Министерство общего и профессионального образования

Российской Федерации

Администрация г. Краснодара

Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования и городской медицинский колледж

Кафедра сестринского дела

 Зав кафедрой сестринского дела

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проф. Ю.Ю. Борисов

 Зам. директора по научно-методической работе

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_канд. мед. наук Т.Я. Старосотская

# Курсовая работа

На тему:

 “Сестринский процесс при уходе за больными с кровотечениями в отделении экстренной гинекологии.”

 Работу выполнила студентка

 4 курса 4 группы медицинского колледжа

 ***Быбик О.И.***

 по специальности 0406 «Сестринское дело»

 Научный руководитель работы

 ***Рудеева О.А.***

Краснодар 1999 г.

Введение

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.

В данной работе рассматриваются неотложные состояния, вызванные кровотечением и работа среднего медицинского персонала в этой ситуации .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.

При написании данной работы преследовалась цель: изучить и проанализировать организацию работы среднего медицинского персонала в отделении экстренной оперативной гинекологии и особенности сестринского процесса при уходе за больными с кровотечениями.

 Предполагалось выполнить следующие задачи:

1. Изучить клинику, экстренную диагностику и тактику при неотложных состояниях в гинекологии, сопровождающихся кровотечением.
2. Изучить структуру и организацию работы отделения экстренной гинекологии больницы ККБ – 3
3. Изучить структуру и организацию работы оперблока и санитарно-эпидемиологический режим отделения.
4. Рассмотреть особенности экстренной подготовки больной к операции и уход в послеоперационном периоде.
5. Осуществить на практике экстренную подготовку и послеоперационный уход за больными в отделении экстренной гинекологии ККБ –3.

список литературы

1. Савельева Г.М. Акушерство и гинекология. ГЭОТАР. Медицина. М.: 1997 г.
2. Андросова Е.Н., Овруцкая З.Л. Акушерство и гинекология. АНМИ. М.: 1995 г.
3. Бодяжина В.И. Гинекология. Медицина. М.: 1987 г.
4. Иванова О.И., Кузавова И.И. Уход за гинекологическими больными. Медицина. Л.: 1983 г.
5. Новиков О.И., Хечинашвили Г.Г. Руководство для среднего медицинского работника акушерско-гинекологического отделения. Медицина. Л.: 1985 г.
6. Айламазян Э.Н., Рябцева И.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. НГМА. Н-Новгород.: 1997 г.
7. Васильева Л.Н. Гинекология. Медицина. М.: 1980 г.
8. Грязнова И.М., Морчакова Г.Я. Неотложные состояния в гинекологии. Медицина. М.: 1984 г.
9. Добротина А.Ф. Диагностика и лечение дизфункциональных маточных кровотечений. Медицина. М.: 1988 г.
10. Загребина В.А., Горчиков А.Н. Гинекология. Медицина. М.: 1987 г.
11. Иванова О.И. Уход за гинекологическими больными (пособие для медицинских сестер). Медицина. М.: 1986 г.
12. Кретова Н.Е., Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология. Медицина. М.: 1993 г.
13. Жордания И.Ф. Экстренная гинекология. Медицина. М.: 1984 г.
14. Малиновский С.М., Новицкий С.Н. Оперативная гинекология. Медицина. М.: 1987 г.
15. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. Медицина. М.: 1983 г.
16. Петченко А.И. Кровотечения в гинекологии. КИИ. Киев.: 1985 г.
17. Цвелев Ю.В., Марченко А.Н. Акушерство и гинекология. Медицина. С.-Петербург.: 1992 г.
18. Скворцов В.Г. Гинекологические заболевания. Медицина. М.: 1990 г.
19. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. НГМА. Н-Новгород.: 1997 г.
20. Малевич К.И. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. Высшая школа. Минск.: 1994 г.
21. Ельцов К.Н., Стрельцов В.И., Марлеев Е.В. Оперативная гинекология. ГДН.: 1985 г.
22. Мандельштам А.Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медицина. М.: 1992 г.
23. Растригин Н.Н. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Медицина. М.: 1988 г.

