

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Дипломная работа студентки

Очной формы обучения
специальности 32.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Ковач Елены Васильевны

Научный руководитель
преподаватель Бабынина Т.П.

Рецензент
Врач акушер-гинеколог
ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» №2
Крисанова И. В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| ВВЕДЕНИЕ | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ | 5 |
| 1.1. Характеристика послеродового периода. | 5 |
| 1.3. Послеродовые осложнения и их профилактика..... | 9 |
| 1.4. Осложнения позднего послеродового периода..... | 11 |
| 1.5. Профессиональная деятельность акушерки в профилактике послеродовых осложнений. | 15 |
| ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. | 19 |
| 2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа»..... | 19 |
| 2.2. Статистический анализ послеродовых осложнений у женщин по данным ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» | 21 |
| 2.3. Анализ социологического опроса..... | 23 |
| 2.4. План мероприятий по совершенствованию профессиональной деятельности акушерки в профилактике послеродовых осложнений..... | 33 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 34 |
| СПИСОК ИСОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ | 35 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | 38 |

ВВЕДЕНИЕ

В вопросах, связанных с беременностью не только с физиологической, но и с медицинской точки зрения необходимо обратить внимание на то, насколько исправимы, оказываются осложнения, возникающие в процессе беременности и родов. А это, разумеется, зависит от уровня достижений науки, техники, а также, уровня знаний специалистов, занимающихся этими вопросами. Главное состоит в том, что благодаря увеличению знаний в области физиологии и патофизиологии, процессов, связанных с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом разрабатываются методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода, болезней плода и новорожденного [12]. Таким образом, например, достижения в области перинатальной диагностики и генетики существенно снизили риск появления на свет заведомо тяжело больных и нежизнеспособных детей, а это значит, если задуматься, не только улучшение физического здоровья населения и медицинской статистики, но много больше, уменьшится количество несчастных родителей и их детей. Роль акушерки в медицинском учреждении подвержена противоречивыми друг другу требованиям со стороны ролей пациентов, врачей и администрации ЛПУ, которые выражают об ожидаемом поведении акушерки разные представления. Изучение социальной роли и положения медицинского персонала в рамках социологии медицины - как научной дисциплины в настоящее время является одним из наиболее значимых и перспективных направлений в здравоохранении [10,11]. Несмотря на то, что средний медицинский персонал - самое многочисленное звено в здравоохранении, их работу редко исследуют в категориальном поле социологии медицины. Что же касается профессии акушерки в социальных характеристиках, то они практически не изучены.

Цель исследования: Изучить роль акушерки в профилактике осложнений послеродового периода, выявить необходимые меры профилактики заболеваний, наиболее эффективные для сохранения здоровья и качества жизни женщин.

Задачи исследования:

1. Изучить обязанности акушерки в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
2. Проанализировать статистические данные осложнений послеродового периода.
3. Изучить течение послеродового периода у пациенток в группе исследования
4. Выявить профилактические мероприятия, применяемые в современном акушерстве.

Объект исследования – статистические данные послеродовых осложнений у женщин, получивших лечение в наблюдательном отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018-2019 году.

Методы исследования, использованные для решения задач:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломного проекта.
2. Эмпирические методы (анализ документов).
3. Статистический анализ полученных данных.
4. Выводы о проделанной работе с необходимыми рекомендациями по улучшению работы акушерок наблюдательного отделения.

Предмет исследования - современные тенденции в профилактике послеродовых осложнений.

База исследования - ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Время исследования – 2016 - 2018 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

1.1. Характеристика послеродового периода.

После третьего периода родов - рождения последа начинается послеродовой период (пуэрпи́й), который длится 6 недель для него характерно обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, подвергшихся изменению в течении беременности и родов. Более выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Максимальные инволюционные изменения наиболее выражены в первые 8–12 сут. Функция молочных желёз в послеродовом периоде достигает пика в связи с лактацией. Как правило, после первой беременности и родов остаются некоторые изменения, позволяющие установить факт уже бывшей беременности и родов (состояние промежности и влагалища, изменения формы шейки матки и наружного зева, «рубцы» беременности на коже).

Первые 2–4 ч после родов обозначают как ранний послеродовой период. По исходу этого времени начинается следующий период- поздний послеродовой период. Такое разделение на периоды весьма условно. Это связано с тем, что осложнения, которые были вызваны нарушением сократительной функции матки после родов и сопровождающиеся кровотечением, наиболее часто развиваются в первые часы. В ряде англоязычных изданий послеродовой период условно делят на: немедленный послеродовой период, который продолжается в течение 24 ч после родов. В этот промежуток времени наиболее часто возникают осложнения, связанные с анестезиологическим пособием в родах или непосредственно с самими родами; ранний послеродовой период, продолжающийся в течение 7 дней после родов; поздний послеродовой период, продолжающийся 6 недель и завершающийся

при полной инволюции всех органов и систем родильницы [2, с.202]. Матка после родов хорошо сокращается, стенки ее утолщаются (с 0,5 до 3 см), она плотной консистенции, так очень подвижная из-за растяжения связочного аппарата. При переполнении соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки) матка поднимается. С каждым днем пэуперия матка в размерах становится все меньше, о чем можно судить по высоте стояния дна матки - в течение первых 10-12 дней после родов дно матки ежедневно опускается на один поперечный палец. На 1-2-й день дно матки стоит на уровне пупка (при опорожненном мочевом пузыре), а на 10 - 12-й день дно матки обычно уходит за верхний край лона.

Шейка матки формируется изнутри кнаружи. Сразу после родов шейка имеет вид тонкостенного мешка, ее канал свободно пропускает кисть. В начале закрывается внутренний зев, потом - наружный. Внутренний зев закрывается на 7-10-й день, а наружный на 18 - 21-й день после родов.

После родов, внутренняя поверхность матки представляет собой сплошную раневую поверхность с обрывками эпителия, доньшек желез матки и стромы базального слоя эндометрия. Отсюда и происходит регенерация слизистой оболочки. Полностью, слизистая оболочка всей внутренней поверхности матки восстанавливается на 7-10-й день, а к концу 3-й недели в области прикрепления плацентарной площадки. При восстановлении эндометрия из половых путей выделяются- лохии, представляющие собой раневой секрет. В первые 3-4 дня они кровянистые, в следующие 3-4 дня - серозно-кровоянистые, к 7-8-у дню уже не содержат примеси крови, приобретают светлый цвет. С 3-й недели они становятся скудными, а к 5-6-й неделе послеродового периода выделения заканчиваются. Если выделения и после 7-8-го дня с примесью крови, это указывает на замедленную инволюцию матки, что бывает при плохом ее сокращении, наличии в матке остатков плацентарной ткани, наличии воспаления и т.д. Иногда выделения отсутствуют, лохии скапливаются в матке, в следствии этого образуется лохиометра.

При нормальном течении послеродового периода состояние роженицы хорошее, дыхание глубокое, пульс ритмичный, 70-76 в минуту, нередко наблюдается замедление пульса, температура тела нормальная. Учащение пульса и повышение температуры указывают на осложнение послеродового периода, чаще всего на развитие послеродовой инфекции. Отделение мочи обычно нормальное, лишь изредка возникает затрудненное мочеиспускание (см. Ишурия послеродовая). После родов может наблюдаться задержка стула, что характеризуется атонией кишечника. Атонии способствует расслабление брюшного пресса (Приложение 4) и ограничение движений после родов.

Так же происходят физиологические изменения в молочных железах. Еще во время беременности начинает образовываться и выделяться молозиво. Через 48-60 часов после родов молочные железы становятся очень чувствительными, увеличиваются в размерах, и появляется молоко. Вначале его не так много, но постепенно его количество увеличивается и приспособляется под потребности ребенка.

В это время состояние роженицы может несколько ухудшиться: возможно появление отеков, связанных с задержкой жидкости и повышенной выработкой гормона пролактина. Большое внимание в этот период необходимо уделить психологическому состоянию женщины. Начало лактации часто сопровождается повышенной эмоциональной чувствительностью, депрессией. В послеродовом периоде роженице необходимо создать режим, способствующий наиболее быстрому восстановлению нормальных функций организма. Основным и не изменным правилом в уходе за роженицей является соблюдение всех правил асептики и антисептики.

1.2. Физиологические изменения, происходящие в организме женщины в послеродовом периоде.

Послеродовой физиологический период характеризуется общим удовлетворительным состоянием женщины, нормальной температурой тела, частотой пульса и артериальным давлением, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и составом лохий, достаточной лактацией. В первые часы после родов может сохраняться слабость. Усталость после интенсивных родовых схваток, неприятные ощущения после растяжения вульвы и влагалища обычно исчезают в первые дни послеродового периода. Родильница нуждается в отдыхе и глубоком сне, которые быстро восстанавливают её силы и хорошее самочувствие. Инволюция матки сопровождается нерегулярными, но болезненными сокращениями миометрия, которые более выражены у повторнородящих. Эти сокращения наиболее интенсивны во время кормления ребёнка.

