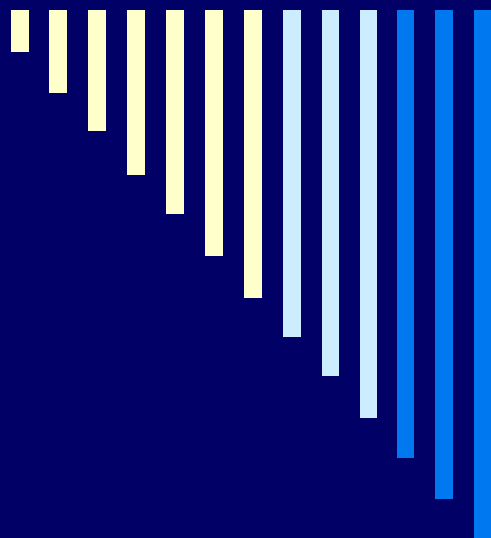




---

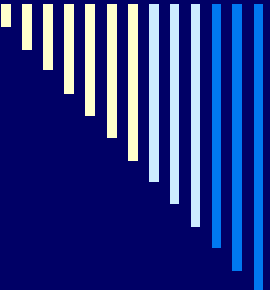
Тема: Передопераційна  
підготовка. Основні етапи  
гінекологічних операцій.  
Післяопераційний догляд за  
гінекологічними хворими.

**Курс II**

**Спеціальність: « Сестринська  
справа»**

**Кількість навчальних годин 7**

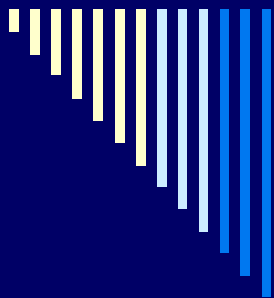
---



# Актуальність теми

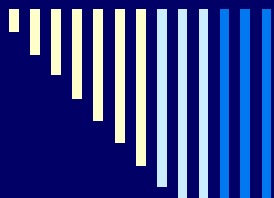
- Середній медичний персонал бере безпосередню участь у підготовці до операції та її проведенні, несе відповідальність за роботу операційного блоку, стежить за дотриманням правил асептики та антисептики.



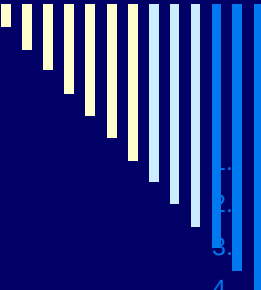


# Навчальні цілі

- Знати:- підготовку до гінекологічних операцій;
- - знеболювання;
- - етапи гінекологічних операцій;
- - післяопераційний догляд;
- Вміти:
- - підготувати пацієнтку до операцій;
- - підготувати інструменти;
- - здійснювати післяопераційний догляд.

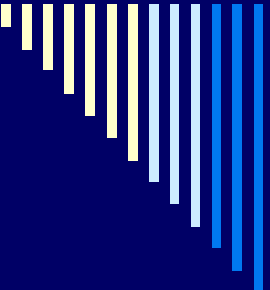


| Дисципліни            | Знати                                                                                                     | Вміти                                                                                                                                                |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Анатомія              | Жіночі статеві органи                                                                                     | Показати на<br>фантомах, таблицях                                                                                                                    |
| Фізіологія            | Фізіологію статевих<br>органів                                                                            | Показати на схемах                                                                                                                                   |
| Хірургія              | Інструменти                                                                                               | Показати на стенді,<br>знайти потрібний<br>інструмент на<br>маніпуляційному<br>столику                                                               |
| Основи медсестринства | Знезараження<br>інструментів, підготовку<br>їх до стерилізації,<br>приготування<br>дезінфікуючих розчинів | Знезаражувати<br>інструменти, вміти<br>проводити проби на<br>залишки біологічних<br>рідин та м'якого<br>розчину, приготувати<br>дезінфікуючий розчин |



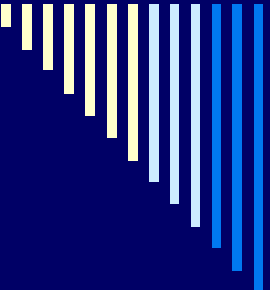
# План

1. Обовязки операційної медичної сестри.
2. Акушерські операції.
3. Оперативні методи лікування у гінекології.
4. Операційний блок.
5. Стерелізація інструментарію.
6. Підготовка хворої до операції.
7. Знеболення гінекологічних операцій.
8. Підготовка персоналу до операції.
9. Черевностінкові гінекологічні операції.
10. Лапаротомія за Пфанненштілем.
11. Видалення маткової труби, придатків матки.
12. Резекція яєчника.
13. Операції, що відновлюють прохідність маткових труб.
14. Надпівхова ампутація матки.
15. Екстирпація матки.
16. Консервативна міомектомія.
17. Вагінальні операції.
18. Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом.
19. Пластика передньої стінки піхви (передня кольпорафія).
20. Біопсія із шийки матки.
21. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння вагіни.
22. Зондування порожнини матки.
23. Фракційне вишкрібання порожнини матки.
24. Ендоскопічні операції.
25. Основні ендоскопічні операції та маніпуляції.
26. Догляд за хворою у післяопераційний період.
27. Ускладнення післяопераційного періоду.



# Обов'язки операційної медичної сестри

- До обов'язків операційної медичної медсестри входить підготовка та стерилізація операційного інструментарію та білизни, шовного та перев'язувального матеріалу. У великих стаціонарах інструментарій стерилізують централізовано.
- Операційна медсестра проводить контроль стерилізації шляхом бакпосівів. Дату і результат дослідження заносять у спеціальний журнал.
- Перед початком робочого дня операційна медсестра перевіряє стан операційного стола і надійність фіксації рухомих його частин, оглядає безтіньової лампи, переконується у їх нормальній роботі.
- Операційна має бути обладнана бактерицидними лампами – настінними або пересувними. Перед початком роботи, у перервах та після закінчення операційного дня проводиться опромінення приміщень впродовж щонайменше години. В цей час в операційній не повинно бути нікого, аби уникнути негативного впливу на організм людини ультрафіолетових променів.
- До обов'язків операційної медсестри входить систематичне спостереження та бактеріологічний контроль за якістю дотримання вимог до санітарно-епідеміологічного стану приміщень, твердого інвентаря, білизни, інструментарію, тому регулярно проводяться бакпосиви змивів з поверхонь усіх предметів, що знаходяться в операційній.



# Акушерські операції

I. Операції, що зберігають вагітність.

II. Операції штучного переривання вагітності.

1. Штучний аборт до 12 тижнів вагітності:

- вишкрібання порожнини матки;
- вакуум-аспірація плідного яйця;

2. Штучне переривання вагітності у пізні терміни:

- малий кесарів розтин (до 27 тижнів вагітності);
- внутрішньооболонкове введення гіпертонічних розчинів;
- штучне збудження родової діяльності;

III. Операції, що готують родові шляхи.

1. Амніотомія.

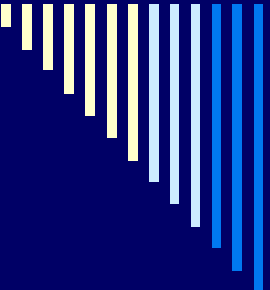
2. Розширення шийки матки:

- розширювачами Гегара;
- пальцеве;
- насічки на шийці матки;

3. Розтин промежини:

- перінеотомія;
  - епізіотомія.
-





# Акушерські операції

## IV. Операції, що виправляють положення плода.

### 1. Зовнішній поворот плода:

- при тазовому передлежанні;
- при поперечному та косому положенні плода.

### 2. Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку.

## V. Розроджувальні операції.

### 1. Накладання акушерських щипців:

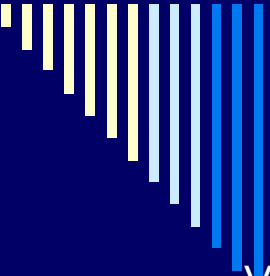
- порожнинних;
- вихідних;

### 2. Вакуум- екстракція плода;

### 3. Витягання плода:

- за ніжку;
- за паховий згин.

### 4. Кесарів розтин.



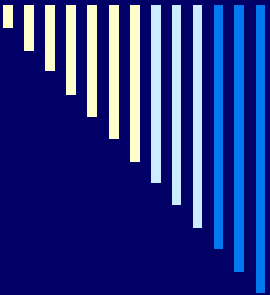
# Акушерські операції

## VI. Плороруйнівні операції.

1. Краніотомія.
2. Клейдотомія.
3. Декапітація.
4. Евісцерація.
5. Спондилотомія.

## VII. Операції, що виконують у третьому періоді пологів і у ранньому післяпологовому періоді.

1. Ручне відокремлення та виділення посліду;
  2. Ручне обстеження порожнини матки;
  3. Інструментальна ревізія порожнини матки.
  4. Зашивання розривів шийки матки і промежини;
  5. Перев'язування магістральних судин матки;
  6. Надпихова ампутація матки.
  7. Екстирпація матки.
-



# Оперативні методи лікування у гінекології

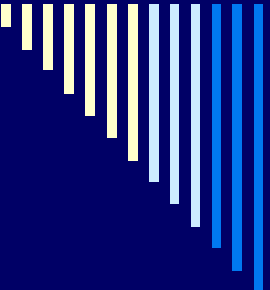
До оперативних втручань у гінекологічній практиці вдаються лише за умови, що консервативні методи лікування випробувані, є певність, що вони не принесуть користі і єдиним шляхом до видужання хворої, а часом і до врятування її життя є операція.

Кожна операція виконується за певними показаннями.

**Показання** — це сукупність причин, що зумовлюють необхідність проведення певного оперативного втручання.

Показання до операції повинні бути ретельно продумані лікарем та записані в історію хвороби.

