

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 10

Тема: Методы лечения в гинекологии.

Сестринский уход за пациентками с гинекологическими заболеваниями.

Первая помощь при неотложных состояниях в гинекологии.

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии

3.2. Сестринское дело в гинекологии

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

Обучающийся должен знать:

- основные методы, принципы и виды лечения, применяемые в гинекологии;
- особенности сестринского процесса при выполнении влагалищных процедур;
- понятие «острый живот» в гинекологии;
- особенности сестринского ухода при неотложных состояниях и «остром животе» в гинекологии;
- оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях;
- особенности сестринского ухода в послеоперационном периоде.

Содержание:

1. Основные методы лечения, применяемые в гинекологии: консервативное, оперативное, общее, местное. Виды лечения: амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное. Принципы и виды общей консервативной терапии.
2. Особенности сестринского процесса при выполнении влагалищных процедур.
3. Оперативные методы лечения. Классификация гинекологических операций: плановые и экстренные.
4. Особенности предоперационной подготовки пациентки к плановой, экстренной, малой влагалищной операции.
5. Правила ухода в послеоперационном периоде. Первая помощь при неотложных состояниях (маточные кровотечения I и II половины беременности, внематочная беременность, перекрут и разрыв кисты, перекрут и некроз миоматозного узла, эклампсия).

1. Основные методы лечения, применяемые в гинекологии: консервативное, оперативное, общее, местное. Виды лечения: амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное. Принципы и виды общей консервативной терапии.

Основные принципы лечения гинекологических заболеваний.

Консервативные методы лечения и уход.

Лечебную помощь гинекологическим больным можно разделить на три вида: амбулаторную, стационарную и санаторно-курортную. Лечение назначает врач. Медицинская сестра или акушерка выполняет все назначения (раздача лекарств, инъекции, лечебные процедуры), наблюдает за действием лечебных мероприятий и сообщает врачу об изменениях в состоянии больной. Кроме того медицинская сестра или акушерка осуществляет уход за больной в процессе консервативного (как и оперативного) лечения.

Лечебно-охранительный режим для больных в каждом лечебном учреждении обеспечивается всем медицинским персоналом. Правильно организованный режим создает благоприятные условия для выздоровления. Одним из элементов лечебно-охранительного режима является необходимый комфорт для больных: опрятность и чистота помещений. Свежий воздух, мягкий, но достаточно яркий свет, удобная постель, чистое белье, звукоизоляция, сигнализация для вызова персонала, внимание и дружелюбное отношение со стороны персонала.

Медицинская сестра гинекологического отделения должна владеть техникой выполнения основных лечебных процедур, к которым кроме постановки инъекций и длительных внутривенных вливаний относятся влагалищные спринцевания, влагалищные ванночки, обработка влагалища лекарственными средствами, введение во влагалище шариков и свечей с лекарственными средствами, а также тампонов с мазью или

эмульсией, содержащих лекарственные средства, обработка шеечного канала, различные клизмы.

Консервативное лечение гинекологических больных может включать следующие элементы:

Физические методы лечения.

Эти методы широко используют в лечении гинекологических заболеваний. В крупных стационарах предусмотрены физиотерапевтические отделения, где под руководством врача-физиотерапевта работают медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку по физиотерапии. Кроме знания аппаратуры, используемой в физиотерапевтическом отделении, медицинская сестра должна хорошо владеть техникой выполнения различных физиотерапевтических процедур, а также быть знакома с техникой безопасности при работе в отделении физиотерапии. Физические методы лечения используются в терапии подострых и хронически протекающих воспалительных заболеваний половых органов, бесплодия, дисфункциональных маточных кровотечений. В гинекологической практике чаще всего применяются следующие физические факторы: электрические токи низкого напряжения (гальванический ток, электрофорез лекарственных средств, импульсные токи), магнитное поле (постоянное магнитное поле, переменное магнитное поле низкой, высокой и ультразвуковой частоты), свет (инфракрасной, ультрафиолетовое излучение), механические колебания (вибрация, ультразвук), тепловые факторы (лечебные грязи, парафин, торф, озокерит).

Лучевая терапия.

Она используется в лечении онкогинекологических больных при раке шейки и тела матки, влагалища и др. Лучевая терапия может проводиться в комплексе с хирургическими методами лечения (комбинированный метод лечения) или самостоятельно (сочетанная лучевая терапия).