характеристика базы

Больница ХБК основана в 1961 году по распоряжению крайздравотдела. Ее возглавил Прумский Михаил Степанович. Впоследствии больница была переименована в больницу Юг-Текс. В настоящее время эта городская клиническая больница – 3.

Больница развернута на 500 коек. Из них:

* отделение гинекологии – 100 коек;
* глазное отделение – 95 коек;
* терапевтическое отделение – 90 коек;
* хирургическое отделение – 80 коек;
* детское - 75 коек;
* отделение травмы – 60 коек;
* реанимационно – анестезиологическое – 12 коек.

Кроме того имеется административно-хозяйственный центр куда входят:

* дневной стационар – 10 коек;
* отдел сосудистой хирургии – 10 коек.

В составе больницы имеется вспомогательные службы и поликлиника.

Отделение экстренной гинекологии располагается в трехэтажном здании и рассчитано на 100 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.

В отделении работают :

* 15 врачей
* 27 медицинских сестер
* 25 младшего медицинского персонала.

## Работа операционного блока

В состав операционного блока, кроме операционных комнат, должны входить следующие подсобные помещения: предоперационная, стерилизационная, 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.

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 течении 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.

Во время прохождения практики ознакомилась и углубленно изучила работу и функциональные обязанности медицинской сестры на всех постах.

Должностная инструкция операционной медсестры.

 **Общие положения**

На должность операционной медсестры принимается медицинский работник, имеющий законченное медицинское образование.

Операционная медсестра подчиняется заведующему отделением, старшей операционной медсестре, главной медсестре больнице. Назначается и увольняется с должности главным врачом в соответствии с действующим законодательством.

В своей работе руководствуется законодательными и нормативными документами, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц.

**Обязанности**

1. Подготовка операционной, членов хирургической бригады, хирургических инструментов, белья, шовного и перевязочного материала, аппаратуры для проведения операций.
2. Контроль за своевременностью транспортировки пациента, а также за путями движения членов хирургической бригады в соответствии с зонами стерильности в операционном блоке.
3. Обеспечение инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала.
4. Обеспечение соблюдения правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной.
5. Подготовка пациента к операции: создание необходимой хирургической позиции на столе, обработка операционного поля, обеспечение изоляции операционного поля.
6. Участи в хирургических операциях, обеспечение членов хирургической бригады необходимым инструментарием, материалом, аппаратурой.
7. Выполнение раннего послеоперационного ухода за пациентом, профилактика послеоперационных осложнений.
8. Контроль за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование биологического материала, взятого во время операции у пациента.
9. Качественный учет используемого инструментария, шовного и перевязочного материала, белья, лекарственных средств, аппаратуры.
10. Выполнение первичной дезинфекционной обработки используемого инструментария, материалов и аппаратуры.
11. Контроль стерилизации белья, перевязочного и шовного материала, инструментария.
12. Подготовка и контроль эксплуатации аппаратуры, находящейся в операционной. Своевременное пополнение в операционной материалов.
13. Своевременное и качественное ведение медицинской документации.
14. Оказание до врачебной помощи при неотложных состояниях.
15. Соблюдение морально правовых норм профессионального общения, выполнение требований трудовой дисциплины.
16. Соблюдать деонтологию в отношении с сотрудниками, больными и их родственниками.

**Права**

1. Получать информацию необходимую для качественного выполнения функциональных обязанностей.
2. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу, контролировать объем и качество выполняемой ими работы.
3. Повышать профессиональный уровень знаний, умений, навыков и аттестовываться на квалификационную категорию.
4. Присутствовать, вносить предложения, выступать на совещаниях коллектива отделения, сестринских конференциях.

**Ответственность**

1. За выполнение требований инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала.
2. За некорректное отношение к больным и их родственникам.
3. Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность предусмотренную действующим законодательством.

Должностная инструкция палатной медицинской сестры.

**Общие положения.**

На должность палатной медицинской сестры принимаются лица, имеющие законченное среднее образование и допущенные к медицинской деятельности в данной должности в установленном законом порядке. Принимаются и увольняются главным врачом больницы по представлению главной медицинской сестры. Перед поступлением на работу проходят обязательно медицинское обследование.

