

**ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК
С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Минск БГМУ 2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК
С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 618.1-089.163-089.85-089.168.1(075.8)

ББК 57.1я73

П71

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.12.2022 г., протокол № 11

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. В. М. Савицкая; канд. мед. наук, доц. Н. С. Акулич; канд. мед. наук, доц. Р. Л. Коршикова; канд. мед. наук, доц. О. В. Дядичкина

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. каф. репродуктивного здоровья и медицинской генетики Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. Н. Рубахова; каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у пациенток с гинекологической патологией : учебно-методическое пособие / В. М. Савицкая [и др.]. – Минск : БГМУ, 2023. – 32 с.

ISBN 978-985-21-1314-4.

Излагаются вопросы предоперационной подготовки пациентов в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от вида оперативного вмешательства, тактика ведения послеоперационного периода, профилактики осложнений во время операции и в послеоперационном периоде.

Предназначено для студентов 6-го курса лечебного, педиатрического факультетов и медицинского факультета иностранных учащихся по дисциплине «Акушерство и гинекология».

УДК 618.1-089.163-089.85-089.168.1(075.8)

ББК 57.1я73

Учебное издание

Савицкая Валентина Михайловна

Акулич Наталья Станиславовна

Коршикова Раиса Людвиговна

Дядичкина Ольга Васильевна

**ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ВЕДЕНИЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК
С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко

Старший корректор А. В. Царь

Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 07.06.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office». Ризография. Гарнитура «Times». Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,56. Тираж 45 экз. Заказ 293.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1314-4

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 7 ч.

Тема занятия: «Предоперационная подготовка пациенток с гинекологическими заболеваниями и ведение послеоперационного периода» по дисциплине «Акушерство и гинекология».

Предоперационная подготовка, с одной стороны, позволяет повысить устойчивость организма, а с другой — результаты ее дают возможность определить, можно ли выполнять оперативное вмешательство тому или иному пациенту. Предоперационная подготовка, наряду с анестезиологическим пособием, совершенствованием техники оперативного вмешательства, интенсивной инфузионной терапией, позволяет снизить риск операции. Эффективность предоперационной подготовки в повышении устойчивости организма к операционной травме не вызывает сомнений. При адекватной предоперационной подготовке послеоперационный период протекает более гладко, снижается количество осложнений, ускоряется процесс реконвалесценции, сокращается длительность временной нетрудоспособности. Следовательно, подготовка пациента к операции обязательно должна предусматривать профилактику послеоперационных осложнений. Создать условия для раннего выздоровления пациента после операции можно лишь тогда, когда в организме после операционной травмы сохраняются достаточные функциональные резервы.

Ведение послеоперационного периода направлено на профилактику и своевременное выявление возможных осложнений. Правильное ведение пациентов 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 летального исхода.

В целом послеоперационное состояние пациента следует рассматривать как «послеоперационную болезнь» — переходный период от стрессового состояния к выздоровлению. Стресс вызывается операцией и наркозом, а выход из стресса зависит от исходного состояния (основного заболевания и предоперационной подготовки), результатов операции и механизмов адаптационной защиты у пациента.

Цель занятия: изучить особенности подготовки пациентов к оперативным вмешательствам в зависимости от вида вмешательства, ведения пациенток с гинекологическими заболеваниями в послеоперационном периоде, разобрать виды оперативных вмешательств.

Задачи занятия:

1. Изучить основные методы обследования женщин.
2. Изучить методы обследования при разных видах гинекологических операций.

3. Изучить основные принципы проводимых операций.
4. Изучить особенности подготовки пациенток при экстрагенитальной патологии.
5. Изучить ведение послеоперационного периода у пациенток с гинекологическими заболеваниями.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

- из анатомии человека: строение женских половых органов, их иннервацию, кровоснабжение;
- нормальной физиологии: основные принципы формирования и регуляции физиологических функций; образование, секрецию, метаболизм, экскрецию гормонов передней доли гипофиза, желез внутренней секреции;
- микробиологии, вирусологии, иммунологии: микробную флору организма человека, специфические и неспецифические факторы защиты;
- гистологии, цитологии, эмбриологии: методы гистологических и цитологических исследований, гистологическое строение матки, маточной трубы, яичника;
- патологической физиологии: роль реактивности организма в патологии; механизм возникновения боли; аллергическую реактивность организма; патологическую физиологию инфекционного, опухолевого процесса;
- фармакологии: фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств; основные принципы действия лекарственных средств; побочное и токсическое действия лекарственных средств;
- пропедевтики внутренних болезней: общие клинические и лабораторные методы исследования;
- хирургических болезней: дифференциальную диагностику острой хирургической патологии;
- урологии: дифференциальную диагностику заболеваний мочевыделительной системы.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Что относится к органам женской половой системы, каковы их строение и функции?
2. Какая микробная флора имеется в организме человека?
3. Какие существуют специфические и неспецифические факторы защиты организма?
4. Каковы химический состав и реологические свойства крови?
5. Каким биологическим действием обладают гормоны гипофиза и половые гормоны?
6. Какое гистологическое строение имеют матка, маточные трубы, яичник?
7. Какие имеются физикальные, лабораторные и инструментальные методы обследования органов репродуктивной системы женщины?

8. С какой острой хирургической патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику гинекологических заболеваний?

9. С какими заболеваниями мочевыделительной системы необходимо проводить дифференциальную диагностику при наличии гинекологической патологии?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Организация оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациенткам с гинекологическими заболеваниями.

2. Какие дополнительные методы обследования применяются в гинекологии?

3. Какие обследования проводятся при выполнении гинекологических манипуляций?

4. В каких случаях требуется консультация врачей-специалистов при проведении гинекологических операций?

5. Показания для проведения гинекологических операций.

6. Противопоказания для проведения гинекологических операций.

7. Как проводится профилактика послеоперационных осложнений?

8. Какие особенности послеоперационного ухода за пациентками с гинекологическими заболеваниями имеются в зависимости от вида оперативного вмешательства?

9. Какие особенности питания пациенток в послеоперационном периоде имеются в зависимости от вида оперативного вмешательства?

10. На какие сутки послеоперационного периода осуществляется выписка пациента?

ВИДЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В гинекологической клинике операции выполняются в условиях малой или большой операционной. В малой операционной производят небольшие по объему операции, не требующие обезболивания (офисную гистероскопию, которая может проводиться и в амбулаторных условиях) или требующие местного либо внутривенного обезболивания, например раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки, гистероскопию, гистерорезектоскопию, конизацию шейки матки, вскрытие и дренирование абсцесса бартолиновой железы, биопсию вульвы и др.