Лечение антибактериальными препаратами.

Данное направление лечения является ведущим при воспалительных заболеваниях женских половых органов и проводится по тем же принципам, что и в отделениях другого профиля. При этом широко используются антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны. Эффект от лечения антибиотиками существенно увеличивается, если их применяют после определения чувствительности микрофлоры. При проведении терапии антибиотиками медицинской сестре следует помнить о возможности возникновения аллергических реакций и даже анафилактического шока в ответ на введение антибиотика. Кроме этого длительная антибактериальная терапия приводит в ряде случаев к возникновению дисбактериоза.

Лечение гормональными препаратами.

Эти препараты используются при лечении больных с нарушениями менструальной функции, эндометриозом, предраковыми заболеваниями и раком половых органов. Медсестре следует помнить, что гормональные препараты при бесконтрольном применении могут оказать неблагоприятное воздействие на половую систему и весь организм женщины, поэтому лечение гормональными препаратами должно проводиться по строгим показаниям, в соответствии с назначениями врача, а также под контролем тестов функциональной диагностики с учетом общего состояния больной. При лечении гинекологических больных широко применяются препараты половых гормонов (эстрогены, гестагены, синтетические эстроген-гестагенные препараты, андрогены), а также гонадотропные гормоны.

Лечение препаратами, изменяющими реактивность организма, десенсибилизирующая и симптоматическая терапия

В комплексном лечении гинекологических больных требующем консервативных методов лечения, широко используются средства, повышающие реактивность женского организма (биогенные стимуляторы и аутогемотерапия), десенсибилизирующие препараты (препараты кальция, антигистаминные средства) и витамины. В ряде случаев

при вялотекущих воспалительных заболеваниях прибегают к лекарственным средствам, обостряющим течение воспалительного процесса (пирогенал, продигозан, бийохинол и др.) и тем самым повышающим эффективность проводимой противовоспалительной терапии. Средства симптоматической терапии включают обезболивающие, спазмолитические, седативные, кровоостанавливающие и сокращающие средства.

Оперативные методы лечения.

Хирургические методы занимают большое место в лечении гинекологических больных. Велика роль и участие среднего медицинского персонала в процессе подготовки и проведении операции.

Гинекологические операции делятся на малые и большие. К малым гинекологическим операциям относятся полипэктомия, удаление родившегося миоматозного узла, биопсия, диатермокоагуляция или криотерапия эрозии шейки матки, диагностическое выскабливание слизистой тела матки и канала шейки матки. Операция искусственного прерывания беременности относится к акушерским операциям, но в ранних сроках беременности (до 12 нед) осуществляется, как правило, в гинекологических стационарах. Большие гинекологические операции осуществляют путем чревосечения, которое может быть брюшностеночным (лапаротомия) и влагалищным (кольпотомия). Чаще используется лапаротомия. Большие гинекологические операции производят в большой операционной.

Большое значение имеет правильная подготовка гинекологической больной к операции, уход за больной в предоперационном и послеоперационном периоде, особенно, если течение последнего осложнено.

Санаторно-курортное лечение направлено на создание функциональных резервов, повышение защитных и компенсаторных способностей, расширение диапазона адаптационных возможностей организма больной. Санаторно-курортное лечение показано при хронических воспалительных заболеваниях матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки, исключая генитальный туберкулез (в этом случае лечение должно проводиться только в специализированных санаториях), послеоперационных спаечных процессах в малом тазу, фиксированных неправильных положениях матки, генитальном инфантилизме, нарушениях менструальной функции (после исключения обуславливающих их органических заболеваний, кроме хронического воспаления внутренних половых органов), климактерическом синдроме.

Недопустимо направление на санаторно-курортное лечение женщин с симптоматическим диагнозом «бесплодие» без выявления причины отсутствия беременности, «аменорея» — без установления происхождения ее. Максимальная эффективность курортной терапии в гинекологии отмечается при небольшой продолжительности патологического процесса.

Для решения вопроса о показаниях и установления противопоказаний к санаторно-курортной терапии проводят медицинский отбор больных с обязательным участием терапевта. Кроме общих противопоказаний к санаторно-курортному лечению (злокачественные новообразования любой локализации, болезни крови, активные формы туберкулеза легких, органов брюшной полости и брюшины, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации и др.), для гинекологических больных существуют специальные противопоказания. К ним относятся период после аборта (до первой менструации), состояние после операции по поводу злокачественного новообразования. Лечение на грязевых и бальнеологических курортах тепловыми процедурами противопоказано при наличии полипа, кровоточащей псевдоэрозии шейки матки, миоме матки, эндометриозе, кисте яичника, маточном кровотечении, дисфункции яичников, обусловленной органическими заболеваниями нервной и эндокринной систем.

