

Хірургічні методи лікування.

Розрізняють такі гінекологічні операції:

Залежно від часу проведення:

- — планові, коли заздалегідь визначають дату і час проведення операції.

Планову операцію краще проводити в першу половину менструального циклу. Не можна призначати операцію за 2—3 дні до менструації (крім діагностичного вишкрібання) і під час неї у зв'язку з фізіологічним посиленням кровоточивості тканин органів малого таза;

- — екстрені (ургентні), коли операцію проводять у будь-який час, якщо є загроза життю хворої.

Залежно від обсягу проведення операції:

- великі (надпівхова ампутація матки, екстирпація матки, видалення придатків матки тощо);
- малі (діагностичне вишкрібання, біопсія, поліпектомія тощо).

Залежно від шляху проведення операції:

- черевностінкові (лапаротомія — розтин передньої черевної стінки: поздовжній або поперечний за Пфанненштилем, — лапароскопія) — надпівхова ампутація матки, екстирпація матки, операції на придатках матки тощо;
- вагінальні (півхові) — пластика стінок півхи, створення штучної півхи, екстирпація матки, біопсія шийки матки, видалення міоматозного вузла, що «народжується»

ПІДГОТОВКА ХВОРОЇ ДО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

Готуючи хвору до планової операції, проводять її ретельне клініко-лабораторне дослідження: загальний аналіз крові, група крові та резус-фактор, дослідження крові на сифіліс, ВІЛ-інфекцію, HBsAg (австралійський антиген), біохімічні аналізи крові (загальний білок, креатинін, сечовина, білірубін, печінкові проби, електроліти, коагулограма), глюкози в крові, загальний аналіз сечі, бактеріоскопічне (за потреби і бактеріологічне) дослідження виділень із піхви, каналу шийки матки, сечівника;

коцитологічне дослідження; електрокардіографія; рентгенографія органів грудної клітки.

Хвору оглядають стоматолог, терапевт, анестезіолог, а за показаннями — інші спеціалісти (невропатолог, окуліст, хірург тощо). Напередодні операції жінка не вечеряє, можна випити лише склянку солодкого чаю, зранку не снідає. Увечері і зранку перед операцією їй ставлять очисні клізми, вона приймає гігієнічний душ; за потреби — зголюють волосся з лобкового підвищення, зовнішніх статевих органів, передньої черевної стінки. Безпосередньо перед операцією жінка спорожнює сечовий міхур, за потреби їй вводять постійний катетер на весь час операції.

При підготовці хворої до **півхової операції** проводять санацію півхови до досягнення I—II ступеня чистоти півхови. У день операції півхву обробляють антисептичним засобом і вводять стерильний тампон. Відсутність інфекції в півхві значно зменшує ризик розвитку післяопераційних септичних ускладнень. Перед операцією проводять медикаментозну підготовку, щоб усунути психічне напруження і нормалізувати сон. Увечері напередодні операції хворій призначають снодійні, транквілізатори

За 30—40 хв до операції виконують премедикацію: внутрішньом'язово вводять атропін, наркотичні анальгетики (промедол), антигістамінні препарати (димедрол). Підготовка хворої до **екстреної операції** в більшості випадків дуже обмежена за часом (інколи — до кількох хвилин) і тому зводиться до мінімуму: визначають групу крові і резус-фактор; якщо дозволяють обставини, ставлять очисну клізму (при кровотечі клізма протипоказана); за потреби проводять аспірацію шлункового вмісту та промивання шлунка, зголюють волосся на лобковому підвищенні; обов'язково спорожнюють сечовий міхур і вводять постійний катетер; премедикацію можуть виконувати безпосередньо в операційній внутрішньовенним уведенням

ЗНЕБОЛЮВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

У гінекологічній практиці застосовують усі види знеболювання.

При невеликих за обсягом та короткочасних гінекологічних втручаннях використовують внутрішньовенне введення анестетиків (натрію тіопентал, кетамін та ін.). Місцеву анестезію застосовують лише за наявності протипоказань до загальної — гострі запальні процеси у верхніх дихальних шляхах, повний шлунок, а також відмови хворої від загального знеболювання або за відсутності умов для проведення наркозу. Основним методом місцевого знеболювання є парацервікальна анестезія, якої досягають, уводячи анестетик у приматкову

Для знеболювання великих гінекологічних операцій застосовують комбінований ендотрахеальний наркоз у поєднанні з міорелаксантами та штучною вентиляцією легень або епідуральну анестезію. Обов'язками середнього медичного персоналу є підготовка інструментарію до проведення знеболювання, постійне спостерігання за станом хворої під час анестезії, вчасне виконання розпоряджень лікаря, ведення наркозної карти

ОСНОВНІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ

ЧЕРЕВНОСТІНКОВІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ

Оперативні втручання на придатках матки.

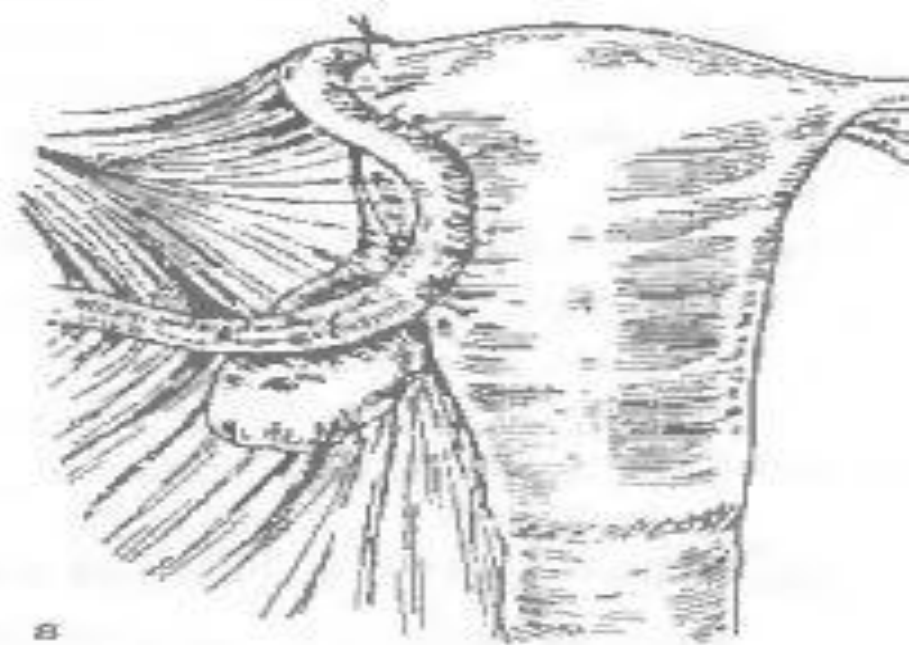
***Видалення маткової
труби (тубектомію)*** виконують при

ПОЗ





a



b

Матка

Гидросальпикс

KARL STORZ

Тубэктомия

Спайки видны между маткой и яичниками



Після доступу в черевну порожнину накладають затискачі на брижу маткової труби (мезосальпінкс) та її матковий кінець. Маткову трубу відтинають вище від накладених затискачів; перев'язують тканини, які перебували у затискачах; затискачі знімають; проводять перитонізацію кукси; відновлюють цілість передньої черевної стінки.