Необхідно враховувати також наявність протипоказань, і лише після аналізу усіх даних вирішувати питання про вид та об'єм операції, беручи до уваги вік жінки, наявність у неї дітей, бажання мати дітей у майбутньому чи, навпаки, протипоказання до вагітності за станом здоров'я.

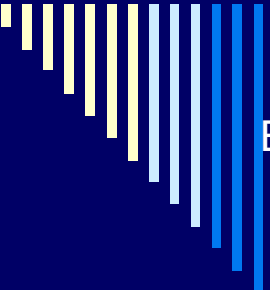


Операція, за можливістю, повинна не тільки усувати причину захворювання, але й не позбавляти жінку притаманних її організму функцій — менструальної, статевої, репродуктивної.

«Не знищення хворого органу, не усунення його, а відновлення його цілості та усіх його функцій — ось кінцева мета усякої операції», — писав А.П. Губарєв.

Надзвичайно важливою є правильна діагностика. Слід максимально використати усі можливості клініки чи іншого гінекологічного стаціонару, щоб виявити захворювання статевих органів чи супутні хвороби, які можуть бути протипоказаннями до проведення наркозу чи й самої операції, відповідним чином підготувати жінку і уникнути прикрих несподіванок під час оперативного втручання, які іноді змушують змінювати заздалегідь визначений план та об'єм операції.

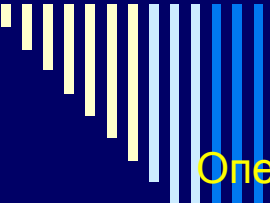
Встановивши, що до оперативного лікування цієї хворої безумовно немає ніяких протипоказань, хірург повинен обрати методику операції, найбільш доцільну саме для цієї пацієнтки.



Врахування особливостей психіки хворої, що готується до операції, та охорона її від травмування та стресу є першочерговим завданням усього персоналу відділення оперативної гінекології. Недостатня чуйність у ставленні до хворої, байдужість можуть погіршити результати навіть бездоганно у технічному плані виконаної операції. Слід пам'ятати, що хворій дуже важко психологічно настроїтись на необхідність оперативного втручання, і навіть жінки із сильним типом нервової системи бояться операції. Тому поведінка лікаря й усіх, хто спілкується з хворою, повинна бути цією операції та її позитивних наслідках для здоров'я у хворої не повинно виникати.

Хворих, яких госпіталізують у плановому порядку, варто розміщувати в одній палаті з тими, хто видужує після операції, і, навпаки, ізолювати від щойно прооперованих хворих.

Затишна обстановка у відділенні, уважне ставлення медичного персоналу, чіткість виконання призначень створюють сприятливий психологічний клімат і полегшують хворій тривожний час очікування операції.



# ОПЕРАЦІЙНИЙ БЛОК

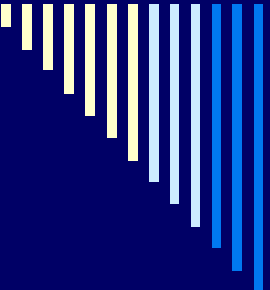
**Операційний блок** гінекологічної клініки складається з таких приміщень: передопераційної, кімнати для підготовки хворої, матеріальної, операційної.

**Передопераційна кімната.** У цій кімнаті хірург та його помічники миють руки, одягають операційний одяг, фартухи, маски. В операційну операційна бригада заходить уже готовою до одягання стерильних халатів та початку операції.

**Кімната для підготовки хворої до операції.** Готувати хвору до операції доцільно у кімнаті, що знаходиться поруч з операційною. Це позбавляє її негативних емоцій від споглядання обстановки операційної, крім того, в операційній не порушується чистота і порядок.

**Матеріальна кімната** призначена для зберігання операційної білизни, марлі, вати, інструментів. Ця кімната повинна бути ізольована від інших приміщень. Матеріали в операційну подають через спеціальне вікно.

**Операційна кімната.** Операційних у відділенні оперативної гінекології повинно бути щонайменше дві: «чиста» і «гнійна», оскільки на практиці доводиться надавати допомогу як неінфікованим, так й інфікованим хворим.



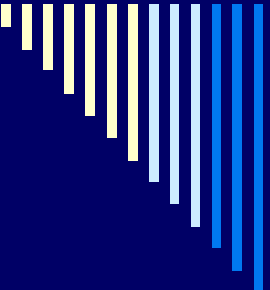
**«Чиста» операційна** повинна бути більшою, у ній може знаходитись 1-2 операційні столи.

У **«гнійній» операційній** оперують не лише хворих із заздалегідь встановленим діагнозом гнійного процесу у статевих органах, але й тих, що підлягають оперативному втручанню за невідкладними показаннями, так як наявність гною може бути діагностована у недостатньо обстежених хворих уже під час операції. Тоді операційну слід ретельно прибрати і продезінфікувати.

**Операційна, передопераційна та матеріальна** знаходяться у зоні стерильного санітарно-гігієнічного режиму.

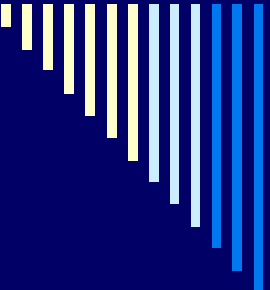
**Зона стерильного режиму** потребує дотримання особливих вимог щодо прибирання:

- **попереднє прибирання** — видалення пилу на меблях, приладах та підлозі перед початком кожного робочого дня;

- 
- **поточне прибирання** (дотримання чистоти і порядку в операційній) — під час операцій прибираються марлеві кульки, серветки, інструменти, що випадково впали на підлогу; якщо на підлогу потрапляє рідина, її негайно треба витерти;
  - **післяопераційне прибирання** — у проміжках між операціями;
  - **завершальне прибирання** — наприкінці робочого дня: миття підлоги, вологе протирання стін, підвіконь, меблів з використанням дезінфектантів. Прибирання проводиться незалежно від того, були у цей день операції чи не було;
  - **генеральне прибирання** (дезінфекція операційного блоку) — 1 раз на тиждень.

Після прибирання операційну знезаражують за допомогою **кварцевої лампи протягом години**.





Дуже важливе достатнє освітлення.

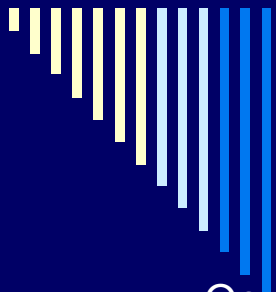
Слід зважити на те, що **черевно-стінкові операції** на внутрішніх статевих органах проводяться глибоко у порожнині таза, тому високоефективним буде освітлення **за допомогою безтіньової лампи**.

При **вагінальних операціях** краще користуватись так званими **гінекологічними світильниками**, що додатково до денного освітлення дозволяють сфокусувати світло у горизонтальному напрямі і добре освітити операційне поле.

**Температура в операційній** повинна підтримуватись у межах 20-25 °C.

Необхідна достатня **вентиляція** або **кондиціонування повітря**.

---



# СТЕРИЛІЗАЦІЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ

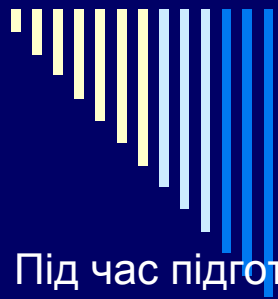
Основним видом стерилізації є **термічне знезаражування**. Переважна більшість мікроорганізмів може існувати лише у певних температурних умовах, причому верхня межа температури для більшості вегетуючих мікробів становить 50°C. Спори, захищені термостійкою оболонкою, можуть переносити і вищу температуру.

**Високочутливі мікроорганізми (неспороутворюючі бактерії, віруси, гриби)** гинуть при температурі 100°C через 2 хвилини, при температурі 121-132°C (пара під тиском) — через 1 хв, при дії сухого жару при температурі 160-180°C — через 1-3 хв.

**Слабкорезистентна флора (вірус гепатиту, збудник газової гангрени)** гинуть відповідно через 5, 1-2, 1-4 хвилини.

**Клостридії, палички сибірки** при кип'ятінні гинуть через 10 хв, при дії більш високої температури — через 1-4 хв.

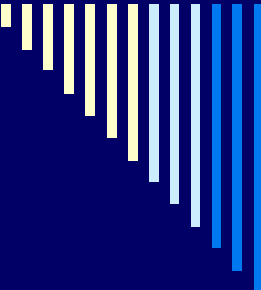
**Високорезистентна спороутворююча флора (клостридії правця, ботулізму)** при кип'ятінні гине через 300-500 хвилин, при дії пари під тиском — через 12-25 хвилин, при дії сухого жару — 30-60 хв.



# ПІДГОТОВКА ХВОРОЇ ДО ОПЕРАЦІЇ

Під час підготовки хворої до планової операції проводять ретельне **клініко-лабораторне обстеження**, що включає клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, дослідження крові на сифіліс та СНІД, визначення групи крові та резус-фактора, дослідження системи гемостазу, загальний аналіз сечі, дослідження піхвової мікрофлори, мазки з зовнішньої поверхні шийки матки та цервікального каналу на атипові клітини, ЕКГ, рентгенографію органів грудної порожнини.

**Хвору оглядають спеціалісти:** стоматолог (при необхідності санує ротову порожнину), терапевт, анестезіолог. За показаннями хвору консультують лікарі: окуліст, невропатолог, при наявності варикозного розширення вен або тромбофлебіту — судинний хірург. **При виявленні відхилень від норми проводять корекцію** — лікування анемії, санацію піхви. Хворим із злоякісними пухлинами **з додаткових методів дослідження застосовують** рентгеноскопію шлунка та кишечника, ректороманоскопію та хромоцистографію, при безплідності, ендометріозі, пухлинах тіла матки — гістеросальпінгографію або контрастну сонографію. Проводять посіви виділень з піхви для дослідження мікрофлори та чутливості до антибіотиків.



