

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 5

Тема: Сестринский уход за родильницами с физиологическим 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:

- течение раннего и позднего послеродового периода;
- изменения, происходящие в организме родильницы;
- особенности сестринского ухода за родильницей при физиологическом течении послеродового периода;
- режим работы послеродового отделения;
- преимущества совместного пребывания матери и ребенка;
- гигиенические требования к режиму сна и отдыха, питанию родильницы в послеродовом периоде.

Содержание:

1. Физиологическое течение послеродового периода. Ранний и поздний послеродовый период. Изменения, происходящие в организме родильницы.
2. Гигиенические требования к режиму и питанию родильницы в послеродовом периоде.

1. Физиологическое течение послеродового периода.

Ранний и поздний послеродовый период. Изменения, происходящие в организме родильницы.

Послеродовым периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель.

Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как *ранний послеродовой период*. По истечении этого времени начинается *поздний послеродовой период*.

В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами.

Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период.

Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата.

Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки.

Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов.

В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов.

Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки и заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев. Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 суток внутренний зев пропускает один палец. Формирование шеечного канала заканчивается к 10 дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 недели и принимает щелевидную форму.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У некормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит, и желтое тело не образуется.

В эндометрии происходят процессы пролиферации. Вследствие атрезии фолликула и падения титра эстрогенных гормонов наступает отторжение слизистой оболочки матки - менструация. В дальнейшем овуляторные циклы восстанавливаются. У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов, даже на фоне кормления грудью.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к *нагрубанию* молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода.

В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза.

Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания.

Первые 2-4 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Акушерка внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери.

В раннем послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают.

При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в послеродовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а *максимальная* физиологическая - не более 0,5% от массы тела родильницы.

Спустя 2–4 часа родильницу на каталке перевозят в физиологическое послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов, являются физиологическими, поэтому ее следует считать здоровой женщиной.

Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, снижением защитных сил матери. Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики и антисептики.

В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. Этот принцип состоит в том, что в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних и тех же суток. Соблюдение *цикличности* облегчается наличием небольших палат (2-3 местных), а также правильностью их *профилизации*, т.е. выделением палат родильниц, которые по состоянию здоровья вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы.

При возможности следует отдавать предпочтение *совместному пребыванию матери и ребенка*. Такое пребывание значительно снизило частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний детей. Мать активно участвует в уходе за новорожденным ребенком, что ограничивает контакт ребенка с персоналом акушерского отделения, создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери, снижает возможность инфицировать новорожденного госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов. При таком режиме уже через 2 часа после родов новорожденный ребенок при удовлетворительном состоянии может быть приложен к груди матери.

Первый туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра отделения и мать. Медицинская сестра обучает последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребенка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

2. Гигиенические требования к режиму и питанию родильницы в послеродовом периоде.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 8-12 часов) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника.

Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД.

Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие *нагрубания*.

Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки.

Оценивают характер и количество *лохий*. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозно-сукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются.

Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Физиологический послеродовой период характеризуется хорошим общим состоянием женщины, нормальной температурой, частотой пульса и артериальным давлением, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и качеством лохий, достаточной лактацией.

Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены.

Палаты в послеродовом отделении должны быть просторными. На каждую койку положено не менее 7,5 кв.м площади. В палатах дважды в сутки проводят влажную уборку и проветривание, ультрафиолетовое облучение палат проводят 6 раз в сутки.

После выписки родильниц палату тщательно убирают (мытьё и дезинфицирование стен, пола и мебели). Кровати и клеенки также моют и дезинфицируют. После уборки стены облучают ртутно-кварцевыми лампами. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции. Ежедневно родильницы принимают душ, им производят смену стерильных лифчиков, рубашек. Через 3 суток производят смену постельного белья. Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом. При наличии швов на промежности производят их обработку раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия 3 раза в сутки.

Перед кормлением родильница должна обмыть молочные железы теплой водой с мылом, надеть на голову косынку, положить на колени пеленку, на которой находится новорожденный во время кормления. Совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное (по требованию ребенка) вскармливание способствуют быстрой адаптации обоих в послеродовом периоде и ранней выписке из стационара.

Родильницы нуждаются в полноценном и регулярном питании, поскольку от количества и качества потребляемых ими продуктов зависит количество и состав грудного молока. У здоровой, кормящей грудью женщины всегда бывает хороший аппетит.

С каждым литром грудного молока кормящая женщина теряет около 700 ккал, поэтому её суточный рацион по калорийности должен составлять не менее 3500—4000 ккал и содержать:

- ☐ белков 130—140 г (из них 60 % животных)
- ☐ жиров 100—200 г
- ☐ углеводов 450—500 г

Для этого кормящей матери необходимо ежедневно получать

- ☐ 120 г мяса нежирных сортов
- ☐ 100 г нежирной рыбы
- ☐ 170 г творога
- ☐ 250 мл молока
- ☐ 200 мл кефира (ряженки, ацидофильного молока)
- ☐ 30 г сливочного и 35 г растительного масла
- ☐ 50 г сметаны
- ☐ 50 г сахара

- ☐ 1 яйцо
- ☐ по 100 г чёрного и белого хлеба
- ☐ до 150 г мучных изделий

Важное место в питании кормящей матери занимают свежие ягоды и фрукты, которые содержат большое количество витаминов и клетчатки, нормализующей деятельность кишечника. Ежедневная их норма — до 200 г, причём часть свежих продуктов может быть заменена соками из них.

Совершенно исключаются вино, водка, пиво курение. Не следует принимать никаких лекарств без назначения врача. Необходимо также исключить из пищевого рациона крепкий кофе, пряности (горчица, перец, уксус), так как они неблагоприятно влияют на вкус и качество молока. Кормящая женщина должна потреблять в сутки примерно на 1 л жидкости больше обычного, причем молока не менее 0,5 л.

Питание родильницы должно быть 5—6-разовым:

- ☐ 8—9 ч — первый завтрак
- ☐ 11—12 ч — второй завтрак
- ☐ 14—15 ч — обед
- ☐ 19—20 ч — ужин
- ☐ 21 ч — стакан кефира, простокваши или сока либо немного фруктов

Следует так распределить продукты в суточном меню, чтобы те из них, которые богаты белком и значительно труднее перевариваются в желудочно-кишечном тракте (мясо, рыба, крупы), были бы использованы в течение первой половины дня, а во второй половине целесообразно отдать предпочтение молочно-растительной пище.

При недостаточном количестве молока необходимо включить в пищевой рацион продукты, богатые белками, жирами и витаминами. Рекомендуются дополнительно к рациону голландский сыр — 100 г (по 50 г 2 раза в день), сметана — 100 г (по 50 г 2 раза в день), жидкие пивные дрожжи — 120 г (по 60 г 2 раза в день), сок чёрной смородины — 60 мл, мёд — 100 г (по 50 г 2 раза в день). В этой ситуации необходимо срочно обратиться к врачу.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. Дайте определение «роды – это»?
2. Какие роды Вы знаете?
3. Какие изменения перед родами происходят в организме беременной?
4. Что относят к предвестникам родов?
5. Чем характеризуется прелиминарный период?
6. Назовите периоды родов?
7. Расскажите о первом периоде родов?
8. Расскажите, что происходит во второй период родов?
9. Дайте характеристику третьему периоду родов?
10. Что в себя включает понятие «родовые изгоняющие силы»?
11. Сколько этапов при переднем виде затылочного предлежания?
12. Сколько этапов при заднем виде затылочного предлежания?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 234-250.

2. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для Вас». Ростов н\Д: Феникс, 2001., с. 90-123.
3. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с. 1.
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/>