В условиях большой операционной выполняют операции путем лапаротомии, лапароскопии, вагинальным или комбинированным (лапароскопия + вагинальный) доступами (рис. 1, 2, 3).

По срочности выполнения операции делятся на экстренные, срочные и плановые.

Экстренные — операции, которые выполняются по жизненным показаниям сразу после постановки диагноза, т. к. они непосредственно угро-

жают жизни пациентки. Особенность их в том, что существующая угроза жизни больной не позволяет провести полное обследование и полноценную подготовку. Ее цель — спасение жизни пациентки, но при этом операция может не привести к полному выздоровлению. Риск этого вида операций всегда выше, чем плановых.



Рис. 1. Операция лапароскопическим доступом



Рис. 2. Операция лапаротомическим доступом

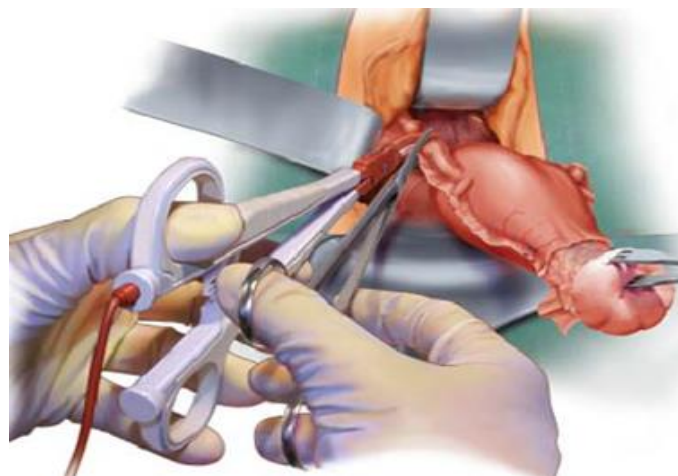


Рис. 3. Операция влагалищным доступом

Основное показание к экстренным операциям — кровотечение любой этиологии.

Срочные — это операции, занимающие промежуточное положение между экстренными и плановыми. Это операции, выполняемые в плановом порядке (в ближайшие часы или дни после постановки диагноза), их нельзя откладывать на длительное время, т. к. снижается вероятность выздоровления, что может привести к летальному исходу. К срочным относятся операции по поводу злокачественных новообразований.

Плановые операции могут быть отсрочены по времени. Перед ними выполняется полное клинико-лабораторное обследование, операция выполняется на самом благоприятном фоне при отсутствии противопоказаний со стороны других органов и систем. Это оперативные вмешательства, выполняемые по поводу хронических, медленно прогрессирующих заболеваний.

По цели выполнения все операции делят на диагностические и лечебные.

Цель диагностических операций — уточнение диагноза, определение стадии процесса, когда обследование с применением дополнительных методов не позволяет поставить точный диагноз.

Лечебные операции выполняются с целью улучшения состояния пациентки. В зависимости от их влияния на патологический процесс выделяют радикальные, паллиативные и симптоматические лечебные операции.

Радикальные операции выполняются с целью излечения от заболевания (это большинство гинекологических операций).

Паллиативные операции направлены на улучшение состояния пациентки, но не на излечение ее от заболевания (это операции по поводу злокачественных опухолей).

Симптоматические операции направлены на устранение одного конкретного симптома (например, аденокарцинома матки, осложнившаяся кровотечением). В данной ситуации возможно проведение эмболизации маточных артерий для остановки кровотечения.

Операция включает следующие этапы:

- оперативный доступ;
- оперативный прием;
- ушивание операционной раны.

Требования к оперативному доступу — достаточность, малотравматичность, проекционность, анатомичность, физиологичность, косметичность.

При выполнении операции лапаротомическим доступом необходимо адекватно определить вариант разреза на передней брюшной стенке (рис. 4).

Оперативные приемы:

- *tomia* (рассечение органа);
- *ectomia* (удаление органа);
- *resectio* (иссечение части органа);

- amputatio (отсечение органа);
- plastic (пластические).



Рис. 4. Основные доступы разреза на передней брюшной стенке

После операции все удаленные и резецированные участки ткани отправляются на гистологическое исследование.

Ушивание операционной раны производится наглухо либо с оставлением дренажа. Не ушивается рана при вскрытии абсцесса. По возможности используется косметический шов.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Предоперационная подготовка — необходимая часть любого хирургического вмешательства.

Предоперационный период — время с момента установления диагноза, который требует проведения оперативного вмешательства, до начала операции.

Продолжительность данного периода зависит от характера заболевания, срочности операции, общего состояния пациента, имеющих осложнений, сопутствующей патологии, объема хирургического вмешательства.

Основная цель предоперационной подготовки — свести к минимуму риск предстоящей операции, уменьшить вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений, создать условия для ранней реабилитации пациента.

Подготовка пациента к операции заключается в следующем:

- установить диагноз путем всестороннего обследования пациента;
- выявить наличие сопутствующей патологии;
- определить срочность операции, показания, противопоказания и условия для проведения оперативного вмешательства;

- провести дополнительные лабораторные и инструментальные исследования с целью выяснения состояния жизненно важных органов и систем (если это необходимо);
- провести психологическую подготовку пациента к операции;
- осуществить подготовку органов, коррекцию нарушений системы гемостаза;
- провести профилактику эндогенной инфекции;
- провести профилактику тромбоэмболических осложнений;
- выбрать метод обезболивания, провести премедикацию;
- определить доступ проведения оперативного вмешательства;
- осуществить предварительную подготовку операционного поля;
- транспортировать пациента в операционную;
- уложить пациента на операционный стол.

В зависимости от срочности операции предоперационная подготовка значительно отличается: при проведении планового оперативного вмешательства есть время на тщательное обследование пациента и выбор наиболее оптимального времени для проведения операции; при проведении срочного оперативного вмешательства время на подготовку пациента сокращено.

Предоперационный период состоит из диагностического и подготовительного этапов, во время которых решаются основные задачи предоперационной подготовки.

В процессе общей подготовки врач обязан проводить психопрофилактическую подготовку, объяснять пациенту характер предстоящей операции, укреплять уверенность в благополучном исходе хирургического вмешательства.

Диагностический этап заключается в установлении диагноза основного заболевания и оценке состояния жизненно важных органов и систем организма.

Установление точного диагноза позволяет выбрать оптимальный вид и объем хирургического вмешательства. Современные методы диагностики позволяют определить, с какими трудностями можно столкнуться во время хирургического вмешательства, четко представить вид и особенности предстоящей операции, а также срочность ее проведения.

Выявление и санация очагов хронической инфекции требуются для профилактики развития инфекционных осложнений, т. к. сама операция является стрессом для организма.

