

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 6

**Тема: Сестринский уход за родильницами с патологическим течением
послеродового периода.**

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии
3.1. Сестринское дело в акушерстве

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

Обучающийся должен знать:

- факторы, способствующие возникновению осложнений в послеродовом периоде;
- клинику, диагностику, лечение и профилактику осложнений послеродового периода;
- особенности сестринского ухода при патологическом течении послеродового периода.

Содержание:

1. Факторы, способствующие возникновению осложнений в послеродовом периоде.
2. Осложнения послеродового периода: послеродовые гнойно-септические заболевания (эндометрит, тромбофлебит, лактостаз, мастит). Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
3. Роль медсестры в профилактике осложнений послеродового периода.

1. Факторы, способствующие возникновению осложнений в послеродовом периоде.

В послеродовом периоде происходит заживление раневой поверхности матки, где отслоилась плацента и отошли плодные оболочки, а также восстановление размеров матки к обычным. Это происходит не сразу, в среднем на восстановление уходит примерно шесть-восемь недель. Но и после этих недель еще организм женщины все равно продолжает восстанавливаться. Однако, именно в первые недели после родов риск осложнений наиболее велик и необходимо тщательно следить за своим здоровьем и немедленно обращаться к врачу при первых же симптомах нездоровья, не ссылаясь на усталость и недосыпания.

Почему же могут возникать послеродовые осложнения у женщины, которая недавно родила ребенка? Этот вопрос всегда важен, потому что, зная причину развития осложнений, его будет проще всего вылечить. И кроме того, причины послеродовых осложнений должна знать и сама женщина. Так как многие из послеродовых осложнений вполне можно предотвратить на ранних стадиях развития.

Самыми основными причинами послеродовых осложнений являются:

- инфекция родовых путей в результате активации собственной микрофлоры, которая всегда присутствует на коже и в области половых путей или попадания в область матки патогенных микробов из внешней среды;
- особенности течения беременности с осложнениями и разного рода угрозами прерывания и проблемами с плацентой;
- обострения различного рода хронической патологии, имевшейся у женщины до беременности и родов;
- аномальное течение родов и осложнения в родах, плавно перетекающие в осложнения уже после родов;
- послеродовые осложнения, вызванные ятрогенным вмешательством (действиями медицинского персонала).

Одной из самых главных причин послеродовых осложнений является возникновение инфекции – это происходит как в результате активизации условно-патогенной флоры, особенно если во время беременности были неважными мазки из влагалища. В половых путях женщины всегда существуют микробы, мирно соседствующие с нами и не причиняющие вреда здоровому организму. Но при особых стрессовых состояниях,

которыми в том числе являются и роды, происходит снижение иммунитета, и тогда сдерживать рост условно-патогенной флоры бывает уже сложно. В таком случае может возникать инфекция.

Кроме того, резко снижаются иммунные и защитные силы организма женщины в условиях кровопотери – если во время родов теряется большой объем крови. При ослаблении иммунитета происходит активное размножение условно-патогенных микробов, которые переходят в разряд патогенных, что приводит к воспалительным явлениям и развитию гнойных осложнений. При нарушении правил интимной гигиены в послеродовом периоде женщина еще больше рискует получить осложнения, патогенные микробы могут проникать из внешней среды - с кожи гениталий, из области ануса.

Нередко причиной послеродовых осложнений и воспалительных процессов могут становиться заболевания, которые имелись у женщины еще до начала родов. Обычно осложнения развиваются спустя несколько дней, обычно три-пять с момента родов, и проявляются повышением температуры тела и возникновением боли в области живота, кровянистыми выделениями из области влагалища с гнойным содержимым. Это типичные признаки формирования воспалительного инфекционного процесса в области малого таза и матки.

