

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

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ**

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

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



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



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

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

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

Таблица 2. Влияние оперативного вмешательства на длительность обезболивания после операции

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

Таблица 3. Лекарственные препараты, применяемые для лечения острой боли

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



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

Инфузионная терапия послеоперационным больным

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

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