

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Інтенсивна терапія та профілактика післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих (код курсу 12.3)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

I. Мета заняття

Важливу роль у перебігу післяопераційного періоду відіграє догляд за хворими, які в перші дні повинні знаходитись під наглядом гінеколога, анестезіолога та спеціально підготовлених медичних сестер. Основною задачею післяопераційного періоду є нагляд за станом хворої, її гемодинамічними показниками, адекватне знеболення та активне ведення пацієнток після операції з метою профілактики тромботичних ускладнень

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
2. Вплив больового подразнення на загальний стан жінки.
3. Основні принципи ведення післяопераційного періоду.

III. Об'єм нової інформації

1. Особливості післяопераційного періоду.
2. Основні показники, які потребують динамічного нагляду в післяопераційному періоді.
3. Адекватне знеболення в післяопераційному періоді.
4. Методи профілактики заходів в післяопераційному періоді: пневмонії, тромбоемболії, серцевої недостатності, циститів, перитонітів.
5. Загрозливі стани та їх лікування

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач..
3. Інструментарій для вконання операції.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 782. – К., 2005. – 44с.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез у гінекологічної хворої.		+	
2.	Визначення показання до призначення інфузійної терапії.		+	

3.	Оцінити дані клініко-лабораторні обстеження		+	
4.	Призначити додаткові обстеження.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Коли можна хвору після операції транспортувати до палати?
2. Яку здійснювати нагляд за станом хворої: серцево-судинної системи, органів дихання, нирок, печінки, кишківника, маткою?
3. Адекватне знеболення після операції.
4. Яке лікування гіпотонії сечового міхура, парезу кишківника?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у гінекологічної хворої.
2. Визначення показання до призначення інфузійної терапії.
3. Оцінити дані клініко-лабораторні обстеження.
4. Призначити додаткові обстеження.
5. Скласти план лікування в післяопераційному періоді

Тестові завдання

1. Термін вагітної 32 років – 33 тижні. Знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу гестозу III ступеня. Скарги на раптовий гострий біль в животі, блювання. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс – 86/хв, АТ – 180/100 мм рт.ст, набряки, в сечі - білок. Матка напружена, різко болюча, на передній стінці визначається випячування 5x8 см. Серцебиття плода глухе, 110/хв. 3 піхви помірні кров'яні виділення. Голівка плода притиснута до входу в таз. Канал шийки матки пропускає 1 палець вільно. Яка тактика лікаря в даному випадку найдоцільніша?

A* Кесарський розтин

B Пологовикликання

C Гіпотензивна терапія

D Антигіпоксична терапія

E Амніотомія

2. Першовагітна, строк вагітності 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза 23-26-29-18, обхват живота 102 см, ВДМ 40 см. I період пологів триває 8 год, Серцебиття плода 140/хв, чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена позитивна. Піхвове дослідження: повне відкриття, голівка притиснута до входу у малий таз, навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко зліва у лона. Тактика лікаря?

A* Кесарський розтин

B Посилення пологової діяльності

C Плороруйнівна операція

D Ведення пологів через природні пологові шляхи

E Акушерські шипці

3. У пологовий будинок доставлена роділья. Термін вагітності – 38 тижнів. I період пологів. Розкриття маткового вічка 5 см. Плодовий міхур цілий. Передлежать ніжки плода. Праворуч і попереду визначається пульсуюча пуповина. Яка тактика ведення пологів?

- A** * Кесарів розтин
- B** Амніотомія.
- C** Ведення пологів за методом Цов'янова.
- D** Введення спазмолітиків.
- E** Витягання плода за ніжку.

4. Першороділля 30 років. Вагітність доношена. Води відійшли 5 годин тому. Перейми нерегулярні, короткі. Загальнозвужений таз II ступеню. Передбачувальна маса плода 4000,0. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136/хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, плодовий міхур відсутній, голівка плода рухома над входом у малий таз. Що робити?

- A** * Операція кесарів розтин.
- B** Стимуляція пологової діяльності окситоцином.
- C** Ведення пологів через природні пологові шляхи.
- D** Плорурійнівна операція.
- E** Накладання порожнинних акушерських щипців

5. У пацієнтки з прееклампсією середнього ступеня тяжкості при відкритті шийки матки на 3-4 см з'явилися ознаки передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти. АД 150/100 – 140/90 мм рт. ст.. Пульс 110/хв, ритмічний. Серцебиття плода 160/хв, приглушене. Які подальші дії лікаря?