Также причинами развития осложнений после родов могут стать особенности в течении беременности. Обычно осложнения наблюдаются при многоплодной беременности, много- или маловодии, при крупных размерах ребенка, так как крупный плод сильно перерастягивает матку, и она потом более тяжело и длительно приходит в норму. При таких проблемах во время беременности родильницам требуется особое наблюдение в послеродовом периоде, так как сократительная способность матки снижена и могут понадобиться дополнительные средства для восстановления и профилактики осложнений. В таких родах часты сильные маточные кровотечения, разрывы промежности влагалища, которые требуют особого ухода и внимания.

Послеродовые осложнения наиболее вероятны также у женщин в тех случаях, если процесс рождения ими ребенка был тяжелым или роды протекали с выраженными аномалиями. Особенно вероятны послеродовые осложнения при чрезмерно бурной родовой деятельности с частыми и очень сильными болезненными схватками. В таких случаях родовые пути просто не успевают полноценно подготовиться к рождению ребенка и возникают разрывы в области шейки матки, разрывы в области промежности и могут возникать сильные кровотечения. Не менее сложной будет ситуация со слабой родовой деятельностью – матка при ней сокращается недостаточно для того, чтобы активно продвигать плод к выходу из матки, промежутки между схватками затягиваются. Роды длятся крайне долго и сильно утомляют роженицу. При такой слабой родовой деятельности крайне высоким становится риск инфицирования родовых путей, что приводит в конечном результате к развитию гнойно-воспалительных процессов, может формироваться сильное кровотечение в самих родах или сразу же после них.

Осложнения, которые связаны с деятельностью медицинских работников сегодня являются редкостью, так как в родильных домах все настроено на то, чтобы роды прошли максимально благополучно для самой женщины и для ее ребенка. Основными проблемами с осложнениями по вине медработников является халатность в отношении пациенток. При неправильном использовании медицинского инструментария могут возникать ятрогенные травмы, приводящие к кровотечениям и осложнениям. Также могут возникать воспалительные явления, связанные с использованием нестерильного инструментария, что сегодня практически исключено – врачи при родах и при осмотрах женщины используют одноразовый или тщательно стерилизованный инструментарий, перчатки, обрабатывают область гениталий специальными растворами антисептиков и вообще, соблюдают в роддоме особый режим.

2. Осложнения послеродового периода: послеродовые гнойно-септические заболевания (эндометрит, тромбофлебит, лактостаз, мастит). Клиника, диагностика, лечение и профилактика.

Послеродовый эндометрит (воспаление полости матки)

Чаще всего встречается после кесарева сечения, ручного обследования послеродовой матки, ручного отделения плаценты и выделения последа (если самостоятельное отделение последа затруднено в связи с нарушением сократительной функции матки), при длительном безводном промежутке (больше 12 часов), у женщин, поступивших на роды с воспалительными заболеваниями половых путей (например, на фоне инфекций, передаваемых половым путем), у пациенток с большим количеством аборт в прошлом.

Выделяют чистую форму эндометрита, которая встречается гораздо реже (в 15% случаев) и развивается без остатков плацентарной ткани, и эндометрит на фоне остатков плацентарной ткани, задержки плодной оболочки, сгустков крови, швов, наложенных кетгутом (Один из видов шовного материала, производимый из сухожилий животных, в связи с чем часто вызывает воспалительные реакции) после кесарева сечения.

Выделяют эндометрит легкой, средней и тяжелой степени. Как правило, эти формы отличаются друг от друга степенью выраженности, степенью общей интоксикации.

Симптомы.

Повышение температуры тела, обычно с 1-х до 7-х суток после родов, в зависимости от тяжести заболевания.

При легкой форме эндометрита обычно температура тела поднимается лишь на 5-7-е сутки после родов, чаще до 38°C; при тяжелой форме первые симптомы появляются уже на 2-4-е сутки, температура тела может достигать 40°C.

Боли внизу живота. Они могут быть незначительными и непостоянными внизу живота при эндометрите легкой степени и интенсивными, постоянными, отдающими по всему животу и в поясницу при тяжелой форме заболевания.