Якщо потрібно зберегти маткову трубу для ймовірної вагітності і якщо труба перебуває в стані, який дає змогу її зберегти, видаляють плодове яйце (при позаматковій вагітності) і рану труби закривають кетгутовими швами або проводять **резекцію маткової труби**

з подальшою разбілітацийною терапією

Операцію *резекції яєчника* виконують за наявності різних видів кіс

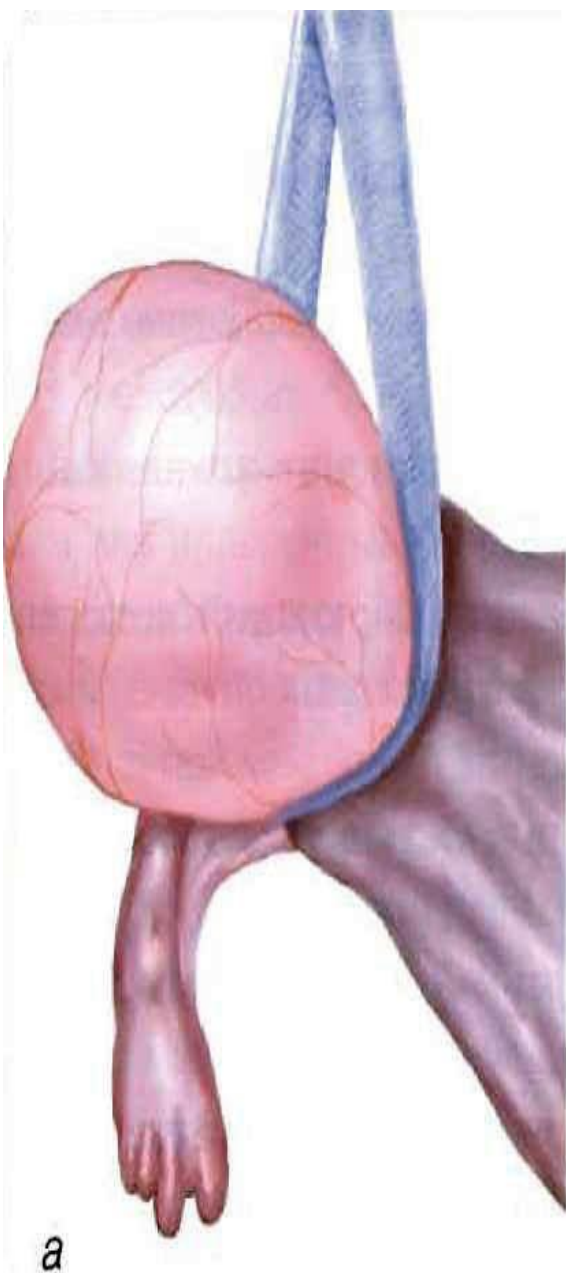
тозних утворень (фолікулярна кіста, кіста жовтого тіла), склерокістозних яєчників, при апоплексії яєчника.

Клиноподібно вирізають частину тканини, що підлягає видаленню,

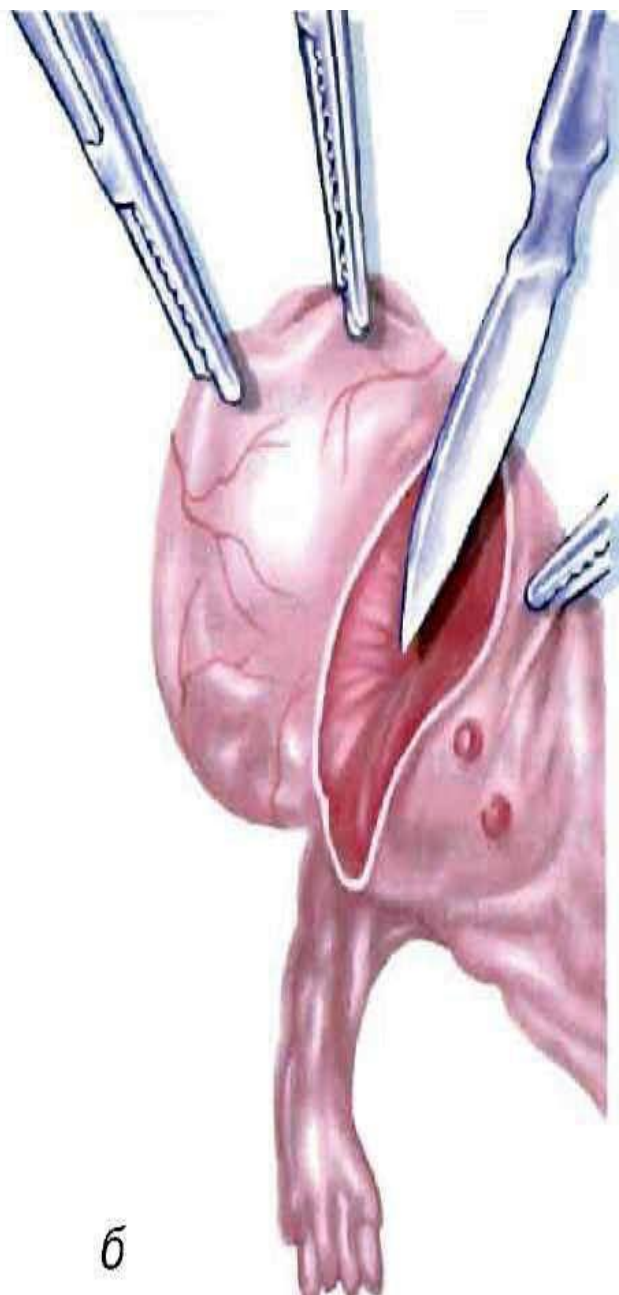
після цього яєчник ушивають декількома окремими кетгутовими швами. Для ушивання тканини яєчників використовують тонкі круглі голки і тонкий кетгут.

Видалення яєчника (оваріоектомія) здебільшого показано при пухлинах яєчника. Після потрапляння у черевну порожнину на ніжку утворення (власна зв'язка яєчника, підвішувальна зв'язка, іноді до складу ніжки входить і маткова труба) накладають затискачі, між ними розрізають тканини, утворення вида

