


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите

Зам. директора по УР

 Иванова М.Н.

БАНДЕРОВА САЙА АЛЕКСАНДРОВНА
**ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА РОДИЛЬНИЦАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
(КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ) НА ПРИМЕРЕ АКУШЕРСКОГО
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПНЦ №1 ГАУ РС(Я) «РБ № 1 –
НЦМ»**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.02 – «Акушерское дело»

Студентка отделения «Акушерское дело»

Гр. АД-32

Бандерова С.А.

Руководитель-преподаватель:

Новикова А.А.

2018г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АС - акушерский стационар

ПИТ- палата интенсивной терапии

АФО ПНЦ №1 ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ-Акушерско-физиологическое отделение перинатального центра №1 Государственного автономного учреждения Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1-Национальный центр медицины»

О АР- отделение анестезиологии и реанимации

ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ЦНС - центральная нервная система

ССС – сердечно - сосудистое заболевание

ПМУ - простые медицинские услуги

СД - сахарный диабет

ОПГ - отек, протеинурия, гипертензия

ИСМП - Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи

ГСО – гнойно-септические осложнения

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ.....	6
1.1. Физиология и патология послеродового периода.....	6
1.2. Понятие, показания, противопоказания и возможные осложнения операции кесарево сечение	9
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ АКУШЕРКИ В АФО ПНЦ №1 ГАУ РС(Я) РБ№1-НЦМ.....	13
2.1. Акушерское физиологическое отделение ПНЦ№1 ГАУ РС (Я) РБ№1 НЦМ.....	13
2.2. Особенности ухода за родильницами после кесарево сечение в АФО ПНЦ №1 в ГАУ РС(Я) РБ№1-НЦМ.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
ВЫВОДЫ.....	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что в основе благоприятного исхода для матери и плода, профилактика заболеваемости новорожденного и родильницы лежит правильная организация и уход за беременной, роженицей и родильницей. Особую актуальность в условиях негативных демографических процессов в стране низкой рождаемости и высокой смертности населения приобретает служба родовспоможения и ее кадровые ресурсы. При этом большой вклад в решении важных задач по повышению доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям вносят акушерки и медицинские сестры, которые первые принимают ребенка.

Одной из основных задач Акушерского послеродового отделения обеспечение квалифицированного ухода и медицинской помощи новорожденным, и родильницам в период их пребывания в родильном доме.

Сущность профилактики осложнений беременности и перинатальной патологии заключается в том, чтобы создать пациентке такие социально гигиенические условия, которые давали бы возможность сохранить ее здоровье и благоприятно развиваться ребенку. От правильного решения зависит судьба двух людей матери и ребенка непосредственно семьи и общества непосредственно.

Актуальность темы: Операция кесарево сечение является одной из наиболее обсуждаемых проблем современного акушерства. В настоящее время в результате изменения мотивации социально – экономических условий и влияния целого ряда неблагоприятных факторов окружающей среды, резко возросло количество женщин с генитальной и экстрагенитальной патологией, возрастных первородящих, в связи, с чем отмечается стабильный рост числа оперативных родоразрешений.

Цель работы: Изучение особенностей ухода за роженицами после операции (кесарево сечение) в АФО ПНЦ№1 ГАУ РС (Я) РБ №1 НЦМ.

Для реализации цели поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить по литературным данным показания и противопоказания, возможные осложнения после операции кесарево сечение.
2. Провести анализ деятельности АФО ПНЦ№1 ГАУ РС(Я) РБ№1 НЦМ за 2015-2017 гг.
3. Изучить и охарактеризовать особенности ухода за послеоперационными роженицами.

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ В ГАУ ПНЦ №1 РС(Я) РБ №1 НЦМ.

1.1. Физиология и патология послеродового периода

Послеродовый период - промежуток времени, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6 недель (42 дня). В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подвергались изменениям в связи с беременностью и родами. Исключения составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовом периоде. Женщина после родов называется родильницей.

Ближайшие 2 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как ранний послеродовый период. По истечении этого времени начинается поздний послеродовый период.

Разделения послеродового периода на ранний и поздний условно и связано с тем, что чаще всего осложнения, вызванные сократительной способности матки после родов и сопровождающееся кровотечением, проявляются в первые часы. Поэтому в течении указанного времени женщина находится в родильном отделении под постоянным наблюдением врача и акушерки.

Послеродовые инфекционные заболевания - заболевания, наблюдаемые у родильниц, непосредственно связанные с беременностью и родами и обусловленные бактериальной инфекцией. Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с беременностью и родами (грипп, дизентерия и др.), к группе послеродовых заболеваний не относят.

Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной их актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувека назад антибиотиков, способствовало резкому

снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых инфекций. Частота послеродовых инфекционных заболеваний варьирует в связи с отсутствием унифицированных критериев и колеблется в пределах от 2% до 10%. Несколько чаще инфекционные осложнения развиваются после операции кесарева сечения. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде, как причина материнской смертности, продолжают держать печальное лидерство, занимая 1-2 место, деля его с акушерскими кровотечениями.

Этому способствует ряд факторов, составляющих особенности современной медицины. Изменение контингента беременных и родильниц, значительную часть которых составляют женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией, с индуцированной беременностью, с гормональной и хирургической коррекцией недонашивания беременности и др. Это так же обусловлено изменением характера микрофлоры.