- A** * Операція кесарева розтину в ургентному порядку
- B** Розтин плодового міхура і стимуляція окситоціном
- C** Стимуляція пологової діяльності простагландином
- D** Застосування спазмолітиків та токолітиків
- E** Пологи закінчити через природні пологові шляхи з наступним виділенням плаценти рукою

Ситуаційні задачі :

1. Пологи треті. Перші пологи закінчилися народженням мертвого плода вагою 2500 г. Другі продовжувались 40 годин і закінчилися плорурійнуючою операцією. При поступленні: зріст 148 см, живіт відвислий, обвід - 85 см. Передлежить голівка рухома над входом в малий таз. Розміри тазу: 22-25-28-16 см.

Діагноз? Тактика?

2. Роділля 32 років доставлена акушеркою колгоспного пологового будинку з приводу третіх своєчасних пологів. Перейми почалися 30 годин тому, води відійшли 2 години тому. Розміри тазу: 26-26-31-17,5 см. Бокові кон'югати – 14 см, індекс Солов'йова - 15,5 см. Положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140-150 за хв. Перейми через 1-2 хв. по 60-70 сек, дуже болючі. Контракційне кільце на рівні пупка. Нижній сегмент матки при пальпації болючий. Вагінальне дослідження: відкриття маткового вічка повне. Плодовий міхур відсутній. Голівка притиснута до входу в малий таз. Лобний шов в поперечному розмірі, перенісся справа, передній кут великого тім'ячка зліва.

Діагноз? терапія?

Еталони відповідей

1. Вагітність третя, 40 тижнів. Пологи треті. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Загальнорівномірнорозвужений таз, третього ступеня. Ускладнений акушерський анамнез.

Тактика: кесарів розтин у нижньому сегменті.

1. Вагітність третя, 40 тижнів. Пологи треті, положення плода продольне, лобне передлежання. Другий період пологів. Плоскоракітичний таз другого ступеня звуження. Загроза розриву матки.

Тактика: зняти пологову діяльність, дати наркоз. Корпоральний кесарів розтин.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

На початку заняття необхідно звернути увагу курсантів на особливості післяопераційного догляду в залежності від лапаротомічного чи піхвового виду операції.

Важливу роль в перебігу післяопераційного періоду відіграє догляд за хворими, які в перші дні повинні знаходитись під наглядом гінеколога й анестезіолога і спеціально підготованих медичних сестер.

Після переведення хворої в палату необхідно її зігріти, на живіт поставити міхур із льодом, який необхідно міняти кожних 1,5-2 години і знімати на 20-30 хвилин.

Слідкувати за станом хворої, пульсом, АТ, диханням, забарвленням шкіри, станом пов'язки, після піхвових операцій перевіряти підкладні пелюшки, щоб не пропустити виникнення кровотечі, проводити профілактику западання язика, за виділенням сечі через постійний катетер і її колір.

Знечулення в післяопераційному періоді не тільки знеболює хвору, але і покращує серцеву діяльність, сприяє глибокому диханню. З метою знечулення вводять підшкірно кожних 4-6 годин промедол 2% 2мл з 2мл 50% розчину анальгін, при сильних болях – омнопон, морфін, дроперідол, фентаніл. Знеболення проводять на протязі 5-6 днів. З 3 дня можна вводити анальгін із димедролом.

Блювота в післяопераційному періоді може бути пов'язана з подразненням слизової шлунку, розвитком ацидозу, подразнення очеревини під час операції, гострого розширення шлунку і центрального генезу. Блювота пов'язана з наркозом легко знімається введенням аміназину в/в або п/ш 2,5% 1мл.

В післяопераційному періоді в більшості хворих спостерігається гіперглікемія на протязі 3-4 діб. В першу добу після операції порушуються окислювальні процеси і розвивається ацидоз, який зникає на протязі 2-3 діб. При вираженому ацидозі в/в вводять 150-200мл 5% розчину гідрокарбонату натрію, 5% розчин глюкози.

Після операції відбувається порушення водно-електролітного, білкового обміну і КЛС крові. Усунення цих змін можливо з допомогою комплексної інфузійної терапії. Досвід показує, що всім хворим у післяопераційному періоді без ускладнень слід проводити інфузійну терапію. Тривалість інфузійної терапії залежить від характеру захворювання та об'єму оперативного втручання.

При надпихвовій ампутації матки без резекції чіпця інфузійну терапію слід проводити на протязі одного дня, після операції видалення матки з додатками і подальшою резекцією чіпця – на протязі перших 2-х днів, після екстирпації матки – піхвової й абдомінальної – на протязі 2-3 днів. При неускладненому післяопераційному періоді кількість рідини слід вводити з розрахунку 40 мл/кг.

Характер інфузійної терапії в післяопераційному періоді в основному визначається характером захворювання й об'ємом оперативного втручання.