Лохии (послеродовые выделения из половых путей) длительное время (более 14 дней после родов) остаются яркими, затем приобретают буро-коричневый цвет, с неприятным запахом.

Матка сокращается плохо, высота дна матки не соответствует дню послеродового периода.

Явления общей интоксикации: озноб, слабость, снижение аппетита, боли головы.

Диагностика.

В общем анализе крови выявляется повышенное количество лейкоцитов, т.е. лейкоцитоз, иногда — снижение уровня содержания гемоглобина.

При ультразвуковом исследовании в полости матки обнаруживаются остатки плацентарной ткани, плодных оболочек, сгустки крови, субинволюция матки (матка плохо сокращается, ее размеры не соответствуют дню послеродового периода).

Лечение.

При обнаружении субинволюции матки проводится бережное расширение канала шейки матки с целью создания условий для оттока содержимого полости матки; если содержимого много, проводится вакуум-аспирация или выскабливание (Вакуум-аспирация — отсасывание содержимого полости матки при помощи специального аппарата. Выскабливание — удаление содержимого полости матки и поверхностного слоя эндометрия при помощи специального инструмента — кюретки).

В настоящее время во многих клиниках и роддомах проводится промывание полости матки охлажденными растворами антисептиков.

Антибактериальная терапия основной метод лечения. Применяют антибиотики широкого спектра, так как многие инфекции вызваны ассоциацией нескольких микробов. При выборе антибиотика исходят из того, какой микроб чаще всего вызывает то или иное

воспаление, выделяется ли антибиотик с молоком, влияет ли на ребенка. Если антибиотик в течение 2-3 суток не дает достаточного эффекта, его меняют на другой. Способ приема антибактериальных препаратов зависит от степени тяжести эндометрита: при заболевании легкой формы можно ограничиться таблетированными антибактериальными препаратами; при тяжелой форме течения эндометрита антибиотики вводятся внутримышечно или внутривенно.

Инфузионная (детоксикационная) терапия (внутривенное введение препаратов) проводится с целью устранения явлений интоксикации, улучшения кровообращения. Инфузионную терапию необходимо проводить и при легком, и при тяжелом течении эндометрита. Для ее проведения используются растворы глюкозы (5, 10, 20%), физиологический раствор (0,9%-ный раствор хлорида натрия), и т.д.

При всех формах течения эндометрита проводится иммунокорригирующая терапия, способствующая усилению защитных сил организма, повышающая иммунитет (используются такие препараты, как виферон, кипферон и др.).

ГБО (гипербарическая оксигенация) — это вид терапии, способствующий насыщению клеток организма кислородом. При инфекционных заболеваниях любой природы клетки страдают от гипоксии — недостатка кислорода. Процесс терапии заключается в том, что женщине дают дышать смесью с повышенным содержанием кислорода через маску. Эта терапия очень эффективна при начальных проявлениях эндометрита, усиливает защитные силы организма.

Профилактика.

Частоту послеродового эндометрита можно значительно снизить профилактическим назначением антибиотиков при относительно высоком риске его развития (после кесарева сечения, ручного вхождения в полость матки, при безводном промежутке больше 12 часов). Также перед родами (в идеале — до беременности) необходимо провести обследование и устранить инфекцию родовых путей.

Послеродовые тромбофлебиты.

Послеродовые тромбофлебиты — одно из проявлений септической инфекции.

Все послеродовые тромбофлебиты могут быть разбиты на две группы:

1. тромбофлебиты поверхностных вен,
2. тромбофлебиты глубоких вен.

Обе эти разновидности могут протекать либо с нагноением (пиемия), либо без него.

Тромбофлебиты глубоких вен в свою очередь принято делить следующим образом:

- тромбофлебиты вен матки—метротромбофлебиты,
- тромбофлебиты вен таза
- тромбофлебиты бедренных вен.