В послеродовом периоде отмечено существенное увеличение состава большинства групп бактерий, включая бактероиды, кишечную палочку, стрептококки группы В и D. Потенциально все эти виды могут быть причиной возникновения послеродовых инфекционных заболеваний.

Послеродовая инфекция - преимущественно раневая. Чаще всего в области раны, служащей входными воротами для инфекции, формируется первичный очаг. При послеродовой инфекции такой очаг в большинстве случаев локализуется в матке. Дальнейшее развитие инфекционного процесса связано с равновесием системы "организм-микроб" и прямо зависит от вирулентности микрофлоры и массивности инфицирования полости матки с одной стороны и состоянием защитных сил организма родильницы с другой. Фактором защиты от распространения бактериальных агентов из полости матки в послеродовом периоде является формирование в области плацентарной площадки лейкоцитарного "вала". Возможно инфицирование

разрывов промежности, влагалища, шейки матки, особенно, если они остаются нераспознанными и не зашитыми. Развитию инфекционного процесса в послеродовом периоде способствуют: субинволюция матки, задержка частей последа, воспалительные заболевания половых органов в анамнезе, наличие экстрагенитальных очагов бактериальной инфекции, анемия, эндокринные заболевания, нарушение санитарно-эпидемиологического режима.

Возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний могут быть патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Среди патогенных микроорганизмов наиболее часты - гонококки, хламидии, микоплазмы, трихомонады. Условно-патогенные микроорганизмы заселяют организм человека, являясь фактором неспецифической противoinфекционной защиты. Однако в определенных условиях они могут стать возбудителями послеродовых инфекционных заболеваний.

В 9 из 10 случаев возникновения послеродовой инфекции как такового пути передачи инфекции не существует, так как происходит активация собственной условно-патогенной флоры (аутозаражение). В других случаях происходит заражение извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики. Следует выделить также сравнительно новый путь инфицирования - интраамниальный, связанный с внедрением в акушерскую практику инвазивных методов исследования.

Профилактику гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний должны начинать с первых недель беременности. В женской консультации необходимо выявить беременных, относящихся к группе высокого риска развития бактериальной инфекции или с ее проявлениями, и проводить превентивные и лечебные мероприятия.

В акушерском стационаре должны неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, широко внедрять новые технологии родовспоможения. К ним относят: ранее прикладывание новорожденного к груди, систему изолированного совместного пребывания матери и ребенка с

последующей ранней выпиской из родильного дома, ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки, нарушающих биоценоз организма (поверхностные антисептики, бритье подмышек и лобка). С целью предотвращения образования полирезистентных штаммов госпитальной инфекции в отдельно взятом акушерском стационаре следует использовать ограниченное количество антибиотиков первой очереди и их комбинаций, а антибиотики второй очереди использовать строго по показаниям.

1.2. Понятие, показания, противопоказания и возможные осложнения операции кесарево сечение

Роды - процесс физиологический. *Кесарево сечение* - хирургическая операция, при которой плод извлекают через разрез передней брюшной стенки и матки. Частота кесарева сечения в России, так же как и в США составляет в среднем 15% всех родов.

Риск для жизни и здоровья женщины при проведении кесарева сечения в 12 раз выше, чем при самопроизвольных родах. Поэтому, как и любая другая хирургическая операция, кесарево сечение выполняется строго по показаниям. Они могут быть со стороны матери, когда роды представляют угрозу для ее здоровья, и со стороны плода, когда для него процесс родов является нагрузкой, которая может привести к родовой травме и гипоксии плода. Показания к кесареву сечению могут возникнуть во время беременности и в родах.

Кесарево сечение в плановом порядке (до начала родовой деятельности) проводится, например:

- при миопии высокой степени с изменениями на глазном дне;
- пороках развития матки и влагалища;
- неправильных положениях плода (поперечное, косое);

- предлежания плаценты. Плацента располагается в нижней части матки и перекрывает внутренний зев (вход в матку со стороны влагалища). Это грозит сильным кровотечением, опасным как для жизни матери, так и для плода;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- наличие двух и более рубцов на матке после кесарева сечения и др.;
- анатомически узкий таз 2-4 степени сужения;
- опухоли и деформация костей таза;
- крупный плод (масса равна 4 кг и более);
- выраженный симфизит (расхождение лобковых костей);
- множественная миома матки больших размеров;
- тяжелые формы преэклампсии;
- тяжелые заболевания ССС, сахарный диабет;
- разрыв промежности 3 в предыдущих родах;
- сросшаяся двойня;
- хроническая гипоксия плода, гипотрофия плода, неподдающаяся медикаментозной терапии;
- возраст первородящих старше 30 лет;
- рак любой локализации.

Кесарево сечение в родах проводят:

- при слабости родовых сил, которая не поддается медикаментозной коррекции;
- гипоксия плода;
- клинически узкий таз. Это несоответствие между головкой плода и тазом матери;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- угрожающий или начинающийся разрыв матки;
- предлежание или выпадение петель пуповины.

Условия для проведения операции:

- жизнеспособный плод;
- отсутствие инфекций;
- согласие женщины.

Противопоказания к кесареву сечению:

- внутриутробная гибель плода;
- инфекции;
- пороки развития и состояния плода, несовместимые с жизнью.