Палатная медицинская сестра находиться в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения .Палатная медицинская сестра работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим, главным врачом. Изменения графика работы допускается с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

**Обязанности.**

1. Палатная сестра должна быть образцом дисциплинированности, чистоты, опрятности, заботливо и чутко относиться к больным, поддерживая и укрепляя их моральное состояние.
2. Точно и чётко выполнять все указания врачей и порученные ей манипуляции.
3. Осмотр на педикулёз, общее гигиеническое состояние больного (проведение ванны, смена белья и др.)
4. Транспортировка или сопровождение больного в палату, знакомство с расположением помещений отделения и правилами внутреннего распорядка, режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре ,
5. Сбор материала от больных для лабораторных исследований и организация их своевременной отправки в лабораторию, своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни.
6. Подготовка истории болезни, направление больных по назначению врачей на клинико-диагностические, функциональные исследования, в перевязочные, операционные и в случае необходимости их транспортировка.
7. Измерение температуры тела больным, запись температуры в температурный лист, счёт пульса дыхания, измерение суточного количества мочи, мокроты, внесение этих данных в историю болезни.
8. Плановое наблюдение, организация ухода за лежачими больными, профилактика пролежней.
9. Активное наблюдение за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных.
10. Личная явка к больному по первому зову.
11. Контроль за выполнением установленного врачом режима питания, ежедневный контроль за состоянием тумбочек, холодильников.
12. Кормление тяжелобольных.
13. Контроль за выполнением правил младшим медицинским персоналом.
14. Отметки в листе врачебных назначений об их выполнении, с росписью за выполнение каждого назначения.
15. Проводит кварцевание палат, закрепленных за постом, согласно графика.
16. Работает без права сна и не может отлучаться из отделения без разрешения старшей медицинской сестры или заведующего отделением .
17. Обязана знать и обеспечить готовность к оказанию доврачебной медицинской помощи при ухудшении состояния больного, неотложных состояниях, обеспечить быструю транспортировку
18. Проводить постановку клизм.
19. Катетеризировать больных,
20. Проводить подготовку больных к рентгеноскопии, эндоскопическим исследованиям, операциям, лабораторным исследованиям.
21. Проводить дезинфекцию и подготовку к стерилизации инструментов, оборудования, предметов ухода.
22. Владеть работой во всех манипуляционных кабинетах отделения.

**Ответственность.**

Палатная медицинская сестра несет ответственность за:

1. Своевременное и качественное выполнение назначений врача.
2. За организацию ухода за больным .
3. За ведение медицинской документации .
4. За соблюдение санитарно-противоэпидемического режима при выполнении своих обязанностей.
5. За соблюдением правил приема лекарств больными, учета лекарственных препаратов на посту, соблюдение условий хранения.
6. За своевременную и четкую информацию об ухудшении состояния больного, осложнениях.
7. За качественную и своевременную подготовку больных к исследованиям, процедурам, операциям.
8. За сохранность медицинской тайны.
9. Правильную работу санитарки.
10. Сохранность медицинского и хозяйственного инвентаря.
11. За соблюдением пациентами и посетителями правил внутреннего распорядка.

**Права.**

1. Имеет право делать замечания пациенту о несоблюдении им рекомендаций врача, режима отделения.
2. Получать необходимую информацию.
3. Вносить предложения по совершенствованию работы медицинских работников отделения.
4. Проходить аттестацию с целью присвоения квалификационных категорий.
5. Участвовать в мероприятиях, проводимых для средних медицинских работников больницы.

Должностная инструкция медицинской сестры процедурного кабинета

**Общие положения.**

На должность медицинской сестры процедурного кабинета принимаются лица, имеющие законченное среднее образование, а также стаж работы в данном отделении не менее трёх лет.

Принимаются и увольняются главным врачом больницы по представлению главной медицинской сестры. Перед поступлением на работу проходят обязательно медицинское обследование.