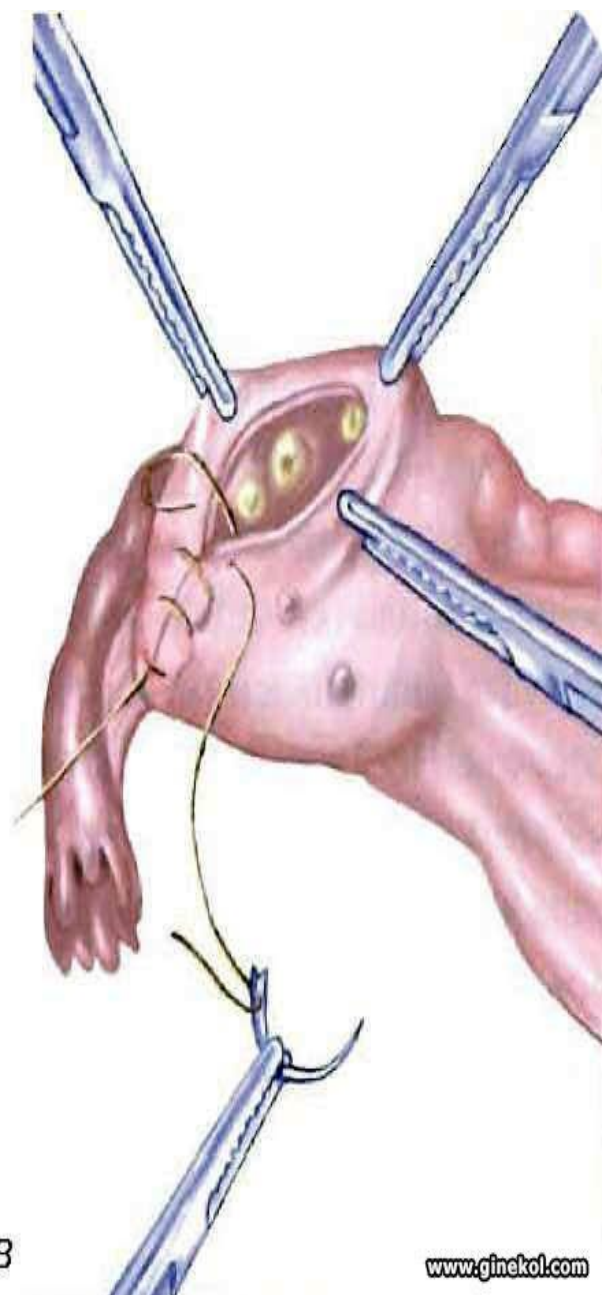
ляють, куксу прошивають і перев'язують, проводять перитонізацію кукси, відновлюють цілість передньої черевної стінки



a



б

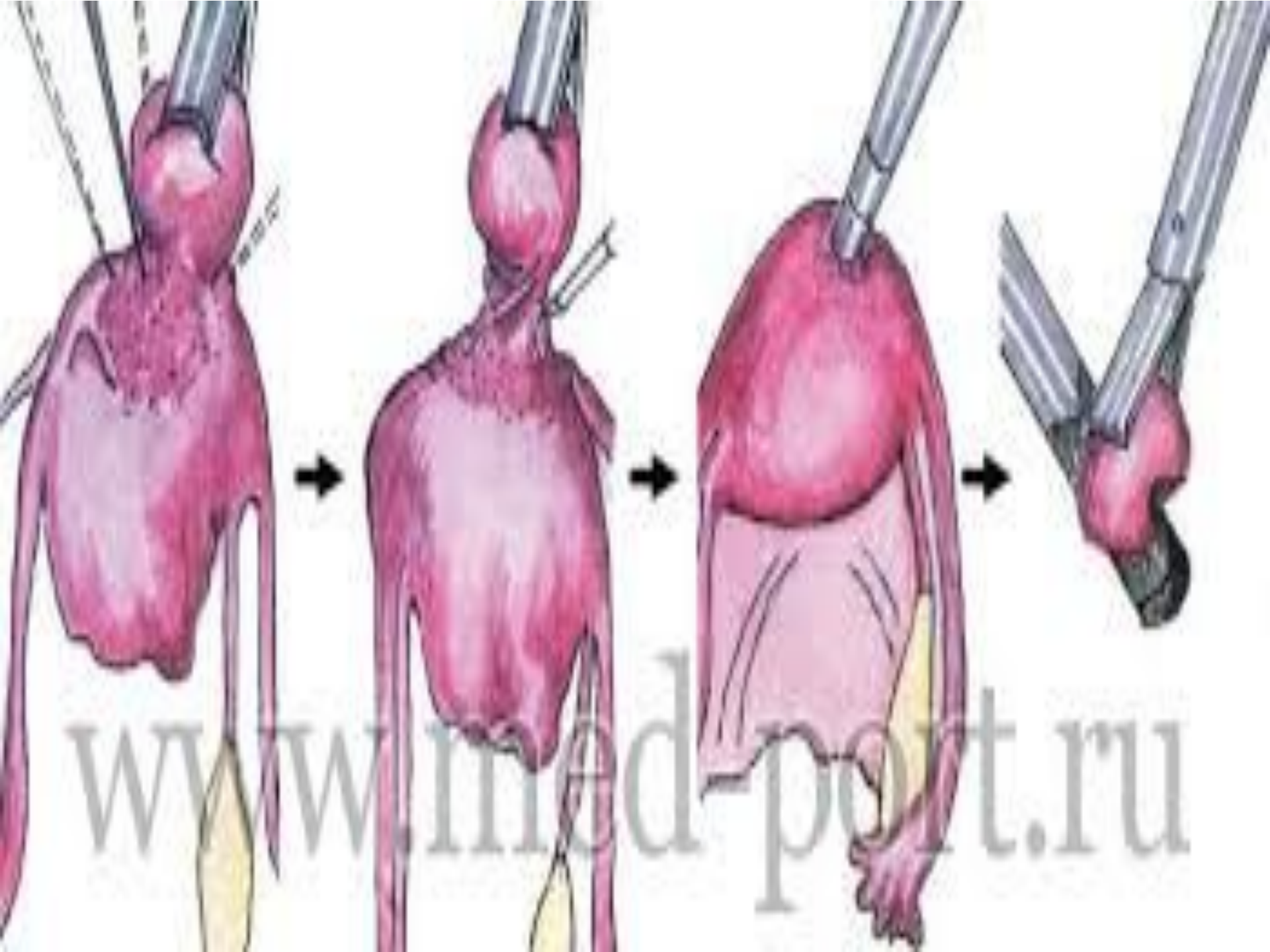


B

Оперативні втручання на матці.

Видалення міоматозного вузла(енуклеація)

