**Тема. Уход за беременными,роженицами и родильницами с патологическим течением беремености, родов и послеродового периода**

Роды и послеродовый период

Роды и послеродовый период

Роды

Роды – физиологический процесс, во время которого происходит изгнание из матки через родовые пути плода, плаценты с оболочками и околоплодными водами. Роды включают три периода: раскрытие шейки матки, изгнание плода и рождение последа.

Признаки начала родов

В конце беременности часто бывают схватки, когда живот сначала находится в тонусе (твердеет), а потом расслабляется. Когда схватки чередуются через каждые 15 минут, это значит, что начались роды. Из других признаков следует назвать отхождение слизистой пробки – так называется небольшое количество липкой розоватой слизи. Слизистая пробка отходит до начала родов либо в начале родов.

Период раскрытия шейки матки начинается с ритмических сокращений мышц матки, называемых родовыми схватками. Первые схватки бывают непродолжительными (не более 20–30 секунд) и как бы готовят организм роженицы к начинающимся родам. Значительны и временные интервалы между схватками, так как организм роженицы должен не только подготовиться к предстоящим родам, но и отдохнуть, набраться сил. Затем подготовленный организм начинает испытывать новые схватки продолжительностью до 45 секунд, а интервалы между ними сокращаются с 30 минут до 20, затем – до 15, 10, 5 и, наконец, до 2–3 минут.

С учащением схваток шейка матки все больше открывается, готовясь выпустить плод.

Во время схваток возрастает внутриматочное давление. В приоткрывшуюся шейку матки устремляются околоплодные воды и изливаются наружу.

Периоды родов

Первый период родов продолжается 13–18 часов у первородящих, а у повторнородящих он длится 6–9 часов.

Следует отметить, что в последние годы заметно уменьшение средней продолжительности родов (на 2–4 часа). Это связано с психопрофилактической подготовкой к родам, улучшением методов профилактики затяжных родов, применением средств, ускоряющих раскрытие зева и усиливающих сократительную деятельность матки. Завершается первый период полным раскрытием шейки матки.

На всем протяжении первого периода родов роженица не должна напрягаться, дышать глубоко и только носом (при дыхании ртом пересыхают губы, язык и слизистая оболочка гортани, отчего у роженицы появляется жажда).

Не следует беспокоиться, природа все заранее предусмотрела и дала женщине огромные силы, поэтому нужно просто расслабиться – расслабленный организм легче справится со своими обязанностями в дальнейшем.

Роженице разрешается подниматься с кровати и осторожно прохаживаться. Она может использовать приемы, способствующие правильному и безболезненному течению родов, которые заключаются в следующем:

– глубокие вдохи и выдохи от начала и до конца каждой схватки;

– сочетание глубокого вдоха и выдоха с поглаживанием нижней части живота кистями обеих рук. При этом движения делаются кнаружи и вверх;

– прижатие большими пальцами обеих рук кожи к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости в области обеих передне-верхних костей;

– прижатие наружных углов поясничного ромба выступающими фалангами больших пальцев обеих рук, сжатых в кулаки;

– поглаживание кожи в крестцово-поясничной области в сочетании с глубоким дыханием.

Переполненный мочевой пузырь нарушает родовую деятельность, способствуя возникновению боли, поэтому надо своевременно его опорожнять.

Период изгнания плода наступает вслед за полным раскрытием шейки матки. К регулярным схваткам во втором периоде родов присоединяются потуги (рефлекторно возникающие сокращения поперечно-полосатой мускулатуры мышц брюшного пресса). Плод перемещается во влагалище и постепенно выходит наружу.

Второй период родов проходит для роженицы безболезненно и продолжается не больше 1–2 часов, а у некоторых – всего 15–30 минут.

С рождением ребенка роды не заканчиваются, так как роженица должна изгнать из себя послед, поэтому наступает третий период – рождение последа. Послед состоит из плаценты (орган, который осуществлял связь между организмом матери и зародышем в период внутриутробного развития), плодных оболочек и пуповины. Выполнив роль, предназначенную природой, они стали лишними в организме роженицы. Через 7–15 минут после рождения ребенка у роженицы снова начинаются схватки и потуги, в результате которых послед изгоняется наружу без болевых ощущений.