Палатная медицинская сестра находиться в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения .Палатная медицинская сестра работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим, главным врачом. Изменения графика работы допускается с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

Замена процедурной медицинской сестры в период её отсутствия проводиться заведующим отделением и старшей медицинской сестрой путём перевода на эту должность одной из медицинских сестер отделения, хорошо освоивших эту работу.

**Обязанности.**

1. Выполнять манипуляции по назначению врача.
2. Начинать работу только после подготовки кабинета к выполнению процедур, тщательной подготовки инструментария.
3. Соблюдать последовательность проведения процедур в соответствии с графиком работы.
4. Строго соблюдать правила асептики и антисептики при проведении процедур.
5. В течении работы поддерживать необходимый порядок, соответствующую культуру работы и санитарное состояние.
6. Строго соблюдать технологию проведения процедур и манипуляций.
7. Немедленно ставить в известность врача об осложнениях, владеть методиками оказания доврачебной помощи. Готовит необходимый набор инструментов и материалов и ассистирует врачу при проведении манипуляций в данном кабинете.
8. Качественно вести документацию процедурного кабинета.
9. Ежедневно делать отметки в выполненных процедурах.
10. Строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим кабинета, носить спецодежду, соответствующую требованиям процедурного кабинета.
11. Владеть технологией постановки проб на скрытую кровь.
12. Осуществлять контроль за работой санитарки кабинета.
13. Соблюдать требования по проведению стерилизации в сухожаровом шкафу и ведения соответствующей документации.
14. Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности на своем рабочем месте.
15. Постоянно совершенствовать свои медицинские знания, участвовать в общебольничных сестринских конференциях, не реже одного раза в пять лет проходить циклы специализации и усовершенствования на курсах повышения квалификации.

**Права.**

1. Имеет право получать необходимую для своей работы информацию.
2. Вносить предложения по совершенствованию кабинета.
3. Проходить аттестацию для получения квалификационной категории.
4. Знакомиться с актами проверки кабинета и в случае не согласия вносить в них свои замечания и предложения.

**Ответственность.**

Процедурная медсестра несет ответственность за:

1. Своевременное выполнение назначений врача по проведению процедур.
2. Выполнение санитарно-эпидемиологического режима на своем рабочем месте, соблюдать правила асептики и антисептики.
3. Обеспечение кабинета в течении суток необходимым количеством инструментов, лекарственных препаратов, растворов, стерильных материалов для выполнения процедур.
4. Соблюдение условий и правил хранения лекарственных препаратов и инструментов оборудования кабинета.
5. Качественное ведение документации кабинета.
6. Правильную организацию работы санитарки.

Уход 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, эпсилонаминокапроновую 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.

Ампульные растворы полиглюкина и других кровезамещающих рас­творов, сухая плазма крови, консервированная кровь хранятся в спе­циальном холодильнике, и медицинский персонал послеоперационного отделения всегда должен быть хорошо осведомлен о наличии крови и кровезаменителей, правилах их получения и использования.

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.

Дежурная сестра у постели оперированной наблюдает за пульсом, артериальным давлением, дыханием, окраской лица и повязкой. После влагалищных операций и экстирпации матки абдоминальным путем необходимо периодически осматривать подкладные простыни и прокладки у наружных половых органов больной, чтобы своевременно заметить кро­вотечение, которое может возникнуть после указанных операций.

При ухудшении состояния больной, появлении изменений пульса, артериального давления, особенно при его падении, расстройстве дыха­ния, наружном кровотечении или признаках внутреннего кровотечения сестра должна немедленно сообщить об этом врачу для принятия соот­ветствующих мер.

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.

При наличии у больной постоянного катетера необходимо системати­чески следить, выделяется ли моча, так как в случае закупорки катетера или его выскальзывания из мочевого пузыря последний может оказаться переполненным, а это приводит к осложнениям, особенно если была произведена операция на мочевом пузыре.

После наркоза иногда наблюдается асфиксия вследствие западения языка. Сестра должна внимательно следить за больной и поддерживать челюсть до тех пор, пока у больной не проявится ясно выраженный гло­тательный рефлекс. Западение языка предупреждается легче всего поворотом головы на бок.

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.