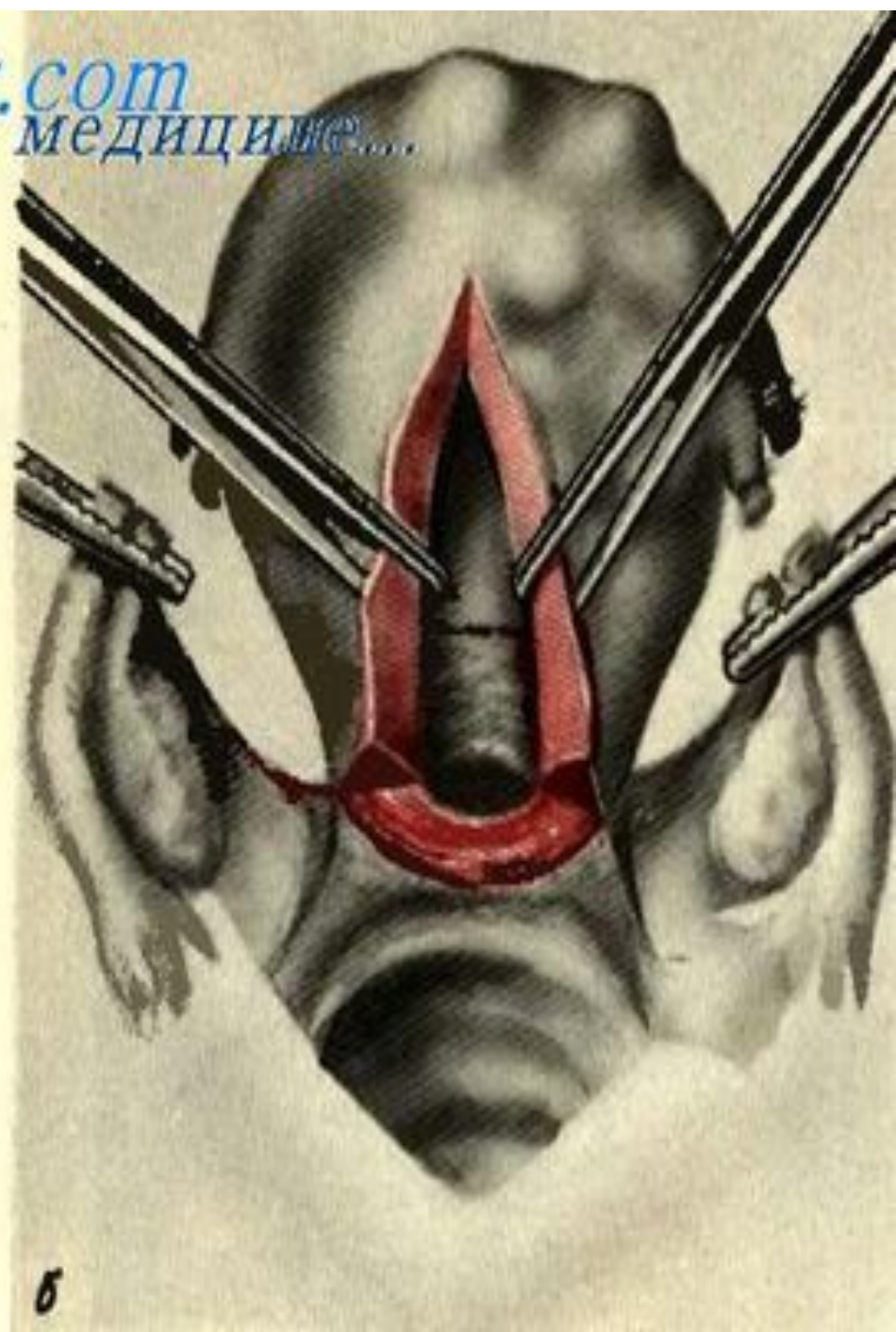
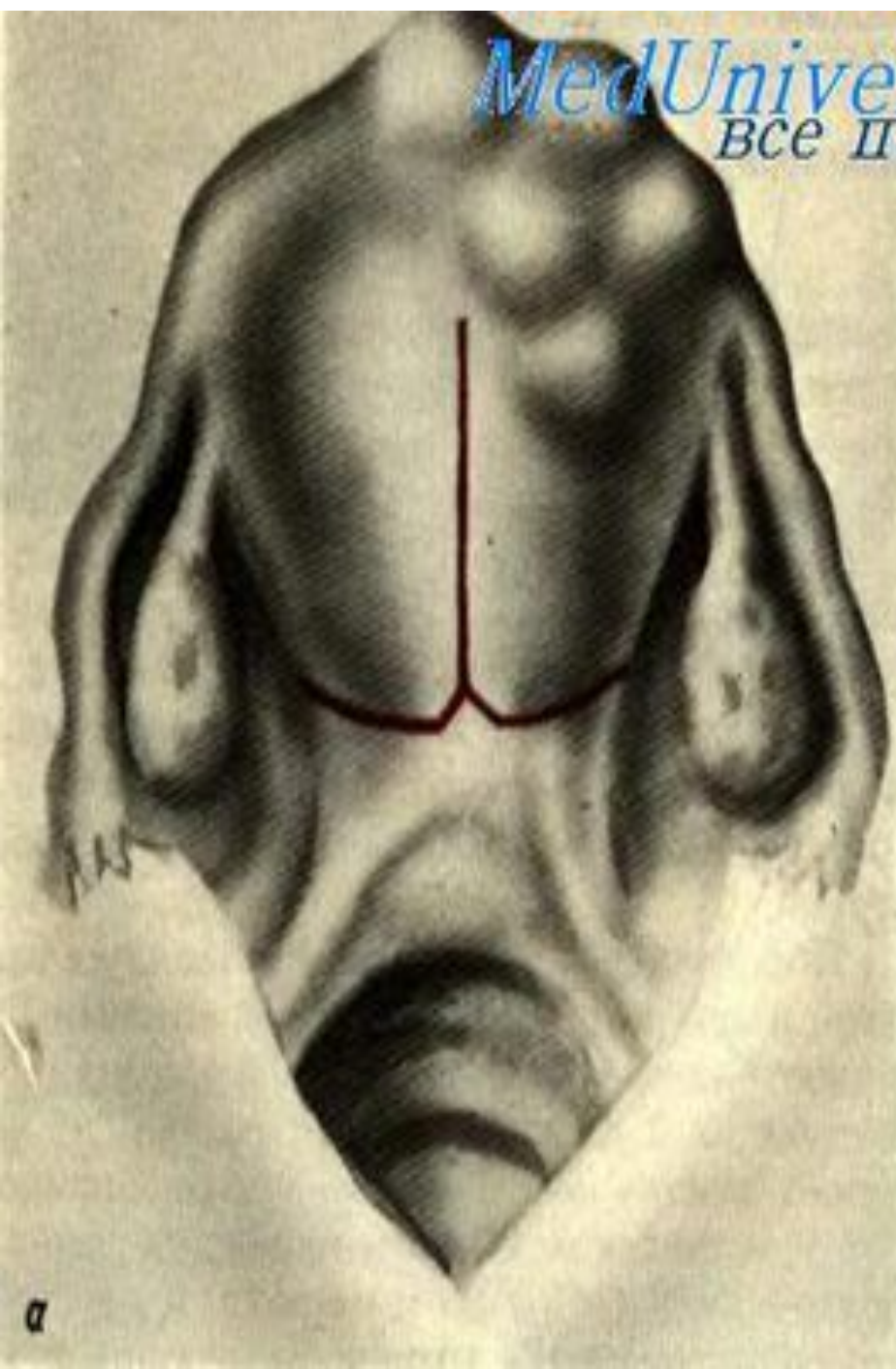
Вилущення міоматозного вузла,консервативна міомектомія проводять за наявності поодиноких невеликих субсерозних або інтерстиціальних вузлів. У разі наявності субсерозного вузла на ніжці його захоплюють щипцями, проводять круговий розтин майже по вузлу, ближче до ніжки, не зачіпаючи капсули. Поворотом навколо осі вузол вилущують. Таку саму операцію виконують і в разі інтерстиціального вузла, однак підхід до вузла проводять шляхом розтину стінки матки і капсули у місці найбільшого випинання вузла. Після вилущення вузла стінку матки (ложе вузла) зашивають.