В некоторых ситуациях, особенно при массивном внутрибрюшном кровотечении, необходимо отказаться от предоперационного периода, следует только провести кратковременную предоперационную подготовку с целью стабилизации сердечно-сосудистой системы.

Показания к операции бывают абсолютные и относительные.

Абсолютные показания включают заболевания и состояния, которые представляют угрозу жизни пациента и ликвидируются только хирургическим путем. По этим показаниям операция выполняется в экстренном порядке (например, массивное кровотечение).

Относительные показания делятся на две группы:

1. Заболевания, которые могут быть излечены только хирургическим путем, но не угрожающие жизни пациента (например, доброкачественные опухоли).

2. Заболевания, лечение которых может осуществляться как хирургическим, так и консервативным методами (например, миома матки, эндометриоз).

Этапы оценки состояния основных органов и систем:

1. Предварительная оценка проводится на основании опроса и данных физикального обследования.

2. Проведение стандартного минимума обследования (при выявлении отклонений выясняется их причина, и после этого решается вопрос о возможности проведения оперативного лечения):

- общий анализ крови, мочи;
- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты;
- кровь на группу и резус;
- биохимический анализ крови;
- кровь на сахар;
- коагулограмма;
- мазок на флору и степень чистоты влагалища;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза;
- кольпоскопия;
- мазок на цитологическое исследование из эндо- и эктоцервикса;
- флюорография;
- электрокардиография;
- осмотр терапевта с заключением о возможности проведения операции;
- аспирационная биопсия эндометрия у молодых женщин репродуктивного возраста или результат гистологического исследования после отдельного диагностического выскабливания цервикального канала и слизистой оболочки полости матки (годны в течение 6 месяцев после обследования);
- УЗИ вен нижних конечностей.

3. Дополнительные обследования проводятся при выявлении сопутствующей патологии для установления полного диагноза сопутствующих заболеваний, а также контроля эффекта проводимой предоперационной подготовки. На данном этапе проводятся по показаниям консультации врачей-специалистов: кардиолога, хирурга, уролога, невролога, дерматовенеролога, стоматолога, оториноларинголога и др.

Противопоказания к операции также делятся на абсолютные и относительные.

К *абсолютным* относятся состояние шока (кроме геморрагического, обусловленного массивной кровопотерей), острый инфаркт миокарда. Однако следует отметить, что при соблюдении определенных условий возможно проведение оперативного вмешательства при наличии вышеуказанных противопоказаний.

Относительные противопоказания включают:

- со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальную гипертензию, недостаточность кровообращения, аритмии и т. д.;
- со стороны системы органов дыхания: эмфизему, дыхательную недостаточность;
- острые воспалительные заболевания;
- сахарный диабет, нарушение жирового обмена, лейкоз.

Возможность проведения операции зависит от соотношения показаний и противопоказаний, компенсации имеющихся хронических заболеваний.

На **подготовительном этапе** необходимо получить информированное согласие пациентки на проведение оперативного вмешательства, которое оформляется письменно (прил. 1). Также письменно оформляется согласие пациентки на переливание крови и ее компонентов при необходимости (прил. 2).

Проведение операции без согласия пациентки возможно, если она находится без сознания или является недееспособной (должно быть заключение психиатра), по решению *ex consilio*. Это касается операций, выполняемых по жизненным показаниям (например, внутрибрюшное кровотечение).

Общесоматическая подготовка заключается в компенсации имеющихся нарушений органов и систем, возникших в результате основного или сопутствующих заболеваний, создании резерва в их функционировании (назначение гипотензивной терапии при необходимости, профилактика тромбозомболических осложнений, профилактика эндогенной инфекции).

Специальная подготовка заключается в назначении клизм накануне операции.

Мероприятия по **подготовке к плановым операциям** могут быть общими и специальными.

Пациенты, поступающие в стационар, должны быть обследованы на амбулаторном этапе в соответствии с установленным диагнозом.

Решая вопрос о времени операции, нужно учитывать фазу менструального цикла. Оперативное вмешательство (за исключением гистероскопии, выскабливания цервикального канала и слизистой полости матки) не назначают за 2–3 дня до начала и во время менструации в связи с физиологическим повышением в этот период кровоточивости тканей тазовых органов.

Плановую операцию целесообразно назначать на период первой фазы менструального цикла.

Питание в день перед операцией включает обычный завтрак, легкий обед, на ужин — только негазированное питье. В день операции пациентка не должна принимать твердую и жидкую пищу.

Перед операцией проводится подготовка кожных покровов на месте операции (принятие душа, удаление волос путем бритья кожи на месте планируемой операции).

В день операции, утром, не вставая с постели, пациент одевает компрессионный трикотаж, моча выводится катетером или вводится катетер Фолея в зависимости от вида оперативного вмешательства.

В предоперационной подготовке участвует и анестезиолог, который при необходимости может назначить дополнительные обследования и дает рекомендации по симптоматическому лечению. Перед операцией необходимо провести лечение, направленное на максимальную компенсацию любого имеющегося у пациента хронического заболевания.

Специальные мероприятия состоят из ряда исследований, необходимых при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии:

- при патологических изменениях на шейке матки — цитологическое исследование мазков из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки, расширенная кольпоскопия с прицельной или эксцизионной биопсией шейки матки с последующим гистологическим исследованием;

- при миоме матки — гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия;

- при бесплодии — тесты функциональной диагностики, определение уровней в крови гормонов (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников), исследование проходимости маточных труб, определение антимюллерового гормона; обследование мужа — спермограмма, консультация уролога, андролога;

- при опухолях яичников — УЗИ органов малого таза (рекомендуется сочетать с оценкой кровотока в новообразовании); эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта (фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия при УЗ-признаках подозрения на злокачественность образования); аспирационная биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание; пункция брюшной полости через задний свод (при наличии асцита, в перименопаузе при УЗ-признаках злокачественности образования), цитологическое исследование пунктата; определение уровня онкомаркеров (СА-125, HE4, индекс ROMA); определение онкомаркеров крови (раковый эмбриональный антиген и α -фетопротеин при подозрении на герминогенную опухоль (у девушек и молодых женщин с УЗ-признаками злокачественности образования)); рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, органов брюшной полости и органов малого таза по показаниям;

– при аномалиях развития половых органов — полное обследование мочевыводящей системы (экскреторная урография, УЗИ органов брюшной полости); консультация терапевта, врача-генетика, уролога, эндокринолога, хирурга;

– при опущении и выпадении половых органов — бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам; консультация уролога, проктолога; аспирационная биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание, которое проводится по показаниям (патология эндометрия по данным УЗИ органов малого таза и (или) при аномальных маточных кровотечениях).