Осложнения во время родов

? Все под контролем?

Поскольку процесс родов в определенной степени опасен для ребенка, сегодня во многих больницах применяется электронное наблюдение. Чаще всего наблюдение проводится при родах высокого риска, например, при продолжительном безводном периоде или в случаях длительных и трудных родов.

Так называемый «плодовой монитор» позволяет в большинстве случаев оценить изменение сердечной деятельности плода под влиянием спазмов матки. Врач, считывающий и оценивающий записи, при возникновении угрозы плоду принимает необходимые меры для ее устранения.

Наблюдение может быть как наружным, так и внутренним.

Наружное наблюдение. При этом наиболее часто употребляемом типе наблюдения на живот роженицы прикрепляются два датчика – ультразвуковой преобразователь, регистрирующий удары сердца плода, и измеритель, реагирующий на давление и измеряющий силу и длительность схваток матки. Оба датчика соединены с монитором. В большинстве случаев наблюдение ведется с перерывом, и в это время роженица может свободно передвигаться. В некоторых больницах есть переносные мониторы, которые можно прикрепить к одежде; в таком случае данные о состоянии ребенка присылаются в приемник, находящийся при родильной постели, или на центральный пост.

Внутреннее наблюдение. Внутреннее наблюдение применяется в исключительных случаях, когда возникают подозрения на серьезную угрозу жизни плода. Этот тип наблюдения возможен, когда раскрытие матки составляет 1–2 см, потому что электрод, контролирующий удары сердца плода, вводится через шейку матки и прикрепляется непосредственно к головке ребенка. Так как внутреннее наблюдение производится постоянно и его невозможно прерывать, то возможность передвижения роженицы во время обследования ограничена – она может только менять положение в постели.

Внутреннее наблюдение дает объективную картину, но применяется только тогда, когда оно действительно необходимо. Связано это с тем, что применение инвазионной (то есть находящейся внутри тела) медицинской техники несет с собой определенные риски, главным из которых является вероятность внесения инфекции. Возможно возникновение покраснения или (в редких случаях) гнойника на месте прикрепления электрода.

УХОД ЗА БЕРЕМЕННЫМИ, РОЖЕНИЦАМИ И РОДИЛЬНИЦАМИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Студент должен знать:

— гестозы I и II половины беременности;

— кровотечения в I и II половине беременности;

— многоплодная беременность;

— заболевания сердечно-сосудистой системы при беременности;

— анемия беременной;

— осложненное течение родов (узкий таз, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах и пр.);

— родовой травматизм матери;

— оперативное родоразрешение;

— искусственное прерывание беременности.

Студент должен уметь:

— оказать помощь беременной при слюнотечении, рвоте;

— посчитать суточный диурез и водный баланс;

— определить видимые и скрытые отеки;

— оказать неотложную помощь при приступе эклампсии;

— оказать неотложную помощь при кровотечении;

— подготовить роженицу и родильницу к малому и большому оперативному вмешательству;

— выполнить любое назначение врача;

— осуществить уход за послеоперационной больной;

— провести перевязку молочной железы при мастите.

УХОД ЗА БЕРЕМЕННОЙ С РАННИМ ГЕСТОЗОМ

Уход за беременными с ранними гестозами ставит цель соблюдения лечебно-охранительного режима и эмоционального покоя. Условия, необходимые для беременной:

1. Светлое, хорошо проветриваемое помещение.

2. Частая смена белья.

3. Поддержание гигиенического состояния кожи и полости рта.

4. При удержании пищи беременной необходимо учитывать ее вкусы.

5. Подача пищи в постель небольшими порциями, часто (пять- семь раз в сутки).

6. Если пища не удерживается, проводится инфузионная интенсивная терапия, питательные клизмы. Перед питательной клизмой обязательно освобождают прямую кишку с помощью очистительной клизмы.

7. По назначению врача — ректальное введение лекарственных средств, также после очистительной клизмы.