Возможные осложнения. Как и любая другая операция, во время которой производится разрез тканей, а соответственно- и кровеносных сосудов, кесарево сечение связано с определенной кровопотерей. Нормальная кровопотеря при самопроизвольных родах составляет примерно 200-250 мл; такой объем крови легко восстанавливается подготовленным к этому организмом женщины. Кесарево сечение подразумевает кровопотерю значительно больше физиологической: средний объем ее составляет от 500 до 1000 мл.

Естественно, организм пациентки самостоятельно не может справиться с этой проблемой. Поэтому во время операции и в послеоперационный период производится внутривенное введение кровезаменяющих растворов, а иногда плазмы крови, эритроцитарной массы, или цельной крови - это зависит от количества потерянной во время операции крови и от возможностей организма пациентки.

Во время операции нарушается целостность брюшины - покрова, который позволяет кишечнику свободно перистальтировать - двигаться, продвигая пищу. После оперативного вмешательства, как правило, возникают спайки - сращения между петлями кишечника и другими внутренними органами. Если спаечный процесс выражен незначительно,

пациентка — это никак ощущать не будет; если же особенности организма подразумевают развитие обширного спаечного процесса, могут возникнуть проблемы со стулом, появиться боли в животе, особенно в нижних отделах. Лечение в таком случае зависит от выраженности спаечного процесса. В нетяжелых случаях достаточно физиопроцедур, а в тяжелых может быть поставлен вопрос об оперативном лечении (к примеру, о лапароскопической операции с термокоагуляцией («прижиганием») спаек).

Из осложнений кесарева сечения, можно отметить эндомиометрит - воспаление матки. Естественно, в данном случае он возникает чаще, чем после самопроизвольных родов. Понятно, что во время операции происходит непосредственное контактирование полости матки с воздухом, полной стерильности которого добиться невозможно. Для профилактики эндомиометрита после операции назначают антибиотики. Короткий это будет или длинный - зависит от сопутствующих заболеваний женщины и травматичности данной операции.

После кесарева сечения матка сокращается хуже, чем после родов через естественные родовые пути, так как во время операции мышца матки пересекается. В связи с этим чаще возникает субинволюция (нарушение сокращения) матки, что требует назначения дополнительной терапии, направленной на улучшение сократительной способности матки. Эту терапию проводят в ОАР в течение 2-5 дней.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ АКУШЕРКИ В ГБУ РС(Я) РБ

№1 ПНЦ НЦМ

2.1 Акушерское отделение

Общая характеристика Перинатального Центра НЦМ

Перинатальный центр ГАУ РС(Я) “РБ №1 - НЦМ” создан на базе ЦОМид с 1 июля 2001г. на основании решения координационного Совета МЗ РС(Я) по вопросам охраны здоровья женщин и детей №01-21/55 от 16 мая 2001г. и приказа НЦМ №1 1-5/65 от 13 апреля 2001г. “ О совершенствовании оказания специализированной помощи по охране материнства и детства в ГАУ РБ №1 НЦМ”.

Перинатальный центр - это лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее высококвалифицированную диагностическую, консультативную и лечебную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с высоким риском развития осложнений, угрожающих их здоровью и жизни.

На базе ПНЦ развернуто 170 коек, включающих акушерско-гинекологический блок - 110 коек, неонатальный блок - 60 коек, поликлинический (консультативный) отдел на 200 посещений в смену.

Целью перинатального центра является обеспечение достижения безопасного материнства, уменьшение перинатальных потерь от управляемых заболеваний, повышение репродуктивной способности населения, профилактики врожденной и наследственной патологии, снижения инвалидизации женщин и детей путем улучшения качества оказания высококвалифицированной медицинской помощи и внедрения высоких технологий.

Цели и основные задачи АФО:

- Оказание высококвалифицированной медицинской помощи родильницам;
- Систематическое освоение и внедрение в практику современных методов диагностики и лечения;
- Мероприятия по созданию надлежащих условий пребывания в отделении матери и ребенка;
- Программа обучения матери грудному вскармливанию.

Палаты «Мать и дитя». Проект «Мать и дитя» базируется на технологиях, эффективность и безопасность которых доказана эпидемиологическими исследованиями соответствующими современным требованиям доказательной медицины.

