашу; на 3-й день добавляют бульон, фруктовые соки, сливочное масло; на 4-й день к бульону дают 1–2 сухарика, яйцо всмятку, сливочное масло, сметану; на 5-й день питание усиливают: утром кефир, кофе с молоком, яйцо всмятку или омлет, на второй завтрак – белый хлеб с молоком, кофе, на обед – бульон или протертый суп, протертое мясо, кисель, на ужин – свежая сметана, творог, омлет или яйца всмятку и т. п. В дальнейшем больных переводят на механически щадящую диету, а после 10-го дня разрешают все, переводя постепенно на общий стол.

После пластических операций на промежности с ушиванием прямой кишки при разрыве промежности III степени и при каловых свищах следует избегать самостоятельного стула, особенно твердого, ранее 6– 7-го дня после операции. Первый стул должен быть мягким, "бархатным", лучше полужидким и не слишком обильным. Диета после этих операций: первые 3 дня больная получает только сладкий чай, простоквашу; с 4-го дня – чистый бульон, фруктовые соки, кефир, сметану, сливочное масло, мед; с 6-го дня добавляют немного пюре из моркови и яблок; на 7-й день дают слабительное; с 8-го дня пищевой рацион постепенно увеличивается, с 10-го дня больная переходит на легкий стол, а с 12-го –на общий.

Учитывая сказанное, для борьбы с газами уже со 2-го дня после операции можно применять клизмы с 5–10% гипертоническим раствором поваренной соли (150–200 мл) комнатной температуры, а при подозрении на спазм сфинктера заднего прохода – клизмы из вазелинового масла (100-150 мл).

Клизмы с гипертоническим раствором противопоказаны при трещинах заднего прохода, геморрое и хроническом воспалении слизистой оболочки прямой кишки.

На 3-й день независимо от наличия метеоризма всем больным после операций, не связанных с вмешательствами на кишечнике, ставят обычную очистительную (водную) клизму. В дальнейшем регулируют функцию кишечника диетическими средствами (простокваша, кефир, фрукты, чернослив и др.).

Больным, которые перенесли операции на промежности с ушиванием прямой кишки, зашиванием каловых свищей, кольпопоэз из сигмовидной кишки или пересадку мочеточников в прямую кишку, нельзя назначать клизмы или введение газоотводной трубки. После кольпопоэза из отрезка кишечника, если не было самостоятельного стула, его вызывают назначением слабительного на 7–8-й день. Такой же тактики следует придерживаться после операции на прямой кишке.

При наличии метеоризма необходимо выяснить сначала причину задержки газов. При атонии кишечника перистальтика очень вялая или совсем отсутствует, при аускультации живота создается впечатление полного затишья, больные не испытывают приступов коликообразных схваток в животе. При спазме сфинктера заднего прохода, вызывающем задержку газов, определяется ясная перистальтика, больные жалуются на схваткообразные боли в животе. При спазме сфинктера назначают на 30–40 минут газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 15– 20 см. Иногда помогают свечи с белладонной, инъекции под кожу промедола или пантопона, так как спазм сфинктера нередко является следствием болевого рефлекса.

При атонии кишечника назначаются теплые сифонные клизмы иг ромашки или 0,5% содового раствора, клизмы с глицерином (15 мл глицерина на стакан воды) или из вазелинового масла (100–150 мл).

Иногда благоприятно действует при атонии кишечника применены тепла на живот (грелки, световые ванны). При развитии метеоризмы следует использовать различные средства, не дожидаясь резко выраженных симптомов. Из пищи нужно исключить молоко и ограничить угле воды, вызывающие газообразование.

Часто хороший эффект при атонии кишечника дают клизмы из 5% гипертонического раствора хлористого натрия (100 мл). Для улучшения перистальтики целесообразно назначать 0,5–1 мл 0,05% раствора прозерина в виде подкожных инъекций, по 20–40 мл 10% раствора хлористого натрия внутривенно, 1 мл питуитрина подкожно.

При выраженном паретическом состоянии кишечника и отсутствии эффекта от указанных выше мероприятий применяется паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому.