Хворим з міомою матки і хронічною анемією в першу добу після операції слід вводити рідину такого складу: 250-500 мл крові, 500мл поліглюкіну, 200мл 5% розчину натрію гідрокарбонату, 300мл 5% розчину альбуміну або плазми, 300мл ізотонічного розчину натрію хлориду, 500-1000мл 10-20% розчину глюкози з інсуліном і 50мг кокарбоксілази. До 3-го дня післяопераційного періоду нормалізується об'єм циркулюючої крові й плазми. Оскільки у цих хворих, не дивлячись на передопераційну підготовку й проведення інфузійної терапії під час операції. Тривалий час зберігається дефіцит глобулярного об'єму, слід рахувати обов'язковим переливання крові на 3-й день післяопераційного

періоду в поєднанні з білковими заміниками крові. Найбільш ефективна корекція анемічної гіповолемії при гемотрансфузії, яка проводиться невеликими дозами (по 200-250мл) крові по декілька разів, а не відразу великими дозами.

У хворих, прооперованих із приводу випадіння матки, в післяопераційному періоді, як правило, знижені вміст загального білку та глобулярний об'єм. Цим хворим, враховуючи похилий вік об'єм операції (піхвова екстирпація) та супутні захворювання, інфузійна терапія повинна проводитись на протязі 2-х днів післяопераційного періоду. Склад інфузійної терапії може бути таким: 500-700мл 10-20% розчину глюкози з інсуліном, 150-200мл 5% розчину натрію гідрокарбонату, 100мг кокарбоксілази, 200мл крові, 300-500мл білкового кровозамінника. На 2 добу після операції необхідно перелити також 1500-2000мл рідини (1000мл 10% розчину глюкози з інсуліном, 100мг кокарбоксілази, 500мл білкового кровозамінника).

Після проведення інфузійної терапії всі хворі як правило, відмічають покращення загального стану. Діурез частіше залишається хорошим. Показники КЛС крові нормалізуються до 3-ої доби після операції. Найбільш вираженим є дефіцит глобулярного об'єму, який на 7 добу складає $14,3 \pm 1,2\%$, та дефіцит об'єму циркулюючого білку - $8,6 \pm 0,8\%$. У хворих після операції з приводу гнійних мішотчатих пухлин придатків матки коригуюча терапія повинна проводитися в залежності від об'єму операції і вираженості перитонеальних явищ, в післяопераційному періоді всім хворим у комплекс заходів по проведенню інтенсивної терапії необхідно проводити інфузійну терапію. При вирішенні питання про кількість рідини, яку необхідно вводити, слід враховувати кількість рідини яку переливали під час операції.

Інфузійна терапія у хворих із післяопераційним перитонітом проводиться в основному з використанням розчину Рінгера або Барроу, 10% р-ну глюкози з інсуліном, 5% розчину натрію гідрокарбонату, білковими заміниками крові, донорською кров'ю, а також антигістамінними препаратами. При вираженій гіпокаліємії обов'язково введення в склад інфузійного розчину 100мг концентрованих розчинів калію (до 8-12г калію під контролем дослідження балансу електролітів) кокарбоксілази, вітамінів групи В, С. загальна кількість вводимі рідини при наявності перитоніту повинна бути не менше 3-4л, тривалість проведення інфузійної терапії залежить від часу купування процесу. Важливе значення при лікуванні перитоніту має інфузія антибіотиків і рідини в черевну порожнину, яка можлива з допомогою 4-6 дренажів-ірігаторів, які вводяться на обидві сторони від серединного оперативного розрізу.

Якщо рідина в черевну порожнину вводиться з ціллю перитонеального діалізу, то можливі його два види.

Перший – це проточний тип, коли використовують великий об'єм рідини – 8-15л в день, другий – фракційний – з загальним об'ємом уводимі рідини 5-6л. основну рідину складає розчин Рінгера-Локка з антибіотиками. Показано використання аміноглікозидів (у перерахунку на канаміцин 3-5г на добу). При проведенні перитонеального діалізу слід слідкувати, щоб був адекватний відток рідини з черевної порожнини. До ускладнень перитонеального діалізу відноситься постійний напружений гідроперитоніум, який погіршує серцеву й дихальну недостатність, часто супроводжують перитоніт, а також загроза кумуляції антибіотиків.

Значно рідше перечислені ускладнення спостерігаються при фракційному способі діалізу. У зв'язку з цим в останній час вважають більш ефективно використовувати масивну інфузію антибіотиків через дренажі-ірігатори. Антибіотики вводять 2 рази на добу разом з 300-500мл 0,25% розчином новокаїну.

На фоні терапії відбувається постійна нормалізація показників водно-електролітного балансу, компонентів ОЦК, поповнення нормального складу загального білка плазми до 8-9 дня післяопераційного періоду. Диспротеїнемія на фоні проводимі терапії відмічається до 19-26 – го дня післяопераційного періоду.

Інфузійна терапія має позитивний вплив на процеси заживлення в післяопераційному періоді.