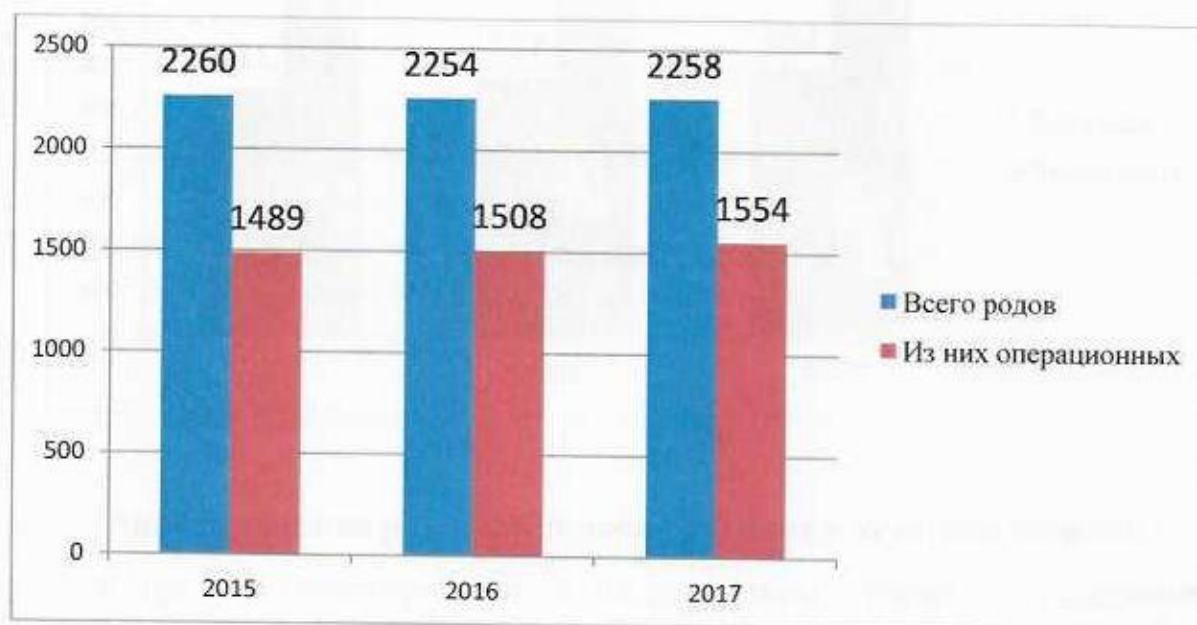
Совместное пребывание матери и ребенка было введено со дня открытия отделения.

В отделении палаты оборудованы для совместного пребывания матери и ребенка, преимущество которых заключается в снижении возникновения заболеваемости внутрибольничных инфекций. Совместное пребывание матери и ребенка благотворно влияет на течение послеродового периода.

Анализ деятельности акушерско-физиологического отделения за 2015-2017 гг.

Диаграмма 1.

Статистические данные родов за 2015-2017гг.



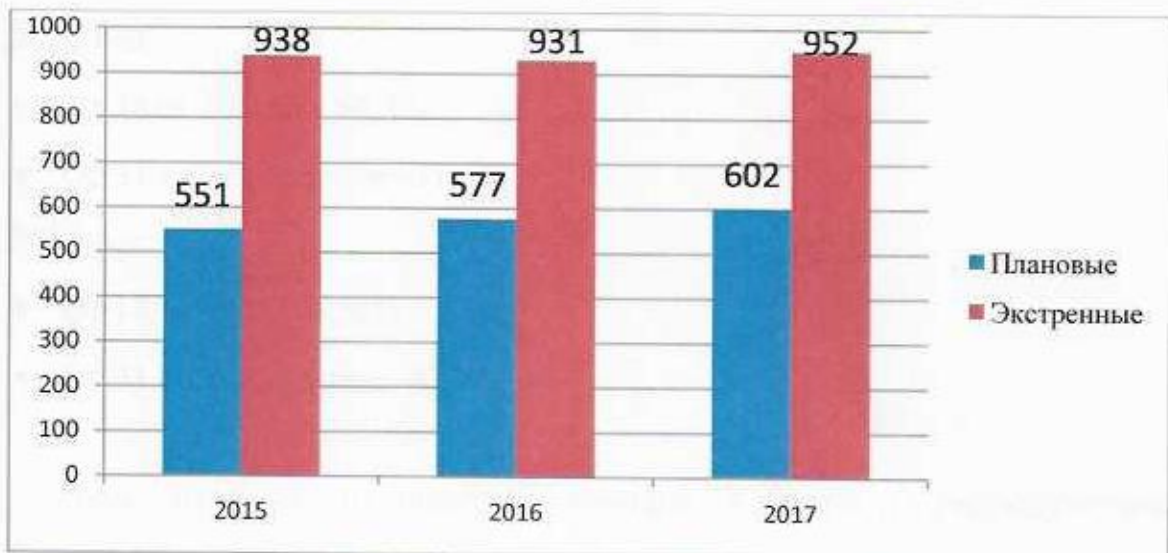
Всего родов за 2015 год было проведено - 2260, из них операционных - 1489. Всего за 2016 год - 2254, из них операционных - 1508. Всего за 2017 год - 2258, из них операционных - 1554. По статистическим данным видно, что число оперативных родов за 2015-2017гг. увеличилось.

Кесарево сечение, как и любая другая операция, должна быть строго обоснована, т.е. иметь медицинские показания со стороны беременной и плода. Так же она различается на плановую и экстренную.

Кесарево сечение производили в плановом порядке в 2015 году - 551, в 2016 году - 577, в 2017 году - 602, экстренное кесарево сечение было произведено в 2015 году - 938, в 2016 году - 931, в 2017 году - 952 случаев.

Диаграмма 2.

Соотношение плановых и экстренных операций кесарево сечение за 2015-2017 гг.