Нам приходилось наблюдать, когда без подушки при положении на спине у оперированной через несколько часов наступали нарушения сердечной деятельности, которые удавалось устранить после того, как больной придавали возвышенное положение для головы и верхней част» туловища или положение на правом боку.

После того как больная проснулась и ведет себя спокойно, ей раз решается согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах. Движения нижними конечностями приносят больной большое облегчение. У ослаб ленных больных под коленные суставы подкладывают валик, подушку или свернутое одеяло.

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.

Больную, которая была осведомлена о характере вмешательства, необходимо убедить, что операция прошла хорошо, и при этом под­черкнуть ее целесообразность. При сложнейших оперативных вмешатель­ствах (радикальная операция при раке шейки матки и т. п.) больной нуж­но указать на неизбежность такой операции в целях сохранения жизни.

Если больная не знала, в чем будет состоять оперативное вмешатель­ство, и удаление того или иного органа явится для нее неожиданностью, врач должен проявить к ней исключительную чуткость. Ограничившись частичной информацией, он должен отложить полное объяснение до выздоровления больной.

Иногда психику больных тяжело травмируют сестры и санитарки, которые вслух обсуждают результаты операции и высказываются о бес­полезности вмешательства при неоперабельных формах рака. Рассужде­ния медицинского персонала об осложнениях при операции (кровотече­ния, ранения мочевого пузыря или кишки и др.) действуют не только на больную, у которой возникло это осложнение, но и на других женщин.

Необходимо внушить медицинскому персоналу, что никто, кроме лечащего врача, не должен давать больной объяснений по поводу операции, которой она подверглась.

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.

Слова хирурга оказывают исключительно благотворное действие на женщину, перенесшую операцию. Они устраняют тяжелые переживания, создают уверенность в успехе лечения, способствуют благоприятному течению послеоперационного периода.

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, выраженные в той или иной степени, могут продолжаться не только в первые сутки, но и в течение последующих 1–2 дней. Совершенно нецелесообразно заставлять больную понапрасну страдать, тем более что устранение или уменьшение болей представляет собой не только проявление гуманности. В результате этого улучшается деятельность сердца, дыхание становится более глубоким, больная спокойно засыпает, что также способствует восстановлению сил. При послеоперационных болях применяют анальгетики. Из анальгетиков предпочтение следует отдать промедолу, который меньше, чем морфин или пантопон, угнетает дыхание, реже вызывает рвоту. Промедол вводят подкожно непосредственно после операции в дозе 1 мл 2% раствора (20 мг). В дальнейшем инъекции промедола по 20 мг можно повторять через каждые 4–6 часов, сочетая их с инъекциями анальгина (2 мл 50% раствора).

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.

Закись азота подается больной в смеси с кислородом 1 : 1 с помощью аппаратов для наркоза и НАПП-60. Наркоз поддерживается в стадии анальгезии, что проявляется сохранением у больных сознания при отсут­ствии болевых ощущений. Под этим наркозом больные свободно дышат, пульс и артериальное давление устанавливаются на хорошем уровне.

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.

При противопоказаниях к введению нейроплегических средств про­изводят промывание желудка после отсасывания его содержимого через зонд, вводят внутривенно или под кожу с целью дезинтоксикации 5% раствор глюкозы и физиологический раствор поваренной соли, обеспечи­вают повышенную вентиляцию легких с целью более быстрого выведения наркотиков. При продолжающейся рвоте назначают грелку на область желудка, бромистые клизмы (1 г бромистого натрия на 50–100 мл теплой воды) и оставляют желудок в покое, т. е. ничего в него не вводят.

При рвоте, связанной с послеоперационными осложнениями, проводят их лечение.

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.

При икоте, если она не связана с начинающимся перитонитом, применяются бромистые препараты, наркотики, иногда промывание же­лудка. Обычно икота прекращается самостоятельно без всякого лечения.

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.

Исключение ослабляющей больного предоперационной подготовки (голодание, слабительные), раннее кормление после операции, введение глюкозы с инсулином у истощенных больных перед операцией и после нее предупреждают или резко уменьшают проявления послеоперационного ацидоза.