У наибольшей части родильниц начало послеродового периода сопровождается ознобом, продолжающимся 5–10 мин. Озноб обусловлен значительным выбросом в кровь регрессивных продуктов обмена веществ в мышечных клетках. Пульс родильницы отличается двумя качествами: брадикардией и неустойчивостью. Он может учащаться до 100 и более ударов в минуту после кормления ребёнка или при наименьшей физической нагрузке. У здоровых родильниц лихорадку обычно не наблюдают. Однако, во время родов при работе всей мускулатуры тела температура может повыситься на несколько десятых градуса. Этим можно объяснить часто наблюдаемое повышение температуры в ближайшие 12 ч после родов (первый физиологический подъём). Температура не должна превышать 37,5 °С при наличии хорошего пульса и общего удовлетворительного состояния. Второй физиологический подъём температуры может возникать на 2–3 день после родов. Повышение температуры можно объяснить многочисленным восходящим проникновением микроорганизмов из влагалища в матку и реабсорбцией продуктов лизиса тканей в полости матки. [2, с.234]. Обычно повышенная температура сохраняется в течение нескольких часов и нормализуется без лечения. Субфебрильную температуру, которая сохраняется на протяжении нескольких

дней, необходимо считать признаком послеродовых осложнений. Нередко у здоровых родильниц возникает нарушение функции мочевого пузыря. Клинический симптом этого нарушения является отсутствие позывов к мочеиспусканию даже при переполнении мочевого пузыря. Переполненный мочевой пузырь смещает матку кверху и вправо так, что, дно его может достигать до пупка. Затрудненное мочеиспускание может быть следствием отёка шейки мочевого пузыря во время родов длительно прижатой головкой плода. Попадание мочи на повреждённую слизистую оболочку влагалища и вульвы вызывает боль, что также может рефлекторно затруднить мочеиспускание [5, с. 247].

У многих родильниц отмечают повышенное потоотделение. Это ведет к усилению жажды. Расслабление и растяжение мышц передней брюшной стенки и тазового дна (Приложение 3) способствуют гипотонии кишечника, что приводит к задержке стула в первые дни послеродового периода. Иногда этому мешает отёк и ущемление геморроидальных узлов, которые становятся резко болезненными и могут инфицироваться.

1.3. Послеродовые осложнения и их профилактика.

Осложнения послеродового периода подразделяются на ранние и поздние. Ранний послеродовый период продолжается в течение двух часов после родов. Этот период наиболее опасен и требует большого внимания со стороны акушерского персонала. Наиболее частое осложнение данного периода — это гипотоническое и атоническое кровотечение. Причинами таких кровотечений являются нарушения функционального состояния миометрия к началу родов вследствие гестозов, заболеваний почек, печени, сердечно-сосудистой системы, ЦНС, эндокринопатий, рубцовых изменений миометрия, опухолей матки, перерастяжения матки в связи с многоводием, многоплодием, крупным плодом.

Возможно нарушение функционального состояния миометрия при затяжных родах, применении средств, снижающих тонус матки, длительном применении сокращающих средств. Имеют значение также преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии прикрепления плаценты, задержка в полости матки последа и его частей.

Серьезными осложнениями так же являются *эмболия околоплодными водами* и *бактериально-токсический шок*.

Эмболия околоплодными водами может развиваться вследствие проникновения амниотической жидкости в кровоток матери. Чаще всего такое осложнение наблюдается при бурной родовой деятельности, предлежании плаценты, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Симптомы, течение: острое начало, цианоз, kloкочущее дыхание, одышка, пенная мокрота. Нередкими бывают нарушения свертывающей системы крови.

Бактериально - токсический шок. Одним из самых тяжелых осложнений гнойно-септических процессов любой локализации является бактериально-токсический шок он представляет собой особую реакцию организма, которая выражается в развитии полиорганных расстройств, связанных с нарушением адекватной перфузии тканей, и наступающую в ответ на микроорганизмов или их токсины. Такой шок чаще всего осложняет течение гнойно-инфекционных процессов, которые вызываются грамотрицательной флорой: кишечной палочкой, клебсиеллой, протеем, синегнойной палочкой. Причиной развития шока могут быть - неспорообразующая анаэробная флора, простейшие, грибы. Для возникновения шока, кроме наличия инфекции, необходимо сочетание таких факторов как: наличие возможности для мощного проникновения возбудителя или его токсинов в кровоток и снижение общей резистентности организма больной. В акушерской клинике очагом инфекции в подавляющем большинстве случаев является матка: послеродовые заболевания, хориоамнионит в родах. Для предупреждения развития таких осложнений

осуществляются следующие меры: в течении двух часов после родов нахождение родильницы под строгим наблюдением в родильном зале; тщательный контроль за показателями PS, Тт, АД, ЧД; точный учет кровопотери. Так же большое значение имеет качественное обследование женщин в женской консультации во время беременности и своевременное выявление групп риска по развитию данных осложнений.

1.4. Осложнения позднего послеродового периода.

Факторы, способствующие возникновению послеродовой инфекции: изменение биоценоза влагалища и развитие иммунодефицита у женщин в конце беременности. В послеродовом периоде внутренняя стенка матки представляет собой раневую поверхность, которая легко инфицируется восходящим путем патогенной и условно-патогенной флоры из влагалища. У некоторых родильниц послеродовая инфекция является продолжением хориоамнионита, осложнявшего течение родов. Эндогенные очаги инфекции в носоглотке, ротовой полости, почечных лоханках, придатках матки так же могут служить источником воспалительных процессов в половых органах. К развитию инфекционного процесса предрасполагают так же многие осложнения беременности: железодефицитная анемия, ОПГ - гестоз, предлежания плаценты, пиелонефрит и др. Затяжные роды, длительный безводный промежуток, большая кровопотеря, оперативные вмешательства, все это способствует осложненному течению послеродового периода.

Послеродовая язва. Возникает вследствие инфицирования ссадин, трещин, разрывов слизистой оболочки влагалища и вульвы. Состояние родильницы не ухудшается. В эту группу заболеваний включают нагноение раны после

перинеотомии или разрыва промежности. В таких случаях распускают швы и лечат рану по принципам гнойной хирургии: промывание, дренирование, использование неполитических ферментов, адсорбентов. После очищения раны накладывают вторичные швы.

Послеродовой эндомиометрит. Это самый частый вариант инфекционных осложнений, он протекает в двух формах: острой и стертой. Острая форма возникает на 2-5-й день послеродового периода с подъема температуры, озноба, появления болей внизу живота и примеси гноя в лохиях. Отмечается субъинволюция матки. При диагностике используют УЗИ, на основании которого можно судить о размерах матки, тонусе стенок, величине полости, ее содержимом. Длина матки при нормальной ее инволюции в первые сутки равна 15 см, на вторые - 13,5, на пятые - 11 см, на седьмые - 10,5 см. При своевременном и адекватном лечении улучшение состояния роженицы может наступить через 1-2 дня. Общее состояние женщины зависит от степени интоксикации: от удовлетворительного до тяжелого. Выраженная интоксикация может стимулировать послеродовой психоз.

Тяжелее протекает эндомиометрит, осложнивший послеоперационный период у рожениц после кесарева сечения. Несмотря на правильно проводимую терапию, не всегда удается предупредить распространение инфекции и развитие перитонита.

Стертая форма эндомиометрита протекает без выраженной клинической симптоматики. Заболевание начинается поздно: с 7-9-го дня послеродового периода. Основополагающим признаком его является субъинволюция матки, определяемая при влагалищном обследовании и ультразвуковом сканировании.

Тромбофлебит поверхностных вен голени. Послеродовой инфекционный процесс может локализоваться в венах малого таза и нижних конечностях. При тромбофлебите поверхностных вен голени или бедра общее состояние роженицы обычно не изменяется. В данное время всем женщинам не только во время беременности, но и в послеродовом периоде, находящимся в группе

риска, для профилактики такого осложнения назначают ношение компрессионных чулок.

Тромбофлебит вен малого таза и глубоких вен нижних конечностей. Процесс такого осложнения протекает тяжело, с высокой температурой, интоксикацией. При влагалищном обследовании определяется увеличенная, болезненная, мягковатая матка; по стенкам таза пальпируются плотные, болезненные увеличенные вены. Если в патологический процесс вовлечены глубокие вены бедра, то нога бледнеет и отекает. По ходу сосудистого пучка отмечается болезненность. Такой вариант тромбофлебита очень опасен следующей формой тяжелейшего осложнения - тромбоэмболии легочных артерий.

Акушерский перитонит. Тяжелейшее осложнение послеродового периода. Он может быть следствием метроэндометрита, перфорации воспалительного тубо-овариального образования или пиосальпинкса, перекрута ножки опухоли яичника, некроза субсерозного узла миомы. Однако самой частой причиной акушерского перитонита является инфицированное расхождение швов на матке после кесарева сечения. Такие перитониты встречаются в 0,5-1,0% случаев.

Сепсис. Генерализация инфекции, или сепсис, в акушерской практике в 90% случаев связана с инфекционным очагом в матке и развивается в результате истощения антиинфекционного иммунитета. Для развития сепсиса предрасполагает осложненное течение беременности (ОПГ - гестоз, вирусные инфекции, железодефицитная анемия, и др.). Длительное течение родов с безводным промежутком, превышающим 24 ч, травмы мягких родовых путей, оперативное родоразрешение, кровотечение и другие осложнения родов способствуют снижению неспецифических защитных сил организма и создают условия для генерализации инфекции.