Особливо важлива підготовка до операції хворих літнього віку хворих із серцево-судинною патологією, із злоякісними пухлинами. Відповідна підготовка, що полягає у призначенні судинорозширюючих, гіпотензивних, сечогінних препаратів, серцевих глікозидів, кокарбоксилази, вітамінів, дозволяє запобігти ускладненням з боку серцево-судинної системи та забезпечити сприятливий перебіг операції та післяопераційного періоду.

Напередодні операції жінка не вечеряє, можна випити лише склянку солодкого чаю, зранку не снідає.

Їй проводиться санобробка:

Зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, ставлять очисну клізму, проводять гігієнічний душ.

Безпосередньо перед операцією жінка спорожнює сечовий міхур, вводять постійний катетер на час операції.



Підготовка хворих до піхвових операцій, або до операцій із доступом через передню черевну стінку (екстирпація матки) має певні особливості.

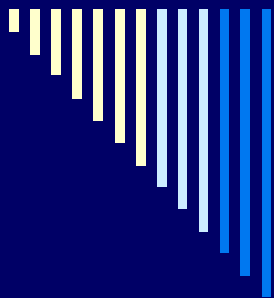
Попередньо таким хворим проводять **санацію піхви** до досягнення I ступеня чистоти піхвового вмісту: спринцювання піхви розчинами антисептиків, введення тампонів з лікувальними емульсіями.

**У день проведення операції** піхву обробляють спиртом і вводять стерильний тампон.

При наявності декубітальних виразок на шийці матки у хворих з випадінням матки необхідно досягти їх загоєння. Відсутність інфекції у піхві значно зменшує ризик розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень.

**Увечері напередодні операції** хворій призначають снодійні препарати (фенобарбітал 0,1-0,2 г, нітразепам 0,005-0,01 г, ноксирон — по 0,25-0,5 г), транквілізатори (сибазон — по 0,01 г, нозепам — по 0,01 г, еленіум — по 0,005 г). Хворим із збудливою нервовою системою транквілізатори призначають повторно за 2 год. до операції.

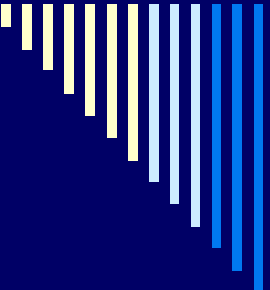
---



**За 30-40 хв до операції проводять премедикацію:** вводять атропін або метацин по 0,5-0,8 мг, наркотичні аналгетики (промедол — по 20 мг, фентаніл — по 0,1 мг, таламонал — по 2 мл), антигістамінні препарати (димедрол — по 0,02 г).

**Підготовка хворої до ургентної операції** у більшості випадків дуже обмежена за часом (інколи до кількох хвилин). Якщо дозволяють обставини, здійснюють спорожнення кишечника за допомогою очисної клізми (у випадку кровотечі клізма протипоказана). Перед операцією, що проводиться під ендотрахеальним наркозом, якщо хвора нещодавно приймала їжу, слід провести промивання шлунка або аспірацію шлункового вмісту з метою профілактики синдрому Мендельсона (під час операції може виникнути регургітація і кислий вміст шлунка потрапить у трахею і легені). При необхідності зголюють волосся на лобку. Якщо можливо, хвора приймає душ. Обов'язково здійснюють спорожнення сечового міхура або введення постійного катетера.

Премедикацію проводять безпосередньо в операційній, перелічені вище препарати вводять внутрішньовенно.

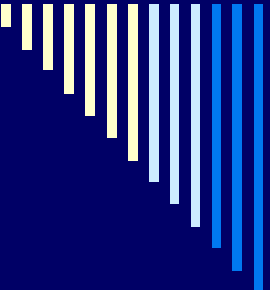


# Знеболювання

це сукупність заходів, які застосовують при операціях з метою виключення больових відчуттів різного походження.

**Наркоз (загальне знеболювання)** - це стан загальмованості ЦНС, який супроводжується зворотною втратою свідомості, чутливості, рухів, умовних, деяких безумовних рефлексів, при якому виключення больової чутливості (рефлексу) відбувається на рівні кори головного мозку.

**Наркозний стан** характеризується тимчасовим виключенням свідомості, больової чутливості, рефлексів і розслабленням скелетних м'язів, викликане впливом наркотичних речовин на ЦНС.



# Класифікація наркозу

## 1. Інгаляційний:

- а) масковий;
- б) ендотрахіальний.

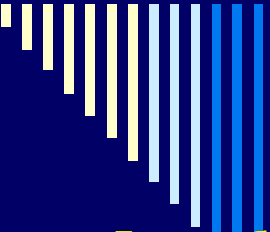
## 2. Не інгаляційний:

- а) внутрішньовенний;
- б) внутрішньом'язовий;
- в) ректальний .

## ЕТАПИ НАРКОЗУ

- I – введення в наркоз;
- II – підтримання наркозу;
- III – виведення з наркозу.



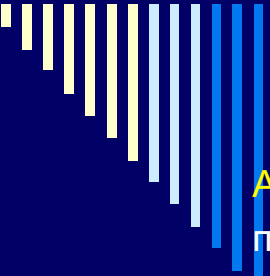


# МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Для знеболення великих гінекологічних операцій найчастіше застосовують комбінований ендотрахеальний наркоз у поєднанні з міорелаксантами та штучною вентиляцією легень (ШВЛ). Цей метод дозволяє підтримувати достатню прохідність дихальних шляхів у будь-якому положенні хворої, забезпечує максимальне розслаблення м'язів і відсутність больової чутливості при мінімальних кількостях анестетиків, а також застосовують епідуральну анестезію.

Виділяють такі етапи у проведенні загального наркозу:

- премедикація;
- **ввідний наркоз** (внутрішньовенне введення тіопентал-натрію або гексеналу у дозі 6-8 мг/кг; при крововтраті, алергії, бронхіальній астмі -кетаміну у дозі 2 мг/кг);
- введення деполяризуючих міорелаксантів (дитилін, лістенон — 2 мг/кг).
- маскова ШВЛ та інтубація трахеї;
- **підтримання основного наркозу** (ШВЛ закисом азоту та киснем; внутрішньовенне введення наркотичних анальгетиків, нейролептиків та транквілізаторів; тотальна м'язова релаксація; підтримання адекватного газообміну та гемодинаміки, корекція ОЦК);
- **виведення з наркозу** (припинення подачі інгаляційних анестетиків, вдихання кисню; введення антидотів міорелаксантів; контроль за відновленням свідомості, появою захисних рефлексів);
- екстубація;
- підтримання стабільного дихання та кровообігу.



**Анестезіолог повинен заздалегідь приготуватися до проведення знеболення:**

перевірити готовність наркозної апаратури, наявність відповідних медикаментозних препаратів та кисню в балонах.

На стерильному столику повинно бути все необхідне: ларингоскоп, інтубаційні трубки, стерильні одноразові шприци, маска, медикаментозні препарати.

Необхідно постійно стежити за станом хворої та вести наркозну карту.

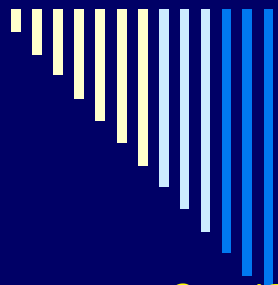
**Невеликі за об'ємом та короточасні гінекологічні втручання** також вимагають адекватного знеболення з огляду на інтенсивність больових імпульсів, що виникають внаслідок подразнення високочутливих рефлексогенних зон матки.

**З метою анестезії використовують внутрішньовенне знеболення** тіопенталом-натрію, кетаміном або кетанестом, нейролептаналгезію, атаралгезію.

**Місцеву анестезію** застосовують лише при наявності протипоказань до загальної: гострі запальні процеси у верхніх дихальних шляхах, повний шлунок, а також при відсутності умов для проведення наркозу або відмові хворої від загального знеболення.

Основним методом **регіонарного знеболення** при вишкрібаннях стінок порожнини матки, пункціях є **парацервікальна анестезія**, якої досягають введенням анестетика (лідokaїна 0,25-0,5% або ультракаїна) у параметральну клітковину, де містяться нервові сплетення. Для проведення парацервікальної анестезії необхідно підготувати новокаїн або інший анестетик, шприц місткістю 20 мл і довгу голку.

**Ендоцервікальна анестезія** – (дикаїн), використовують рідше



# ПІДГОТОВКА ПЕРСОНАЛУ ДО ОПЕРАЦІЇ

**Спосіб обробки рук первомуром.** Руки миють з милом під проточною водою протягом 3-5 хв, потім занурюють у миску з розчином, приготованим з 10 л дистильованої води, 17 мл пергідролу та 69 мл мурашиної кислоти і протягом 3 хв обробляють з допомогою стерильної серветки.

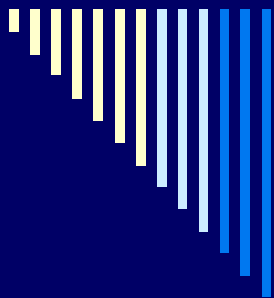
**Спосіб обробки рук дегміцидом.** Руки миють щіткою з милом під проточною водою протягом 5 хв., витирають насухо і обробляють двома стерильними серветками, змоченими 1 % розчином дегміциду, протягом 3 хв кожною серветкою.

**Спосіб обробки рук хлоргексидином.**

. Руки миють з милом під проточною водою, витирають насухо, потім наносять 0,5% розчин хлоргексидину в 70% етиловому спирті в кількості 5-8 мл і протягом 2 хв втирають в шкіру. Жоден із способів обробки рук не гарантує їх абсолютної стерильності, тому всі операції виконуються у стерильних хірургічних рукавичках.