Надпiхвову ампутацiю матки без придаткiв

виконують при лейомiомi матки, якщо шийка матки та придатки не змiненi. Пiд час операцiї видаляють лише тiло матки. Пiсля фiксацiї тiла матки накладають затискачi, розтинають, прошивають та перев'язують круглу зв'язку матки, власну зв'язку яєчника, маткову трубу, судиннi пучки з обох бокiв. Вiд'єднують тiло матки вiд шийки матки на рiвнi внутрiшнього вiчка. Накладають шви на куксу шийки матки, проводять перитонiзацiю i вiдновлюють цiлiсть черевної стiнки



Екстирпацію матки без придатків

виконують при міомі матки в поєднанні з патологією шийки матки. Під час операції видаляють матку разом із шийкою. Після фіксації тіла матки накладають затискачі, розтинають, прошивають та перев'язують круглу зв'язку матки, власну зв'язку яєчника, маткову трубу, крижово-маткові зв'язки, судинні пучки та піхвові гілки маткових судин з обох боків. Відокремлюють матку від склепінь піхви, обшивають куксу піхви, проводять перитонізацію і відновлюють цілість черевної стінки.



Во время гистерэктомии
может быть удалена
матка, шейка матки,
и яичники

Частичная



Простая гистерэктомия



Радикальная
гистерэктомия

Надпіхвову ампутацію матки з придатками переважно проводять при поєднанні патології тіла матки та її придатків на тлі незміненої шийки матки, при злоякісних пухлинах яєчників.

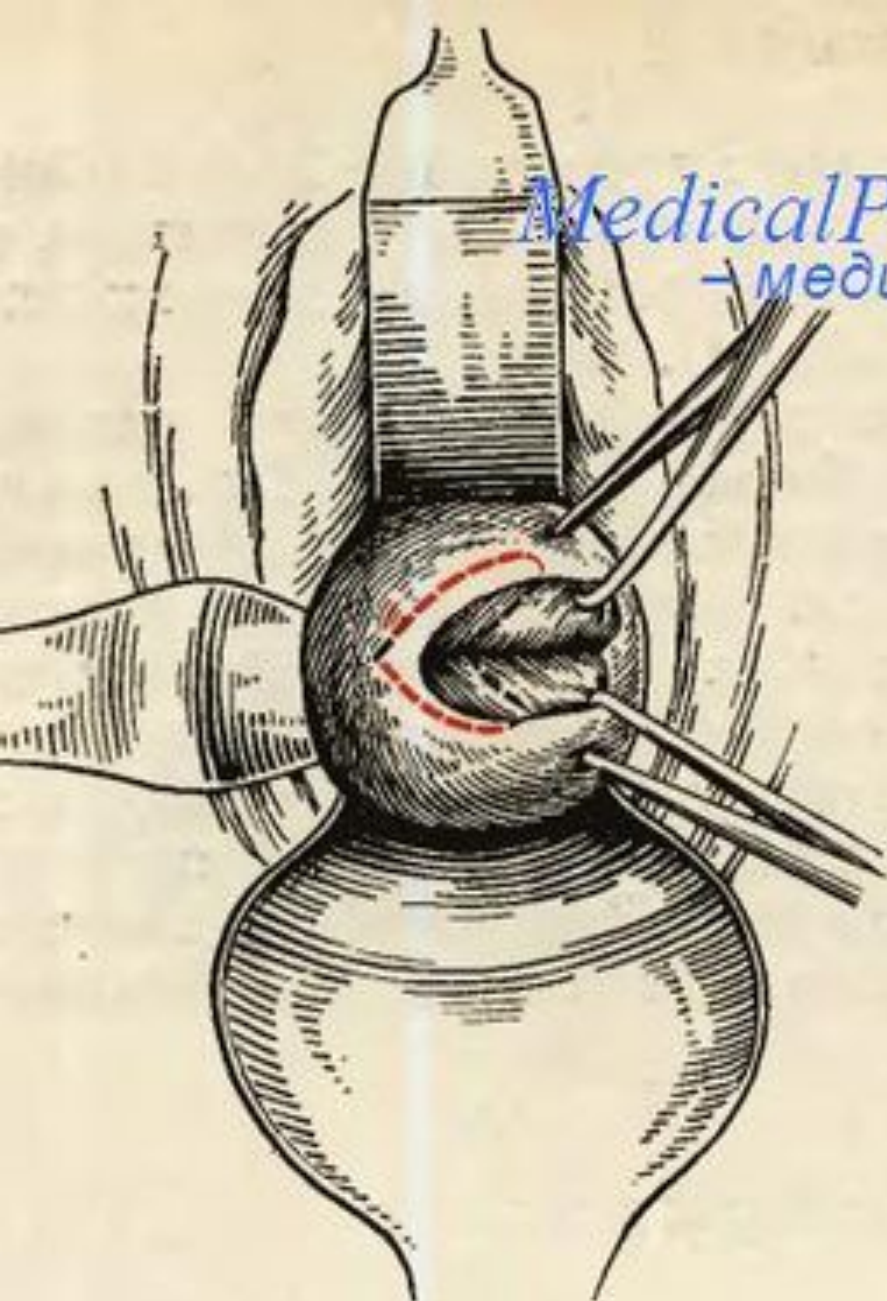
Екстирпація матки з придатками показана при поєднанні патології тіла, шийки матки та її придатків, а також при злоякісних пухлинах тіла або шийки матки

ВАГІНАЛЬНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ

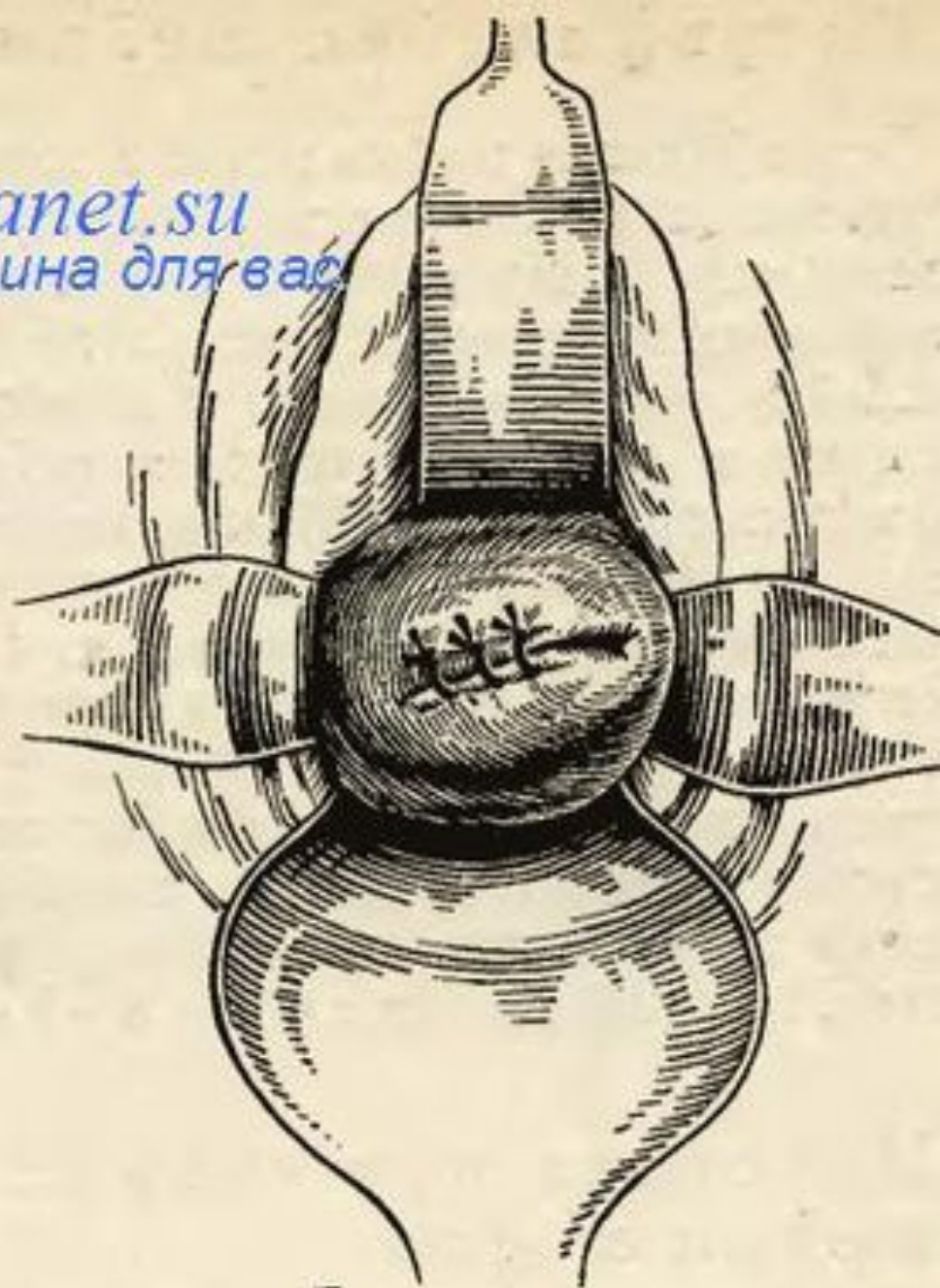
Втручання на піхвовій частині шийки матки.