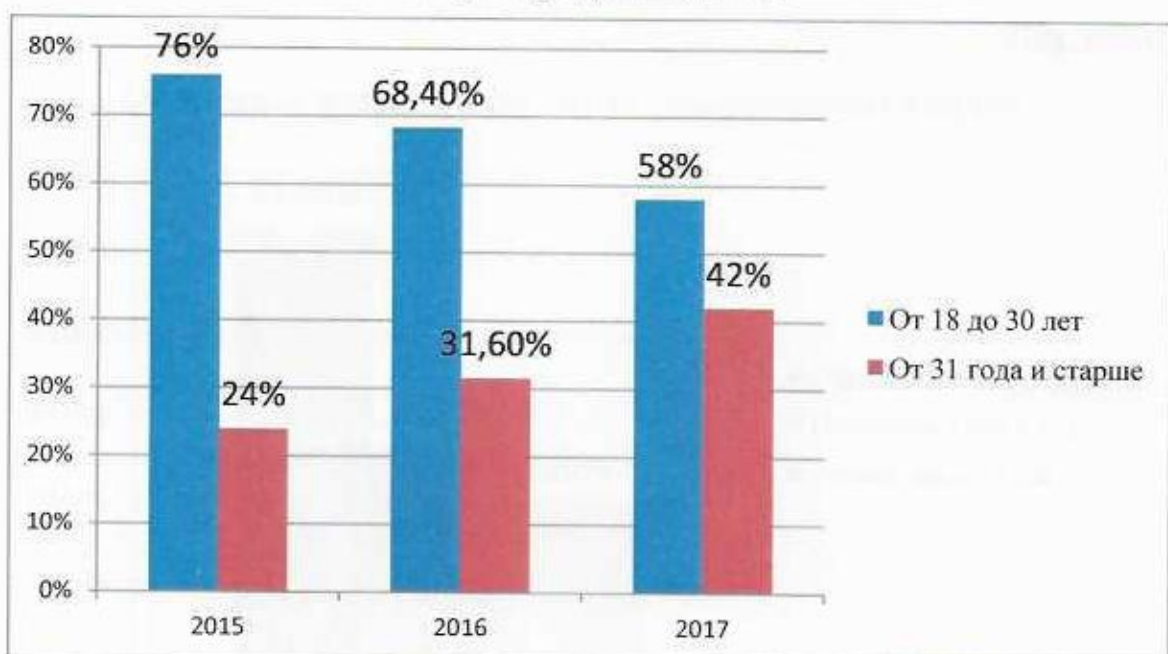


Анкетирование родильниц после операции кесарево сечение.

Я провела анкетирование в послеродовом отделении, родильницам после операции (кесарево сечение). На анкетирование приняли участие 30 родильниц.

Диаграмма 3.

Возраст родильниц КС.



Возраст женщин колебался от 18 до 42 лет. Данные таковы, за 2015 год:

- От 18 до 30 лет – 76%
- От 31 года и старше – 24%

За 2016 год:

- От 18 до 30 лет – 68,4%
- От 31 года и старше – 31,6%

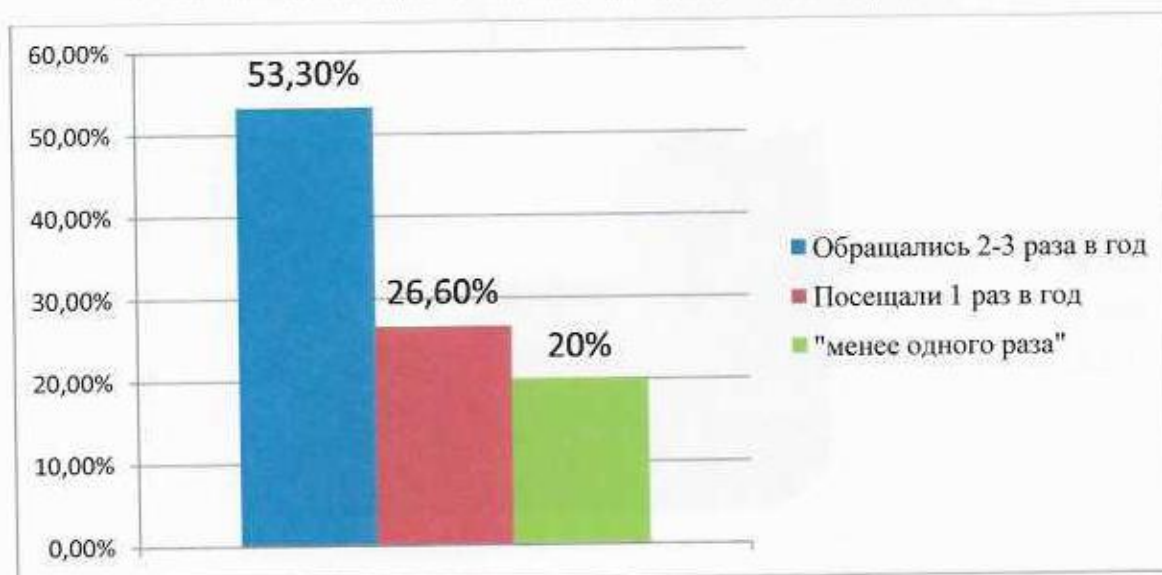
За 2017 год:

- От 18 до 30 лет – 58%
- От 31 года и старше – 42%

Мы изучили отношение женщин к своему репродуктивному здоровью. Показателями отношения к репродуктивному здоровью выступают частота и причины посещения гинеколога, наличие аборта в анамнезе. Частота посещения гинеколога в период до наступления беременности является показателем того, насколько женщины ответственно относятся к поддержанию своего репродуктивного здоровья. Наибольшее количество женщин обращалась к гинекологу 2-3 раза в год (53,3%), 26,6% делали это один раз в год и примерно равное число женщин посещали гинеколога «менее одного раза» (20%)

Диаграмма 4.

Отношение женщин к своему репродуктивному здоровью.