**Одягання стерильного халата**

Після обробки рук операційна медична сестра першою заходить в операційну і з допомогою санітарки або іншої сестри приступає до одягання стерильного халата. Санітарка відкриває бікс із простерилізованими халатами. Операційна медична сестра за індикатором стерильності перевіряє придатність халатів до використання, виймає халат, складений у вигляді рулона, розгортає його і одягає. Санітарка чи інша сестра зав'язують ззаду зав'язки халата і пояс.



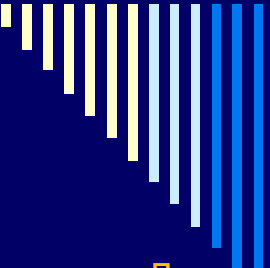
Хірурги одягаються самостійно. Халат їм у розгорнутому вигляді подає сестра, санітарка зав'язує пояс. Якщо є потреба, операційна сестра може допомогти хірургам зав'язати поворозки на рукавах.

### Одягання стерильних рукавичок

Санітарка відкриває бікс з рукавичками, за індикатором перевіряє їх стерильність. Операційна сестра одягає рукавички сама, а хірургу подає таким чином, щоб він одним швидким рухом ввів руку в рукавичку якомога глибше.

Одягнуті рукавички протирають 96% спиртом, щоб видалити залишки тальку. На зовнішній поверхні рукавичок тальку бути не повинно, оскільки, потрапляючи на очеревину, він викликає асептичне запалення, що призводить до формування спайок у черевній порожнині.

Якщо під час операції випадково стався прокол рукавички, її слід негайно замінити.



# ЧЕРЕВНОСТІНКОВІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

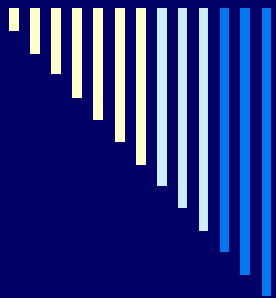
Для виконання черевностінкових гінекологічних операцій найчастіше використовують нижню серединну лапаротомію та доступ за Пфанненштілем.

## Нижня серединна лапаротомія.

Нижня серединна лапаротомія забезпечує достатній доступ до органів малого таза, дає можливість оглянути при потребі інші органи черевної порожнини, розширивши розтин догори, можна провести ревізію усіх органів черевної порожнини та виконати необхідні втручання. Тому цим доступом користуються, коли під час операції передбачаються технічні труднощі (при перитоніті, внутрішній кровотечі, великих пухлинах тощо).

По середній лінії живота (linea alba) скальпелем розтинають шкіру та підшкірну жирову основу від лобкового горба у напрямі до пупка. Величина розтину залежить від об'єму оперативного втручання, якщо йдеться про видалення пухлини, то від її розміру. Розтинають апоневроз. Спочатку роблять невеликий розріз скальпелем, потім його продовжують ножицями. Роз'єднують прямі м'язи. Захоплюють очеревину двома анатомічними пінцетами і між ними розтинають скальпелем, потім розріз продовжують ножицями угору і вниз. Продовжуючи розріз у напрямі до лобкового симфізу, слід бути обережним, щоб не поранити сечовий міхур. Щоб цього не трапилося, розтинають тільки ділянку, що просвічується, обов'язково під контролем зору.

Зашивають черевну стінку пошарове у зворотному порядку.



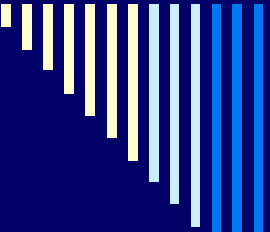
# Лапаротомія за Пфанненштілем

**Перевагами даного розрізу є** відсутність косметичного дефекту, особливо при зашиванні з використанням внутрішньошкірного (косметичного) шва, краще загоєння рани, ніколи не буває таких ускладнень, як евертерація, оскільки шари рани розтинають у різних напрямках. Шкіру та підшкірну клітковину розтинають по надлобковій складці на віддалі 2-3 см від лобкового симфізу. У пахових ділянках з обох боків розтину проходять поверхневі надчеревні артерії, поранення яких слід уникати, а якщо їх перетинають, необхідно одразу перетиснути затискачами та перев'язати.

Апоневроз надрізають скальпелем з обох боків від білої лінії, потім розріз продовжують ножицями в обидва боки рани. Верхній край апоневрозу посередині рани захоплюють затискачем Кохера і, відтягуючи його догори, відтинають ножицями від білої лінії у напрямі до пупка, наскільки дозволяє розтин шкіри. М'язи передньої черевної стінки не розтинають. Їх роз'єднують тупим шляхом, у поздовжньому напрямку, так само, як при нижній серединній лапаротомії.

Очеревину захоплюють двома пінцетами і розтинають у поздовжньому напрямку спочатку скальпелем, а потім ножицями.

**Недоліки.** Попри безперечні переваги цього доступу, слід зауважити, що при розрізі за Пфанненштілем частіше спостерігається виникнення підфасціальних гематом, затруднений доступ до органів малого таза, якщо в ході операції виникають проблеми — необхідність ревізії черевної порожнини, великі розміри пухлини — цей розріз неможливо розширити.

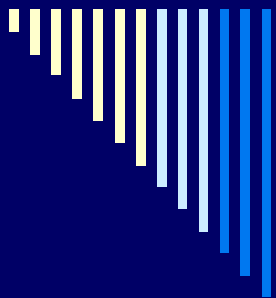


# Видалення маткової труби, придатків матки

До видалення маткової труби вдаються при позаматковій вагітності, гнійних процесах у трубі. Придатки видаляють при пухлинах яєчника оскільки труба входить до складу його хірургічної ніжки, та при тубооваріальних пухлинах, коли внаслідок запального процесу яєчник і труба з'єднуються між собою і видалити тільки трубу або тільки яєчник технічно неможливо.

Основними показаннями до видалення яєчника є його пухлини.

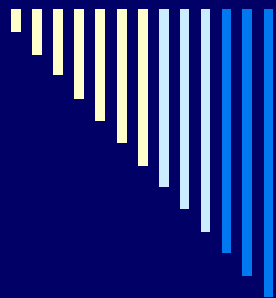
Пухлини яєчника мають так звану «ніжку». До складу анатомічної ніжки входять власна і підвішуюча зв'язка яєчника, частина широкої маткової зв'язки, судини та нерви, що у них проходять. До складу хірургічної ніжки пухлини входить іще маткова труба. При ускладненні у вигляді перекручення ніжки пухлини перетискають судини, що входять до складу хірургічної ніжки, порушується кровообіг, тому капсула кістоми набрякає та просочується кров'ю. Пухлина набуває багрово-синюшного кольору, збільшується у розмірах. Особливістю оперативного втручання при перекруті ніжки кістоми є те, що затискачі слід накладати нижче місця перекручення, щоб запобігти потраплянню у кров жінки токсичних продуктів та тромбопластичних речовин, що утворилися в кістомі після порушення її кровопостачання. Розкручувати ніжку ні в якому разі не можна!



### Етапи операції:

- дезінфекція шкіри
- поздовжний чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача і відмежування кишкових петель;
- захоплення рукою і виведення маткової труби;
- накладання затискачів Кохера на брижу маткової труби і її матковий затискачів Кохера на брижу маткової труби і її матковий кінець (при видаленні придатків матки затискачі накладають на підвішуючу зв'язку яєчника, матковий кінець труби і власну зв'язку яєчника)
- видалення маткової труби (придатків), прошивання і перев'язка кукс
- перитонізація кукс
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про наявність інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.

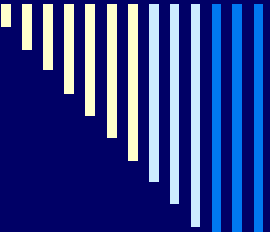




**Показання до операції:** кістома яєчника.

**Знеболення:** ендотрахеальний наркоз з використанням суміші закису азоту і кисню та нейролептаналгезія.

**Хід операції.** Операційне поле оброблено 2% розчином йоду спиртового та 70% етиловим спиртом, обкладено стерильною білизною. Передня черевна стінка розкрита пошарово нижнім серединним розрізом. Перед розтинанням очеревини рану обкладено стерильними серветками, ізольовано підшкірну жирову клітковину. Кишечник відмежований серветками. При огляді малого таза виявлено пухлину яєчника розмірами 20x15 см. Пухлина виведена в рану. Встановлено, що пухлина виходить з правого яєчника, має довгу ніжку, до складу якої входить власна зв'язка яєчника, підвішуюча зв'язка яєчника, маткова труба. Матка та ліві придатки не змінені. На ніжку пухлини накладено затискачі Кохера. Пухлина та маткова труба відсічені. На куксу накладено кетгутовий вузловий шов. Проведена перитонізація за рахунок круглої зв'язки матки.



# Резекція яєчника

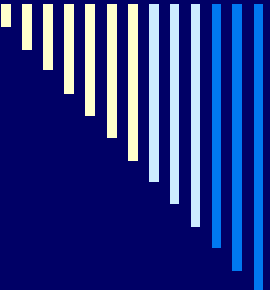
Операцію проводять при склерополікістозі яєчників з метою корекції менструальної та відновлення репродуктивної функцій жінки.

## Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
- поздовжний чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача й огляд статевих органів;
- відмежування кишкових петель;
- фіксація яєчника вікончастим затискачем;
- висічення патологічне зміненої тканини яєчника скальпелем;
- накладання вузлових швів на тканину яєчника (операційна сестра подає колючу голку і кетгут);
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про наявність інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.

**Показання до операції:** синдром склерополікістозних яєчників, первинна безплідність.

**Знеболення:** ендотрахеальний наркоз з використанням суміші закису азоту і кисню та нейролептаналгезія.



# Операції, що відновлюють прохідність маткових труб

До цих операцій відносять сальпінголізис, сальпінгостомію, операцію імплантації маткової труби в матку.