После выявления показаний и исключения противопоказаний к санаторно-курортному лечению прежде всего необходимо правильно выбрать тип курорта. При отсутствии экстрагенитальных заболеваний выбор типа курорта определяется характером патологии половой системы.

Большое значение имеет выбор вида лечения — санаторного или амбулаторного. Затем необходимо определить наиболее благоприятный сезон (время года) для курортного лечения. При гинекологических заболеваниях курортное лечение может быть проведено в любое время года, однако желательно избегать направления на южные курорты в жаркие летние месяцы женщин с климактерическим синдромом и выраженными эмоционально-неврологическими расстройствами.

Большое внимание следует уделять подготовительным лечебно-профилактическим мероприятиям: санации половых путей (лечение кольпита, удаление полипа, лечение псевдоэрозии шейки матки) и экстрагенитальных очагов хронической инфекции.

2. Особенности сестринского процесса при выполнении влагалищных процедур.

Санация в гинекологии - это часто используемое лечение. Санация влагалища — это обработка влагалища препаратами с целью дезинфекции. Выбор антисептических препаратов зависит от показания к санации. Выбор метода санации осуществляется гинекологом.

Показания к санации влагалища.

Санация предшествует гинекологической операции, аборту, кольпоскопии, установке внутриматочной спирали и множеству других манипуляций. Также используется при онкоцитологии для получения окончательного результата.

В числе заболеваний, требующих санации:

- Заболевания половых органов. Они могут быть вызваны неспецифическими бактериями, вирусами, грибами или же передаваться половым путём.
- Активные воспалительные процессы (вагинит, воспаление матки).

Иногда осуществить санацию можно самостоятельно, например, при лечении кандидоза.

Санация перед родами.

Санация перед родами является обязательной процедурой и позволяет очистить влагалище от инфекций. Иммунная система беременной не всегда может сама полностью уничтожить возможную угрозу. При этом плод при рождении контактирует со всеми микроорганизмами родовых путей. Помимо этого, инфекции могут быстро развиваться в организме матери, поскольку после родов образуется благоприятная для их развития среда.

Санация родовых путей позволяет избежать возможного инфицирования, однако назначается только специалистом. Полезные бактерии тоже подвергаются действию введенных препаратов, микрофлора влагалища полностью разрушается. Врач должен оценить возможные риски, учитывая данные исследований. Ведь санация не является просто процедурой, это лечение.

В качестве санирующих мероприятий женщина может самостоятельно, по назначению врача, пролечиться влагалищными противомикробными свечами, капсулами, спринцеваниями. В условиях женской поликлиники или стационара врачи проводят больным влагалищные ванночки, дезинфицирующие растворы, вводят тампоны с лекарственными средствами.

Препараты для санации влагалища должны отвечать следующим требованиям:

- обладать широким спектром противомикробного действия
- обладать противовирусным, антигрибковым действием,
- препараты, направленные против простейших,

- обладать высокой активностью в присутствии патологических выделений (кровь, гной),
- иметь быстрый и выраженный эффект.

Для санации влагалища могут быть использованы препараты в свечах или таблетках для местного применения, спринцивания антисептиками, ручной обработки дезинфицирующими растворами при проведении манипуляции. Выбор метода санации влагалища осуществляет врач.

3.Оперативные методы лечения. Классификация гинекологических операций: плановые и экстренные.

Каждая хирургическая операция влияет на процессы жизнедеятельности организма в целом. Наряду с физической травмой следует учитывать также психическое воздействие, боль, влияние на организм наркотических веществ, потерю жидкости, электролитов. тепла и многие другие моменты. Успех операции зависит от:

- правильной оценки показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству;
- тщательности обследования больной и предоперационной подготовки;
- выбора метода обезболивания, времени и характера операции;
- техники выполнения операции;
- лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде.

Некоторые болезни женской половой системы невозможно вылечить никаким другим способом, кроме оперативного вмешательства.

Различают экстренные гинекологические операции и плановые.