Среди опрошенных респондентов 53,3% имели одно кесарево сечение в анамнезе, 20% - 2 кесарева сечения, у 20% опрошенных первая беременность родоразрешена через естественные родовые пути, а вторая – путем операции кесарева сечения.

Диаграмма 5.



Показания к операции (кесарево сечение)

Диаграмма 6.

Рубец на матке.

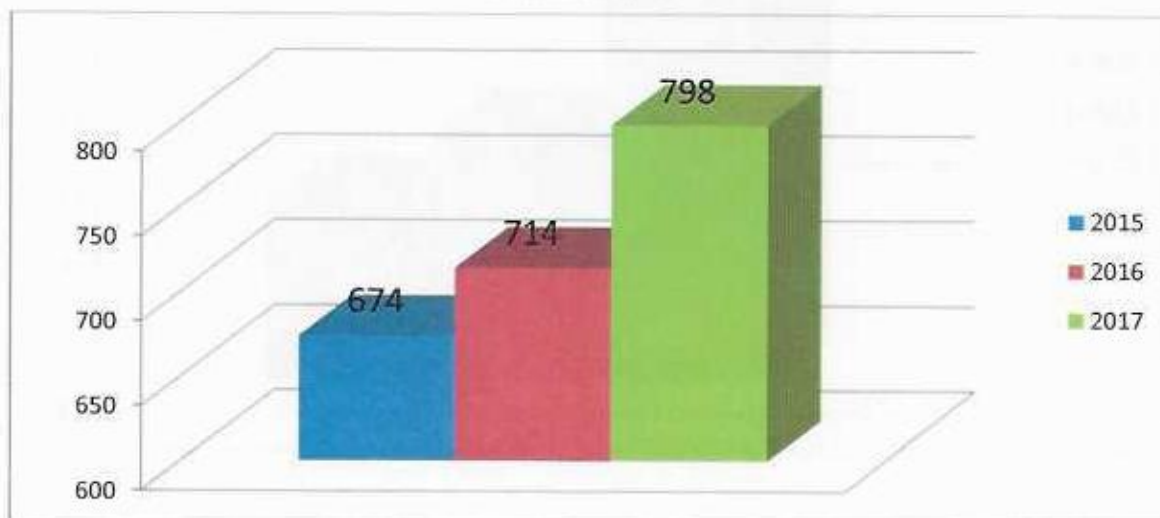
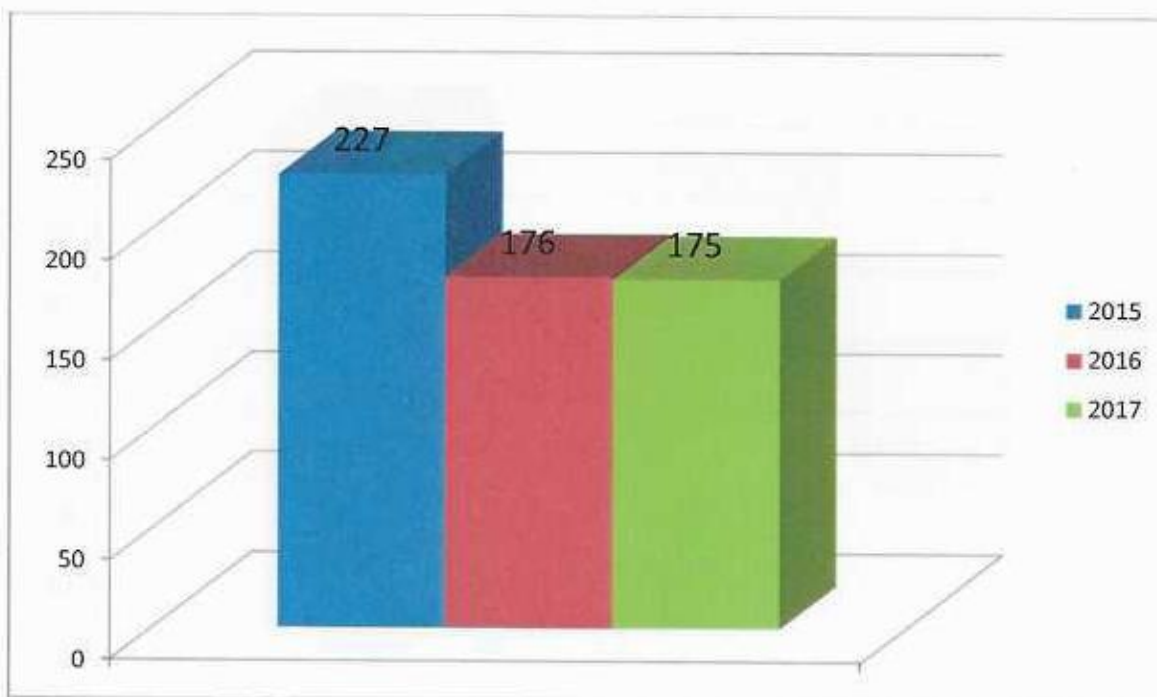


Диаграмма 7.

Преэклампсия, эклампсия.



Диаграмм 8.

Неэффект. родовозбуждение при индуцированных родах.