**Сальпінголізис** — операція, що полягає у звільненні маткової труби від спайок, що створюють перешкоди на шляху міграції яйцеклітини. При огляді органів малого таза виявляють спайки та обережно, намагаючись не пошкодити очеревину труби, розтинають їх.

**Сальпінгостомія.** Мета операції — відновлення прохідності ампулярного кінця маткової труби. Запаяний непрохідний кінець труби розтинають або видаляють і зшивають найтоншим кетгутом слизову оболонку труби із серозною оболонкою, ніби вивертаючи її. Таким чином відновлюється прохідність труби і створюються умови для просування яйцеклітини у порожнину матки .

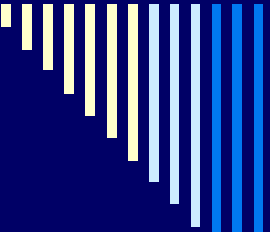
**Імплантацію маткової труби в матку** проводять при непрохідності якоїсь її ділянки. У такому випадку непрохідну частину труби видаляють, а прохідну пересаджують у матку, попередньо створивши у її стінці отвір. Слід зауважити, що ці операції малоефективні і рідко приводять до відновлення репродуктивної функції жінки.

# Надпівхова ампутація матки

Операцію надпівхової (суправагінальної) ампутації матки проводять найчастіше при доброякісних пухлинах матки (фіброміомі).

Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
  - поздовжний чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
  - введення ранорозширювача і огляд органів малого таза;
  - відмежування кишечника;
  - накладання на матку кульових щипців та виведення її в рану;
  - накладання затискачів, розтинання, прошивання та перев'язування круглих зв'язок матки, власних зв'язок яєчника, маткових труб, зв'язок матки, власних зв'язок яєчника, маткових труб (при видаленні матки з придатками перетинають крупії зв'язки та підвішуючі зв'язки яєчника);
  - розтинання міхурово-маткової складки очеревини та відшаровування сечового міхура донизу тупфером
- > накладання затискачів, перетинання та перев'язування з прошиванням судинних пучків з обох боків;
- від'єднання тіла матки від шийки матки (сестра подає хірургу тампон, змочений розчином бетадину, для обробки ділянки каналу шийки матки, після обробки тампон разом з корнцангом відкидають);
  - накладання швів на куксу шийки матки;
  - перитонізація кукси;
  - туалет черевної порожнини;
  - звіт операційної сестри про кількість інструментів і серветок;
  - зашивання черевної рани;
  - катетеризація сечового міхура.

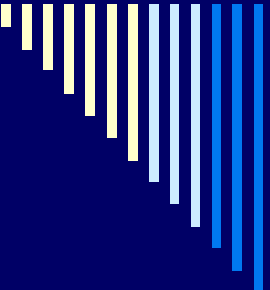


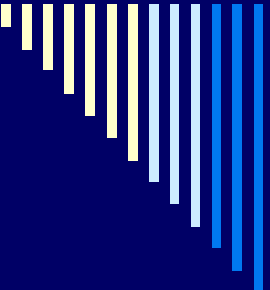
# Екстирпація матки

При екстирпації видаляють матку разом із шийкою . Цю операцію проводять у хворих з пухлинами матки при патологічних змінах у її шийці. Матку видаляють з придатками або без придатків.

## Етапи операції:

- дезінфекція піхви, введення тампона, просякнutoго спиртом, у піхву;
- дезінфекція шкіри черевної стінки;
- розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача і огляд органів малого таза;
- відмежування кишечника;
- накладання на матку кульових щипців та виведення її в рану;
- накладання затискачів, розтин, прошивання та перев'язування круглих зв'язок матки, власних зв'язок яєчника, маткових труб (при видаленні матки з придатками перетинають круглі зв'язки та підвішуючі зв'язки яєчника);
- розтинання міхурово-маткової складки очеревини та відшаровування сечового міхура донизу тупфером;
- накладання затискачів, перетинання та перев'язування з прошиванням судинних пучків з обох боків;

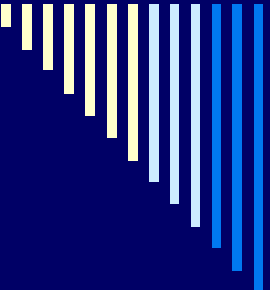
- 
- накладання затискачів, перетинання та перев'язування крижово-маткових зв'язок;
  - додаткове відсепарування сечового міхура;
  - перетинання та перев'язування вагінальних гілочок маткових судин (операційна сестра подає довгі затискачі Кохера);
  - відокремлення матки від вагінальних склепінь (як тільки розтято порожнину піхви, операційна сестра подає хірургу вузьку марлеву стрічку довжиною 30 см, змочену 70% спиртом, яку хірург вводить у піхву за допомогою довгого корнцанга, який після використання одразу відкидають);
  - обшивання кукси вагіни. Весь інструментарій, що використовували на цьому етапі операції, відразу відкидають;
  - перитонізація;
  - туалет черевної порожнини;
  - звіт операційної сестри про кількість інструментів і серветок;
  - зашивання черевної рани;
  - виведення сечі катетером;
  - видалення тампона та обробка піхви.



# Консервативна міомектомія

## Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
- поздовжний чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача і огляд органів малого таза;
- відмежування кишечника;
- прошивання матки кетгутом та виведення її в рану;
- розтин стінки матки над міоматозним вузлом (скальпелем), гемостаз за допомогою затискачів Кохера;
- вилущування вузла ножицями та тупфером, гемостаз;
- зашивання стінки матки (пожа вузла);
- перитонізація безперервним кетгутовим швом;
- введення в матку скорочуючих засобів (операційна сестра заздалегідь готує шприц з окситоцином, метилергометрином);
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про кількість інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.



# ВАГІНАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ

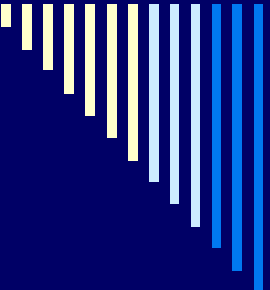
У гінекологічній практиці частина операцій проводиться через вагіну (**черезпіхвові операції**). Це у першу чергу операції з приводу опущення та випадіння статевих органів— пластичні операції та екстирпація матки через піхву при повному її випадінні, а також операції на шийці матки з приводу старих розривів, ектропіона та іншої патології шийки матки, при якій консервативні методи не дають ефекту, а видалення усієї матки недоцільне.

**Положення хворої на операційному столі під час виконання вагінальних операцій таке саме, як на гінекологічному кріслі:** до столу прикріплюють ноготримачі, вкладають жінку на спину із зігнутими у кульшових та колінних суглобах ногами, ноги фіксують до ноготримачів.

Хірург та перший асистент сидять на табуретках, другий асистент стоїть праворуч від хворої.

**Обробка операційного поля:** спочатку обробляють піхву тампоном, змоченим 70% етиловим спиртом, потім іншим тампоном із спиртом обробляють лобковий горб, великі статеві губи, промежину, низ живота, внутрішню та задню поверхню стегон до середини стегна.



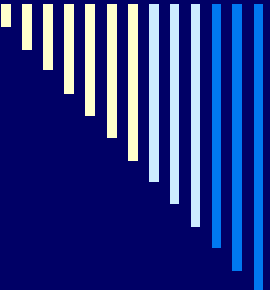


# Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом

Операцію проводять при залозисто-м'язовій гіпертрофії шийки матки, що розвивається в результаті хронічного цервіциту, при елонгації шийки матки у хворих з опущенням та випадінням матки.

Етапи операції :

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах;
- фіксація передньої та задньої губи шийки матки кульовими щипцями;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до № 8;
- циркулярний розтин слизової оболонки шийки матки (скальпелем);
- накладання на шийку двох кетгутових швів для фіксації шийки;
- конусоподібне видалення шийки матки, гемостаз;
- накладання основних кетгутових швів на шийку матки (кетгут № 6, основних кетгутових швів на шийку матки (кетгут № 6, довжина ниток 25-30 см);
- накладання додаткових кетгутових швів на шийку матки (кетгут № 4);
- обробка шийки йодом та видалення піхвових дзеркал.

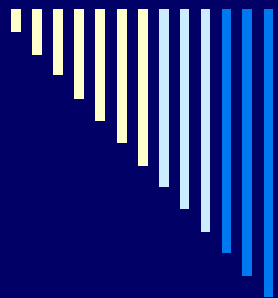


# Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером

Операцію рекомендовано при деформації шийки матки старими рубцями і значній її гіпертрофії, а також вона є одним з видів лікування передракових станів шийки матки.

## Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах;
- фіксація передньої та задньої губи шийки матки окремо кульовими щипцями;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до № 10;
- симетричне розтинання шийки матки ножицями з правого та лівого боку так, щоб розрізи не доходили до склепінь піхви;
- клиноподібне висічення передньої губи шийки матки та її формування;
- клиноподібне висічення задньої губи шийки матки та її формування;
- накладання на шийку кетгутових швів для з'єднання передньої та задньої губи;
- обробка шийки йодом та видалення піхвових дзеркал.

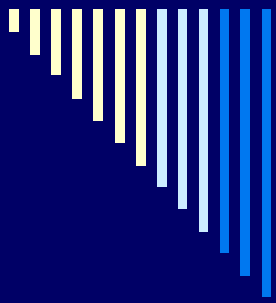


# Пластика передньої стінки піхви (передня кольпорафія)

Операція виконується при опущенні або випадінні матки для відновлення анатомо-функціональних співвідношень органів малого таза. Майже завжди поєднується з операцією відновлення цілості промежини).