Экстренные - которые необходимо выполнить немедленно, как только обнаружится проблема. Например, при внематочной беременности, так как промедление может грозить развитию сильного внутреннего кровотечения или перитонита и, в итоге, иногда смерти больной.

Плановые гинекологические операции - те, которые не требуют срочности. Женщине назначается предоперационный период для тщательного обследования и подготовки организма.

Также гинекологические операции подразделяют на те, которые выполняются через переднюю брюшную стенку, и называются полостными гинекологическими операциями и те, которые выполняются через внешние половые органы и влагалище и их называют малыми хирургическими операциями.

Полостные гинекологические операции требуют госпитализации больной, а малые проводятся в стационаре одного дня, другими словами женщина имеет возможность уйти домой в тот же день.

Классификация операций:

А. Малые гинекологические операции:

- 1.Биопсия шейки матки.
- 2.Конизация шейки матки.
- 3.Полипэктомия.
- 4.Диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.
- 5.Гистероскопия.
6. Медицинский аборт.
7. Вскрытие абсцесса бартолиновой железы.
- 8.Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

Б. Большие гинекологические операции:

1. Операции на влагалище:

А. Пластика стенок влагалища при опущении и выпадении: передняя и задняя кольпорафия, кольпоперинеорафия.

2. Операции на влагалищной части шейки матки:

А. Пластика шейки матки.

Б. Ампутация шейки матки.

В. Клиновидная ампутация шейки матки.

3. Операции на придатках матки:

А. Удаление маточной трубы (тубэктомия).

Б. Резекция яичника.

В. Удаление яичника (овариоэктомия).

4. Операции на матке с придатками:

1. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

2. Надвлагалищная ампутация матки с придатками.

3. Экстирпация матки с придатками.

4. Особенности предоперационной подготовки пациентки к плановой, экстренной, малой влагалищной операции.

Показания к хирургическому лечению.

Показания к операции могут быть абсолютными и относительными.

Абсолютными показаниями являются состояния, непосредственно угрожающие жизни женщины, сопровождающиеся картиной острого живота (кровотечения при эктопической беременности, разрыве или прободении матки, перекручивание ножки кистаденомы яичника, разрыв гнойника придатков матки с истечением гноя в брюшную полость и развитием перитонита и др.) или наружного кровотечения (при злокачественных опухолях женских половых органов, подслизистой миоме матки) с постгеморрагической анемией.

Примером относительных показаний к оперативному вмешательству могут служить опущение стенок влагалища и матки, пороки развития половых органов, не вызывающие сопутствующих осложнений, и др.

Противопоказания к хирургическому лечению.

При решении вопроса о хирургическом лечении необходимо учитывать противопоказания к операции. К ним, в частности, относятся тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания, печени, почек и других органов и систем, резко нарушающие общее состояние организма и его компенсаторные и адаптационные механизмы.

Однако в ряде случаев оказания неотложной помощи по жизненным показаниям приходится производить операцию, невзирая на имеющиеся противопоказания. Противопоказаниями к плановым операциям у гинекологических больных обычно являются сопутствующие острые инфекционные болезни (грипп, острые респираторные заболевания и др.), пиодермия, пролежни на влагалищной части шейки матки, воспаления слизистой влагалища (перед влагалищными операциями).

Предоперационное обследование.

Во время предоперационной подготовки выясняется общее состояние больной, уточняется основной диагноз, выявляются сопутствующие заболевания. Обследование начинается в поликлинических условиях, что значительно сокращает срок пребывания

больной в стационаре до операции. Существует объем клинико-лабораторных исследований, который проводится больным независимо от характера заболевания.

Объем обследования гинекологических больных перед оперативным вмешательством.

Для малых и диагностических операций:

- Клинический анализ крови.
- Клинический анализ мочи.
- Анализ крови на RW.
- Анализ крови на форму 50.
- Анализ крови на HBAg.
- Рентгеноскопия грудной клетки.
- Анализ влагалищного мазка на биоценоз.
- Анализ цервикального мазка на атипию.

Для полостных операций:

- Клинический анализ крови (тромбоциты + время несвертываемости).
- Клинический анализ мочи.
- Анализ крови на RW.
- Анализ крови на форму 50.
- Анализ крови на HBAg.
- Рентгеноскопия грудной клетки.
- Справка о санации полости рта.
- Анализ влагалищного мазка на биоценоз.
- Анализ цервикального мазка на атипию.
- Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ).
- Коагулограмма (протромбин).
- ЭКГ.
- Заключение терапевта об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению.
- Данные диагностического выскабливания (при опухолях матки)

При выявлении сопутствующих заболеваний (хронический тонзиллит, бронхит, кариес, кольпит, эндоцервицит и др.) больная должна предварительно пройти соответствующее лечение.