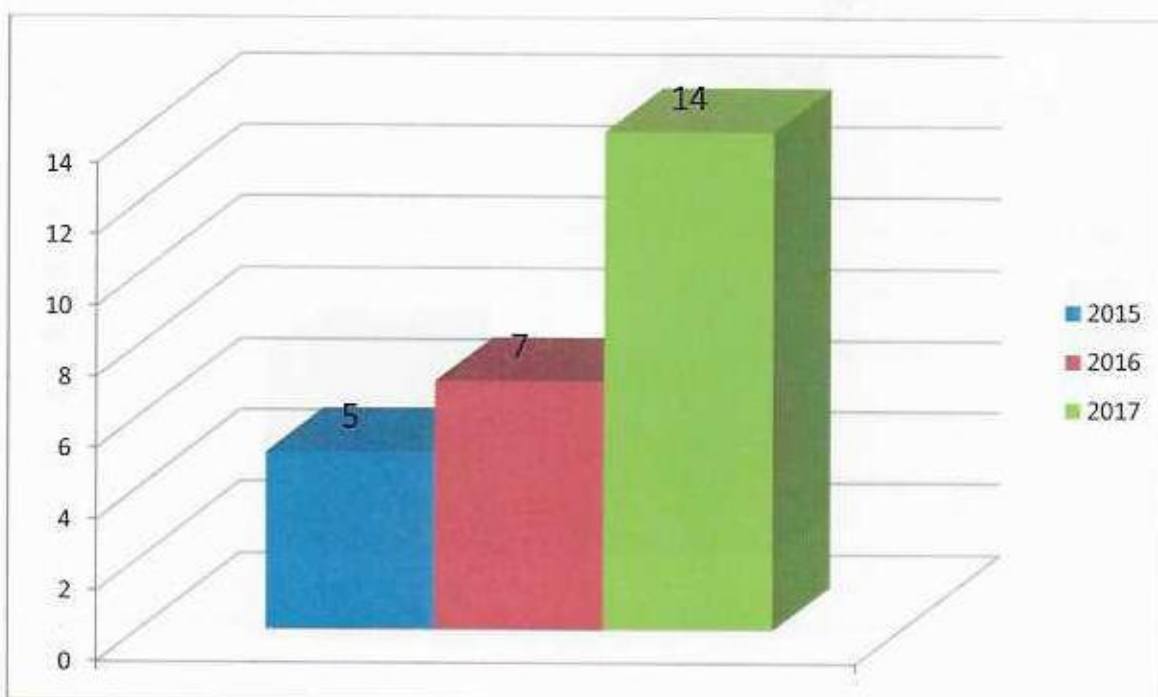


Диаграмма 9.

Преждевременная отслойка нормально распол. плаценты.

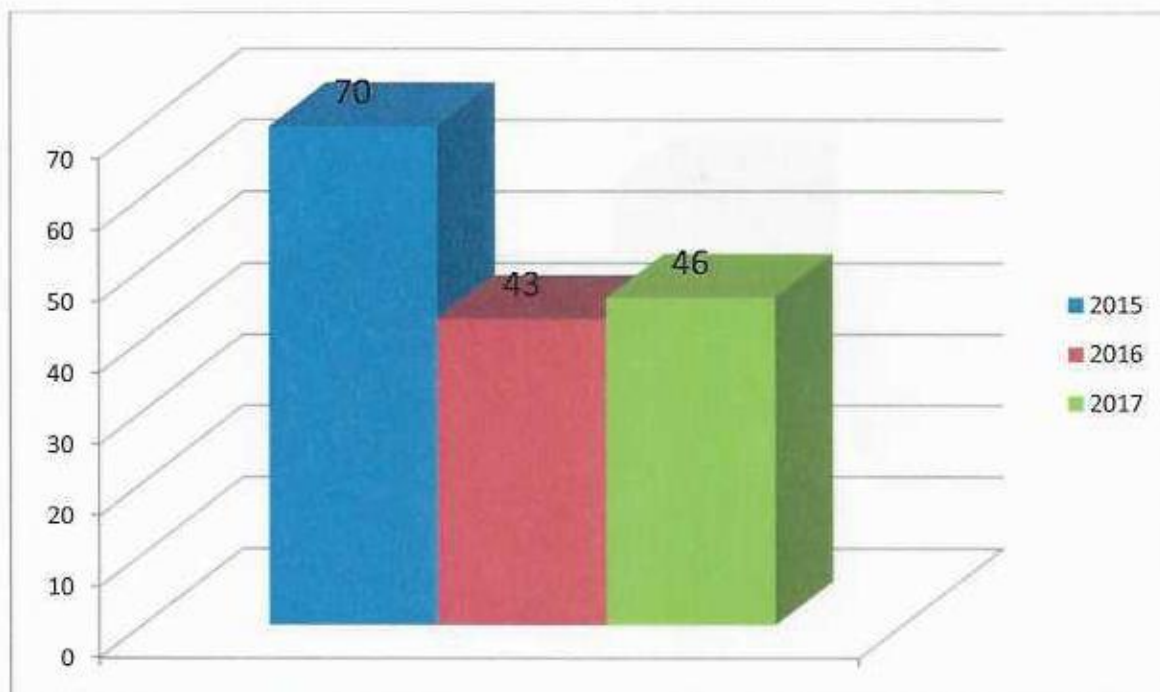


Диаграмма 10.

Предлежание плаценты.