Етапи операції:

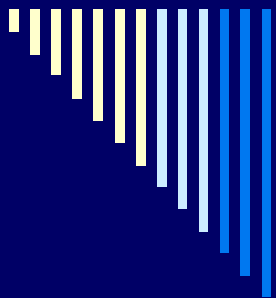
- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркала та фіксація її кульовими щипцями;
- інфільтрація тканин 0,25% розчином новокаїну (для полегшення відсепарування тканин);
- розтинання передньої стінки піхви та відсепарування країв вагінального клаптя скальпелем;
- відсепарування сечового міхура від шийки матки (ножицями і тупфером);
- накладання кетгутових швів на фасцію сечового міхура (кетгут № 3-4);
- накладання безперервного кетгутового шва на стінку піхви;
- катетеризація сечового міхура;
- обробка шва 1% розчином йоду та виведення інструментів.



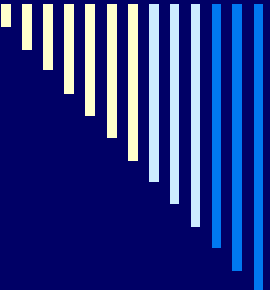
# Пластика задньої стінки піхви і м'язів тазового дна (кольпоперінеорафія)

## Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- накладання затискачів Кохера на межі клаптя, який передбачено відсепарувати; тканин);
- розтинання стінки піхви та шкіри промежини;
- розтинання ножицями рубців та фасції в бокових кутах рани та оголення леваторів;
- накладання швів на леватори (операційна сестра подає кетгут №6);
- накладання безперервного кетгутового шва на стінку піхви (кетгут №4);
- зав'язування швів на леваторах;
- накладання швів на поверхневі м'язи (кетгут №3);
- накладання шовкових швів на шкіру промежини;
- обробка швів розчином йоду.



# МАЛІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

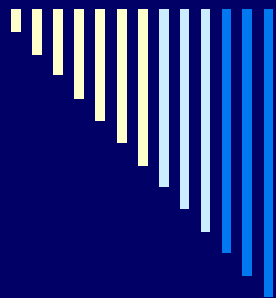


# Біопсія шийки матки

**Необхідний інструментарій:** дзеркала Сімса, кульові щипці, скальпель (або конхотом), голкотримач, голка, кетгут № 3, корнцанг, пінцет.

**Етапи операції:**

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах та фіксація її кульовими щипцями;
- висікання скальпелем частини патологічно зміненої тканини шийки матки на межі із здоровою тканиною;
- накладання швів на шийку матки (кетгут №3);
- обробка шийки матки розчином йоду;
- фіксація матеріалу, заповнення направлення та відправлення його в лабораторію.

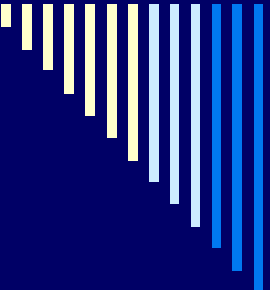


# Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви

**Необхідний інструментарій:** дзеркала Сімса, кульові щипці, довга пункційна голка, шприц, корнцанг, пінцет.

**Етапи операції:**

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркала та фіксація її кульовими щипцями за задню губу;
- проведення місцевої анестезії;
- прокол заднього склепіння піхви довгою голкою та виведення через голку або за допомогою шприца вмісту черевної порожнини;
- виведення голки, обробка місця проколу йодом, зняття кульових щипців, виведення дзеркал.



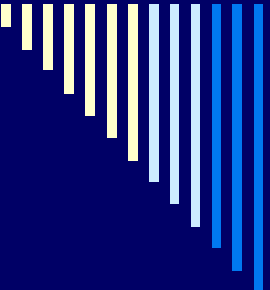
# Зондування порожнини матки

**Необхідний інструментарій:** дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, корнцанг, пінцет.

**Етапи операції:**

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркала та фіксація її кульовими щипцями;
- введення маткового зонда у матку та проведення обстеження рельєфу її порожнини;
- виведення зонда з порожнини матки;
- обробка шийки матки йодом та виведення інструментів.



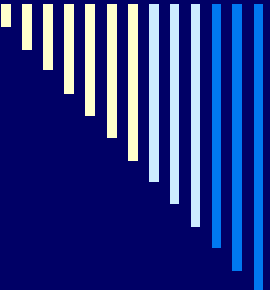


# Фракційне вишкрібання порожнини матки

**Необхідний інструментарій:** дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, розширювачі Гегара, кюретки № 1,2, 4, корнцанг, пінцет.

**Етапи операції:**

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
  - виведення шийки матки у дзеркала та фіксація її кульовими щипцями за передню губу;
  - вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу маленькою кю-реткою;
  - зондування порожнини матки;
  - розширення цервікального каналу розширювачами Гегара (якщо необхідно);
  - вишкрібання слизової оболонки порожнини матки;
  - зняття кульових щипців, обробка шийки матки йодом та виведення інструментів;
  - фіксація матеріалу окремо з цервікального каналу та порожнини матки, заповнення направлень, відправлення в лабораторію.
-

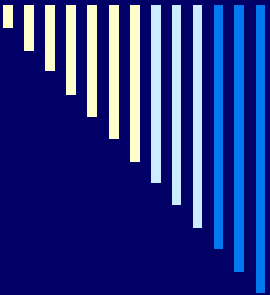


# ЕНДОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

Упровадження у гінекологічну практику **ендоскопії** відкриває широкі можливості для мікроінвазивних втручань, дозволяє проводити операції та лікувально-діагностичні маніпуляції у черевній порожнині без розтинання передньої черевної стінки. Сучасний інструментарій дозволяє фіксувати орган у черевній порожнині, мобілізувати його, пунктувати, взяти тканину органа для гістологічного дослідження, видалити частину органа, розсікти спайки, здійснити гемостаз, накласти лігатуру.

**Анестезія:** внутрішньовенний наркоз або місцеве знеболення 0,25% розчином новокаїну.

**Інструментарій:** а) хірургічні інструменти для розтинання шкіри та накладання швів після операції; б) ендоскопічне обладнання: джерело світла, світловоди, оптичні трубки, в тому числі з біопсійним каналом в) спеціальне обладнання для виконання діагностичних та лікувальних маніпуляцій — щипці, затискачі, електрокоагулятор, голки та інші інструменти залежно від виду операції.



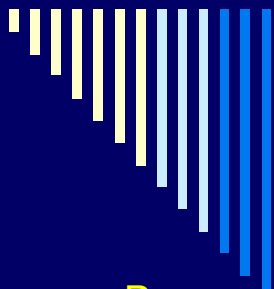
# Основні ендоскопічні операції та маніпуляції

## Дренування порожнини малого таза.

**Показання:** гострі запальні процеси малого таза, пельвіоперитоніт. Операція полягає в огляді органів малого таза та введенні дренажів-мікроіригаторів (гумових, поліетиленових трубок діаметром від 2 до 7 мм). Після введення мікроіригатор фіксують до шкіри передньої черевної стінки шовковою лігатурою, кілька разів на день у нього вводять медикаменти, найчастіше антибіотики. Кожного разу після введення накладають стерильну пов'язку.

## Біопсія яєчників.

**Показання:** безплідність внаслідок функціональної неповноцінності яєчників, склерополікістозні зміни яєчників, підозра на злоякісні пухлини яєчників. Яєчник виводять в поле зору за допомогою маніпулятора, біопсійними щипцями захоплюють тканину яєчника та ра, біопсійними щипцями захоплюють тканину яєчника та відділяють її і виводять назовні. Проводять діатермокоагуляцію місця біопсії. Отриманий матеріал фіксують у розчині формаліну та направляють на гістологічне дослідження.

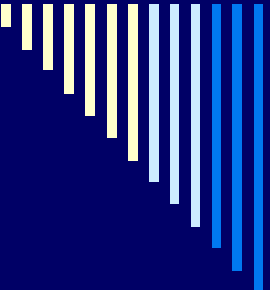


**Видалення яєчників.** Показання до операції — полікістоз яєчників, підозра на злоякісне переродження. Лігатуру у вигляді петлі підводять до яєчника, протягують яєчник крізь неї, петлю зтягують. Таким чином перев'язують зв'язковий апарат яєчника. Яєчник видаляють з черевної порожнини при невеликих розмірах цілком, при потребі — фрагментують.

**Стерилізація жінок.** Завдяки своїй 100% ефективності та незначній травматичності операція стала дуже поширеною в багатьох країнах світу. Способи стерилізації різні: непрохідності маткових труб досягають шляхом накладання лігатур або металевих скоб; проводять електрокоагуляцію маткових труб, потім у зоні коагуляції трубу перетинають.

**Видалення міоматозних вузлів.** Операція рекомендована при наявності субсерозних міоматозних вузлів невеликого розміру. Вузли на тонкій ніжці захоплюють маніпулятором, перетинають ніжку, коагулюють її.

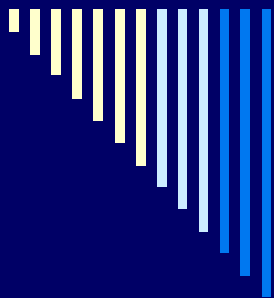
**Серед інших операцій** при пельвіоскопії слід відмітити розтин синехій, відновлення прохідності маткових труб; при гістероскопії — видалення поліпів та субмукозних міоматозних вузлів, розтин спайок в порожнині матки, видалення внутрішньоматкових контрацептивів, електрокоагуляцію ендометріюїдних ходів.



# ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Вдало виконана операція та адекватне знеболення є важливими чинниками, що визначають термін видужання хворої, проте інколи у післяопераційному періоді виникають ускладнення, які зводять нанівець зусилля хірургів, надовго відкладають повернення пацієнтки до активного життя, а часом, як не прикро, призводять до трагічних наслідків. Тому надзвичайно важливо правильно вести післяопераційний період, правильно доглядати хвору, вчасно виявляти ускладнення та боротися з ними, ефективно проводити їх профілактику.