Для обследования гинекологических больных, кроме обычных, применяются (по показаниям) дополнительные методы исследования, объем которых определяется основным заболеванием.

Учитывая циклические гормональные изменения, происходящие в женском организме, благоприятным временем для операции считаются первые дни после окончания менструации. Плановые операции не должны производиться во время менструации.

Выбор метода операции.

При выборе возможного метода и объема хирургического лечения учитываются следующие данные:

- характер основной болезни,
- наличие сопутствующих заболеваний,
- возраст больной,
- условия жизни и труда,
- вредные привычки.

У молодых женщин при отсутствии злокачественных опухолей целесообразны органосохраняющие операции. У женщин климактерического возраста и находящихся в менопаузе производят более радикальные операции. Сопутствующие экстрагенитальные

заболевания, а также пожилой возраст больной являются показанием к более простой, быстро и легко выполнимой операции.

План хирургического вмешательства может быть изменен во время операции. Это зависит от дополнительных данных, полученных во время операции, а также от возникновения осложнений (кровотечение, коллапс, шок, ранение соседних органов и пр.).

Для обезболивания при гинекологических операциях применяются как местная (в том числе эпидуральная), так и общая анестезия. Имеется большое количество наркотических, анальгетических препаратов, мышечных релаксантов, нейроплетиков, ганглиоблокаторов и антигистаминных средств, позволяющих осуществлять современное анестезиологическое пособие при самых различных операциях и проводить управление жизненно важными функциями организма во время хирургического вмешательства.

Подготовка больной к операции.

Длительность и характер предоперационной подготовки могут быть различными в зависимости от общего состояния больной, основного и сопутствующих заболеваний, а также возраста.

Перед операцией проводится оценка функционального состояния жизненно-важных систем организма и их резервных возможностей. Плановая операция проводится на фоне стойкой компенсации и ремиссии сопутствующих заболеваний.

Оценка сердечно-сосудистой системы заключается в анализе сократительной способности миокарда, изменений сосудистой системы в целом и в отдельных ее бассейнах (малый круг кровообращения, сосуды головного мозга, миокарда). При выявлении патологических изменений проводится предоперационная подготовка больной в условиях терапевтического стационара (отделения).

При оценке системы дыхания обращают внимание на проявление хронических заболеваний. Профилактика послеоперационных осложнений включает мероприятия физиотерапевтического характера, направленные на нормализацию внешнего дыхания. По показаниям проводится медикаментозная терапия, направленная на восстановление проходимости и дренажной функции дыхательных путей.

Подготовка желудочно-кишечного тракта требует особого внимания. Предварительно проводится санация полости рта и носоглотки. Диета в предоперационном периоде должна быть калорийной, но не обильной. Кишечник должен опорожняться ежедневно. Накануне операции всем больным ставят очистительную клизму. Слабительные для подготовки к операции назначают в настоящее время редко, так как в результате их действия могут развиваться ацидоз и парез кишечника. При подготовке больных к операциям на кишечнике (разрывы промежности III степени, кишечно-вагинальные свищи) за 2 дня до операции назначают слабительное, а накануне и в день операции ставят очистительную клизму.

Подготовка печени. Ограничение питания в день операции и после нее приводит к значительному расходованию гликогена, поэтому непосредственно перед операцией и во время вмешательства рекомендуется вводить глюкозу. Стойкое нарушение основных функций печени является противопоказанием к операции.

Подготовка больных к влагалищным операциям. Операция производится при нормоценозе или промежуточном типе биоценоза влагалища. При дисбиотических и/или воспалительных процессах проводят терапию, направленную на восстановление нормальной микрофлоры. При наличии пролежней применяют тампоны с жировыми мазями или эмульсиями, облепиховым маслом, вводят лекарственные формы, содержащие эстриол. Поскольку лечение пролежней занимает много времени, его рекомендуется проводить амбулаторно.

Общая подготовка. Медсестра обязана проводить психопрофилактическую подготовку больной, объяснять ей характер предстоящей операции, укреплять уверенность в

благополучном исходе хирургического вмешательства. В течение нескольких дней до операции назначают успокаивающие, снотворные препараты или транквилизаторы (триоксазин, хлордиазепоксид, или элениум, и др.).