При наличии выраженных признаков ацидоза целесообразно приме­нение ощелачивающей терапии: внутривенное введение 150–250 мл 5% раствора бикарбоната натрия и 100–200 мл 5–10% раствора глю­козы, а также питье щелочных вод.

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.

Степень выраженности ацидоза наиболее ясно распознается путем определения компонентов кислотно-щелочного равновесия крови: рН; парциальное напряжение углекислоты (рСО2), величина избытка кислот (ВЕ), количество буферных оснований (ВВ), стандартных (SВ) и истин­ных (АВ) бикарбонатов.

При тяжелой степени ацидоза определение в динамике компонентов кислотно-щелочного баланса крови позволяет контролировать эффектив­ность лечебных мероприятий.

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.

Распад белков в послеоперационной ране сопровождается увеличе­нием остаточного азота крови у большинства больных, особенно при травматичных и длительных операциях. Нарушение белкового обмена, кроме повышения остаточного азота в течение первых 2 суток, проявляет­ся в гипопротеинемии и увеличении глобулинов по отношению к альбуминам.

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

У тяжелобольных нарастание белков крови может происходить очен1 медленно и продолжаться до 15–35 дней, поэтому в подобных случаях следует назначать диету с повышенным содержанием белков, перелива­ние плазмы и крови.

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.

Изменения в крови наблюдаются сразу после операции и выражаются в повышении количества лейкоцитов до 11 000–12 000 за счет нейтрофилов при уменьшении лимфоцитов и эозинофилов. Нара­стание лейкоцитоза обычно происходит в течение 4–5 дней, а затем к 9–10-му дню количество лейкоцитов снижается до нормы. Степень нара­стания и продолжительность лейкоцитоза связаны с тяжестью и дли­тельностью оперативного вмешательства.

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.

Больным, оперированным по поводу пузырно-влагалищных свищей, разрешается вставать на 2–3-й день. После пластических операций на промежности больные встают на следующий день после снятия швов, т. е. обычно на 7–8-й день, сидеть же им разрешают на 10–11-й день.

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.

После пластических операций на влагалище и промежности без вмеша­тельств на прямой кишке диета должна содержать достаточное количество продуктов питания, но чтобы было меньше шлаков и стул не был слишком обильным и твердым.

При ведении послеоперационного периода и назначении диеты следует учитывать, что при тяжелых заболеваниях, а также в случае длительного применения антибиотиков, которые изменяют флору кишечника и нару­шают синтез витаминов, развиваются гиповитаминозы. Операция и нар­коз всех видов повышают потребность организма в витаминах, поэтому как перед операцией, так и после нее необходимо назначать комплекс витаминов и витаминизированные продукты питания (свежие овощи, фрукты и др.).

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.

Большинство гинекологических операций не связано с непосредствен­ной травмой кишечника, поэтому если послеоперационный период про­текает асептично, перистальтика кишечника восстанавливается на 2-й день после операции, начинают отходить газы.

Следует учитывать, что паретическое состояние кишечника может наблюдаться не только после хирургических вме­шательств на кишечнике, но и в результате многократного заправления кишечных петель во время операции, грубых манипуляциях с ними и т. п., а также при длительных и тяжелых операциях. Нарастание пареза кишечника отягощает состояние больных, нарушает дыхание и сердечную деятельность вследствие смещения диафрагмы вверх.

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.

Если все перечисленные меры не дают положительного результата, следует заподозрить механическую непроходимость или развитие пери­тонита, принимая соответствующие меры по диагностике и лечению этих грозных осложнений послеоперационного периода.

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 избежания 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.

Особенно часто наблюдается задержка мочеиспускания у больных после расширенной экстирпации матки по поводу рака шейки. В этом случае причиной задержки мочи является не только обширная отслойка мочевого пузыря, но и нарушение ряда нервных связей при удалении клетчатки, окружающей матку и мочевой пузырь с мочеточниками, осо­бенно в области их нижнего отрезка.

Повторные катетеризации, застой мочи в пузыре способствуют быстро­му возникновению не только цистита, но и восходящей инфекции мочевыводящих путей.

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.