Задержка мочеиспускания нередко наблюдается у больных, перенесших гинекологические операции, что часто связано с отслойкой мочевого пузыря и манипуляциями в области малого таза при оперативном вмешательстве, а также с рефлекторными нервными влияниями.

Несмотря на то, что мочевой пузырь перед операцией опорожняется и в первые часы после операции больная почти не пьет, через 8–10 часов после хирургического вмешательства она должна опорожнить мочевой пузырь. Некоторые больные мочатся самостоятельно уже вечером в день. операции.

В большинстве случаев, особенно в первый день после операции и утром следующего дня, наблюдается задержка мочеиспускания. Причиной этого, кроме указанных выше, является непривычка мочиться лежа и боязнь напрягать брюшной пресс из-за возможности вызвать боли или расхождение швов.

Необходимо разъяснить больной необоснованность ее страхов и убедить в целесообразности самостоятельного мочеиспускания. Для облегчения этой процедуры судно всегда подается больной согретым во избежание рефлекторного спазма сфинктера при соприкосновении кожи бедер с холодной поверхностью. На область мочевого пузыря кладут грелку. Наружные половые органы поливают теплой водой. Благодаря рефлекторному действию это нередко вызывает мочеиспускание. В некоторых случаях самостоятельное мочеиспускание удается вызвать при перемене положения в кровати. Для этого больной разрешают повернуться на бок или принять сидячее положение.

С целью профилактики задержки мочеиспускания целесообразно больную до операции приучить мочиться лежа.

Из медикаментозных средств при задержке мочеиспускания применяют внутримышечное введение 3–5 мл 25% раствора сульфата магния, внутривенное вливание 5–10 мл 40% раствора уротропина, инъекцию 1 мл питуитрина под кожу, введение в мочевой пузырь стерильного глицерина или в наполненный мочевой пузырь 20 мл 2% раствора борной кислоты в глицерине. Если эти мероприятия не дают эффекта, приходится прибегать к катетеризации. Вводить катетер в мочевой пузырь следует с соблюдением правил асептики и антисептики, хорошо освещая половую щель, особенно ночью. После повторной катетеризации нужно промыть мочевой пузырь дезинфицирующим раствором (марганцовокислый калий или фурацилин 1 : 5000).

При многократной катетеризации необходимо назначать уротропин, салол, синтомицин или фурадонин по 0,1 г 3 раза в день с целью предупреждения цистита и пиелонефрита.

После радикальной операции по поводу рака шейки матки и других травматичных оперативных вмешательств необходимо тщательно следить, особенно в первые 3–4 дня после операции, за количеством выделяемой мочи (измерять) и, кроме того, пальпацией и перкуссией контролировать, состояние мочевого пузыря, так как иногда наблюдается парадоксальная ишурия. Сущность ее заключается в том, что моча самопроизвольно небольшими порциями вытекает при переполненном мочевом пузыре вследствие растяжения его сфинктера. Больная и медицинский персонал вследствие этого обычно указывают на частое мочеиспускание. Если врач удовлетворяется подобными сообщениями, не осмотрев внимательно больную, пузырь все время будет переполнен и легко может возникнуть восходящая инфекция мочевыводящих путей. При выявлении парадоксальной ишурии мочу выпускают катетером, промывают мочевой пузырь фурацилином 1:5000, проводят мероприятия, способствующие восстановлению самостоятельного мочеиспускания, проверяя в дальнейшем возможность задержки остаточной мочи.

Особого внимания в послеоперационном периоде требует контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы. Операция и такие особенности послеоперационного периода, как перенесенный наркоз, атония кишечника, воспалительная реакция тканей на оперативное вмешательство, гипоксемия, нарушения водного обмена, питания и др., предъявляют высокие требования к сердечно-сосудистой системе и могут сопровождаться развитием сердечно-сосудистой недостаточности. Отсюда совершенно ясно вытекает необходимость тщательного наблюдения за состоянием сердца, сосудов и крови. Оценивая состояние сосудов, нужно учитывать, что венозные стазы оказывают прямое влияние на капилляры, а от их состояния зависит обмен жидкостей, кислорода, питательных веществ между кровяным руслом и тканями.