8. Контроль за диурезом.

9. Введение нейролептиков по назначению врача.

УХОД ЗА БЕРЕМЕННОЙ С ПОЗДНИМ ГЕСТ030М

При поздних гестозах необходимо:

1. Следить за динамикой веса.

2. Контролировать суточный диурез и водный баланс.

3. Наблюдать за отеками.

4. Наблюдать за общим состоянием беременной (жалобы на головную боль, боли в эпигастрии, ухудшение зрения, плохой сон, сниженную работоспособность, жажду и т.д.).

5. Следить за состоянием плода (шевеление, сердцебиение плода). Он начинается с момента рождения последа и кончается через 6–8 недель. Симптомы: матка после родов хорошо сокращается, стенки ее утолщаются, она плотной консистенции, очень подвижная из-за растяжения связочного аппарата. При переполнении соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки) матка поднимается. С каждым днем послеродового периода матка становится все меньше, о чем можно судить по высоте стояния дна матки – в течение первых 10–12 дней после родов дно матки опускается ежедневно 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 скрывается за лоном.

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

Внутренняя поверхность матки после родов представляет собой сплошную раневую поверхность с обрывками эпителия, донышек желез матки и стромы базального слоя эндометрия. Отсюда и происходит регенерация слизистой оболочки. Слизистая оболочка на всей внутренней поверхности матки восстанавливается на 7-10-й день, а в области плацентарной площадки – к концу 3-й недели. При восстановлении эндометрия образуются послеродовые выделения – лохии, представляющие собой раневой секрет. В первые 3–4 дня лохии кровянистые, в следующие 3–4 дня – серозно-кровянистые, к 7-8-у дню уже не содержат примеси крови, становятся светлыми. С 3-й недели они становятся скудными, а к 5-6-й неделе послеродового периода выделения прекращаются. Если выделения и после 7-8-го дня с примесью крови, это указывает на замедленное обратное развитие матки, что бывает при плохом сокращении ее, наличии в матке остатков плацентарной ткани, воспаления и т. д. Иногда выделения отсутствуют, лохии скапливаются в матке.

При нормальном течении послеродового периода состояние родильницы хорошее, дыхание глубокое, пульс ритмичный, 70–76 в минуту, нередко замедлен, температура нормальная. Учащение пульса и повышение температуры указывают на осложнение послеродового периода, чаще всего на развитие послеродовой инфекции. Мочеотделение обычно нормальное, лишь изредка возникает затрудненное мочеиспускание. После родов может наблюдаться задержка стула, обусловленная атонией кишечника. Атонии способствует расслабление брюшного пресса и ограничение движений после родов.

На 3-4-й день после родов молочные железы начинают отделять молоко. Они набухают, становятся чувствительными, нередко при сильном набухании возникают распирающие боли. Иногда на 3-4-й день самочувствие родильницы может ухудшаться из-за сильного нагрубания молочных желез, хотя молока продуцируется немного в эти дни, поэтому сцеживание при нагрубании бесполезно и вредно.

В послеродовом периоде родильнице необходимо создать режим, способствующий правильному обратному развитию половых органов, заживлению раневых поверхностей, нормальной функции организма. Раневые поверхности в матке и других отделах родовых путей являются входными воротами для легкого проникновения инфекции. Поэтому основным правилом в организации ухода за родильницей является строгое соблюдение всех правил асептики и антисептики.

Уход за родильницей . Главное: наблюдение за общим состоянием и самочувствием, контроль пульса не менее 2 раз в день и температурой тела. Кроме того, следят за состоянием молочных желез (нет ли трещин на сосках). Ежедневно измеряют высоту стояния дна матки, ее консистенцию, форму, чувствительность; осматривают наружные половые органы, определяют характер и количество лохии. Следят за отправлением кишечника и мочевого пузыря. Все эти данные записывают в историю родов.

При болезненных послеродовых схватках можно назначить амидопирин, антипирин (по 0,3–0,5 г). При замедленной инволюции матки применяют средства, усиливающие сокращение матки.