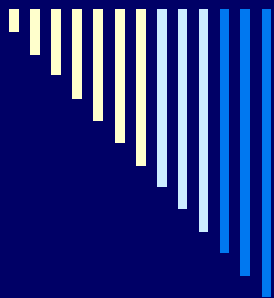
Одразу після операції хвору переводять у спеціальну палату для щойно прооперованих хворих. Палати повинні бути невеликими, щоб забезпечити пацієнткам максимальний комфорт і спокій. Для обслуговування цих палат виділяють спеціальний медперсонал — медична сестра та молодша медична сестра з догляду за хворими. Палати для прооперованих хворих повинні знаходитися недалеко від операційної, щоб хвору з операційної можна було швидко перевезти на каталці в палату і покласти у заздалегідь приготоване зігріте ліжко. З каталки хвору перекладають на ліжко і прикладають до її ніг грілки. З метою запобігання опікам температура води для грілок повинна бути не вища 40°C, прикладати їх потрібно поверх ковдри. На живіт хворої для зменшення болю в операційній рані кладуть міхур з льодом. Холод слід прикладати через пелюшку, через кожну годину міхур знімають на 30 хв., щоб запобігти переохолодженню хворої та порушенню функції сечового міхура.



Лікар, що веде прооперованих хворих, повинен спостерігати за пульсом, артеріальним тиском, диханням, забарвленням шкіри, станом пов'язки та забарвленням шкіри, станом пов'язки на післяопераційній рані, сечовипусканням, температурою тіла. Важливо контролювати кількість, колір та інші характеристики виділень з дренажних трубок та катетерів. У хворих після вагінальних операцій треба періодично оглядати підкладні пелюшки біля статевих органів, щоб не пропустити можливих ускладнень.

Усі порушення стану хворої — розлади дихання, зміна частоти пульсу чи його наповнення, поява зовнішньої кровотечі чи ознаки внутрішньої — потребують негайного вжиття відповідних заходів.

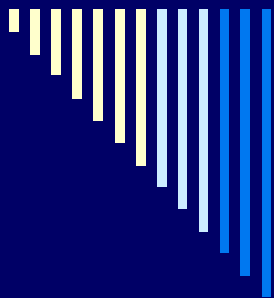
**У палаті для післяопераційних хворих** повинні бути всі необхідні предмети для догляду за ними: ниркоподібні лотки, індивідуальні підкладні судна, грілки, міхури для льоду, газовідвідні трубки, все необхідне для клізми та промивання шлунка, металеві та гумові катетери, роторозширювач, язикотримач, мішок Амбу, шприци, голки, системи одноразового використання, штатив для систем, гумові рукавички, стерильний матеріал, у достатній кількості стерильні пелюшки, чисті простирадла. У спеціальній шафі повинні зберігатися медикаменти на випадок виникнення ускладнень або термінальних станів, вони повинні бути наготові, щоб у будь-яку хвилину можна було їх одержати і ввести хворій.



У післяопераційному періоді хворих часто турбують болі, для зменшення яких треба вводити 1% розчин промедолу по 2 мл, 1% розчин димедролу по 1-2 мл через 4-6 годин. З 3-4-ї доби замість промедолу вводять анальгін.

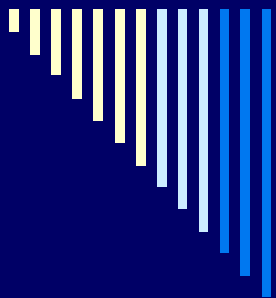
У перші години після операції хворій змочують губи та слизову оболонку рота вологим тампоном. Згодом дають пити воду невеликими порціями. З другої доби дозволяють пити рідину у кількості 1 -1,5 л, а також бульйон, кефір. На 3-тю добу можна вживати протерті супи, до 7-8-ї доби хвора поступово переходить на загальний стіл. Хворим після вагінальних операцій до 6-8-ї доби рекомендують рідку легкозасвоювану їжу, щоб затримати дефекацію до загоєння швів.

У більшості хворих вже на кінець першої доби після операції починають відходити гази, з'являється перистальтика кишечника. Для стимуляції перистальтики вводять поляризуючу суміш, прозерин, церукал. Якщо перистальтика відсутня, на 2-гу добу роблять гіпертонічну клізму, а на 3-тю — у разі необхідності — очисну.



Дуже важливою у післяопераційному періоді є функція сечового міхура. Слід пильно стежити за частотою сечовипускання, і, у разі виникнення проблем, допомогти хворій спорожнити сечовий міхур. Утруднення сечопускання може бути пов'язане з горизонтальним положенням хворої, а також з тим, що вона не відчуває наповнення сечового міхура. Це може бути викликане рефлексним нервовим впливом, бо під час гінекологічних операцій сечовий міхур безпосередньої операційної травми не зазнає. Для полегшення сечовипускання слід у першу чергу використати місцеву дію тепла (грілка на ділянку сечового міхура) та рефлексні способи — поливання статевих органів теплою водою, звук води, що тече з крана. У деяких хворих спазм сфінктера сечового міхура виникає у відповідь на контакт з холодним металевим предметом, тому підкладне судно перед підкладне судно перед використанням обов'язково потрібно облити теплою водою, щоб зігріти його. У разі неефективності цих заходів можна ввести 0,5-1 мл пітуїтрину 2-3 рази на добу. Лише за умови використання усіх можливих засобів вдаються до катетеризації сечового міхура, дотримуючись при цьому всіх правил асептики та антисептики. Катетеризацію проводять не частіше як через 8-12 годин. У більшості хворих функція сечового міхура відновлюється, як тільки їм дозволяють вставати.





Відсутність сечі чи поява у ній крові свідчить про можливу травму сечового міхура або сечоводів під час операції, тому слід вжити термінових заходів.

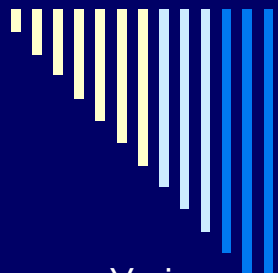
**Активне ведення післяопераційного періоду** передбачає для хворих раннє вставання — при неускладненому перебігові вони можуть вставати через 1 добу після операції, — використання лікувальної фізкультури, зокрема дихальної гімнастики. Після вагінальних операцій, особливо пластичних, хворі повинні дотримуватись ліжкового режиму до 3-5 діб. **Особливо пильної уваги потребує післяопераційна пов'язка.** Першу перев'язку роблять на 2-гу добу. Далі, якщо післяопераційний період проходить без ускладнень, перев'язки роблять у міру необхідності. Шви знімають на 5-7 добу після операції, спочатку через один, наступного дня— решту.

**Двічі на день хворим проводять туалет зовнішніх статевих органів**, обмиваючи їх дезінфекційними розчинами. Особливо ретельно проводять туалет хворим після вагінальних операцій. Після обмивання зовнішніх статевих органів ділянку швів просушують марлевим тампоном і обробляють 1% розчином брильянтового зеленого. Прикладають стерильну підкладну пелюшку.

**Хворим у післяопераційному періоді проводять інтенсивну інфузійну та трансфузійну терапію**, спрямовану на відновлення дефіциту еритроцитів, плазми та її компонентів, корекцію порушень обміну електролітів, кислотно-лужного стану організму, реологічних властивостей крові.

З метою запобігання ускладненням гнійно-запального характеру проводять антибактеріальну профілактику.

Із стаціонару жінку виписують на 10-12 добу післяопераційного періоду за умови загоєння післяопераційної рани, стабільних гемодинамічних показників, нормалізації функції усіх органів та систем організму.



# УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

У післяопераційному періоді можуть виникати **ранні** — у перші години — та **пізні** — на 2-6 добу — ускладнення.

Одразу після операції, виходячи з наркозу, хвора може скаржитися на **нудоту**, тому наготові повинен бути лоток, щоб підставити хворій у випадку блювання, та рушник. Голову хворої слід повернути набік і не залишати жінку без нагляду на жодну хвилину, бо можлива аспірація блювотних мас та асфіксія. Часто у хворих спостерігається у тій чи іншій мірі **дихальна недостатність**, зумовлена залишковою дією м'язових релаксантів, анестетиків та наркотичних анальгетиків, що проявляється гіпоксією та метаболічним ацидозом. Для лікування цих явищ застосовують кисневу терапію у перші години після операції, перкусійний та вібраційний масаж грудної клітки, бронхолітики (бронхолітин, бромгексинеуфілін), інгаляційну терапію. **З метою лікування застійних явищ у легенях та профілактики пневмонії** застосовують дихальну гімнастику.

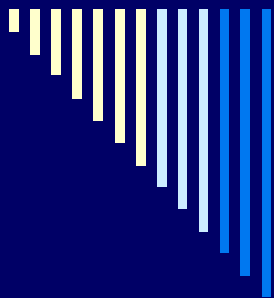
Дуже серйозними ускладненнями післяопераційного періоду є **тромбофлебіти та тромбоемболії**. Вони виникають у хворих з варикозним розширенням вен, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, злоякісними новоутвореннями, захворюваннями серцево-судинної системи, ожирінням, у жінок старшого віку. Профілактика післяопераційних тромбоемболій включає: туге бинтування кінцівки з варикозно розширеними венами, раннє вставання хворої після операції, лікувальну гімнастику, введення реополіглюкіну у поєднанні з курантилом, тренталом, гепаринотерапію (по 2500 ОД у шкірну складку бокової поверхні живота чотири рази на добу), використання антикоагулянтів непрямої дії (пелентан, фенілін), аспірину по 60-100 мг щоденно.

- Дуже серйозними ускладненнями післяопераційного періоду є :
- - тромбофлебіти
- - тромбоемболії.