Центральный или периферический паралич вазомоторов сопровождается атонией капилляров; повышение же их проницаемости и уменьшение объема циркулирующей крови изменяют ее концентрацию. В результате этого наблюдается замедление кровотока, транспортировки гемоглобина, гипоксемия тканей. Нарушение функции сердечной мышцы может возникнуть под влиянием интоксикации, гипоксемии отрицательно действующих рефлексов. Клинически разграничить расстройства кровообращения, зависящие от нарушения деятельности сердца и состояния сосудов, весьма трудно, но учитывать основные причины несостоятельности кровообращения очень важно.

Несомненно, что, помимо систематического наблюдения за пульсом, сердечной деятельностью, весьма целесообразно динамическое проведение электрокардиографии, измерение артериального давления и, по возможности, определение венозного давления. При этом следует учитывать, что больным с повышенным артериальным давлением, а также страдающим гипотонией необходимо уделять особое внимание, так как у них чаще наблюдаются нарушения кровообращения после операции по сравнению с группой больных, имеющих нормальное кровяное давление.

Если температура нормальная или субфебрильная, а частота пульса начинает превышать 100 и более в минуту, необходимо выяснить причину учащения пульса, так как это может свидетельствовать о развивающейся инфекции, перитоните или указывать на те или иные нарушения в функции сердечно-сосудистой системы.

Большое внимание в послеоперационном периоде следует уделять динамическому контролю за артериальным давлением, особенно в первые часы и дни после оперативного вмешательства.

При падении артериального давления вследствие кровопотери необходимо восполнить объем циркулирующей крови переливанием донорской крови или кровезамещающих жидкостей. Следует учитывать, что переливание физиологического раствора хлористого натрия и глюкозы, которые быстро покидают кровяное русло и уходят в ткани, дает лишь кратковременный эффект. Поэтому целесообразнее вводить крупномолекулярные коллоидные растворы (полиглюкин, гидролизин и др.), которые меньше проникают через сосудистые мембраны и долго удерживаются в кровяном русле.

Изменения со стороны органов дыхания могут быть связаны с интубацией при эндотрахеальном наркозе, с токсическим действием наркотиков и других фармакологических средств, применяемых при обезболивании, а также при явлениях инфекции.

Фарингиты, ларингиты и трахеиты после интубации и тампонады глотки проявляются в виде неприятных ощущений в горле, за грудиной. Иногда у больных отмечаются кашель и осиплость голоса. При назначении полоскания горла раствором соды или щелочных ингаляций, отхаркивающих средств и кодеина эти легкие осложнения, как правило, проходят в первые же дни после операции.

В первые часы после операции необходимо следить за тем, чтобы дыхание больных было достаточным. Нарушение дыхания может быть следствием рекураризации после применения мышечных релаксантов, угнетения дыхательного центра наркотиками, анальгетиками и другими фармакологическими средствами. При чрезмерно глубоком наркозе, продолжающемся после операции, дыхание затрудняется вследствие западения языка и отвисания нижней челюсти. При этом челюсть необходимо поддерживать, а язык извлечь с помощью языкодержателя и ввести воздуховод. От больной нельзя отходить до появления у нее выраженного мышечного тонуса. При посленаркозной рвоте полость глотки, носа и рта следует полностью очищать от рвотных масс с помощью отсоса, марлевых салфеток, захваченных корнцангом, или полотенца.

Во всех случаях ослабленного дыхания необходимо производить насыщение организма больной кислородом до появления полноценного самостоятельного дыхания.

Послеоперационные пневмонии могут развиваться после травматичных и длительных операций, при задержке в бронхах мокроты, аспирации желудочного содержимого, бронхоспазме, ателектазе и застойных явлениях в легких, при инфарктах. Предрасположенность к послеоперационным пневмониям отмечается у больных, страдавших заболеваниями органов дыхания (острые и хронические воспаления верхних дыхательных путей, эмфизема, пневмосклероз и бронхоэктазия). Мерами профилактики пневмонии являются хорошее и правильно проведенное обезболивание, поддержание достаточного газообмена и кровообращения во время операции и после нее, раннее вставание, дыхательная гимнастика, применение отхаркивающих средств при затруднениях с отделением мокроты, профилактические круговые банки в конце 1-х суток и на 2-й день после операции. Лечение пневмонии проводится по общим правилам (сульфаниламиды, антибиотики, сердечные средства и др.).