Пластику шийки матки за Емметом виконують для усунення старих бічних деформованих розривів шийки матки за відсутності її гіпертрофії. Після попередньої підготовки піхву розкривають за допомогою дзеркал, фіксують шийку матки кульовими щипцями. За допомогою скальпеля освіжають краї старих розривів повсій довжині, відсепаровані (розділені) краї з'єднують окремими кетгутовими швам

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас



А



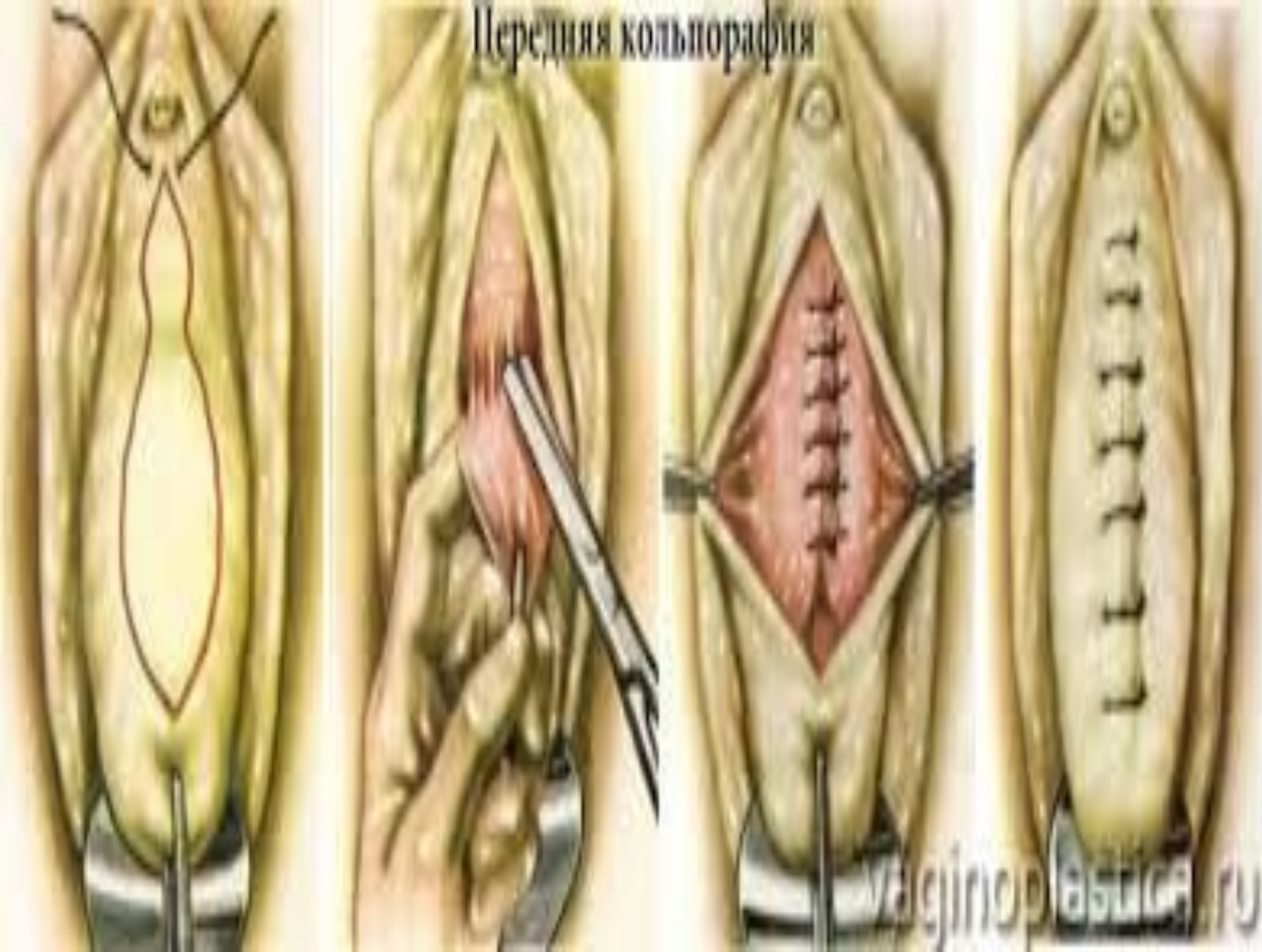
Б

Ампутацію шийки матки за виконують у разі гіпертрофії і подовження шийки матки, а також при раку шийки матки 0 стадії в жінок у віці до 50 років.