# Післяопераційні кровотечі

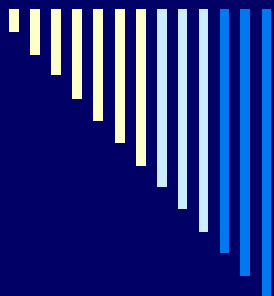




**Післяопераційні кровотечі** у першу чергу проявляються зміною гемодинамічних показників: різке зниження артеріального тиску та центрального венозного тиску, прискорення пульсу, блідість шкіри, зниження рівня гемоглобіну, поява крові з дренажних трубок або з піхви. Діагностиці може допомогти УЗД та лапароскопія чи кульдоцентез.

***Основні лікувальні заходи при кровотечі у черевній порожнині:***

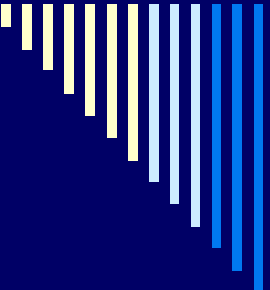
- негайна релапаротомія і зупинка кровотечі;
- паралельно з підготовкою хворої до повторного оперативного втручання проводять інтенсивну інфузійну терапію (поліглюкін, желатиноль, розчин Рінгера, плазма, ізотонічний розчин натрію хлориду). Інфузію проводити у дві-три вени (бажано катетеризувати підключичну вену);
- стабілізація артеріального тиску, на фоні поповнення ОЦК вводять великі дози глюкокортикоїдів (гідрокортизон, преднізолон, дексазон);
- після зупинки кровотечі для покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові вводять реополіглюкін, а також трентал, дропе-ридол;
- проводять корекцію метаболічного ацидозу шляхом введення натрію гідрокарбонату (під контролем показників КЛС);
- проводять інгаляції кисню через катетер або маску, при необхідності ШВЛ.



До пізніх ускладнень післяопераційного періоду належать гнійно-запальні ускладнення. На 3-5 добу можуть з'явитися ознаки **нагноєння післяопераційної рани**: біль пульсуючого характеру в ділянці рубця, підвищення температури тіла. При огляді у ділянці запалення відмічається гіперемія, набряк, гнійні виділення з рани. Одразу після того як діагностоване таке ускладнення, слід зняти шви в ділянці нагноєння, промити рану перекисом водню, потім прикласти серветку з гіпертонічним розчином. Обов'язковим є призначення антибіотиків. Надалі перев'язки проводять щоденно аж до повного очищення рани.

**Небезпечним ускладненням є післяопераційний перитоніт**. Його початкові симптоми можна виявити при ретельному спостереженні за хворою: температура підвищується до 39-40°C, пульс стає частим, слабкого наповнення, знижується артеріальний тиск, дихання стає поверхневим, з'являється нудота, блювання, перистальтика кишечника сповільнена, гази не відходять.

**Першим етапом лікування післяопераційного перитоніту найчастіше є:** повторна лапаротомія, з'ясування джерела інфікування черевної порожнини, санація вогнища інфекції, введення дренажів. **Подальше лікування післяопераційного перитоніту** напередовсім спрямоване на боротьбу з інфекційним чинником — антибактеріальна терапія. Проводиться детоксикаційна терапія, корекція кислотно-лужного стану організму. Призначають засоби, що усувають парез кишечника — прозерин, сорбітол. Для усунення гіпопротеїнемії вливають плазму, альбумін. Проводять стимуляцію імунітету.



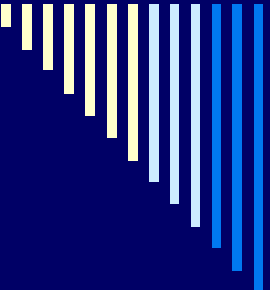
# Рекомендована література

## Основна:

1. Запорожан В.М., Цегельский М.Р. Акушерство і гінекологія.-Київ:Здоров'я,1996.-С. 167-189.
2. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія: підручник.- Тернопіль: “Укрмедкнига”,1999. - С.241-290.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – Москва. – 1998. – С.435-503.

## Додаткова:

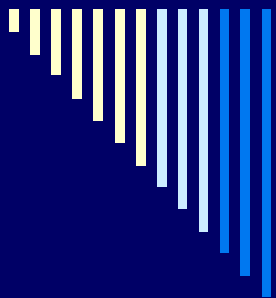
□ Інтернет - джерела [uk.wikipedia.org\](http://uk.wikipedia.org/)



# Контрольні питання

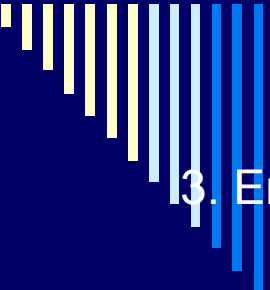
1. Скільки є видів акушерських операцій?
  2. З чого складається операційний блок?
  3. Як стерилізують інструментарій?
  4. Що застосовують для знеболення великих гінекологічних операцій?
  5. Що таке сальпінголізис ?
  6. Що таке сальпінгостомія.?
  7. Що вводять для зменшення болю у післяопераційний період?
  8. Які є малі гінекологічні операції?
  9. Який необхідний інструментарій потрібно взяти для біопсії із шийки матки?
  10. Які ускладнення можуть виникнути у пізній післяопераційний період?
-





# Тести

1. Резекцію яєчників проводять з метою:
  - а) видалення маткової труби ;
  - б) корекції менструальної та відновлення репродуктивної функцій жінки.
  - в) при опущенні або випадінні матки.
2. Необхідний інструментарій для біопсії матки:
  - а) дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, корнцанг, пінцет.
  - б) дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, розширювачі Гегара, кюретки № 1,2, 4, корнцанг, пінцет.
  - в) дзеркала Сімса, кульові щипці, скальпель (або конхотом), голкотримач, голка, кетгут № 3, корнцанг, пінцет.



3. Екстирпацію матки проводять при:

а) склерополікістозі яєчників з метою корекції менструальної та відновлення репродуктивної функції жінки.

б) фіброміомі матки.

в) позаматковій вагітності, гнійних процесах у трубі.

4. Необхідний інструментарій при зондування порожнини матки:

а) дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, корнцанг, пінцет.

б) дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, розширювачі Гегара, кюретки № 1, 2, 4, корнцанг, пінцет.

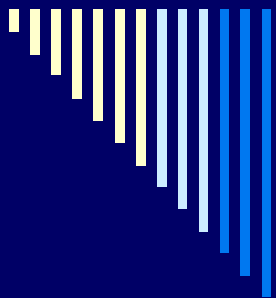
в) дзеркала Сімса, кульові щипці, скальпель (або конхотом), голкотримач, голка, кетгут № 3, корнцанг, пінцет.

5. Конусоподібну ампутацію шийки матки за Штурмдорфом проводять при:

а) позаматковій вагітності, гнійних процесах у трубі.

б) деформації шийки матки старими рубцями і значній її гіпертрофії, а також вона є одним з видів лікування передракових станів шийки матки.

в) гнійних процесах у трубі.

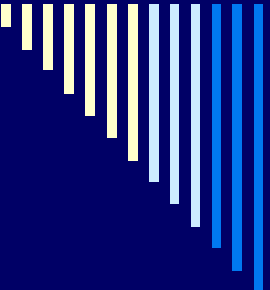


6. Сальпінгостомія – це...?

- а) видалення матки .
- б) операція відновлення прохідності ампулярного кінця маткової труби.
- в) операція корекції менструальної та відновлення репродуктивної функцій жінки.

7. Необхідний інструментарій для фракційного вишкрібання порожнини матки:

- а) дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, розширювачі Гегара, кюретки № 1,2, корнцанг, пінцет.
- б) дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, корнцанг, пінцет.
- в) дзеркала Сімса, кульові щипці, скальпель (або конхотом), голкотримач, голка, кетгут № 3, корнцанг, пінцет.



8. Операція при деформації шийки матки старими рубцями і значній її гіпертрофії:

- а) Пластика передньої стінки піхви (передня кольпорафія).
- б) Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером.
- в) Надпіхвова ампутація матки.

9. Сальпінголізис – це..?

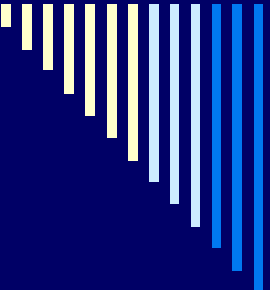
а) операція, що полягає у звільненні маткової труби від спайок, що створюють перешкоди на шляху міграції яйцеклітини.

б) операція при залозисто-м'язовій гіпертрофії шийки матки, що розвивається в результаті хронічного цервіциту, при елонгації шийки матки у хворих з опущенням та випадінням матки.

в) видалення матки.

10. Кольпоперінеорафія – це?

- а) пластика задньої стінки піхви і м'язів тазового дна.
  - б) пластика передньої стінки піхви .
  - в) надпіхвова ампутація матки.
-



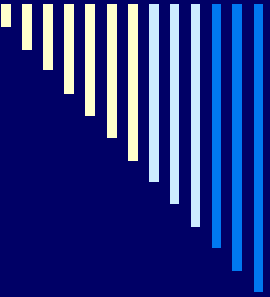
# ЗАДАЧА

- 5. До Вас звернулась пацієнтка віком 52 роки після черезпіхвової екстирпації матки з приводу симптомної субмукозної фіброміоми тіла матки 8 – 9 тижнів. Операція була проведена у приватній клініці міста Києва. На 3 добу після операції пацієнтку виписали додому і призначили антибіотикотерапію, знеболення та догляд за післяопераційними швами.

Ваша тактика.

Проведіть туалет післяопераційної хворої, догляд за швами на промежині.

---



### Основна:

1. Запорожан В.М., Цегельский М.Р. Акушерство і гінекологія.-Київ:Здоров'я,1996.-С. 167-189.
2. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія: підручник.- Тернопіль: “Укрмедкнига”,1999. - С.241-290.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – Москва. – 1998. – С.435-503.

### Додаткова:

□ Інтернет - джерела [uk.wikipedia.org](http://uk.wikipedia.org)