Итогом общей предоперационной подготовки является получение письменного информированного согласия больной на проведение хирургического вмешательства. Накануне операции по рекомендации анестезиолога начинают премедикацию.

Больная вправе отказаться от проведения операции вплоть до самого ее начала.

5. Правила ухода в послеоперационном периоде. Первая помощь при неотложных состояниях (маточные кровотечения I и II половины беременности, внематочная беременность, перекрут и разрыв кисты, перекрут и некроз миоматозного узла, эклампсия).

Ведение больных в послеоперационном периоде.

Любое хирургическое вмешательство оказывает выраженное стрессорное влияние на организм больной. Составляющими хирургического стресса являются:

- эмоционально-психический статус больной;
- операция, включающая в себя болевое, механическое воздействие и кровопотерю.

Ведение пациенток в послеоперационном периоде в значительной мере определяет успех хирургического лечения, т. к. известно, что как бы искусно ни была произведена операция, всегда остается возможность наступления осложнений вплоть до смертельных исходов. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде должна у пациенток, поступающих на плановое хирургическое лечение, проводиться еще на амбулаторном этапе с привлечением специалистов смежных специальностей.

В «группу риска» по возникновению осложнений входят пациентки с ожирением, анемией, варикозной болезнью, с клиническими признаками недостаточности сердечно-сосудистой, легочной, почечной и других систем и органов, а также женщины старшего возраста.

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.

Ранний послеоперационный период характеризуется снижением суточного диуреза, что обусловлено задержкой натрия в сыворотке крови и относительной гипокалиемией и гиперкалиемиурией, сохраняющихся до 6-го дня послеоперационного периода. Гипопротеинурия, дисбаланс белковых фракций крови также проявляются вплоть до конца первой недели послеоперационного периода, что связано с адренкортикоидной фазой катаболизма.

Повышение температуры тела в первую неделю послеоперационного периода является физиологической реакцией организма на всасывание продуктов распада травмированных тканей, крови и раневого секрета. У женщин пожилого и старческого возраста лейкоцитоз и температурная реакция выражены меньше, чем у молодых больных.

Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя проведение неспецифических мероприятий и специфическую профилактику. К неспецифической профилактике относят:

- раннюю активизацию;
- бинтование голеней непосредственно перед операцией эластичными бинтами.

Специфическая профилактика проводится больным с ожирением, варикозным расширением вен, хроническим тромбофлебитом, сердечно-сосудистой недостаточностью. Проведение профилактики начинается за 2 ч до операции и включает в

себя использование гепарина и его низкомолекулярных дериватов (фраксипарин, клексан и др.), в послеоперационном периоде введение этих препаратов продолжается 6-7 дней.

Острый живот— клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.

Термин «острый живот» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу. Несмотря на различные причины, симптоматика острого живота в гинекологии имеет много общих черт:

- внезапное появление болей среди полного здоровья (боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу. могут быть настолько сильными, что вызывают обморок);
- тошнота, рвота;
- нарушение отхождения кишечных газов и кала;
- симптомы раздражения брюшины.

Группы заболеваний внутренних женских половых органов, при которых возникает клиника острого живота:

1. с острым внутрибрюшным кровотечением:

- [внематочная беременность](#);
- [апоплексия яичника](#);
- травматические повреждения матки ([ятрогенного](#) или криминального происхождения);
- [разрыв капсулы кисты](#) яичника.

2. с острым нарушением кровообращения в органе и его некрозом:

- перекрут ножки опухоли яичника;
- [нарушение питания](#) фиброматозного узла.

3. с острыми гнойными заболеваниями внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:

- [пиосальпинкс и пиовар](#), гнойная tuboовариальная опухоль;
- пельвиоперитонит;
- распространенный перитонит.

К неотложным состояниям также относят:

- Наружные кровотечения (самопроизвольный аборт, ДМК, [травмы женских половых органов](#)).

Неотложные состояния, роль медсестры в оказании помощи.

Технология оказания доврачебной медицинской помощи при самопроизвольном аборте (аборт в ходу, неполный аборт).

Информация, позволяющая заподозрить начавшийся самопроизвольный аборт:

- маточное кровотечение со сгустками,
- боль внизу живота схваткообразного характера,
- симптомы острой кровопотери: слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами.