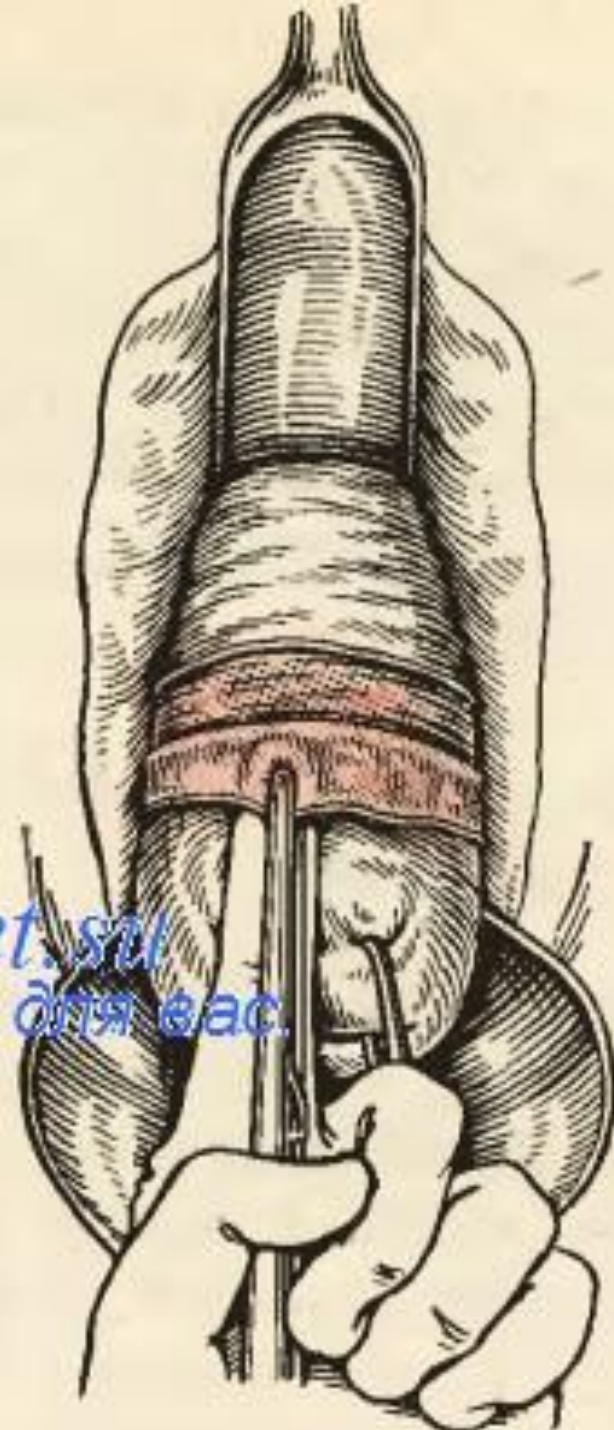
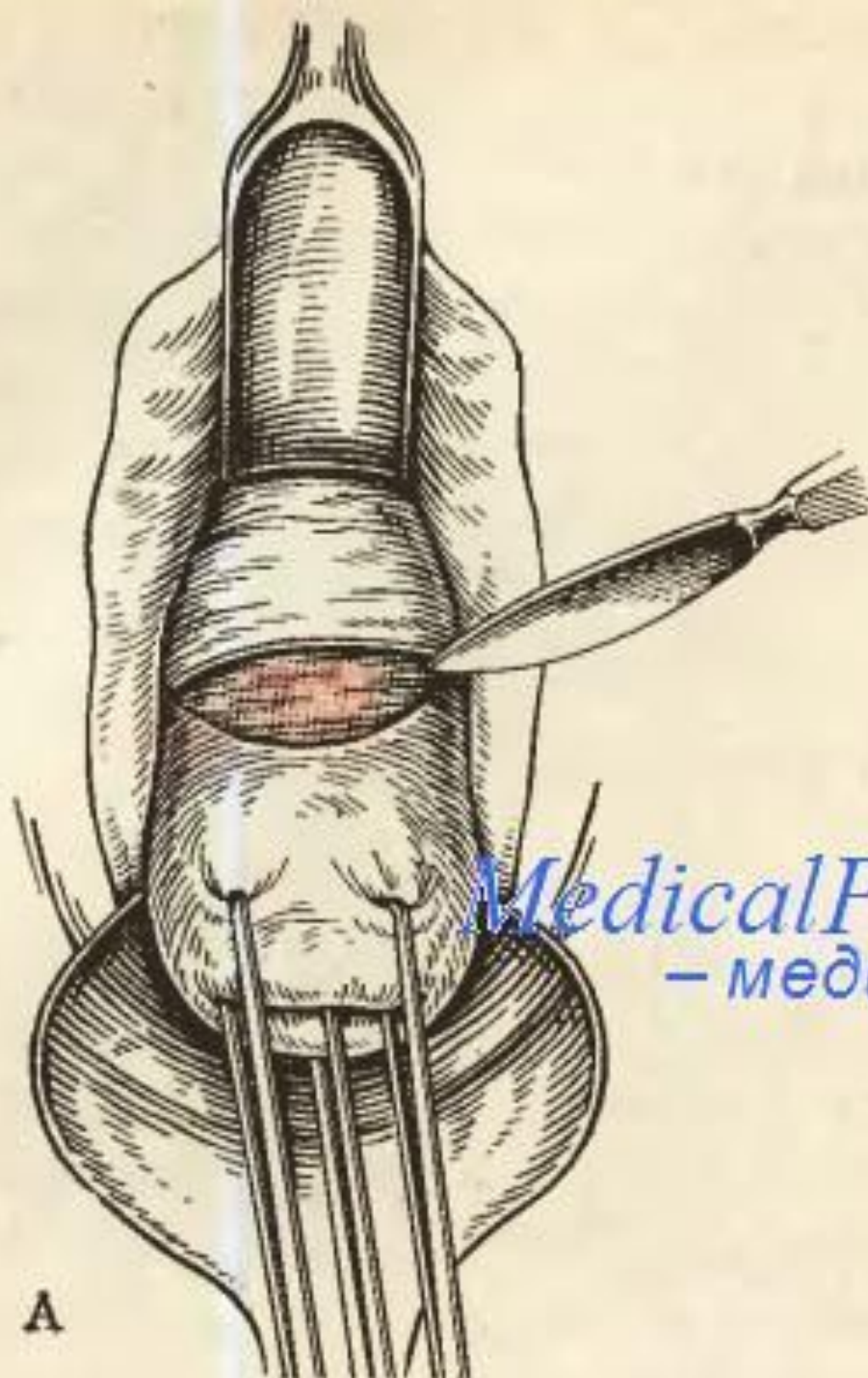
Піхву розкривають за допомогою дзеркал, шийку матки захоплюють кульовими щипцями і опускають до отвору піхви, за допомогою скальпеля висікають тканину у вигляді конуса, вістря якого спрямоване до каналу шийки матки, конус видаляють і накладають основні та додаткові кетгутові шви на шийку матки

Пластику передньої стінки піхви (передня кольпорафія; виконують при опущенні передньої стінки піхви. Після розкриття піхви за допомогою дзеркал і фіксації шийки матки кульовими щипцями на передній стінці піхви скальпелем намічають овальної форми шматок слизової оболонки. Верхній край шматка захоплюють затискачем і частково гострим, частково тупим шляхом поступово відділяють (відсепаровують) і вирізають вимічений шматок. Накладають окремі занурені кетгутові шви, після чого безперервним кетгутовим швом ушивають краї слизової оболонки піхви із зануренням накладених раниць.

Передняя кольпорафия



***Екстирпацію матки через піхву і
пластику промежини*** виконують у
старчому віці при поєднанні повного випадіння
матки із супутніми за
хворюваннями (ерозії, старі розриви шийки
матки, пухлини)



MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.

ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

Усі заходи після операції мають бути спрямовані на профілактику і

своєчасне виявлення можливих ускладнень.

