**Лекция**

**Тема:** «Хирургические методы лечения гинекологических больных»

**План лекции:**

1. Подготовка к операции.

2. Виды гинекологических операций

3. Малые гинекологические операции

4.Большие гинекологические операции

5. Подготовка пациентов к плановым операциям

6. Подготовка пациенток к экстренным операциям.

**Основные понятия:** аспирация эндометрия, биопсия, полипэктомия, миоматозный узл, диатермокоагуляция, крио - и или лазерная радиоволновая деструкция эрозии шейки матки, лапароскопия

**Тип занятия:** лекция

**Место проведения:** кабинет акушерского дела

**Время:** 90 минут, 2 академических часа

**Оснащение:** ЭОР, рабочая тетрадь для студентов, задачи, тесты, курс лекций.

**Цель занятия:**Сформировать у студентов знаний о хирургических методах лечения в гинекологии;

**ПК 1.1 - 1.7**

**Подготовка к операции.**

Подготовка операционной, аппаратуры, обработка рук, стерилизация материала и инструментов для оперативных вмешательств проводится согласно приказам Министерства Здравоохранения и инструкциям. Вопросы асептики и антисептики в гинекологии соответствуют таковым в общей хирургии

Предоперационный период- время, прошедшее от поступления больной в лечебное учреждение до начала операции. Этот период может продолжиться от нескольких минут, часов, до нескольких дней, что определяется срочностью операции, диагностики, состоянием женщины.

**По срочности операции разделяются:**

на неотложные (экстренные), которые выполняются немедленно или через несколько минут после поступления больной в хирургический стационар;

срочные, которые выполняются в ближайшие часы или дни после установления диагноза;

плановые операции, которые сроками не ограничиваются.

Гинекологические операции разделяются на: малые и большие.

К малым гинекологическим операциям относятся: раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки и тела матки, аспирация эндометрия, ножевая биопсия шейки матки, полипэктомия, удаление родившегося миоматозного узла, диатермокоагуляция, крио - и или лазерная радиоволновая деструкция эрозии шейки матки.

В гинекологических стационарах осуществляется также искусственное прерывание беременности сроком до 12 недель беременности. Все малые гинекологические операции производятся влагалищным путем, под обезболиванием.

Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и тела матки производится для определения гистологической структуры эндометрия при маточных кровотечениях, гиперпластических процессах эндометрия и для контроля за проводимой гормональной терапией. Медицинская сестра должна готовить необходимый набор инструментов:

- влагалищное зеркало и подъемник, набор расширителей Гегера до №12,

- пулевые или двузубые щипцы,

-маточный зонд,

- набор кюреток (№1,2 и 4,6),

- корнцанг,

- стерильные латексные перчатки,

- салфетки, пеленки, бахилы, спирт70%,

- две емкости (со специальной маркировкой) с 10% раствором формалина для помещения биоптата из шейки матки и полости матки,

- направление на гистологическое исследование.

В направлении указывают фамилию, имя, отчество и возраст больной, номер истории болезни, день последней менструации, диагноз, характер гормонального лечения, указывается посылаемый материал для гистологического исследования.

При раздельном диагностическом выскабливании эндометрия и слизистой оболочки канала шейки матки в случае подозрения на рак матки первоначально, до расширения канала шейки матки, производят соскоб его слизистой оболочки, а затем – все этапы выскабливания слизистой оболочки тела матки. Соскобы эндометрия и слизистой оболочки шейки матки всегда помещают в разные емкости и отправляют для гистологического исследования.

Аспирация эндометрия позволяет получить биоптат эндометрия без расширения шеечного канала и проведения наркоза. Подготовка к операции не отличается от подготовки к малым оперативным вмешательствам. После фиксации и обработки шейки матки через шеечный канал вводят узкий металлический наконечник на специальном шприце Брауна или с помощью эндозамблера получают биоптат, посредством которого получают фрагменты эндометрия. Его помещают в емкости с 10% раствором формалина и направляют на гистологическое исследование.

Искусственное прерывание беременности (искусственный аборт) может быть произведено в малые сроки, с 2-3 дней и до 21 дня задержки очередной менструации, при регулярном менструальном цикле и называется «мини-абортом» и в более поздние сроки до (12 нед беременности), по желанию женщины.

Полипэктомия – удаление полипа шейки матки. После обработки влагалища и шейки матки дезинфицирующими растворами шейку матки фиксируют пулевыми или двузубыми щипцами. Аборцангом захватывают ножку полипа и вращающими движениями по часовой стрелке (при тонкой ножке) или гистерорезентоскопом (при широкой ножке) удаляют полип. Затем тщательно производят раздельное выскабливание слизистой оболочки шейки и тела матки.

Эндоскопические операции. Благодаря развитию общей эндоскопии стало возможным производить гинекологические диагностические и лечебные манипуляции при лапароскопии.

Для хирургической лапароскопии необходимы оптическая система с троакаром, позволяющая производить фотографирование и телесъемку.

Лапароскопия производится в условиях пневмоперитонеума за счет введения газа или воздуха в брюшную полость.

Подготовка больной к оперативной лапароскопии такая же, как к чревосечению. Обезболивание должно быть общим, поскольку таким образом можно добиться мобилизации и ревизии тазовых органов, произвести диагностические и лечебные манипуляции.