Послеродовой лактационный мастит. Одно из наиболее частых осложнений послеродового периода - лактационный мастит, который встречается в 3 - 5% случаев. Причина высокой заболеваемости связана со «стафилококковым госпитализмом». Проникновение возбудителя происходит через трещины

сосков и через молочные ходы. Развитию воспалительного процесса способствует лактостаз.

Лактостаз - задержка или застой молока в груди женщины при вскармливании. Причиной такого осложнения является, усиленная выработка молока и недостаточное опорожнение груди или же узкие протоки железы. Проявляется лактостаз болезненными ощущениями в молочной железе, при этом грудь наливается и при прощупывании можно обнаружить уплотнения в некоторых ее частях.

Ишурия послеродовая. Нередко после родов наблюдаются случаи задержки мочи. В одних случаях родильница чувствует позывы, но не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, в других она даже не чувствует позыва на мочеиспускание. Послеродовая ишурия может наступить вследствие различных причин. В одних случаях это травма мочевого пузыря, в частности нижнего его отдела, головкой плода во время прохождения ее через полость малого таза; в других случаях причиной ишурии является гипотоническое состояние органов малого таза (кишечника, мочевого пузыря); при атонии мочевого пузыря значительно увеличивается, емкость его достигает до 1 л и даже больше. В таких случаях внутрипузырное давление увеличивается незначительно, и родильница не чувствует даже позыва на мочеиспускание. Причиной послеродовой ишурии является также сдавление и раздражение гипогастральных нервов, вследствие чего наступает длительный спазм сфинктера мочевого пузыря. При наличии резких позывов на мочеиспускание и невозможности самостоятельно опорожнить мочевой пузырь родильница испытывает значительные боли внизу живота. Кроме того, нужно иметь в виду, что каждые 100 мл мочи в мочевом пузыре, поднимают послеродовую матку вверх на 1 см и тем самым затрудняют ее сокращение.

Повреждение костей и сочленений таза матери. Во время беременности под действием эстрогенов и релаксина происходят удлинение, размягчение и расслабление связочного аппарата таза, что способствует увеличению объема таза, а также облегчению прохождения плода по родовому каналу. Факторами,

способствующими возникновению повреждений связочного аппарата малого таза, являются: крупные размеры плода, разгибательное вставление головки плода, многоплодие, повторная беременность, узкий таз, ожирение, половой инфантилизм, заболевания костной системы (перенесенный рахит, остеомиелит, туберкулез костей). Так же к осложнениям послеродового периода относят субинволюцию матки, инфильтрат промежности, остатки плацентарной ткани, расхождении швов промежности и послеоперационных швов, лохиометра, отек геморроидальных узлов, кровотечение в позднем послеродовом периоде, анемия.

1.5. Профессиональная деятельность акушерки в профилактике послеродовых осложнений.

Сразу же после пересечения пуповины новорождённого вытирают стерильной тёплой пелёнкой и укладывают на обнажённый живот матери, укрыв одеялом. В таком положении родильница самостоятельно удерживает новорожденного в течение 30 мин. Затем акушерка помогает осуществить первое прикладывание к груди. Оно не должно быть насильственным, желание сосать может появиться у ребёнка не сразу. Контакт «кожа к коже», «глаза к глазам» способствует благоприятному чувству психологического комфорта у родильницы, возникновению эмоциональной близости с ребёнком. Важнейший момент этой методики — облегчение адаптации новорождённого к внеутробной жизни путём заселения его кожи и ЖКТ микроорганизмами матери. После обработки пуповинного остатка здорового ребёнка помещают в палату вместе с матерью. В первые 2–2,5 ч после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач акушер-гинеколог внимательно следит за общим состоянием женщины, её пульсом, АД, постоянно контролирует состояние матки: определяет её консистенцию, ВДМ, следит за

степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производят осмотр мягких тканей родовых путей. Осматривают наружные половые органы, промежность, влагалище и его своды. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают [9, с.320]. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовом и раннем послеродовом периодах. Средняя кровопотеря составляет 250 мл. Максимальная физиологическая кровопотеря составляет не более 0,5% от массы тела роженицы. Спустя 2–4 ч роженицу на каталке перевозят в послеродовое отделение [3, с. 181]. Процессы, происходящие в организме роженицы после неосложнённых родов, физиологические, поэтому роженицу следует считать здоровой. Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, состоянием физиологического иммунодефицита. Поэтому наряду с врачебным наблюдением для роженицы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики.

Работа в послеродовом отделении нуждается в особом внимании. Основными задачами послеродового физиологического отделения является: наблюдение и уход за роженицей, профилактика инфекционных осложнений после родов, профилактика и лечение недостаточной лактации, лечение осложнений и экстрагенитальных заболеваний, которые сопутствовали беременности и родам.

Задачи акушерки послеродового отделения.

Внимательно наблюдать и ухаживать за роженицей, особенно в первые 6 – 8 часов после родов. Вести контроль за выделениями из половых путей, за выделением и количеством мочи, для своевременного выявления позднего послеродового кровотечения. При первых признаках маточного кровотечения необходимо сообщить врачу, а до его прихода вывести мочу катетером, положить лед на низ живота, измерить АД, пульс, набрать сокращающее средство.

В первые сутки пребывания женщины в послеродовом отделении палатная акушерка знакомит ее со структурой отделения, с распорядком дня, правилами кормления ребенка и сцеживания грудного молока, а также с навыками гигиенического содержания молочных желез (Приложение 5) и наружных половых органов, в особенности после проведения в родах перинео- или эпизиотомии [9, с.158].

Палатная акушерка следит за соблюдением роженицами распорядка дня, санитарно - эпидемического режима, рассказывает о диете, которую должны соблюдать родившие. Акушерка должна быть чуткой, внимательной, понимающей, настраивать женщину на быстрое выздоровление, способной в любой момент помочь ей как в отношении её здоровья и самочувствия, так и в отношении новорождённого.

В течение всего пребывания в послеродовом отделении за роженицей систематически наблюдают врач акушер-гинеколог и палатная акушерка. В установленные часы врач проводит осмотр, в процессе ежедневного наблюдения особое внимание обращается на общее самочувствие, внешний вид роженицы, выясняется о её самостоятельном мочеиспускании и стуле. Кроме того, проводится специальное акушерское обследование (осмотр молочных желёз, пальпация живота, определяют состояние матки, измерение размеров матки, характер выделений, состояние наружных половых органов и промежности). Палатная акушерка выполняет все назначения врача и осуществляет уход за женщинами. Рабочий день в послеродовом отделении начинается с просмотра листов назначений родивших женщин. В зависимости от назначений порядок их выполнения:

- раздача таблеток (в зависимости от назначения на каждый приём женщине выдаётся препарат, который должен быть принят в присутствии акушерки);
- постановка п/к, в/м, в/в инъекции, проведение инфузий (все манипуляции производятся с соблюдением асептики и антисептики);
- разведение и введение антибиотиков, гепарина;

- постановка компрессов (чаще всего производится постановка компресса на молочные железы в ночное время);
- уход за периферическим в/в катетером и микроирригатором (содержание их в стерильности);
- измерение А/Д, PS, температуры тела;
- катетеризация мочевого пузыря (производится с соблюдением асептики и антисептики, после гигиенической обработки наружных половых органов);
- постановка клизм;
- сцеживание молочных желез.
- объяснение правильного сбора анализов (кровь, моча, и др.);
- смена постельного и нательного белья (особенности смены белья у послеоперационных женщин);
- обработка послеоперационного шва и швов на промежности (при обработке послеоперационного шва. В послеродовом отделении имеется аппарат «Биоптрон - 2», который применяется для быстрого заживления швов на промежности и швов после кесарева сечения. Этот аппарат улучшает процесс регенерации тканей (отмечен хороший анальгетический, противовоспалительный и регенерационный эффекты). Швы быстро заживают, без всяких осложнений).

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Врачами перинатологами проводятся консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ области для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности.

Резервом улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, для пар, вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

Основными направлениями деятельности являются:

-Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

-Осуществляет взаимодействие между учреждениями охраны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здравоохранения; оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи,

обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.

-Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.

-Организует и обеспечивает в структурных отделениях Центра противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.

-Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.

-Апробирует и внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.

-Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).

-Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.

-Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

Перинатальный центр (корпус №2) находится по адресу: г. Белгород, ул. Губкина, 46. Перинатальный центр функционирует на 140 коек.

Оснащен современной диагностической и реанимационной аппаратурой, что позволяет оказывать медицинскую помощь матери и новорожденному на

высоком, качественном уровне. Ориентирован на совместное пребывание матери и ребёнка.

2.2. Статистический анализ послеродовых осложнений у женщин по данным ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Для достижения цели дипломной работы, нами была поставлена задача проанализировать статистические данные ОГБУЗ «Святителя Иоасафа» за 2016-2018 гг., на 1000 родов из которых, мы можем наблюдать, что кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде составили: за 2016 год-4,7%, за 2017 год-6,1%, а за 2018г.- 6,8%. (Рис.1).