Подготовка к экстренной операции имеет свои особенности, т. к. сводится к минимуму и ограничивается только необходимыми исследованиями. Иногда пациентку из приемного отделения доставляют сразу в операционную. Пациентка в срочном порядке осматривается, берутся срочные анализы (общий анализ крови, мочи, определяются группа крови и резус-фактор, коагулограмма, биохимический анализ крови с определением глюкозы и другие анализы при необходимости).

Основные показания для проведения экстренного оперативного вмешательства:

- внутрибрюшное кровотечение;
- апоплексия яичника;
- внематочная беременность;
- перфорация миоматозного узла, опухолей яичника;
- перекрут ножки миоматозного узла или опухоли яичника.

При проведении экстренного оперативного вмешательства применение очистительной клизмы не показано. В случае недавнего приема пищи пациенткой проводят промывание желудка при помощи зонда (рефлекторно вызываемая рвота не может применяться для профилактики аспирации, т. к. не приводит к полному освобождению желудка). В мочевого пузыря вводится катетер Фолея.

Предоперационный эпикриз — важный раздел медицинской документации, в котором отражены все действия врача в предоперационном периоде. В эпикризе указываются показания и противопоказания к операции, анамнестические данные, обоснованность выполнения оперативного вмешательства, полнота предоперационной подготовки, условия для проведения операции, вид оперативного вмешательства (планируемый объем операции), информированное согласие пациентки на операцию, обязательно указывается клинический диагноз — основное и сопутствующие заболевания (прил. 3).

Концепция однодневного хирургического лечения (ОХЛ) предполагает госпитализацию для операции и выписку в течение 1 суток. Основным условием при этом являются отбор пациентов, которые могут быть

оперированы в однодневном хирургическом стационаре, и разработка перечня оперативных вмешательств, рекомендованных для внедрения в таких стационарах (в перечень не входят небольшие операции, выполняемые в амбулаторных условиях, и очень сложные, выполняемые в традиционном стационаре).

Факторы, влияющие на отбор пациентов, включают возраст, социально-экономические условия, общее состояние, в том числе наличие дефицита массы тела, ожирения и хронических заболеваний. При корректном отборе для ОХЛ социальные факторы учитываются в обязательном порядке. Общепринято, что после ОХЛ пациента отправляют домой в сопровождении взрослого, который должен оставаться с пациентом в течение суток после операции. После операции пациент не должен самостоятельно управлять автомобилем, пользоваться общественным транспортом, подниматься по высоким лестницам. Желательно, чтобы пациенты направлялись в место, расположенное в пределах 1 ч езды.

Большинство отделений однодневного пребывания не принимают для операции пациентов с выраженным нарушением жирового обмена. Это обусловлено техническими трудностями, возникающими во время операции у пациентов данной группы, а также более длительным выходом таких пациентов из наркоза (из-за поглощения летучих анестетиков жировой клетчаткой) и длительным сохранением риска посленаркозной депрессии дыхания.

В настоящее время в условиях ОХЛ считается возможным выполнять такие манипуляции, как гистероскопия (гистерорезектоскопия) с выскабливанием слизистой полости матки, конизация шейки матки, а также небольшие по объему лапароскопические операции. Безусловными кандидатами для ОХЛ являются операции из арсенала эстетической гинекологии (пластика половых губ, введение синтетических нитей и др.). С другой стороны, такие вмешательства, как, например, гистероскопия, часто стали выполнять в формате офисной гистероскопии в учреждениях амбулаторного звена, то есть количество данных операций в условиях ОХЛ уменьшилось. По мере прогресса хирургии и анестезиологии список операций для ОХЛ может расширяться.

ОПЕРАЦИОННЫЙ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИСКИ

Определение степени риска для жизни пациентки перед предстоящей операцией является обязательным этапом. Степень риска оценивается анестезиологом. На степень риска влияют многие факторы: возраст женщины, характер операции, способ обезболивания, наличие экстрагенитальной патологии, отягощенный наследственный анамнез, уровень обеспечения хирургической и анестезиологической службы.

Прогнозирование тромбоемболических осложнений и профилактика в гинекологической практике возможны на основании наличия и значимости факторов риска тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) и тромбоза вен:

– возраст от 41 до 60 лет (1 балл), от 61 до 70 лет (2 балла), старше 70 лет (3 балла);

– ТЭЛА и тромбоз вен в анамнезе (3 балла);

– варикозная болезнь;

– ожирение (более 20 % массы тела выше нормы);

– иммобилизация более 72 ч до операции;

– ожидаемый постельный режим более 72 ч после операции;

– острый инфаркт миокарда;

– сердечная недостаточность;

– инсульт в анамнезе;

– сепсис;

– лапароскопические оперативные вмешательства с пневмоперитонеумом длительностью более 1 ч;

– хронические обструктивные заболевания легких;

– операции на органах таза;

– транспортировка длительностью более 4 ч в первые сутки послеоперационного периода;

– отеки нижних конечностей, трофические язвы, лимфостаз;

– беременность и послеродовой период (до месяца);

– ТЭЛА и тромбоз вен у родственников;

– гормонотерапия;

– оперативное вмешательство длительностью более 2 ч;

– повышенная свертываемость крови.

Каждый из приведенных факторов оценивается в 1 балл. При наличии особо опасных факторов их оценка указана в скобках. Общая оценка в 1 балл позволяет отнести пациентку к низкой категории риска, при оценке в 2–4 балла — к средней, при наличии более 4 баллов — к высокой.

С целью профилактики тромбоемболических осложнений в настоящее время рекомендуют раннюю активизацию больных, лечебную физкультуру, эластичное бинтование и перемежающуюся пневмокомпрессию ног, лечение циркуляторных нарушений, адекватную коррекцию волевических нарушений, назначение нефракционированных гепаринов, низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

Выбор метода профилактики индивидуален. При низкой степени риска развития ТЭЛА для профилактики будет достаточно эластической компрессии нижних конечностей и ранней активизации пациентки.

Средняя степень риска, помимо эластической компрессии нижних конечностей, диктует необходимость специфической профилактики НМГ

за 2–12 ч до операции, а в послеоперационном периоде в той же дозе — через 8–12 ч в течение 7–10 суток.

При высокой степени риска для профилактики ТЭЛА применяют НМГ в лечебной дозе.

В особых случаях (операция на фоне тромбоза илеофemorального сегмента, повторная ТЭЛА и др.), помимо назначения антикоагулянтов, целесообразно рассмотреть вопрос об использовании кава-фильтра.