Типичными лапароскопическими операциями являются разделение спаек в области малого таза, биопсия яичников, пункционная биопсия и энуклеация кист яичников, частичная резекция или удаление опухолей и придатков матки, удаление плодного яйца при трубной беременности, пластику, стерилизацию маточных труб, консервативную миомэктомию, коагуляцию очагов эндометриоза.

При помощи лапароскопической техники возможно проведение больших гинекологических операций (надвлагалищная ампутация, экстирпация матки и др.)

Большие гинекологические операции производятся путем чревосечения брюшностеночного (лапаротомия) и влагалищного (кольпотомия). К таким операциям относятся вмешательства на придатках матки и удаление придатков матки (тубэктомия, овариэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, пангистерэктомия). Влагалищным путем наиболее часто выполняются экстирпация матки с придатками, передняя, срединная и задняя пластика влагалища, вылущивание кисты влагалища и кисты большой железы преддверия.

Большие гинекологические операции производятся в большой операционной и под наркозом.

При плановых операциях полное клиническое обследование пациентки проводится в поликлинических условиях. При необходимости выполняются диагностические манипуляции в условиях стационара в ходе предоперационной подготовки для определения объема оперативного вмешательства.

Перед поступлением пациентки в стационар для планового оперативного вмешательства в женской консультации проводят обследование:

- клинический, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, сахар крови,

- клинический анализ мочи,

- кровь на реакцию Вассермана, СПИД, гепатиты (В, С),

- группу крови и резус фактор,

- мазок на онкоцитологию с влагалищной части шейки матки и цервикального канала,

- рентген грудной клетки,

- электрокардиографию,

- а также мазки на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта,

по показаниям производят и другие исследования,

- обязательно консультация терапевта, анестезиолога и по необходимости других специалистов для оценки степени риска предстоящей операции, выбора метода обезболивания и определения объема подготовительных мероприятий, объема оперативного вмешательства.

При тяжелой экстрагенитальной патологии риск оперативного вмешательства должен быть меньше риска самого заболевания для жизни пациентки.

Непосредственная подготовка к малым гинекологическим операциям заключается в опорожнении мочевого пузыря самостоятельно или с помощью катетера, сухого бритья и туалета наружных половых органов. Вечером перед сном больной назначают седативные и снотворные препараты в зависимости от эмоционального состояния пациентки, утром в день операции за 1,5-2 часа до ее начала проводят по назначению анестезиолога премедикацию.

Все малые оперативные вмешательства выполняют в малой операционной на гинекологическом кресле с тщательным обезболиванием. Используют внутривенные анестетики кратковременного действия (калипсол, кетолар), а также ингаляционные способы анестезии (аналгезия закисью азота с кислородом и др.). Выбор способа обезболивания зависит от соматического состояния женщины и проводится с учетом вероятных осложнений.

Непосредственная подготовка к чревосечению. Накануне полостной операции пациентке ужинать не разрешается (можно стакан сладкого чая), дают легкий обед (жидкая пища). Вечером после очистительной клизмы пациентка принимает гигиенический душ и меняет белье. Утром после клизмы, пациентке медицинской сестрой проводится сухое бритье наружных половых органов и сменой лезвий – операционного поля. (Накануне плановой операции также проводят премедикацию, назначенную анестезиологом).

Во всех случаях показана психопрофилактическая подготовка пациентки к хирургическому вмешательству, которую проводят с целью, устранения отрицательных эмоций по поводу предстоящей операции, которую сочетают с назначением седативных, снотворных средств, транквилизаторов. Женщину информируют об объеме предполагаемой операции, возможных осложнениях, последствиях. В то же время нельзя пугать пациентку, необходимо вселить веру в удачный исход лечения, в выздоровление. Этому должны способствовать: доброжелательная обстановка медицинской сестры, лечащего врача и всего персонала отделения, уверенность и спокойствие в отделении, соблюдение лечебно-охранительного режима и принципов деонтологии, тщательное выполнение всех врачебных назначений, правильная организация питания в стационаре, грамотный уход в пред- и послеоперационном периоде, высокий профессионализм медицинского персонала.

Подготовка пациенток к экстренным операциям.

Обусловлена внезапностью возникновения и тяжестью клинического течения заболевания. Чем тяжелее состояние пациентки, тем быстрее должна быть подготовка к операции, иногда она сводится до минимума.

В этих условиях должны быть определены объем интенсивной терапии в предоперационном периоде и во время операции, метод обезболивания и объем оперативного вмешательства. Перед операцией в экстренном порядке медицинская сестра проводит сухое бритье наружных половых органов и операционного поля, туалет кожных покровов, удаляет протезы из полости рта, (если они имеются), промывание желудка по (назначению врача), учитывая возможность регургитации (затекания в верхние дыхательные пути во время наркоза содержимого желудка). Медицинская сестра должна знать, что при наличии у пациентки пельвиоперитонита при подготовке к экстренной операции противопоказана постановка очистительной клизмы.

Медицинская сестра перед операцией обязательно должна спустить мочу катетером и поставить постоянный мочевой катетер с фиксацией его на внутренней стороне бедра пластырем, и опустить конец в мерный мочеприемник.

Определяют группу крови, резус фактор, кровь на СПИД,RW, гепатиты. Пациентку информируют о необходимости экстренного оперативного вмешательства, спрашивают ее согласие (если она в сознании), медицинская сестра укладывает пациентку на каталку на половину одеяла с пододеяльником, другой половиной укрывает и везет ее в операционную.