Наблюдаются поражения и других вен, например вен плеча, но они встречаются крайне редко.

1. Тромбофлебиты поверхностных вен.

Воспаленная вена напряжена, прощупывается в виде болезненного темно-синего, довольно широкого шнура. Кожа по ходу пораженной вены гиперемирована, регионарные лимфатические узлы увеличены.

Тромбофлебит поверхностных вен, почти как правило, наблюдается у женщин, у которых еще до беременности или до родов имелось варикозное их расширение.

Температура обычно субфебрильная, пульс учащен. Общее состояние мало страдает. Отеки ног сравнительно редки. При влагалищном исследовании особых изменений, кроме замедленной обратной инволюции матки, не обнаруживается. Заболевание протекает очень медленно. Распознается заболевание на основании указанной клинической картины.

2. Тромбофлебиты глубоких вен. Тромбофлебиты вен матки.

Клиническая картина характеризуется следующими симптомами. Болезнь начинается высокой температурой с большими ремиссиями. Больные жалуются на плохой аппетит и сон, головную боль, повторные ознобы. Пульс учащается до 110—120 ударов в минуту. Матка увеличена по сравнению со сроком послеродового периода, пастозна, болезненна. Лохий довольно много; они имеют серозно-кровянистый характер. Иногда отмечается нерезко выраженный симптом Блюмберга-Щеткина.

Основные характерные симптомы болезни устанавливают при влагалищном исследовании. Матка неравномерно сокращена, болезненна; на одном из ее участков, обычно в области ребра, она пастозна, несколько выпячена и болезненна. Под серозной оболочкой в боковых отделах матки нередко определяются извилистые тяжи. Вся тазовая клетчатка отечна.

Изменения крови нерезко выражены. В моче обнаруживаются следы белка, лейкоциты. Распознавание особых трудностей не представляет.

3. Тромбофлебиты вен таза и бедренных вен.

Заболевание начинается обычно в конце второй недели послеродового периода с потрясающего озноба. Ремиссии температурной кривой достигают 1,5—2°. Пульс резко учащен и не соответствует температуре. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации. Матка плохо прощупывается через брюшные покровы. Хорошо выражен симптом Блюмберга-Щеткина. В остальном клиническая картина напоминает собой септикемию или септицемию, одной из форм которой тромбофлебит по существу и является.

При поражении вен таза основное значение для распознавания имеет влагалищное исследование. Матка увеличена, пастозна, чувствительна. Выделения довольно обильные, кровянистые. В различных отделах параметральной клетчатки прощупываются извитые пульсирующие болезненные тяжи, один или несколько, иногда в виде клубка (тромбоз венозных сплетений), идущие в разных направлениях. Прилежащая к воспаленному участку вены клетчатка инфильтрирована, плотна, болезненна (парафлебит). Такой парафлебит довольно часто дает начало воспалению всей околоматочной клетчатки (параметрит).

Первым признаком поражения вен бедра является болезненность икроножных мышц в верхней их трети, примерно на уровне бифуркации икроножных вен. Иногда здесь удается прощупать болезненные, утолщенные сосуды. В дальнейшем появляется сглаженность паховой складки, отек бедра, особенно в области бедренного треугольника, в глубине которого можно прощупать утолщенные и болезненные сосуды и проследить их ход вплоть до коленного сустава, повышение кожной температуры, расширение поверхностных вен и подколенной, постепенно развиваются боли на месте воспаленного сосуда, иррадиирующие в пятки, возникает чувство онемения, тяжести, ползания мурашек.

Лечение.

Независимо от формы и локализации поражения рекомендуется высокое положение обеих ног, согнутых под углом в 30—40°, и абсолютный покой.

Следует избегать подкожных (внутримышечных) инъекций в пораженную конечность и внутривенных вливаний.

Холод на низ живота.