Применение антибактериальных препаратов в рамках профилактики и прогнозирования гнойно-септических осложнений перед операцией и особенно интраоперационно значительно снижает послеоперационный риск их развития.

Антибиотикопрофилактика — это короткий курс введения антибиотиков, который начинается непосредственно перед операцией и продолжается не более 24 ч после ее окончания. Цель антибиотикопрофилактики — уменьшение микробной контаминации тканей в области операции до безопасного уровня с целью снижения частоты послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений. В определении показаний для антибиотикопрофилактики и выборе антибактериального препарата существенную помощь оказывает классификация оперативных вмешательств в зависимости от риска инфекционных осложнений С. Н. Буянова и соавт. (2005) (табл. 1).

Таблица 1

Основные типы оперативных вмешательств в гинекологии

Тип операции	Объем и доступ
«Чистая»	Диагностические гистеро- и лапароскопия
«Условно чистая»	Экстирпация матки, полостные операции со вскрытием полости матки (метропластика, консервативная миомэктомия), все операции, выполняемые влагалищным доступом, искусственный аборт, оперативная гистероскопия (удаление полипов, внутриматочных контрацептивов, диагностическое выскабливание полости матки), оперативная лапароскопия, операции на шейке матки
«Контаминированная»	Все экстренные вмешательства, повторные чревосечения, операции при пролапсе гениталий влагалищным доступом, гистерорезектоскопия (удаление миоматозных узлов, рассечение перегородки, абляция эндометрия)
«Грязная»	Операции на фоне активного воспалительного процесса, операции со вскрытием просвета кишки, вмешательства у больных со свищами

Антибиотикопрофилактика проводится при «условно чистых» и «контаминированных» операциях.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Послеоперационный период — период от момента окончания операции до восстановления трудоспособности пациента, в течение которого проводят комплекс лечебных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение осложнений, а также мероприятий, способствующих процессам репарации и адаптации организма к анатомо-физиологическим соотношениям, созданным операцией.

В настоящее время представления о тактике ведения пациентов после операции значительно изменились.

Различают ближайший и отдаленный послеоперационные периоды. *Ближайший* послеоперационный период начинается с момента окончания операции и продолжается до выписки пациента из лечебного учреждения. В этом периоде наиболее ответственным является *ранний период*, то есть в первые 2–3 дня после операции. В это время в наибольшей степени проявляются те изменения в деятельности органов и систем, которые являются прямым следствием операционной травмы и обезболивания.

Отдаленный (поздний) послеоперационный период протекает с момента выписки пациента из стационара до выздоровления.

Все, что связано с операцией и влиянием обезболивания, обозначают как *операционный стресс*, а его последствия — как *послеоперационное состояние*. Операционный стресс возникает в результате комплекса различных влияний на пациента: операционной травмы, образования ран, страха, боли, воздействия наркотических веществ и т. д.

Хирургическая операция и наркоз приводят к определенным патофизиологическим изменениям в организме, которые носят общий характер, являются ответом организма на операционный стресс. Организм мобилизует систему защитных факторов и компенсаторных реакций, направленных на устранение последствий операционной травмы и восстановление гомеостаза.

Под действием операции не возникает нового вида обмена веществ, а меняется интенсивность отдельных процессов — нарушается соотношение катаболизма и анаболизма.

Известно, что после операций возникает ряд патологических состояний: изменяется функция оперированного органа, отмечаются определенные сдвиги в состоянии здоровья женщин в ближайшее время и в отсроченные отрезки ее жизни.

Помимо нарушений в системе «шейка – тело матки – яичники», частично обусловленных неизбежным нарушением кровеносной, лимфатической и нервной систем этих органов, при любом вмешательстве, изъятии части или целого органа включаются механизмы обратной связи, когда нарушение периферического эндокринозависимого звена вызывает изме-

нение деятельности гипоталамуса и гипофиза; в полной мере при этом проявляются закономерности, подчиняющиеся функциональной системе, сформированной по принципу «плюс-минус взаимодействие».

Эти изменения имеют в своей основе ряд причин:

1. При хирургическом вмешательстве на матке, трубах или/и яичниках наступают процессы, обусловленные тесными анатомическими связями (общностью кровеносной, лимфатической, нервной систем), которые делают операцию на одном органе небезразличной для деятельности другого.

2. Матка, яичники и трубы взаимосвязаны в системе эндокринной функции в целом по принципу «прямой» и «обратной» связи.

3. Удаление части или всего периферического эндокринозависимого органа неизбежно отражается на функции высшей регулирующей деятельности, то есть гипоталамо-гипофизарной системы (ГГС).

4. Изменения ГГС приводят к определенным сдвигам в деятельности других желез, в первую очередь функции щитовидной железы и надпочечников.

В ближайшее время после операции ведение пациенток реализуется при поэтапном осуществлении следующих мероприятий:

– мобилизация защитных реакций и усиление компенсаторных механизмов;

– предупреждение обострения хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний;

– санация зоны оперативного вмешательства;

– размягчение спаечных структур и улучшение трофики тканей в области операции;

– купирование болей в послеоперационном периоде;

– профилактика осложнений в системе органов дыхания;

– предупреждение возникновения в послеоперационной ране патологической инфильтрации и нагноения;

– коррекция нарушений функции ГГС.

Используется отсроченное восстановительное лечение после операции в следующих менструальных циклах: 3–6 месяцев применяют медикаментозные препараты (гормоны и антигормоны) и немедикаментозные методы (санаторно-курортные, эфферентные, физиотерапевтические, фитотерапевтические).

По характеру течения различают неосложненный и осложненный послеоперационные периоды.

Основными задачами в послеоперационном периоде являются:

1. Борьба с болью с применением наркотических и ненаркотических анальгетиков.

2. Борьба с гиповолемией (многокомпонентная инфузионная терапия).

3. Поддержание деятельности всех органов и систем организма (симптоматическая терапия).

4. Борьба с нарушениями водного и электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния.

5. Дезинтоксикационная терапия при необходимости.

6. Восстановление функции выделительной системы.

Полнота выполнения всех этих мероприятий зависит от длительности, обширности и травматичности операции.

При ведении пациентов в послеоперационном периоде следует учитывать:

- возраст пациента;
- соматические заболевания;
- объем оперативного вмешательства;
- осложнения во время операции.

Критическими являются первые 48–72 ч после операции.

Любая, даже малоинвазивная, гинекологическая операция представляет собой серьезное вмешательство в организм женщины. Значительное время после нее организм находится в состоянии сильного стресса. Основная задача послеоперационного периода — способствовать восстановлению пациентки, предотвратить развитие послеоперационных осложнений, помочь вернуться в нормальную физическую и психическую форму.