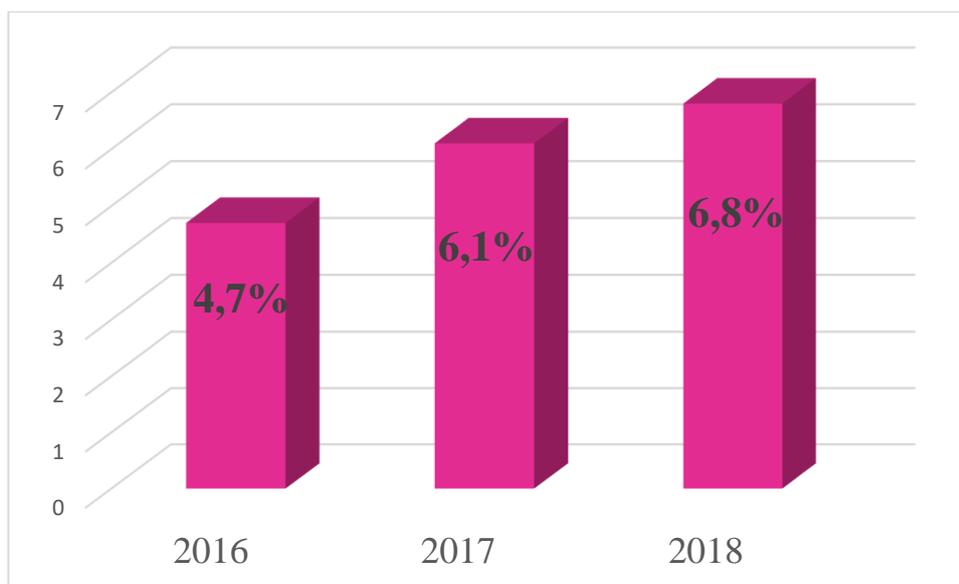


Рис. 1. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

Частота кровотечений в следствии предлежания плаценты за 2016 год составило-2,7%. За 2017г-3,7%, за 2018-3%. (Рис.2).

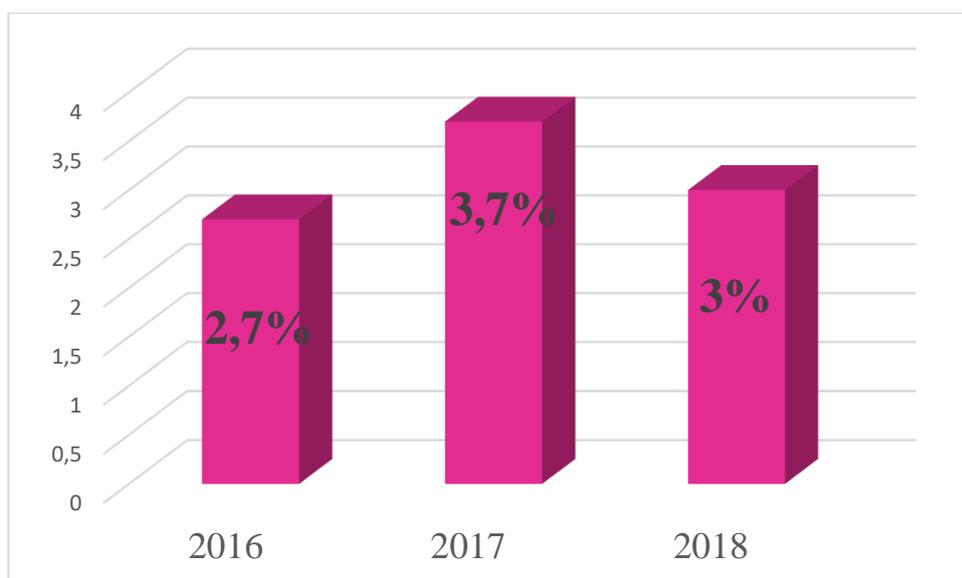


Рис. 2.Кровотечения в следствии предлежания плаценты.

Материнский травматизм в родах в исследуемом промежутке составил за 2016г-20%, за 2017г-35,3%, за 2018г-35,3%. (Рис.3).

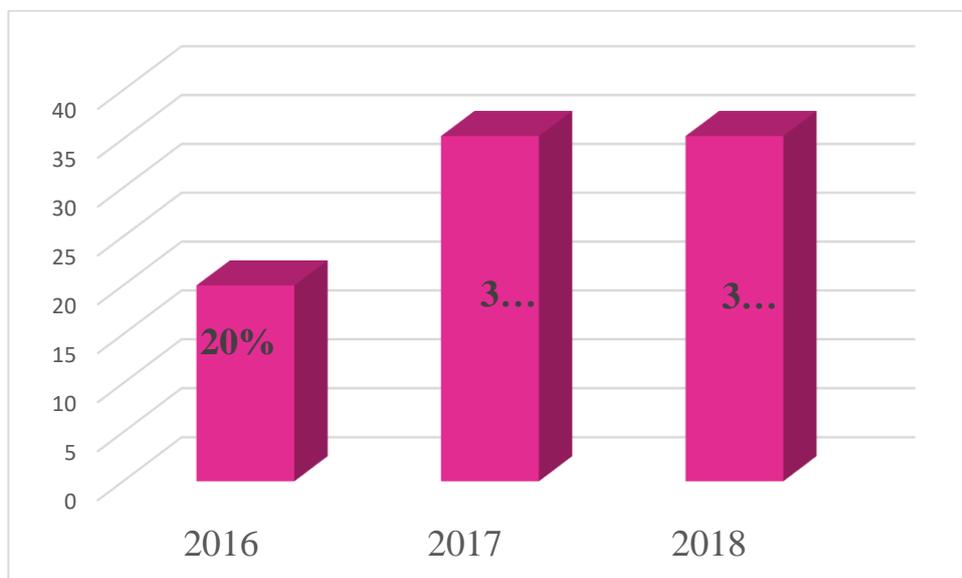


Рис. 3. Материнский травматизм в родах.

По статистическим данным перинатального центра, в 2016 г, ручное отделение последа составило-0,2%, в 2017г-0,33%, в 2018г-0,3%. (Рис.4).

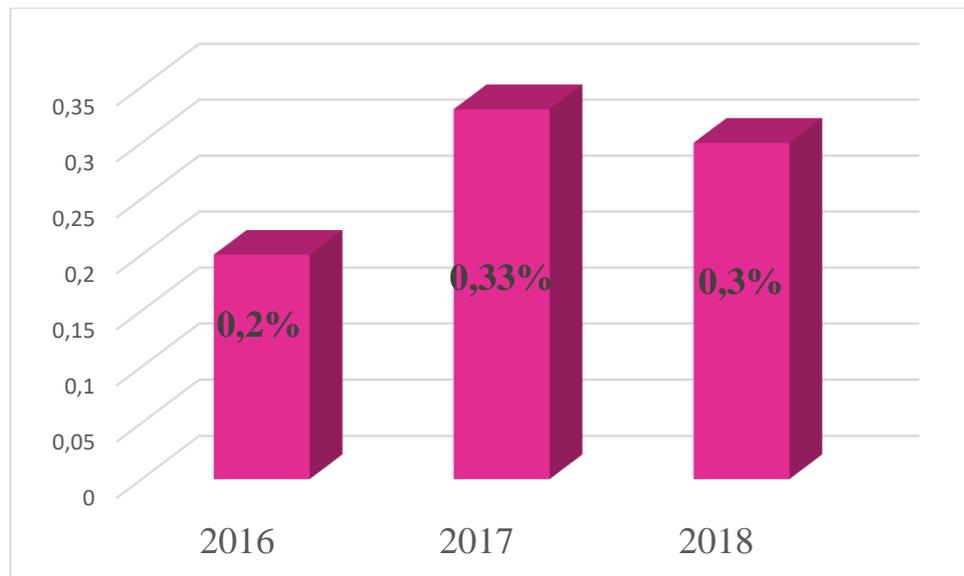


Рис. 4. Ручное отделение последа.

Выводы: При анализе статистических данные ОГБУЗ «Святителя Иоасафа» можно сделать вывод, что число кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде за 3 года выросло, а динамика кровотечений в следствии предлежания плацента наоборот, значительно снизилась. Материнский травматизм, полученный в родах за исследуемое время снизился в полтора раза. Ручное отделение последа за 2018 год увеличилось, чем в предыдущие 2 года. Этому способствует улучшение медицинской помощи на базе перинатального центра, а так же качество жизни женщин.

2.3. Анализ социологического опроса

Для выявления женщин с послеродовыми осложнениями и их профилактики, был проведен социологический опрос в виде анкетирования (Приложение 1) в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» у женщин послеродового отделения. Число респондентов составило 17 человек. Банк вопросов анкеты был составлен по следующим параметрам:

- социально-биологические факторы (возраст, семейное положение, место жительства,);
- анамнестические данные (количество беременностей и родов, гинекологические заболевания, соматическая патология);
- течение послеродового периода;
- характеристика работы персонала послеродового отделения.

Возрастные интервалы женщин в исследуемой группе составили: от 18 до 45 лет. По возрастным группам пациентки проходившие анкетирование распределились следующим образом: от 18 до 25 лет-43%, от 25 до 35 лет-39%, от 40 до 45 лет- 18%. (Рис.5).