Рекомендують вести післяопераційний період активно: дихальна гімнастика, рухи ногами, руками, як тільки жінка приходить до свідомості – повертатись на бік (через 5-6 год), через 10-12 год можна хвору посадити, а потім допомогти їй устати.

Протипоказом для активного ведення післяопераційного періоду є серцево-судинна недостатність, пневмонія, шок, гострі запальні процеси.

Підвищення температури в I тиждень, зменшення лімфоцитів і еозинофілів являється фізіологічною реакцією організму на всмоктування продуктів розпаду травмованих тканин і раньового секрету. У жінок – похилого віку лейкоцитоз і температурна реакція виражені менше.

Лікувальну гімнастику призначати всім хворим.

Хворим, після пластичних операцій дозволяють вставати на 4-5 день після операції, сидіти через 11-12 днів.

Дієта: дозволяється пити теплу воду, несолодкий чай з лимоном через 3-4 год після операції. Раннє годування хворих сприяє активації функції шлунково-кишкового тракту, попереджує розвиток ацидозу, підвищує відновлюючі процеси. В перший день після лапаротомії – чай, фруктові соки; на другий день – нежирний бульйон, кефір, яйце; третій день – протертий суп, манна каша, сухарі, парові котлети.

При випореженні кишківника переводити на загальний стіл.

Після операції на кишківнику – 5-6 днів тільки рідка їжа (чай з лимоном, мінеральна вода, на другий день – кефір, третій день – бульйон, соки, вершкове масло, четвертий день – бульйон із сухарями, яйце, п'ятий день – протертий суп, м'ясо, кисіль, омлет, сир, пізніше – механічно неподразливу їжу до десятого дня).

Після пластичних операцій хворим на протязі 5-6 днів дозволяється вживати тільки рідку їжу.

При парезі кишківника – прозерін 0,05% - 1мл п/ш або ацеклідін 0,2% - 1мл, розчин хлориду натрію 10% - 10-20 мл в/в, після чого зробити після чого зробити очисну клізму.

Затримка сечовипускання – через 8-10 год після операції провести катетеризацію сечового міхура, контроль кількості сечі і її зміни. Для стимуляції сечового міхура використовують: в/в вводять 3-5 мл 20% розчину сульфату магнію, 1мл пітуїтрину, уротропін 40% - 20мл. При багаторазовій катетеризації сечового міхура для профілактики циститу – фурадонін 0,1 по 3 рази на день, 5-НОК та інш.

При скопиченні харкотиння в дихальних шляхах – їх відсмоктування в перші часи після операції і при поверхневому диханні – інгаляції кисню.

Порушення серцево-судинної системи може бути пов'язане з недостатністю периферійного кровообігу(кровотечі під час операції, виражена гіпоксія, сильні болі, тахікардія – 150 уд. в хв, низький артеріальний тиск) або серцевою недостатністю. В першому випадку -заміщення крововтрати вазопресорними препаратами (мезатон 1%-0,1-0,3 мл,норадреналін ,аскорбінова кислота, вітамінВ1 ,нікотинова та фолієва кислота, при необхідності гідрокортизон ,кортизон та ін.).

При серцевій правошлуночкової недостатності –аритмії ,болі в печінці, грудній клітці, тахікардія; при лівошлуночкової недостатності-загрудинні болі, зниження АТ.

Допомога:при стійкій аритмії-оксигенація, еуфілін 12% розчин 2-3 мл в/м,і 10%-5-10 мл в.м.; при правошлуночкової недостатності – оксигенація, новокаїнамід, строфангін 0,05% - 0,25мл в/в, при лівошлуночкової недостатності – промедол 2% - 1мл, антикоагулянти, оксигенація, гіпотензивні препарати; при коронарній недостатності – оксигенація ,папаверін 2%-1-2 мл п/ш ,атропін 0,1%-0,5 мл, антикоагулянти.

Для профілактики тромбоемболії (при опасистості, варикозному розширенні вен, хронічному тромбофлебіті та ін.) із другого дня після операції призначають антикоагулянти непрямої дії (неодикумарін, фенілін, синкумар), ноги забінтовувати еластичним бинтом.

Догляд за швами – пов'зку змінити на 4-й день, оглядають шви і накладають знову. Знімають шви з червоні стінки на 8-й день. В ослаблених хворих – на 9 – 10 день. Шви промежини 2 рази на день обробляють 6% розчином перманганату калію або сухим методом (з боків обмивають дезінфікуючим розчином, а шви – спиртом), знімають шви зі шкіри промежини на 6-7 день. Піхву обробляють 3% розчином перекисного водню через гумовий катетер.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Медицина неотложных состояний / Д. М. Катерино, С. Кахан; Пер. с английского- М: МЕДпресс-информ, 2005.-330с.
2. *Дикий О.М.* Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288с.
3. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 676.– К., 2004.– 186 с.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 782. – К., 2005. – 44с.
5. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

15.09.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.