В послеоперационном периоде необходимо наблюдение за состоянием швов. При продольных разрезах брюшной стенки, особенно у больных истощенных, ослабленных кровопотерей, инфекцией или интоксикацией, а также у женщин пожилого возраста переднюю брюшную стенку в области операционной раны необходимо подкреплять с помощью специальной повязки – бандажа или широкого полотенца, обернутого вокруг спины и живота.

При благоприятном течении послеоперационного периода на 4-й день проверяют состояние швов, меняя повязку. Швы осторожно протирают спиртом, смазывают 5% йодной настойкой и накладывают повязку-наклейку, поверх которой надевают бандаж либо используют для этого широкое полотенце или простыню. Необходимо учитывать, что при движениях, кашле, при напряжении брюшного пресса во время дефекации и т. п. в случае плохого заживления может произойти расхождение раны брюшной стенки даже без нагноения с выхождением кишечных петель. При наличии бандажа или имитирующей его повязки уменьшается опасность расхождения раны, а если это происходит, то в меньшей степени и кишечные петли не выходят за пределы раны.

При влагалищных операциях и наличии швов на промежности в послеоперационном периоде производят не менее 2 раз туалет наружных половых органов путем обмывания их дезинфицирующим раствором; затем область швов обсушивают ("промокают") марлевыми шариками. Очень хорошо область швов припудрить дерматолом, ксероформом или порошком белого стрептоцида; некоторые же предпочитают смазывать область швов настойкой йода.

При гладком течении послеоперационного периода швы на брюшной стенке снимают на 7-й или 8-й день. У ослабленных и пожилых больных, а также при больших разрезах сначала снимают на 8-й день только часть швов, а затем на 9–10-й день – остальные. Обычно у таких больных поддерживающие швы, проходящие через кожу, клетчатку и апоневроз, задерживают до 10–11-го дня.

Швы на промежности снимают на 6–7-й день после операции, обычно после опорожнения кишечника с помощью слабительного. Более длительная задержка швов на промежности не имеет смысла, так как они прорезываются, если не снять их на 6–7-й день.

При пластических операциях на шейке матки, а также после ее ампутации не рекомендуется производить контрольный осмотр, если для этого нет специальных показаний (кровотечение и т. п.), путем влагалищного исследования, особенно с применением зеркал. При таком исследовании может произойти расхождение раны на шейке матки, что сопровождается кровотечением или заживлением раны вторичным натяжением. Мы обычно при гладком течении послеоперационного периода больных, перенесших операции на шейке матки, выписываем без влагалищного исследования я производим его спустя 2–3 недели.

При наличии выделений из влагалища промывают его через резиновый катетер перекисью водорода, а затем раствором фурацилина 1 : 5000. При пластических операциях на влагалище по поводу атрезии или опущения его стенок во влагалище целесообразно вводить с помощью резинового катетера вазелиновое масло (10 мл).

После чревосечения при благоприятном течении послеоперационного периода и хорошем общем состоянии больные могут быть выписаны на 9– 11-й день, после влагалищных операций – на 12–14-й день.

Несомненно, время выписки больной, перенесшей операцию, зависит от общего ее состояния, характера вмешательства и течения послеоперационного периода. Поэтому указанные выше сроки являются ориентировочными.

Глава 2. Исследовательская работа

2.1 Методы исследования

В работе применены следующие методы исследований:

1. Исторический.
2. Санитарно-статистический.
3. Аналитический.

2.1.1 Исторический метод исследования

Исторический метод положен в основу изучения литературных данных о реформировании сестринского дела в России и определения роли медицинской сестры в Здравоохранении.

Использование исторического метода делает возможным рассмотреть формирование сестринского дела как самостоятельную науку.

2.1.2 Санитарно-статистический метод

Санитарно-статистический метод предполагает анализ показателей лечебного учреждения за 2008 г.

2.1.3 Аналитический

Данный метод позволяет определить качество оказания медицинской помощи населению, сделать выводы и определить дальнейшие действия в направлении к улучшению качества оказания сестринской помощи населению.