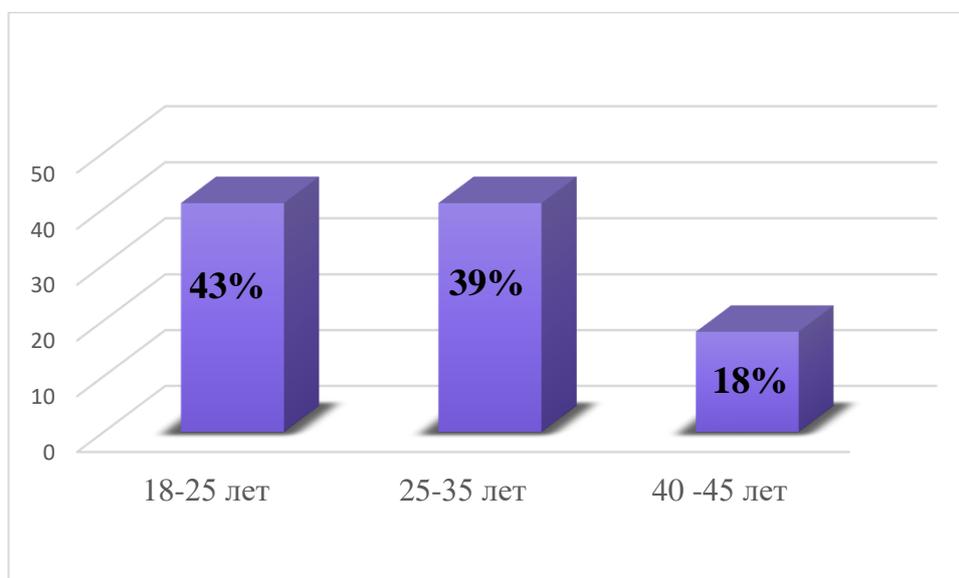


Рис. 5. Возрастная группа исследуемых женщин.

В группе анкетизируемых женщин жительницы сельской местности составили- 41%, в городе проживали- 59% респонденток (Рис. 6).

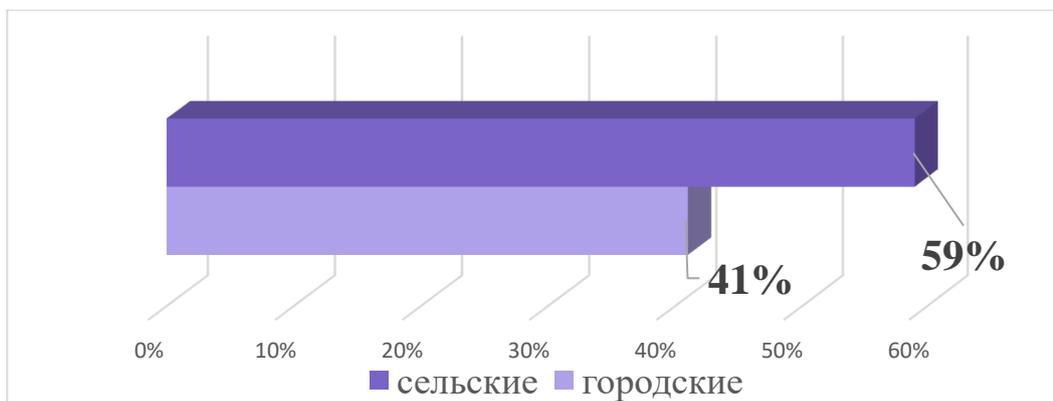


Рис. 6. Место жительства респондентов.

Семейное положение женщин, проходивших анкетирование, замужем-94% женщин, а не замужем-6%. (Рис. 7).



Рис. 7. Семейное положение исследуемой группы.

В репродуктивном анамнезе 41% составили женщины -1 беременность, 29%-2 беременности, 12%- 4 беременности, 12%-5 беременностей и 6% составило женщин с 12 беременностями. (Рис. 8).

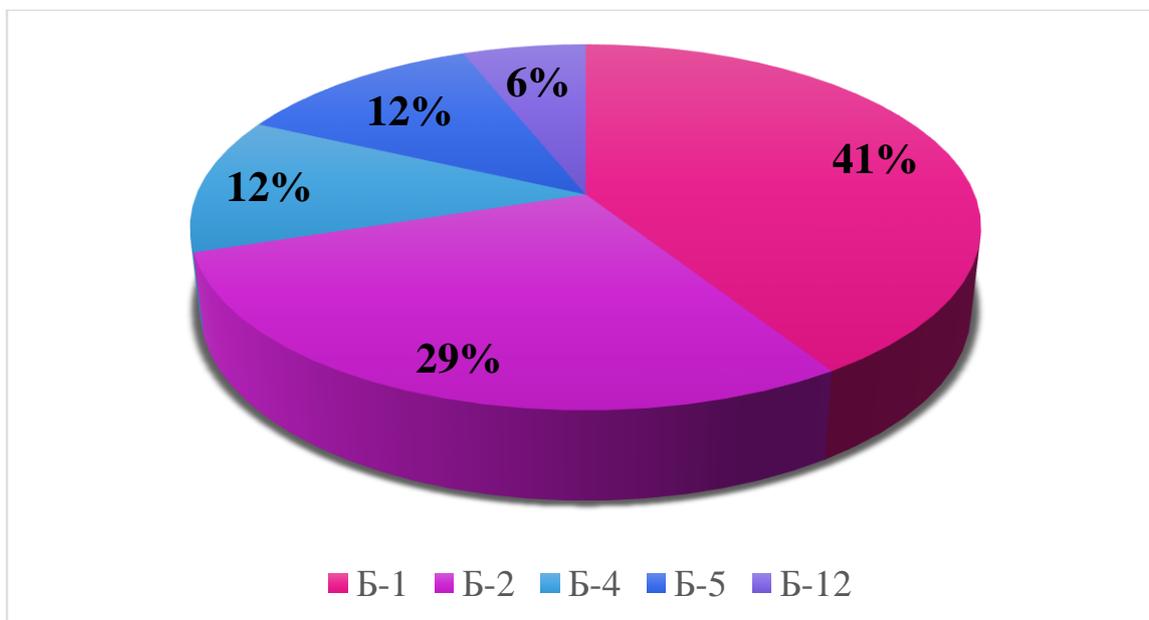


Рис. 8. Репродуктивный анамнез женщин исследуемой группы.

На вопрос о количестве родов 35% женщин ответили- 1 роды, 35%-2 роды, 12%-3 роды, 6%-4 роды, 6%-6 роды, 6%-10 роды. (Рис. 9).

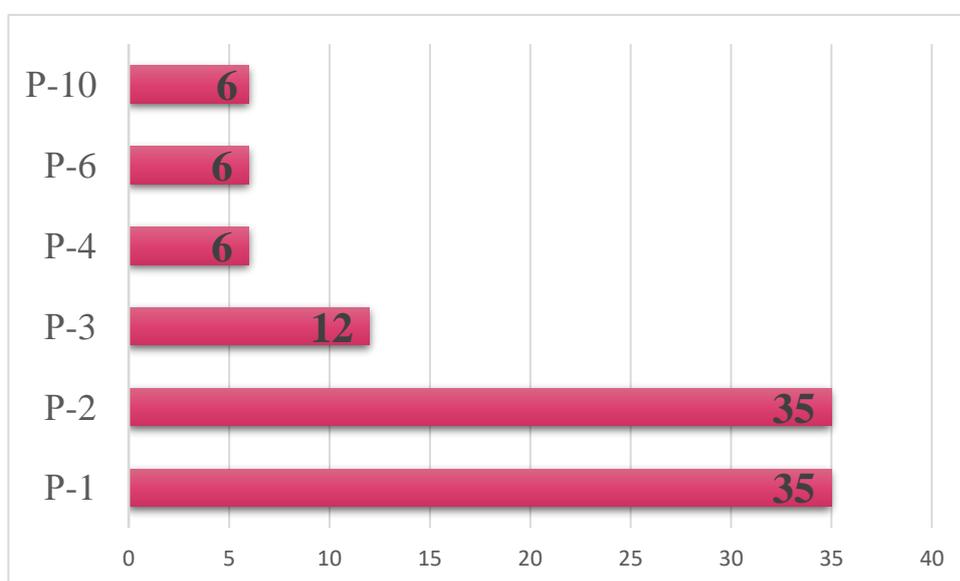


Рис. 9. Структура репродуктивного анамнеза респонденток.

Метод родоразрешения у исследуемой группы составил: 65%- через естественные родовые пути, 35% - путем кесарева сечения. (Рис. 10).



Рис. 10. Методы родоразрешения анкетированных женщин.

Аборты в группе исследуемых женщин производились- 12% женщин, а не проводились-88%. (Рис. 11).