При тромбофлебите поверхностных вен — сульфаниламиды и аутогемотерапия по 3—5 мл один раз в 3 дня.

После того как процесс начинает затихать, накладывают повязку с мазью Вишневского на всю конечность на 7—10 дней, не сменяя ее.

При метротромбофлебите — стрептомицин или биомицин, сульфаниламиды.

Для лучшего сокращения матки назначают инъекции питуитрина по 1 мл 2 раза в день в течение 2—3 дней.

При тромбофлебите вен таза и бедренных вен назначают стрептомицин, биомицин, сульфаниламиды.

По ходу пораженных вен или на низ живота при тромбофлебитах тазовых вен ставят медицинские пиявки (6—7 штук); пиявки можно повторить только через 7—10 дней.

После длительной (20 дней) нормальной температуры и при РОЭ ниже 20 мм удаляют подставки из-под ног и больной разрешают легкие движения. Если это не вызывает обострения процесса, то постепенно увеличивают движения, затем разрешают садиться на кровати, спускать ноги и, наконец, ходить. Первые 2—3 дня больная ходит с помощью костылей, а затем опираясь на палочку. Отек ног держится довольно долго.

Послеродовый мастит (воспаление молочной железы) и лактостаз (застой молока).

Послеродовый мастит встречается в 2-5% случаев, чаще у первородящих. 9 из 10 женщин с гнойным маститом поступают в хирургический стационар из дома, так как это заболевание чаще начинается в конце 2-й и в течение 3-й недели, а иногда — через месяц после родов.

Это болезнь кормящих мам: если нет лактации, нет и послеродового мастита. В 80-90% случаев он вызван золотистым стафилококком. Заражение происходит при проникновении микроорганизма через трещину соска в лактирующей железе. Это является основным отличием мастита от лактостаза (скопления и "застоя" молока в молочной железе), так как лактостаз развивается без наличия трещин сосков. Обычно мастит односторонний, но может быть и с двух сторон.

Симптомы.

Повышение температуры тела до 38,5-39°C и выше.

Боли в молочной железе, имеющие локальный характер.

Покраснение молочной железы в области поражения (чаще всего в области верхнего наружного квадранта молочной железы).

При пальпации (ручном обследовании) этой области молочной железы определяются болезненные, уплотненные участки. Сцеживание молока чрезвычайно болезненно и, в отличие от лактостаза, не приносит облегчения.

Явления общей интоксикации: озноб, головные боли, слабость и т.д.

Диагностика.

Осмотр, пальпация молочных желез.

УЗИ молочных желез.

Бактериологическое исследование молока.

Начальную стадию мастита следует отличать от лактостаза. При лактостазе отмечается чувство тяжести и напряжения в молочной железе, нет покраснения и отека кожи, молоко выделяется свободно, сцеживание, в отличие от мастита, приносит облегчение. Общее состояние женщин при лактостазе страдает мало, после сцеживания температура тела нормализуется, боли прекращаются.

Лечение лактостаза.

При лактостазе можно помассировать грудь под душем струей теплой воды, после чего сцеживание значительно облегчается.

Применяют также физиопроцедуры (например, прогревания, воздействие тока высокой частоты — аппараты "Ультратон", "Витязь" и т.д.), без торможения лактации проводится сцеживание молока (за 20-30 минут до этого внутримышечно вводится 2 мл Но-шпы, непосредственно перед сцеживанием — внутримышечно окситоцин). При отсутствии эффекта от физиотерапевтических процедур в сочетании со сцеживанием молока проводится торможение лактации парлоделом или аналогичными препаратами.

Лечение мастита.

Лечение необходимо начинать при первых симптомах заболевания, что значительно снижает возможность развития гнойного воспаления молочной железы и окружающих тканей. Раньше при лечении мастита ограничивали количество выпиваемой жидкости, что

в настоящее время считается грубой ошибкой: для борьбы с интоксикацией женщина должна за сутки выпивать до 2 литров жидкости. Питание должно быть полноценным, направленным на повышение сопротивляемости организма.