В послеоперационную палату пациента переводят только после восстановления адекватного дыхания, сознания, мышечного тонуса, рефлекторной активности, нормализации гемодинамики. В случае необходимости поддержания искусственной вентиляции легких, а также в случаях тяжелого состояния пациентов переводят в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Режим зависит от характера оперативного вмешательства. С целью предупреждения послеоперационных осложнений показаны ранняя двигательная активность, занятия лечебной физкультурой.

К концу первых суток после операции женщина должна:

- поворачиваться на бок;
- сгибать ноги;
- делать глубокие вдохи, дыхательную гимнастику рекомендуют делать через 6–8 ч после операции для профилактики пневмонии;
- вставать с постели в присутствии врача или медицинской сестры (если нет противопоказаний).

Особенности питания в послеоперационном периоде во многом зависят от конкретного характера операции, состояния пациентки, возникших осложнений, деятельности желудочно-кишечного тракта.

Течение *неосложненного* послеоперационного периода характеризуется постепенным улучшением состояния пациентки.

Осложненный послеоперационный период характеризуется осложнениями, которые могут наблюдаться после любой операции, но чаще всего развиваются после больших травматических оперативных вмешательств.

Встречаются осложнения *местные*, то есть со стороны операционной раны и органов, подвергшихся непосредственному оперативному воздействию, а также *общие*, то есть осложнения со стороны других органов и систем. Также осложнения делятся на *ранние* и *поздние*.

В первые часы или сутки после операции может возникнуть кровотечение, связанное с недостаточным гемостазом во время операции или вследствие соскальзывания лигатуры с кровеносного сосуда (наиболее опасны внутрибрюшные кровотечения). В более поздние сроки возможны аррозивные кровотечения, связанные с расплавлением стенки сосуда гнойным процессом.

Осложнения со стороны операционной раны:

1. Кровотечение — наружное и/или внутреннее.
2. Кровоизлияние в ткани с образованием гематом (профилактика кровотечений и гематом — атравматичность операции, тщательная остановка кровотечений).
3. Инфильтраты в области послеоперационной раны (воспалительное уплотнение тканей).
4. Нагноение раны.
5. Расхождение краев раны с выпадением внутренних органов — эвентрация.

Восстановление после оперативного вмешательства зависит от ряда объективных факторов:

1. Срочности операции — экстренная или плановая.
2. Состояния общего здоровья женщины до операции.
3. Объема и сложности оперативного вмешательства.
4. Доступа, которым выполнена операция: лапароскопия, лапаротомия или влагалищный доступ.
5. Использованного вида наркоза.

В программу реабилитации пациентов после хирургических вмешательств, в том числе и в гинекологической практике, во всем мире активно внедряют элементы так называемых *fast-track surgery* (хирургии быстрого восстановления) и *enhanced recovery after surgery* (ускоренного выздоровления после хирургии), которые были впервые внедрены анестезиологом Henrik Kehlet в 90-е годы XX века и применялись для реабилитации пациентов после операций на сердце. Основной идеей этого исследователя было уменьшение стрессовой реакции организма на хирургическую агрессию.

Данная методика представляет собой комплексный подход, применяющийся при самых разных оперативных вмешательствах, выполненных с помощью любого доступа.

В основе fast-track surgery лежит мультидисциплинарный подход (задействованы хирург, анестезиолог, средний медицинский персонал). Важна готовность и способность пациента к взаимодействию. Обязательными к исполнению являются минимум 6–8 компонентов из 18 рекомендованных:

1. Информирование пациента.
2. Отказ от использования механической очистки толстой кишки. Основными причинами для этого являются дискомфорт больных, а также транслокация бактерий в кишке и нарушение кишечного биоценоза.
3. Отказ от премедикации опиоидами.
4. Назначение пробиотиков перед операцией.
5. Отказ от предоперационного голодания.
6. Назначение пищевых углеводных смесей за 3–4 ч до операции или инфузия раствора декстрозы (глюкозы).
7. Использование регионарной анестезии и короткодействующих анальгетиков.
8. Контроль и рестрикция инфузии коллоидных и кристаллоидных растворов до и во время операции.
9. Малоинвазивные оперативные доступы.
10. Предотвращение гипотермии во время и после операции.
11. Назначение высоких концентраций кислорода до операции.
12. Максимальное уменьшение использования опиоидных анальгетиков.
13. Отказ от рутинной установки в брюшную полость дренажей.
14. Раннее удаление мочевого, центрального венозного и эпидурального катетера, дренажей.
15. Назначение прокинетиков в послеоперационном периоде.
16. Раннее энтеральное питание после операции.
17. Ранняя активизация.
18. Отказ от необоснованных гемотрансфузий.

Идеология fast-track surgery базируется на необходимости уменьшения стрессовой нагрузки на организм, возникающей в результате хирургической травмы и приводящей к обменным и функциональным нарушениям, пролонгирующим лечение.

Стресс — неспецифическая приспособительная реакция на внешние раздражители, необходимый элемент жизнедеятельности. У человека при стрессе происходит активация отдельных участков центральной нервной системы, особенно нейронов паравентрикулярного ядра, которые выделяют кортикотропин-рилизинг-гормон, активируя систему «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников». У хирургических пациентов стимуляция ГГС проявляется увеличением выброса глюкокортикоидов, а стимуляция симпатoadреналовой системы — катехоламинов. Вследствие этих изменений наступают изменения в работе сердечно-сосудистой и дыхательной

систем, метаболические нарушения, при которых процессы катаболизма преобладают над анаболизмом.

В концепции fast-track surgery наряду с практикой отказа от премедикации применяется методика упреждающей аналгезии. В ее основе — проведение обезболивания до возникновения болевого стимула и активации периферических нервных окончаний. Это предупреждает выработку нейротрансмиттеров и блокирует передачу нервных импульсов в центральную нервную систему.

Для снижения выраженности постоперационных нарушений протоколы fast-track surgery предусматривают изменение подходов на всех этапах лечения.

Протокол разделен на 3 основные части:

1. Первая — до операции:

– предоперационная оценка факторов риска (наличие сопутствующих заболеваний);

– отказ от премедикации наркотическими препаратами, что ускоряет восстановление работы кишечника;

– минимизация голодания;

– профилактика тромбэмболических осложнений, риск которых высок в послеоперационном периоде, особенно у пациенток с новообразованиями (введение НМГ до 5–7 суток послеоперационного периода, а при наличии дополнительных факторов риска необходимо продолжать до 28 дней); назначение антикоагулянтов в течение 1 месяца после операции; эластическая компрессия нижних конечностей с дня операции до 7 суток послеоперационного периода с рекомендацией применять до 1 месяца.