Действия.

1. Диагностика:

- Анамнез: задержка менструации..
- Оценка кожных покровов и слизистых.
- Измерение АД, пульса, температуры.

- Определение симптомов раздражения брюшины.

Вне лечебного учреждения, на ФАПе, в ЖК	В гинекологическом отделении
Цель: не допустить патологической кровопотери.	
2.Срочный вызов врача, фельдшера. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью туловища, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №1 для оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем, - госпитализация в стационар.	2.Срочный вызов врача. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью туловища, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №2 для оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем.

Технология оказания доврачебной медицинской помощи при прервавшейся внематочной беременности.

Информация, позволяющая заподозрить прерывание внематочной беременности:

- боли внизу живота (схваткообразные, периодически повторяющиеся, острые с иррадиацией в прямую кишку),
- NB! Наружное кровотечение не всегда – скудные темно-красные выделения,
- холодный пот, бледность,
- кратковременная потеря сознания.

Действия.

1.Диагностика:

- Анамнез: задержка менструации.
- Симптомы острой кровопотери: учащение АД, пульса.
- Оценка кожных покровов и слизистых.
- Измерение АД, пульса, температуры.
- Определение симптомов раздражения брюшины.

Вне лечебного учреждения, на ФАПе, в ЖК	В гинекологическом отделении
Цель: не допустить патологической кровопотери.	
2.Срочный вызов врача, фельдшера. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №1 для оказания	2.Срочный вызов врача. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №2 для оказания

неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем, - госпитализация в стационар.	неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем.
--	---

Технология оказания доврачебной медицинской помощи при перекруте ножки опухоли.

Информация, позволяющая заподозрить перекрут ножки опухоли:

- внезапное начало,
- резкие боли справа или слева внизу живота,
- задержка стула, реже понос,
- тошнота, рвота,
- повышение температуры тела..

Действия.

1.Диагностика:

- Анамнез: состояние чаще связано с резким движением, резким изменением положения тела, половым актом, физическим напряжением.
- Оценка кожных покровов и слизистых.
- Измерение АД, пульса, температуры.
- Определение симптомов раздражения брюшины.

Вне лечебного учреждения, на ФАПе, в ЖК	В гинекологическом отделении
Цель: предотвратить развитие перитонита и сепсиса, тромбоэмболических осложнений.	
2.Срочный вызов врача, фельдшера. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №1 для оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем, - госпитализация в стационар.	2.Срочный вызов врача. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №2 для оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем.

Технология оказания доврачебной медицинской помощи при травмах половых органов.

Информация, позволяющая заподозрить травмы половых органов:

- кровотечение из половых путей,
- боль – внизу живота, иррадиация в прямую кишку,
- слабость, головокружение.

Действия.

1.Диагностика:

- Анамнез: механизм травм.
- Осмотр наружных половых органов.
- Оценка кожных покровов и слизистых.
- Измерение АД, пульса, температуры.
- Определение симптомов раздражения брюшины.

Вне лечебного учреждения, на ФАПе, в ЖК	В гинекологическом отделении
---	------------------------------

Цель: остановка кровотечения.	
2.Срочный вызов врача, фельдшера. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - местное применение холода, - NB! При травмах произвести профилактику столбняка, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №1 для оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем, - госпитализация в стационар.	2.Срочный вызов врача. 3.Доврачебная помощь: - уложить пациентку в горизонтальное положение с приподнятой головной частью, - контрольная подкладная, - катетеризация 2-3 магистральных вен 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, - мониторинг за витальными функциями (АД, ЧДД, пульс, температура) и объемом кровопотери, - приготовить набор №2 для оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с утвержденным перечнем.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. Расскажите какие заболевания относятся к фоновым заболеваниям?
2. Расскажите о группе риска по развитию фоновых и предраковых заболеваний?
3. Какие методы используют для диагностики этих заболеваний?
4. Перечислите какие заболевания относятся к предраковым заболеваниям?
5. Перечислите предрасполагающие факторы по развитию доброкачественных и злокачественных новообразований среди женского населения?
6. Какие методы диагностики применяют для выявления доброкачественных и злокачественных новообразований женских половых органов?
7. Какие основные симптомы возникают при миоме тела матки?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 462-533.
2. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с. 261 – 272.
3. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 230 – 231, 237 - 238.
4. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н\Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 265 – 291.