Антибактериальная терапия достаточно эффективна при 1-й и 2-й стадиях мастита

При гнойных маститах (когда развивается абсцесс — ограниченное воспаление молочной железы — или флегмона — разлитое гнойное воспаление молочной железы) проводится хирургическое лечение (вскрытие гнойника, удаление омертвевших тканей в пределах здоровой ткани) на фоне антибактериальной терапии.

Подавление лактации препаратами в несколько раз повышает эффективность лечения. Ни один вид мастита нельзя лечить без подавления или торможения лактации. В современных условиях полное подавление лактации применяется редко, только при гнойных маститах, чаще же прибегают к торможению лактации. При торможении или подавлении лактации препаратами нельзя применять сцеживание, так как этим стимулируется выработка пролактина гипофизом и, соответственно, стимулируется лактация. Даже при начальной стадии мастита нельзя кормить ребенка грудью, в связи с высоким риском его инфицирования, а также поступлением в организм ребенка антибиотиков и других лекарственных препаратов, неполноценностью молока. Вопрос о возобновлении грудного вскармливания решается индивидуально и только после контрольного посева молока после лечения.

Профилактика.

Начинается с периода беременности, включает рациональное питание, ознакомление женщин с правилами и техникой грудного вскармливания, своевременное лечение трещин сосков, лактостаза, ношение бюстгалтера, не сдавливающего молочные железы, мытье рук перед кормлением, воздушные ванны в течение 10-15 минут после кормления.

Факторы высокого риска по развитию послеродового мастита:

- наследственная предрасположенность;
- очаги гнойной инфекции в организме;
- мастопатия (наличие уплотнений и мелких узелков в молочной железе);
- анатомические особенности сосков (втянутые или плоские соски);
- имеющиеся хронические заболевания внутренних органов, особенно в стадии обострения.

3. Роль медсестры в профилактике осложнений послеродового периода.

В послеродовом периоде родильнице необходимо создать режим, способствующий наиболее быстрому восстановлению нормальных функций организма. Основным правилом в организации ухода за родильницей является соблюдение всех правил асептики и антисептики.

Основными этапами профилактики осложнений послеродового периода являются:

- . Пропаганда здорового образа жизни;
- . Качественный сбор анамнеза в женских консультациях;
- . Тщательное обследование женщин в женской консультации;
- . Санация всех очагов инфекции до беременности;
- . Доступность информации по беременности и родам, а также по осложнениям послеродового периода;
- . Выявление группы риска;
- . Своевременная диагностика осложнений в течение беременности;
- . Антибиотикопрофилактика в родах или после кесарева сечения у групп риска;
- . Профилактика кровотечения в раннем послеродовом периоде у всех женщин;
- . Нахождение родильниц в родильном зале в течение двух часов после родов;

- . Психопрофилактическая подготовка женщин к родам;
- . Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в родильном доме;
- . Совместное пребывание матери и ребенка;
- . Грудное вскармливание по требованию ребенка;
- . Физиотерапевтические процедуры;
- . Ранняя выписка женщин из родильного дома;
- . Доступность акушерской помощи для всех женщин.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. Перечислите факторы, способствующие возникновению осложнений в послеродовом периоде?
2. Какие осложнения послеродового периода Вы знаете?
3. Расскажите о послеродовом эндометрите?
4. Расскажите о послеродовом тромбозе?
5. Чем отличается мастит от лактостаза?
6. Перечислите этапы профилактики послеродовых осложнений?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 234-262.
2. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для Вас». Ростов н\Д: Феникс, 2001., с. 124-132.
3. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с.152-156, 166-177.
4. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 202-203.
5. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н\Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 156-166.
6. ПРИКАЗ от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВОИ ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХРЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)"
7. www.consultant.ru
8. <http://www.rosminzdrav.ru/>