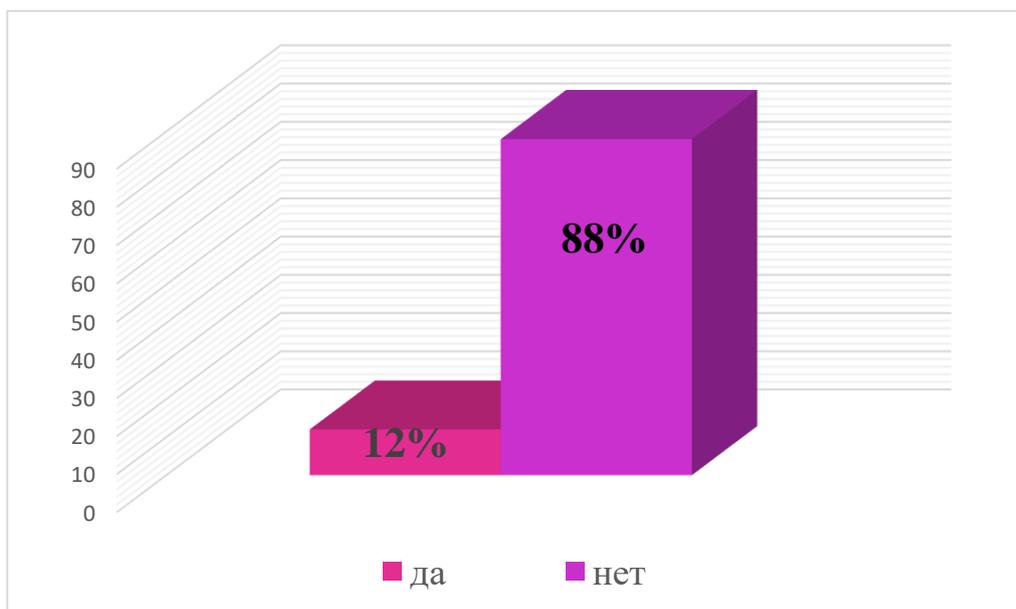


Рис. 11. Кратность производимых абортов у респонденток.

Количество женщин, страдающих хроническими заболеваниями до периода беременности составило-24%, а количество здоровых составило-76%. (Рис. 8).

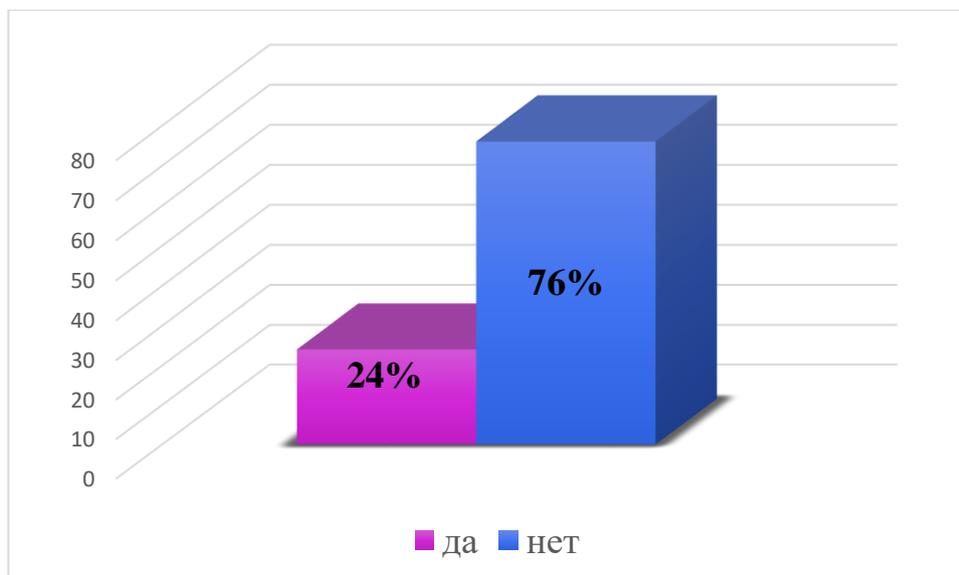


Рис. 12. Хронические заболевания до беременности.

Таким образом, 24%- женщин являлись с хроническими соматическими заболеваниями: из них больные хроническим холециститом-6%, сахарным диабетом, составило-12%, хроническим пиелонефритом-6%. (Рис.13)

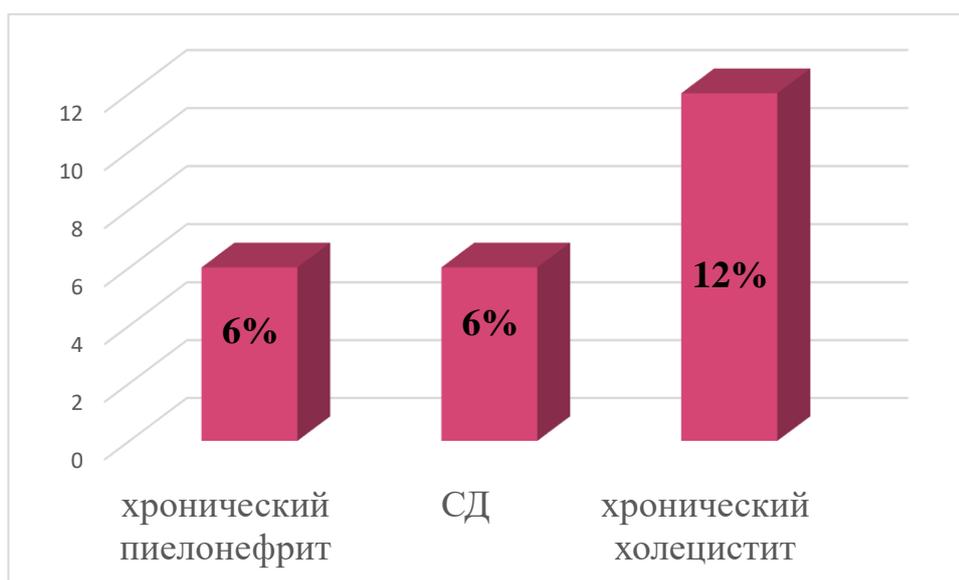


Рис.13. Осложнения до беременности.

Анкетированные женщины, на вопрос об осложнении беременности чем-либо, ответили: 8% респонденток отметили угрозу прерывания беременности, 31% составили женщины, беременность которых осложнялась угрозой

самопроизвольного выкидыша. Такое осложнение как утолщение плаценты, составило- 8%. Отсутствие осложнений во время беременности-53%. (Рис. 14).



Рис. 14. Осложнения во время беременности.

Осложнения в родах наблюдались у 24% женщин, а у 76% женщин осложнения отсутствовали. (Рис. 15).

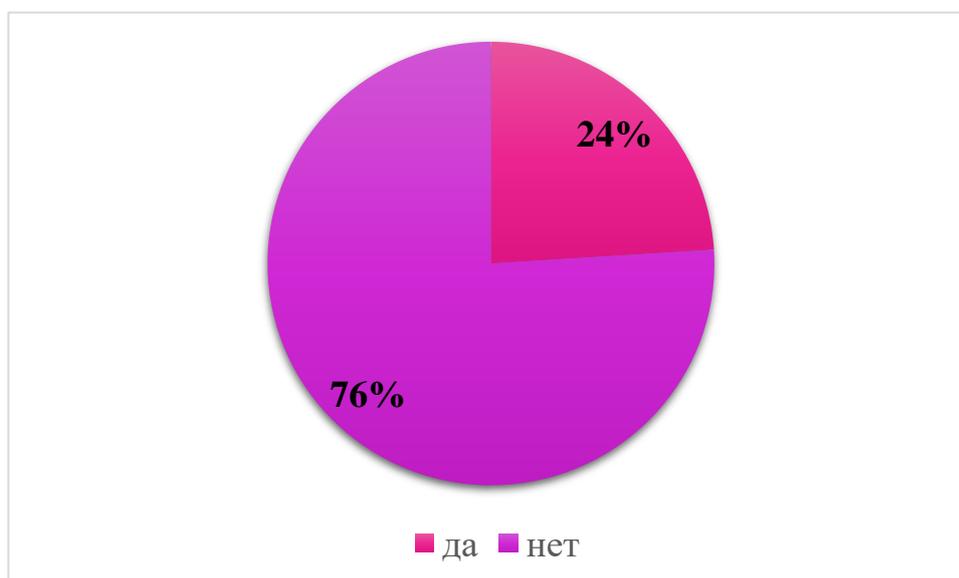


Рис. 15. Осложнения в данных родах.

Информированы о возможных осложнениях в послеродовом периоде женщин ответивших «да» было-59% женщин, не знающих об осложнениях-41%. (Рис. 16).

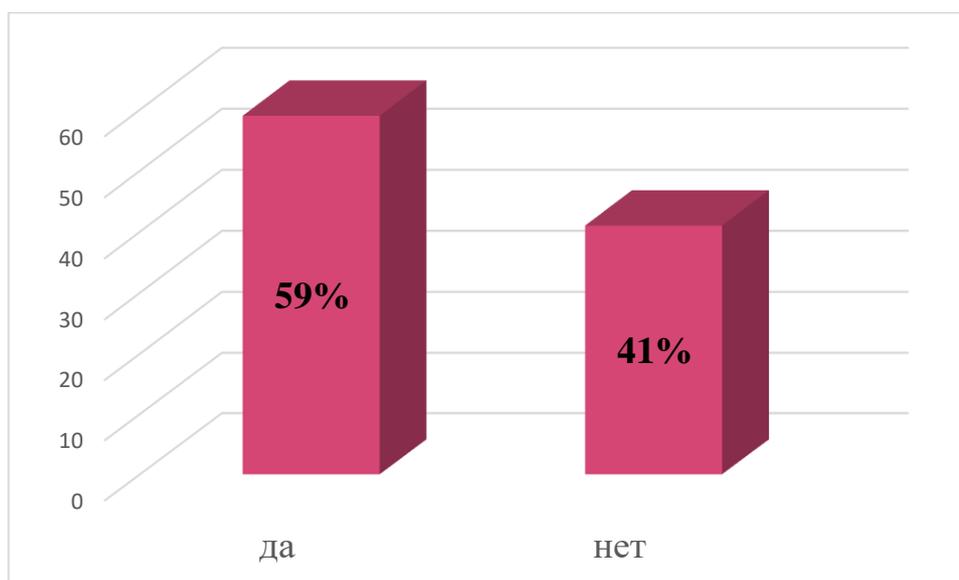


Рис. 16. Соотношение знаний о возможных послеродовых осложнениях.