В течение последних лет первые 3–4 дня после радикальной операции по поводу рака матки мы применяем постоянный катетер. Наши наблю­дения показывают, что при этом самостоятельное мочеиспускание нала­живается быстрее, не задерживается остаточная моча, по-видимому, за счет более быстрого восстановления мышечного тонуса мочевого пузыря и опасность развития инфекции мочевыводящих путей уменьшается.

При наличии постоянного катетера, особенно после упивания уре­трально-влагалищных и уретрально-пузырно-влагалищных свищей, необ­ходимо тщательно следить за тем, чтобы он не выскользнул из пузыря или не закупорился кровяным сгустком либо слизью. При этом через катетер перестает выделяться моча, а мочевой пузырь начинает перепол­няться. растяжение его стенок может нарушить целость наложенных швов при фистулоррафии и привести к рецидиву свища.

В настоящее время после операции зашивания пузырно-влагалищных и пузырно-шеечных свищей в большинстве случаев постоянный катетер не применяется. Больным разрешают вставать на 2-й или 3-й день после оперативного вмешательства и обычно самостоятельное мочеиспускание быстро налаживается. Если нормальное мочеиспускание отсутствует, необходимо производить регулярную катетеризацию мочевого пузыря через 4–6 часов, ежедневно промывая его небольшими порциями (50– 70 мл) раствора фурацилина (1 : 5000) или другими дезинфицирующими растворами. Следует помнить о возможной задержке мочи, возникновении парадоксальной ишурии н наличии в мочевом пузыре остаточной мочи, принимая своевременно профилактические и лечебные меры.

При наблюдении за больной необходимо помнить, что к числу грозных осложнений послеоперационного периода относится анурия, причинами которой могут быть травматический шок с сопровождающим его падеяием артериального давления и рефлекторным спазмом почечных сосудов, резкое обескровливание организма, ранение или перевязка обоих мочеточников, переливание несовместимой крови, септическая инфекция и интоксикация.

Выявление этиологии анурии определяет меры борьбы с этим гроз­ным осложнением.

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.

Обычно после операции частота и наполнение пульса могут колебаться в связи с пробуждением и особенно рвотой. Однако при нормальном тече­нии послеоперационного периода пульс довольно быстро выравнивается и частота его соответствует 70–80 в минуту. У обескровленных больных частота пульса бывает больше и это следует учитывать, оценивая их состояние. При повышении температуры тела пульс учащается, но обычно соответствует подъему температуры.

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.

Снижение артериального давления может зависеть от недостаточности восполнения потерянной при операции крови, послеоперационного крово­течения, болевого шока, сердечной слабости.

В каждом случае необходимо выяснить причину гипотензии и с учетом этого применять терапевтические мероприятия. Каждой больной при падении у нее артериального давления должно проводиться лечение, так как гипотензия может вызвать нарушение деятельности многих важнейших органов и систем. Недостаточность кровообращения, к проявлениям которой относится и гипотензия, приводит к циркуляторной гипоксии со всеми вредными ее последствиями. Гипотензия является фактором, пред­располагающим к развитию тромбоэмболии, пневмонии, снижению моче­отделения и ряду других патологических состояний.

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.

С целью лечения в послеоперационном периоде нарушений функции сердечно-сосудистой системы проводят мероприятия, направленные на усиление сердечной деятельности, улучшение питания миокарда путем расширения коронарных сосудов, и вводят в кровь энергетические веще­ства (глюкоза), тонизируют периферические сосуды, уменьшают застой в венах, улучшают дыхание и т. д. К числу этих мер относится применение камфары, оказывающей благоприятное действие на сердечную деятель­ность, тонус сосудов и нормализацию дыхания; введение строфантина, увеличивающего систолическое давление, уменьшающего венозный застой и ускоряющего капиллярное кровообращение; назначение эфедрина, улучшающего дыхание, повышающего артериальное давление и расслабляющего гладкую мускулатуру; введение стрихнина, усиливающего работу сердца, повышающего тонус дыхательного центра и блуждающих нервов. Помимо этого, применяют кофеин, кордиамин, адреналин, мезатон и другие сердечно-сосудистые средства, а также проводят оксигенотерапию.

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.