2. Во время операции:

– интраоперационная регионарная анестезия и аналгезия;

– анестетики короткого действия, в том числе и наркотические;

– отказ от массивной инфузионной терапии, как большой, так и малый объемы внутривенных введений лекарственных растворов приводят к увеличению частоты инфекционных и электролитных нарушений;

– отказ от применения дренажей, кроме случаев, когда отмечалась повышенная кровоточивость тканей;

– малоинвазивный (лапароскопический) доступ — позволяет снизить выраженность болевого синдрома, частоту инфекционных осложнений и ускорить реабилитацию пациенток;

– отказ от интраоперационного переливания крови, кроме случаев крайней необходимости.

3. После операции:

– раннее назначение слабительных после хирургического вмешательства, что ускоряет восстановление функции кишечника после радикальной операции без отрицательного влияния на субъективное состояние пациентки;

- ранняя активизация в день операции (вставание, ходьба по палате) достоверно снижает риски тромбоэмболических осложнений;
- удаление мочевого катетера в день операции с целью снижения частоты инфекций мочевыводящих путей;
- профилактика и лечение тошноты и рвоты;
- назначение легкой бесшлаковой диеты через 6 ч после операции снижает риск развития кишечной непроходимости и частоту сердечно-легочных осложнений;
- отказ от наркотических анальгетиков, которые активируют опиоидные рецепторы в желудочно-кишечном тракте, ингибируя высвобождение ацетилхолина и приводя к несогласованной перистальтике кишечника, что в сочетании с оперативным вмешательством приводит к вздутию живота, нарушению отхождения газов и даже кишечной непроходимости.

Данные рекомендации особенно актуальны среди пациенток пожилого и старческого возраста, которые имеют определенные хронические заболевания, а также сопутствующее ожирение. Применение данной методики сокращает длительность пребывания пациентов в стационаре, что, в свою очередь, также способствует благополучному восстановлению после оперативного вмешательства.

Ведение послеоперационного периода у пациенток с гинекологическими заболеваниями зависит от характера послеоперационных изменений в организме, обусловленных преморбидным фоном к моменту операции; наличия хронических инфекционных заболеваний, повторных хирургических вмешательств; длительных приемов препаратов, психических травм и т. д. Исходя из этого, для проведения хирургических вмешательств требуется индивидуальный дифференцированный подход с учетом возраста, а в репродуктивном возрасте — с учетом возможной реализации репродуктивной функции в последующем.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Какое осложнение связано с нарушением правил асептики и антисептики при проведении инъекций:

- а) воздушная и жировая эмболия;
- б) аллергические реакции;
- в) развитие постинъекционных инфильтратов и абсцессов;
- г) заболевание сывороточным гепатитом В и С;
- д) кожный дерматит?

2. Экстренные операции по поводу доброкачественных опухолей яичников имеют место:

- а) при разрыве капсулы опухоли;
- б) при больших размерах опухоли;
- в) при жидкостном содержании опухоли;
- г) при появлении пристеночного компонента внутри капсулы опухоли;
- д) при появлении активного кровотока опухоли.

3. Кто осуществляет уход за пациентом:

- а) врач;
- б) родственники пациента;
- в) младший и средний медперсонал, родственники пациента, у каждого есть свои функции;
- г) младший медперсонал;
- д) средний медперсонал?

4. Какое мероприятие не относится к профилактике воздушно-капельной инфекции:

- а) ультрафиолетовое облучение воздуха бактерицидными лампами;
- б) проветривание операционной;
- в) обработка операционного поля растворами антисептиков;
- г) приточно-вытяжная вентиляция операционного зала;
- д) ношение маски, бахил, стерильного белья?

5. Что необходимо при подготовке пациентки к плановой операции для профилактики асфиксии желудочным содержимым во время наркоза:

- а) последний легкий прием пищи в 17–18 часов накануне дня операции;
- б) голод утром в день операции;
- в) клизма вечером и утром перед операцией;
- г) промывание желудка;
- д) ничего из перечисленного?

6. Укажите фактор, который влияет на развитие осложнений в послеоперационном периоде:

- а) наличие операционной раны;
- б) вынужденное положение;
- в) возраст пациентки;
- г) наркоз.

7. Какие препараты применяют в послеоперационном периоде для профилактики ТЭЛА:

- а) препараты калия;
- б) антибиотики;
- в) спазмолитики;
- г) НМГ;
- д) антиагреганты?

8. Если приходится готовить к экстренной операции пациентку, поступившую с сильно загрязненными кожными покровами, подготовку кожи больной начинают с механической очистки операционного поля, которое в этих случаях должно быть:

- а) в 1,5 раза больше, чем предполагаемый разрез;
- б) в 2 раза больше, чем предполагаемый разрез;
- в) в 3 раза больше, чем предполагаемый разрез;
- г) в пределах предполагаемого разреза.

9. К неспецифической профилактике тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде относят:

- а) прием аспирина;
- б) ношение компрессионного белья;
- в) умеренные физические нагрузки;
- г) состояние покоя, отказ от физических нагрузок.

10. При подготовке пациентки для экстренной операции в обязательном порядке проводится забор анализов:

- а) кровь на RW;
- б) кровь на маркеры парентеральных гепатитов;
- в) определение группы крови;
- г) кровь на ВИЧ.

11. При предоперационной подготовке пациенток с пролапсом тазовых органов проводится профилактика тромбоэмболических осложнений, которая включает:

- а) антагонисты витамина К;
- б) НМГ;
- в) инфузионную терапию;
- г) антибиотикопрофилактику.

Ответы: 1 — в; 2 — а; 3 — в; 4 — в; 5 — а; 6 — а; 7 — г; 8 — б, 9 — б, 10 — в; 11 — б.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Гинекология* : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 1048 с.
2. *Предоперационная* подготовка и послеоперационное ведение больных в гинекологической клинике / О. Л. Глазкова [и др.] ; под ред. Н. М. Подзолковой. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 192 с.
3. Буянова, С. Н. Возможности реконструктивной хирургии матки в коррекции репродуктивной функции у пациенток с миомой матки / С. Н. Буянова, М. В. Мгелиашвили, С. А. Петракова // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. Т. 11, № 5. С. 89–93.
4. *Медицинское* наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии : клинический протокол / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. Минск : Профессиональные издания, 2018. 208 с.
5. Симонов, А. А. Клинико-микробиологическая характеристика женщин с внутриматочной патологией при гистероскопии : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01; 03.02.03 / А. А. Симонов. Оренбург, 2013. 191 с.
6. *Obesity epidemic* — the underestimated risk of endometrial cancer / L. Kiesel [et al.] // *Cancers (Basel)*. 2020. N 12 (12). 3860 p.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, проживающая по адресу:

паспорт _____,
выдан: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка/лица, признанного недееспособным,

_____ (фамилия, имя, отчество полностью ребенка или недееспособного гражданина,
год рождения)

поставлена в известность, что, находясь в отделении _____

_____ (указать учреждение здравоохранения)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

_____ (название оперативного вмешательства)

Подтверждаю, что я ознакомлена с характером предстоящего мне хирургического вмешательства.