Осложнения в послеродовом периоде возникало у -18% женщин. Не возникало -82%. (Рис. 17).

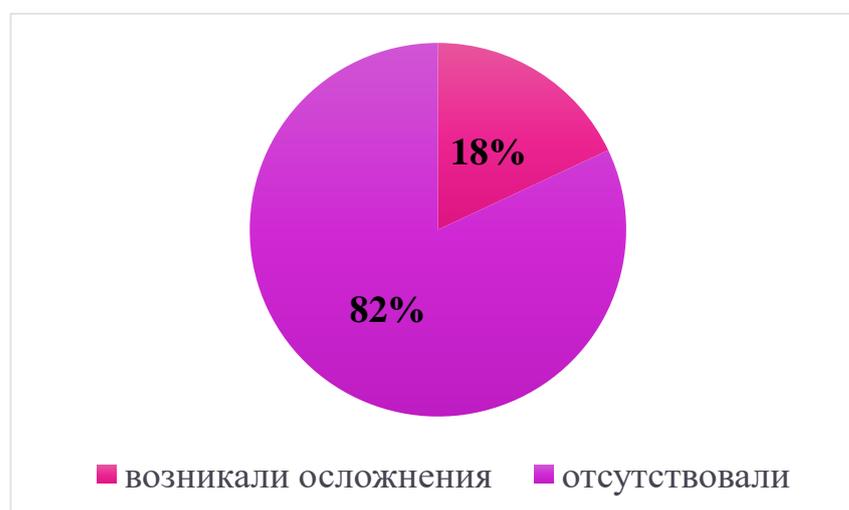


Рис. 17. Осложнения в послеродовом периоде.

Осложнения в послеродовом периоде составили-18%, 6%- тромбозы вен нижних конечностей, 6%- эндометриоз, 5%- лактационный мастит. (Рис.18)

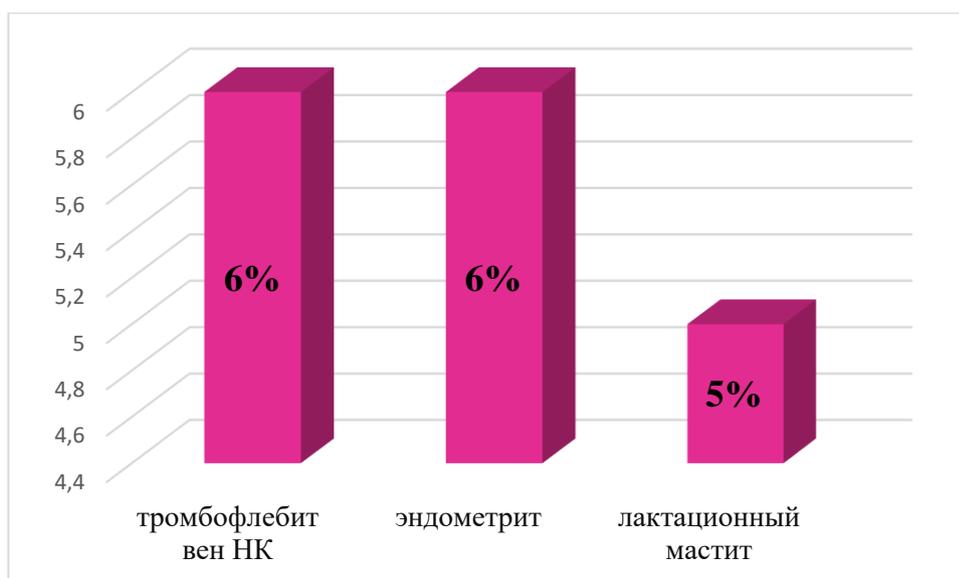


Рис. 18. Послеродовые осложнения у анкетированных женщин.

Далее женщины ответили на вопрос о знании послеродовых осложнениях, через медицинский персонал информацию получило-41% анкетированных, способом чтения литературы и других источников-20% женщин, через СМИ-0%. Методом общения с другими женщинами, которые были в родах-21%, и не получило вообще-18% женщин. (Рис. 19).

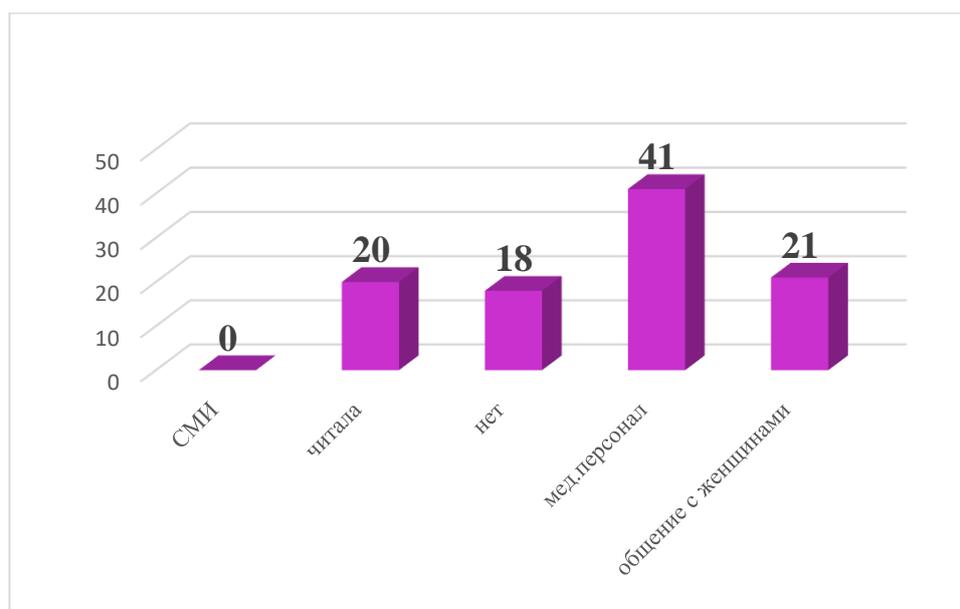


Рис. 19. Методы осведомлённости женщин о послеродовых осложнениях.

Женщины, которые удовлетворены работой медицинского персонала послеродового отделения составило-88%. Респондентки, которые не удовлетворены работой мед. персонала отделения-12%. (Рис. 20).

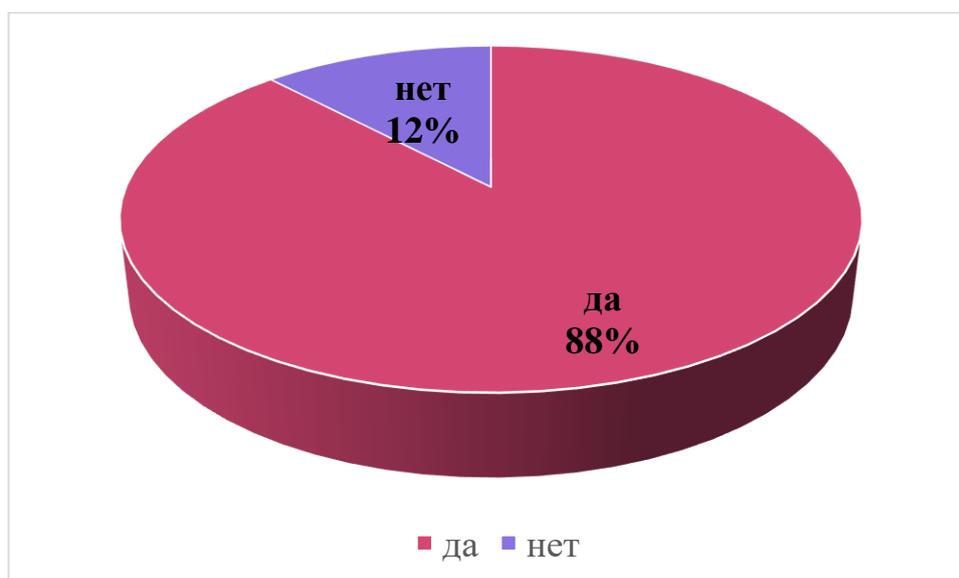


Рис. 20. Работа медицинского персонала в отделении в отношении женщин.

Женщинам, которым была оказана помощь в уходе за новорожденным в послеродовом отделении медицинским персоналом, было отмечено-100%. (Рис.21).