Одразу після операції хвору переводять у спеціальну палату, де має

постійно перебувати медична сестра, яка володіє навичками виконання необхідних реанімаційних маніпуляцій. Палата має бути оснащена системою підведення кисню, дихальними апаратами і набором лікарських засобів для надання екстреної допомоги.

Особливу увагу хворій приділяють у перші 6 год після операції, по

динно вимірюючи артеріальний тиск, визначаючи частоту пульсу й дихання. У разі зниження артеріального тиску, зміни частоти і наповнення пульсу, розладів дихання, виникнення кровотечі та розвитку інших ускладнень

терміново викликають чергового лікаря

При черевностінкових втручаннях одразу після операції на ділянку післяопераційної рани на 3—4 год накладають вантаж для гемостазу й за побігання розходженню швів передньої черевної стінки під час блювання або кашлю. Також для зменшення болю в операційній рані призначають холод на 30 хв (через 1,5—2 год), який відмінняють через 2 доби.

Одним із патологічних чинників, що негативно впливає на перебіг післяопераційного періоду, є біль, для усунення якого через 4—6 год після операції хворій призначають анальгетики (промедол, анальгін та ін.).

Ін'єкції за потреби повторюють кожні 4—6 год, а через 2—3 доби — 1 раз на добу (на ніч)

У післяопераційний період найголовнішим є оцінювання загального стану хворої (температура, пульс, артеріальний тиск, дихання), стану післяопераційної рани, нагляд за своєчасним спорожненням сечового міхура і кишок, установлення наявності чи відсутності ознак подразнення очеревини, визначення стану кишок.

У більшості хворих уже наприкінці першої доби після операції починають відходити гази, відновлюється перистальтика кишок. Для стимуляції перистальтики з першої доби післяопераційного періоду призначають прозерин, церукал. Якщо перистальтика відсутня, на другу добу роблять гіпертонічну клізму, а на третю, за потреби, — очисні

Через 8—10 год після операції сечовий міхур має бути спорожнений, незважаючи на те що відразу після операції сечу було виведено через катетер. Якщо самостійне сечовипускання унеможливлене, затримку сечі усувають лікарськими (пітуїтрин) і рефлексорними засобами (тепле судно, струмінь води) або шляхом катетеризації сечового міхура. У більшості хворих функція сечового міхура відновлюється, як тільки їм дозволяють вставати.

У перші 6—8 год після операції пацієнтці не дозволяють пити, тільки змочують їй губи та слизову оболонку ротової порожнини вологою серветкою. Згодом дають пити невеликими порціями переварену воду, настій шипшини без цукру, мінеральну негазовану воду. Із другої доби рідину дозволяють пити в кількості 1—1,5 л, а також бульйон, кефір. На третю добу можна вживати протерті супи, надалі поступово переходячи на загальне харчування.

З огляду на втрати рідини під час операції у післяопераційний період показана інфузійна терапія для коригування водно-електролітного і білкового обмінів, кислотно-основного стану та реологічних властивостей

крові. Характер і об'єм інфузійної терапії зумовлені основним захворюванням, особливостями оперативного втручання і віком хворої. Інфузійну терапію проводять протягом декількох днів після операції.

Антибіотики доцільно призначати лише за наявності запальних процесів у малому тазі, після травматичних операцій, при повторних операціях або якщо виникла небезпека інфікування

Поведінка хворої в ліжку до кінця першої доби має бути активною (глибокі вдихи, згинання ніг, зміна положення тіла) для профілактики пневмонії. Призначають дихальну гімнастику. При неускладненому перебігу післяопераційного періоду хворі можуть вставати і ходити вже на другу добу (лапароскопії — через декілька годин) після операції. Особливо пильної уваги потребує післяопераційна пов'язка. Першу перев'язку роблять на другу добу. Далі, якщо післяопераційний період перебігає без ускладнень, перев'язки роблять за потребою. Шви знімають на 6—8-у добу після операції.

Двічі на день хворим проводять туалет зовнішніх статевих органів, обмиваючи їх дезінфекційними розчинами.

На 7—8-у добу (за лапароскопії — на третю добу) після операції за умови неускладненого перебігу післяопераційного періоду жінку виписують зі стаціонару під нагляд дільничного гінеколога.

Після піхвових операцій у післяопераційний період показані ліжковий режим, анальгетики й антибіотики (за показаннями), дихальна гімнастика, регуляція функцій кишок і сечового міхура.

При операціях на м'язах тазового дна акт дефекації затримується на 5 діб, що забезпечують ретельним спорожненням кишок перед операцією і споживанням рідкої їжі протягом 5 діб після операції. Із 6-ї доби харчовий раціон поступово розширюють, однак без включення клітковини.

Догляд за післяопераційною раною на промежині ведуть відкритим способом, піхву обробляють 0,1 % розчином калію перманганату. На 5-у добу призначають клізму, шви знімають на 6-у добу.

Вставати і ходити хворим після піхвових операцій дозволяють на 7-у добу, а виписують на 12-у. Протягом 3 міс. рекомендують обмежувати підняття важкого (не більше 3 кг). Пацієнток звільняють від важкої фізичної праці на термін до 6 міс.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

У післяопераційному періоді можуть виникати ранні (у перші години) та пізні (на 2—6-у добу) ускладнення. Одразу після операції, під час виходу з наркозу, можуть виникнути нудота і блювання. Голову хворої слід повернути набік і не залишати без нагляду, бо можливі аспірація блювотних мас й асфіксії

Достатньо часто у хворих спостерігають у тій чи іншій мірі дихальну недостатність, що зумовлена залишковою дією м'язових релаксантів, анестетиків та наркотичних анальгетиків, що проявляється гіпоксією та метаболічним ацидозом. Для лікування цих явищ застосовують кисневу терапію, перкусійний та вібраційний масаж грудної клітки, бронхолітики (бронхолітин, еуфілін тощо), інгаляційну терапію. Для лікування застійних явищ у легенях та профілактики пневмонії застосовують дихальну гімнастику.

Серед заходів щодо профілактики тромбоемболічних ускладнень провідне місце нарівні з достатньою гідратацією посідають активне ведення післяопераційного періоду (активна і пасивна гімнастика, раннє вставання з ліжка), еластичне бинтування кінцівки з варикозно-розширеними венами, застосування (за показаннями) прямих і непрямих антикоагулянтів.

Післяопераційні кровотечі насамперед проявляються зниженням артеріального тиску, прискоренням пульсу, блідістю шкіри і слизових оболонок появою крові із дренажних трубок або з піхви, зниженням рівня гемоглобіну.

Про появу таких ознак медична сестра негайно повідомляє чергового лікаря

До гнійно-запальних ускладнень належать
нагноєння післяопера
ційної рани

та
післяопераційний перитоніт.

Початкові симптоми медична
сестра може виявити при ретельному спостереженні за
хворою: підви
щення температури тіла, прискорення пульсу, пульсівний
біль, гіперемія,
набряк у ділянці рубця, гнійні виділення з рани; при
перитоніті, крім того, зниження артеріального тиску,
поверхнєве дихання, нудота, блювання,
сповільнення перистальтики кишок, невідходження газів,
позитивні сим
птоми подразнення очеревини. Про появу перших таких
ознак медсестра
повідомляє лікаря і надалі виконує його призначенн