2.2 Объект исследования

Объектом исследования являлась медицинская организация государственных форм собственности, оказывающая стационарную помощь населению, отделение оперативной гинекологии ГУЗ ККБ.

Единица наблюдения – гинекологические больные отделения гинекологии ГУЗ ККБ.

В основу анализа показателей деятельности медицинской организации положена следующая документация:

* отчет заведующей отделением статистики об оперативном вмешательстве и экстрагенитальной патологии за период 2006-2008 г.г.

Необходимая информация для проведения анализа получена путем выкопировки данных из учетно-отчетной документации ЛПУ.

2.3 Анализ оперативных вмешательств в отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ

Табл. №1 Оперативная активность отделения оперативной гинекологии ГУЗ ККБ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2006 год | 2007 год | 2008 год |
| Абс. | Р | Абс. | Р | Абс. | Р |
| Всего на 1000 родов | 1710 | 758,0‰ | 1576 | 754,0‰ | 1325 | 601‰ |
| Кесарево сечение | 442 | 196,0‰ | 386 | 184,9‰ | 470 | 213‰ |
| Родили в срок | 383 | 86% | 324 | 84% | 404 | 86% |
| Преждевременных | 56 | 13% | 62 | 16% | 66 | 14% |
| Запоздалых | 3 | 1% | - |  | - |  |
| Плановых операций | 332 | 75% | 216 | 56% | 294 | 63% |
| Экстренных | 110 | 25% | 170 | 44% | 176 | 37% |
| Показания: |
| Рубец на матке | 67 | 15% | 59 | 15% | 89 | 18,5% |
| Аномалии родовой деят-ти | 69 | 15,5% | 59 | 15% | 79 | 17% |
| Гестоз | 46 | 10.4% | 36 | 9% | 31 | 7% |
| ПОНРП | 30 | 6,7% | 27 | 7% | 26 | 5,5% |
| Тазовое предлежание | 36 | 8% | 46 | 12% | 36 | 7,8% |
| Неэффективность родовозб. | 44 | 10% | 37 | 9,5% | 45 | 9,5% |
| Возрастная 1-родящая и др. | 6 | 1,3% | 4 | 1% | 11 | 2% |
| Узкий таз | 23 | 5,2% | 13 | 3% | 21 | 4,5% |
| Гипоксия плода | 32 | 7% | 25 | 6% | 29 | 6% |
| ПИОВ, неготов.род. пути. | 11 | 2,4% | 3 | 0,7% | 6 | 1,2% |
| Предлежание плаценты | 3 | 0,6% | 1 | 0,3% | 3 | 0,6% |
| Перенашивание, негод род пут. | 6 | 1,3% | 2 | 0,6% | 4 | 0,8% |
| Затрудненные роды | 32 | 7% | 39 | 10% | 55 | 10,7% |
| Эндометрит в родах |  |  | 1 | 0,3% | 1 | 0,2% |
| Патологический прелим период | 3 | 0,6% | 2 | 0,6% | 7 | 1,4% |
| Экстрагенитальная патология: |
| Всего: | 37 | 9% | 32 | 8,3% | 35 | 7,3% |
| Заболевание нервной системы | 5 | 12,5% | 5 | 15.6% | 2 | 6% |
| Заболевание сердечнососудистой | 3 | 8% | - |  | - |  |
| ВПС | 1 | 3,0% | 3 | 9,5% | - |  |
| Гипертоническая болезнь |  |  | - |  | - |  |
| Сахарный диабет | 1 | 3,0% | - |  | - |  |
| Заболевание почек | - |  | - |  | 1 | 3% |
| Эпилепсия | 3 | 8% | 4 | 12,5 | 2 | 6% |
| Патология глаз | 25 | 65,5% | 19 | 59% | 29 | 82% |
| Флеботромбоз |  |  | 1 | 3,4% | - |  |
| Холестаз |  |  |  |  | 1 | 3% |