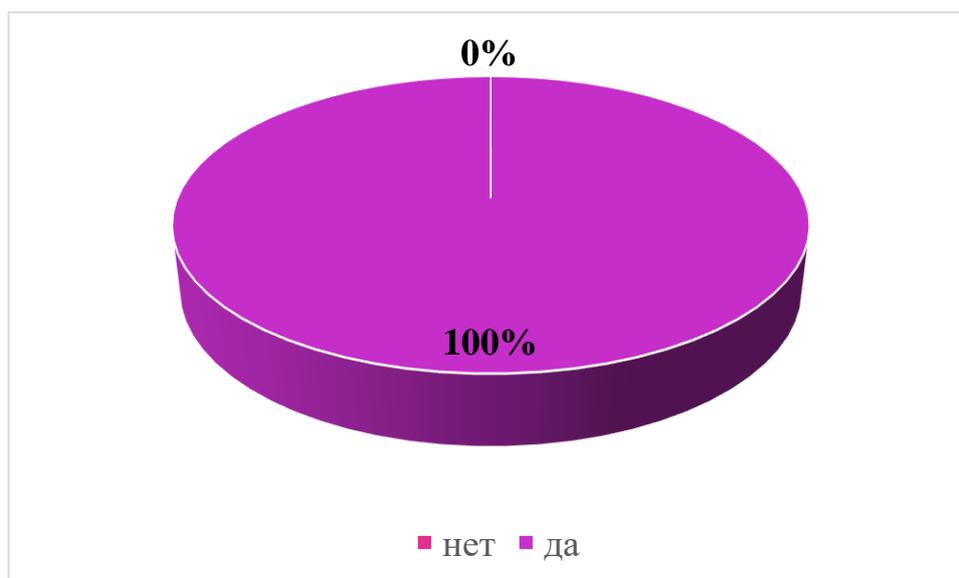


Рис. 21. Работа медицинского персонала в отделении.

Респондентки, считавшие работу медицинского персонала послеродового отделения высококвалифицированной составили -94%, количество женщин, считавших работу персонала недостаточно квалифицированной составило-6%. (Рис. 22).



Рис. 22. Квалифицированность работников послеродового отделения.

2.4. План мероприятий по совершенствованию профессиональной деятельности акушерки в профилактике послеродовых осложнений.

На всех этапах беременности акушерка играет большую роль в профилактике послеродовых осложнений. На самом раннем этапе еще в женской консультации от акушерки будет зависеть какую информацию получит женщина, а также своевременные рекомендации по поводу здоровья матери и ее плода. Также не будем забывать о психологической поддержке на всех периодах беременности женщины. Таким образом от слаженной работы акушерки и самой беременной будет зависеть исход беременности, родов и послеродового периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании данного исследования мы можем подвести следующие итоги: роль акушерки в профилактике осложнений послеродового периода очень велика, но на каждом этапе становления женщины как матери она существенно различается. На этапе женской консультации беременная женщина хочет получать от акушерки как можно больше информации, таким образом акушерка женской консультации - это главный информатор. Для пациенток дородового отделения информация так же имеет большую роль, они так же ждут психологической помощи от акушерки и тщательного контроля за их состоянием. Акушерка дородового отделения - это контролирующий психолог-информатор. На послеродовом отделении женщина уже выступает в новой для себя роли-роли матери. В этот трудный период от акушерки она ждет всесторонней помощи и немного контроля за правильностью выполнения ею рекомендаций врача и новых для себя материнских функций. Акушерка послеродового отделения - это помощник, наставник, советчик.

При проводимом анкетировании, было выяснено, что пациентки перинатального центра в общем удовлетворены уровнем оказания акушерской помощи не только в области своих компетенций, но также в большей части и на психологическом уровне.

Большинство пациенток владеют информацией об осложнениях послеродового периода и их профилактике. В основном данную информацию узнают из специальной литературы, от знакомых и родственников. Информированность пациентов не явилась решающим фактором предотвращения осложнений, однако большинство респондентов отметили необходимость данной информации. В комплексе с бережным ведением родов, индивидуальным подходом и соблюдением всех правил асептики и антисептики информационная подготовленность пациентов поможет свести к минимуму возникновение осложнений послеродового периода.

СПИСОК ИСОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство [Текст]: учебник/ Э. К. Айламазян [и др.]. – 9-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – с. 704.
2. Акушерство [Текст]: национальное руководство/ под. ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.
3. Гуськова, Н. А. Акушерство [Текст]: учебник для средних медицинских учебных заведений. / Н. А. Гуськова, М. В. Солодейникова, С. В. Харитонова. – 3-е изд., испр. и доп. – Спб.: СпецЛит, 2014. – 372 с.
4. Дуда, И. В. Клиническое акушерство [Текст] / И. В. Дуда, В. И. Дуда. – Мн.: Выш. шк., 2015. – 500 с.
5. Акушерство [Текст]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 920 с.
6. Линева, О. И. Акушерство [Текст]: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / О. И. Линева, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 272 с.
7. Акушерство. Клинические лекции [Текст]: учебное пособие / Под ред. проф. О. В. Макарова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
8. Прилепская, В. Н. Руководство по акушерству и гинекологии для акушеров и фельдшеров [Текст] / В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 630 с.
9. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству [Текст] / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. – Москва: «Медицина», 2006. – 1031 с.
10. Акушерство [Текст]: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с.
11. Славянова, И. С. Акушерство и гинекология [Текст] / И. К. Славянова. – Изд. 2-е, стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 573 с.
12. Тамченков И.Н. Система работы с послеродовыми инфекциями. Новосибирск, «Сибирь», 2016. – 190 с.
13. Тамендаров И.В. Гинекология: болезни, причины, способы диагностики.

- СПБ.: Питер, 2017. – 339 с.
- 14.Таранцева Н.А. Гинекология. ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Медицина. 2017. – 280 с.
- 15.Шахматова Ю. А. ГВЗ: Причины, диагностика, тактика лечения. М.: Медицина, 2016. – 189 с.
- 16.https://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0b65635a3bd78b4d53b89521206d27_1.html
- 17.<https://studfiles.net/preview/6447324>
- 18.<https://med-books.info/akusherstvo-ginekologiya/vedenie-poslerodovogo-perioda.html>
- 19.Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период. – М., 2015.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Данный опрос проводится для сбора статистических данных о знании женщин о профилактике послеродовых осложнений. Пр

авильный вариант ответа обведите или отметьте галочкой.

Этот опрос является полностью анонимным.

1.Сколько вам лет?

а) от 18 до 25 в) 40 и более

б) от 25 до 35

6.Замужем ли вы?

а) да

б) нет

2.Укажите, сколько у вас было беременностей?

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

д) 5

3.Какие по счету роды?

а) 1 б) 2 в) 3 г) _____

4.Укажите какой метод родоразрешения был применен

а) через естественные родовые пути

б) кесарево сечение

5.Прерывали ли вы беременность абортom?

Если да, то укажите количество проведенных абортom

а) Нет

б) Да - _____

6.Имели/ имели хронические заболевания до родов?

Если да, то перечислите какие

а) Нет

б) Да -

7.Осложнялось ли течение беременности чем-либо?

а) Внематочная беременность

б) Угроза самопроизвольного выкидыша

в) Неправильное расположение плаценты

г) Иные:

8.Были ли у вас осложнения в родах?

а) Да

б) Нет

9.Информированы ли вы о возможных осложнениях после родов?

а) да

б) нет

10.Возникли ли у вас осложнения в послеродовом периоде?

а) Да

б) Нет

11. Осведомлены ли вы о послеродовых осложнениях и откуда?

А) СМИ

Б) самоизучение

В) мед.персонал

Г) общение с женщинами

12.Удовлетворены ли вы работой мед. персонала послеродового отделения

а) да

б) нет

13. Облегчает ли заботу о вашем ребенке помощь акушерки в отделении?

а) Да

б) Нет

14. Считаете ли вы работу персонала высококвалифицированной?

А)да

Б) нет

Правильно прикладывай

Даже при очень интенсивном сосании в норме карапуз не может причинить боль маме. Это все-таки происходит? Скорее всего ты не так, как нужно, приложила его к груди!



ПРАВИЛЬНО

Если ребенок охватывает ареолу губами, его носик свободно дышит, а нижняя губа оттопырена (сосок при этом глубоко в ротике крохи) – вы все делаете верно!

НЕПРАВИЛЬНО

К груди прижат носик малыша, он захватил только сосок? Плохо! В такой позе ощущает дискомфорт и сам кроха, и мама. Скорее исправь положение!



Упражнения для укрепления мышц тазового дна

1



Исходное положение – ноги на ширине плеч, руки поддерживают мышцы ягодиц: так можно контролировать неподвижность этой группы мышц при выполнении упражнения. Далее, напрячь мышцы тазового дна по направлению вверх вовнутрь.

2



Исходное положение – упор на коленях (на четвереньках), голова опирается на руки. Далее, напрячь мышцы тазового дна по направлению вверх вовнутрь.

3



Исходное положение – лежа на животе. Одна нога согнута в колене. Выполнять попеременно напряжение и расслабление мышц тазового дна.

4



Исходное положение – лежа на спине, ноги согнуты в коленях и слегка разведены в стороны, пятки на полу. Одна рука опирается на низ живота, другая под ягодицей – так можно почувствовать, что сокращаются нужные мышцы. Затем сжать мышцы тазового дна, подтянув их вверх.

Упражнения после родов для укрепления мышц живота



Поочередно выполняйте подъемы левой и правой ноги. Не сгибайте в коленях.



Делайте выпады



В положении лежа вытягивайте живот



Сгибайте и разгибайте ноги в коленях



Присядьте у стены