1. Мне разъяснены и я понимаю особенности и ход предстоящего хирургического вмешательства.

2. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

3. Я предупреждена и понимаю, что проведение операции сопряжено с рисками непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже летального исхода, основными возможными непреднамеренными осложнениями хирургического лечения являются:

– раневые осложнения (кровопотеря, кровотечение, образование гематом, серозных скоплений жидкости, инфильтратов, повреждение близлежащих органов и тканей);

– тромбозэмболические осложнения;

– развитие послеоперационного болевого синдрома, в том числе хронического;

– инфекционные осложнения (нагноение раны, пневмония и др.);

– обострение сопутствующей хронической патологии;

– нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и другие осложнения.

4. Я предупреждена, что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

5. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

6. В случае необходимости я добровольно _____ (вписать «даю» в случае согласия, «не даю» — в случае отказа) согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

7. Я _____ (вписать «согласна» в случае согласия, «не согласна» — в случае отказа) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

8. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

9. Я согласна добросовестно сотрудничать с лечащим врачом по вопросам, связанным с оказанием мне медицинской помощи, выполнять рекомендации и немедленно сообщать ему о любого рода изменениях моего самочувствия.

10. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на проведение мне хирургического вмешательства _____.

(наименование хирургического вмешательства)

Мне (представляемому) объяснено, что при хирургическом вмешательстве возможны осложнения как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

В случае возникновения осложнений возможно расширение объема операции (вплоть до удаления матки) без моего (представляемого) согласия.

После операции я буду находиться в отделении анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии.

Я не возражаю против участия в моей операции специалистов акушеро-гинекологов учреждения здравоохранения, других привлеченных специалистов.

Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной для меня форме, объяснены возможные осложнения как во время операции, так и после нее.

« ____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О. пациента (законного представителя), подпись)

« ____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О. врача, подпись)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ РЕЦИПИЕНТА НА ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Мне, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),
вписывается собственноручно реципиентом)

разъяснены: состояние моего здоровья, выбранные методы оказания медицинской помощи, цели медицинских вмешательств и их прогнозируемые результаты, наличие у меня медицинских показаний к переливанию крови, ее компонентов и/или возможность внезапного возникновения заболеваний, состояний и/или обострения хронических заболеваний, при которых могут потребоваться переливание крови, ее компонентов.

Я информирован(-а) о том, что настоящее предварительное письменное согласие может быть отозвано мною, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны и/или связаны с угрозой для моей жизни и/или здоровья.

Настоящим я даю согласие на переливание/отказываюсь от переливания (*ненужное зачеркнуть*) крови, ее компонентов и прошу работников организации здравоохранения

_____ (полное наименование организации здравоохранения)

о проведении переливания крови, ее компонентов при наличии у меня медицинских показаний.

Данное(-ый) согласие/отказ (*ненужное зачеркнуть*) распространяется на (*ненужное зачеркнуть*):

– все случаи переливания крови, ее компонентов в течение всего периода оказания медицинской помощи в организации здравоохранения

_____ ;
(полное наименование организации здравоохранения)

– переливание крови, ее компонентов в течение _____

_____ .
(дата планируемого переливания крови, ее компонентов вписывается
собственноручно реципиентом)

Я предупрежден(-а) о возможном ухудшении здоровья в результате предстоящего медицинского вмешательства.

Мне в доступной для понимания форме, как лицу, не обладающему специальными знаниями в области здравоохранения, разъяснены возможные последствия переливания крови, ее компонентов (трансфузионные реакции, посттрансфузионные осложнения, в том числе представляющие

угрозу для жизни и/или здоровья, остаточный риск инфицирования трансфузионно-трансмиссивными инфекциями), а также возможные последствия отказа от переливания крови, ее компонентов.

Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы в доступной для понимания форме, как лицо, не обладающее специальными знаниями в области здравоохранения.

Я подтверждаю, что прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное,

*(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),
вписывается собственноручно реципиентом)*

Я подтверждаю, что в случае, когда из-за отказа от переливания крови, ее компонентов возникнет угроза для моей жизни и/или здоровья, мое решение об отказе изменяется/не изменяется *(ненужное зачеркнуть)*.

Если я буду не способен(-на) по состоянию здоровья к принятию осознанного решения о переливании мне крови, ее компонентов, решение принимается с письменного согласия супруга (супруги), близких родственников (родителей, усыновителей (удочерителей), совершеннолетних детей, в том числе усыновленных (удочеренных), родных братьев (сестер), внуков, деда (бабки)) и/или врачебным консилиумом, а при невозможности его проведения — лечащим врачом

(вписывается собственноручно реципиентом, кем будет приниматься решение)

(подпись реципиента)

_____ ч. _____ мин. _____ 20____ г.

*(дата и время информированного согласия или отказа от переливания крови,
ее компонентов)*

*(подпись, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)
врача-специалиста)*

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Больная *Ф.И.О.*, *возраст*, поступила для оперативного лечения в плановом порядке с диагнозом:

Условия для проведения операции:

1. Отсутствие очагов видимой инфекции.
2. Информированное согласие пациентки на операцию.

Показания к операции:

Анамнестические данные: перенесенные ранее операции, акушерско-гинекологический анамнез (месячные, менопауза, беременности, роды, аборты и др.), наличие гинекологических заболеваний.

Гемотрансфузионный анамнез: отягощен, не отягощен.

Планируемый объем операции:

Согласие пациентки на операцию:

Клинический диагноз:

Основной: _____.

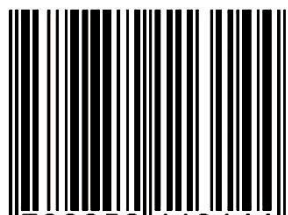
Сопутствующий: _____.

Дата «____» _____ 20____ г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Виды оперативного вмешательства.....	5
Предоперационная подготовка.....	8
Операционный и анестезиологический риски.....	14
Ведение послеоперационного периода.....	17
Самоконтроль усвоения темы	23
Список использованной литературы	26
Приложение 1	27
Приложение 2.....	29
Приложение 3.....	31

ISBN 978-985-21-1314-4



9 789852 113144