При затруднении мочеиспускания проводят ряд соответствующих мероприятий. При задержке стула на 3-й день делают очистительную клизму, или назначают слабительное (касторовое или вазелиновое масло).

Если послеродовой период протекает без осложнений и нет разрывов промежности, родильнице на 2-е сутки разрешают сидеть, а на 3-4-е – ходить. Раннее вставание способствует лучшему опорожнению мочевого пузыря, кишечника, более быстрому сокращению матки. Не противопоказано раннее вставание и при разрывах промежности I–II степени (при этом не следует садиться). Здоровые родильницы со 2-го дня после родов начинают занятия лечебной гимнастикой. Занятия проводят в первой половине дня, лучше через 2 ч после завтрака, летом – при открытых окнах, зимой – после тщательного проветривания палаты. Занятия способствуют усилению обмена веществ, углублению дыхания, укреплению мышц брюшной стенки и промежности. Упражнения выполняют в медленном темпе. Продолжительность занятия 5-15 мин. Каждой родильнице, выписывающейся домой, надо разъяснить необходимость продолжения лечебной гимнастики и дома.

Перед каждым кормлением родильница должна мыть руки, ежедневно менять рубашку, не реже 2 раз в день производить туалет наружных половых органов. Молочные железы следует обмывать 0,5 % раствором нашатырного спирта или теплой водой с мылом утром и вечером после кормления. Соски обмывают 1 % раствором борной кислоты и обсушивают стерильной ватой. При значительном нагрубании молочных желез ограничивают питье, назначают слабительные средства. Если при сосании молочная железа опорожняется не полностью, после каждого кормления необходимо сцеживать молоко молокоотсосом. Утром и вечером проводят воздушные ванны длительностью 15 мин.

В особом питании родильница не нуждается. К обычному питанию следует добавить 0,5 л кефира, 100–200 г творога, свежие фрукты, ягоды, овощи. Из рациона следует исключить острые и жирные блюда, консервы. Алкоголь противопоказан.

Родильниц с повышенной температурой, катаром верхних дыхательных путей, послеродовыми заболеваниями необходимо изолировать от здоровых родильниц, для чего заболевших переводят в другое акушерское отделение или отдельную палату.

При нормальном течении послеродового периода родильницу выписывают через 7–8 сут после родов.

6. Оказание своевременной медицинской помощи при приступе эклампсии.

Цель:

- профилактика лактостаза, мастита.

1. Материальные ресурсы:

§ Пелёнка.

§ Мыло.

§ Полотенце.

§ Дезинфицирующий раствор.

§ Кушетка.

§ Ёмкость для сцеживания молока.

§ Молокоотсос.

2. Методика выполнения медицинской услуги.

2.1 Подготовка к процедуре:

o Получить информированное согласие пациентки на проведение процедуры.

o Вымыть руки с мылом.

o Подготовить ёмкость для сцеживания.

o Постелить на кушетку пеленку и усадить пациентку.

o Стать к лицу пациентки.

2.2 Выполнение процедуры:

Сцеживание руками

· Произвести легкий массаж молочной железы (одной рукой поддерживать молочную железу).

· Большой и указательный пальцы другой руки расположить по границе околососкового кружка над и под соском.

· Сжать пальцы под соском до появления струи молока.

· Сцеживать молоко не более 30 минут.

· По окончании процедуры провести дезинфекцию рабочего места. Вымыть и высушить руки.

Сцеживание молокоотсосом

· Подготовить стерильный молокоотсос.

· Произвести легкий массаж молочной железы.

· Приложить чашку молокоотсоса плотно к молочной железе, чтобы сосок находился в центре.

· Нажать на резиновую грушу несколько раз для создания вакуума до появления молока.

· Подложить палец между молочной железой и стеклянной чашечкой молокоотсоса, чтобы его снять.

· По окончании процедуры провести дезинфекцию рабочего места. Вымыть и высушить руки.

Контроль веса беременной и отеков

Взвешивание осуществляется в примерно одинаковой одежде и натощак, после туалета.

Внутренние отеки обычно определяют в стационаре путем измерения диуреза - количество выпитой и выделенной жидкости в течение суток.