Объём операций

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2006 год | 2007год | 2008год |
| Абс. | Р | Абс. | Р | Абс. | Р |
| Кесарево сечение в н/сегменте | 441 | 99.7% | 385 | 99.7% | 466 | 99% |
| Кесарево сечение корпорал | 1 | 0,3% | 1 | 0,3% | - |  |
| Экстраперитонеальное | 5 | 1% | - |  | 4 | 1% |
| С вр. изоляцией бр. полости | 62 | 14% | 55 | 14% | 74 | 15,7% |
| Дренирование | 127 | 29% | 87 | 22.5% | 96 | 20,4% |
| Стерилизация | 49 | 11% | 47 | 12% | 48 | 10,2% |
| Ампутация матки | 7 | 1,5% | 3 | 0,7% | 3 | 0,6% |
| Экстирпация матки на 1000 родов | 2 | 0,4‰ | 2 | 0,5‰ | 6 | 1,2‰ |
| В т.ч. во время родов | 2 | 0,9‰ | 2 | 0,96‰ | 1 | 0,45‰ |
| Перевязка вн. подвзд. артерии |  |  | 1 | 0,2% | 3 | 0,6% |
| Осложнения: |
| 1 .Ранение соседних органов: |  |  | 1 | 0,2% | - |  |
| 2. Эндометрит | 15 | 3,4% | 5 | 1,3% | 2 | 0,4% |
| 3. Гематометра | 25 | 5,6% | 19 | 4,9% | 28 | 5,9% |
| 4. Осложнения со стороны раны | 6 | 1,3% | 3 | 0,7% | 5 | 1,0% |

Несмотря на уменьшение показателя оперативной активности с 754 на 1000 родов в 2007году до 601 в 2008году, количество кесаревых сечений возросло на 84,что связано с увеличением общего количества родов. На первом месте среди показаний к оперативному родоразрешению несостоятельный рубец -18,5%, на втором - аномалии родовой деятельности. Следует обратить внимание на дифференциальную диагностику, оптимизацию ведения родов с аномалий родовой деятельности, ведение родов у женщин с преждевременньм излитием околоплодных вод.

График №1 Анализ оперативного вмешательства в отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ

График №2 Анализ показаний для оперативного вмешательства (%)

График №3 Анализ экстрогенитальной патологии в отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ (%)

График №4 Анализ объемов оперативного вмешательства в отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ (%)

График №5 Анализ осложнений после оперативного вмешательства в отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ (%)

Вывод

1. Состояние организма женщины значительно меняется в разные периоды беременности, начиная с оплодотворения яйцеклетки. Матка также претерпевает значительные изменения. Организм женщины готовится к вынашиванию ребенка, родам и кормлению ребенка грудью.
2. Для предотвращения осложнений во время беременности, родов и послеродового периода определяют срок беременности и дату родов, приведенными в данной работе способами.
3. Знание факторы риска при кесаревом сечении дает возможность предотвратить смертность рожениц.
4. Анализ оперативной деятельности отделении оперативной гинекологии ГУЗ ККБ показал, что оперативное вмешательство увеличилось на 6% за период с 2006 по 2008 гг. Также отмечается убыль планового оперативного вмешательства на 11,5% и увеличение экстренного оперативного вмешательства на 60% в анализируемый период. В большинстве случаев показаниями для оперативного вмешательства в 2006 году явились аномалии родовой деятельности (15,5%), а в 2008 году – рубец на матке (18,5%). Первое место в экстрагенитальной патологии в 2006 и 2008 гг занимает патология глаз. Чаще встречаются осложнения гематрометра.

Список используемой литературы

* 1. Айламазян Э.Н., Рябцева И.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. НГМА. Н-Новгород.: 1997 г.
	2. Андросова Е.Н., Овруцкая З.Л. Акушерство и гинекология. АНМИ. М.: 1995 г.
	3. Кретова Н.Е., Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология. Медицина. М.: 1993 г.
	4. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. НГМА. Н-Новгород.: 1997 г.
	5. Малевич К.И. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. Высшая школа. Минск.: 1994 г.
	6. М.П.Савельева //Справочник по акушерству и гинекологии// М. "Медицина" 1992г.
	7. Савельева Г.М. Акушерство и гинекология. ГЭОТАР. Медицина. М.: 1997 г.
	8. Цвелев Ю.В., Марченко А.Н. Акушерство и гинекология. Медицина. С.-Петербург.: 1992 г.