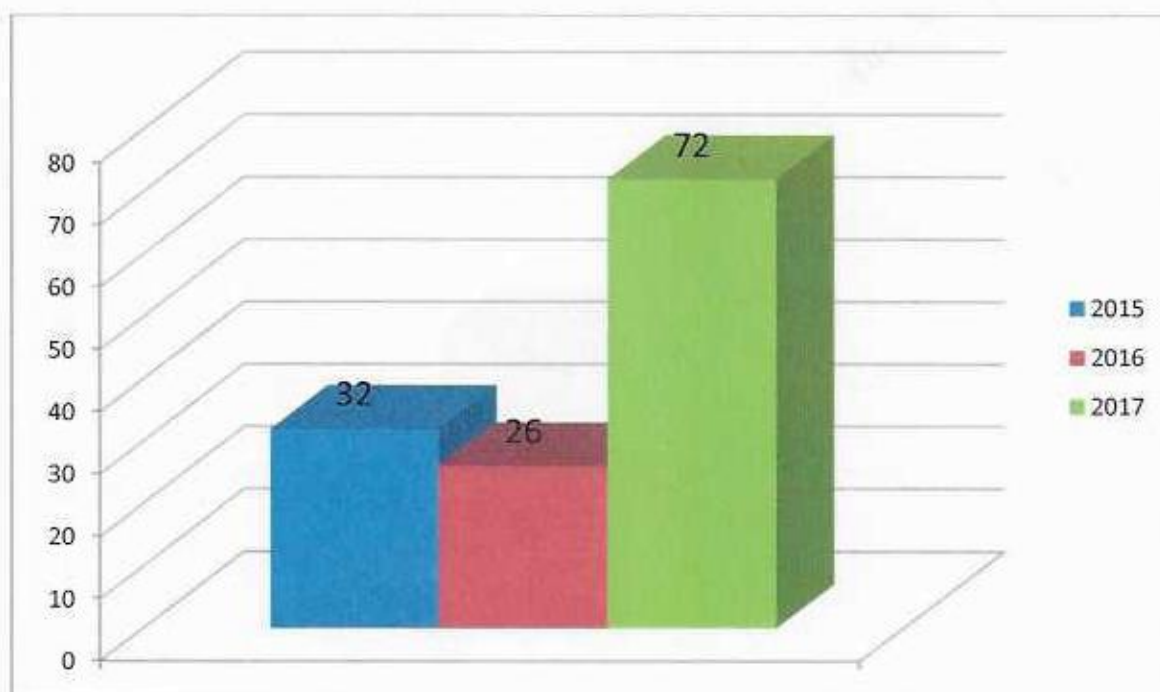


Диаграмма 11.

Клинически узкий таз.

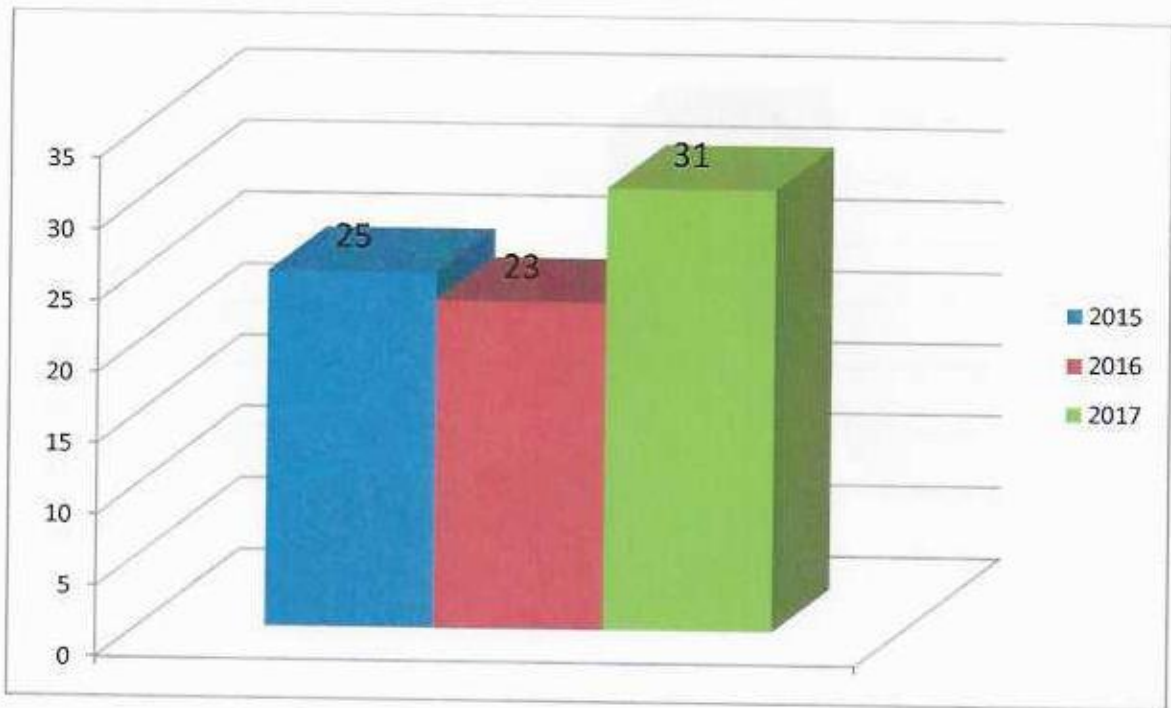


Диаграмма 12.

Аномалия родовой деятельности.



Диаграмма 13.

Тазовое предлежание.

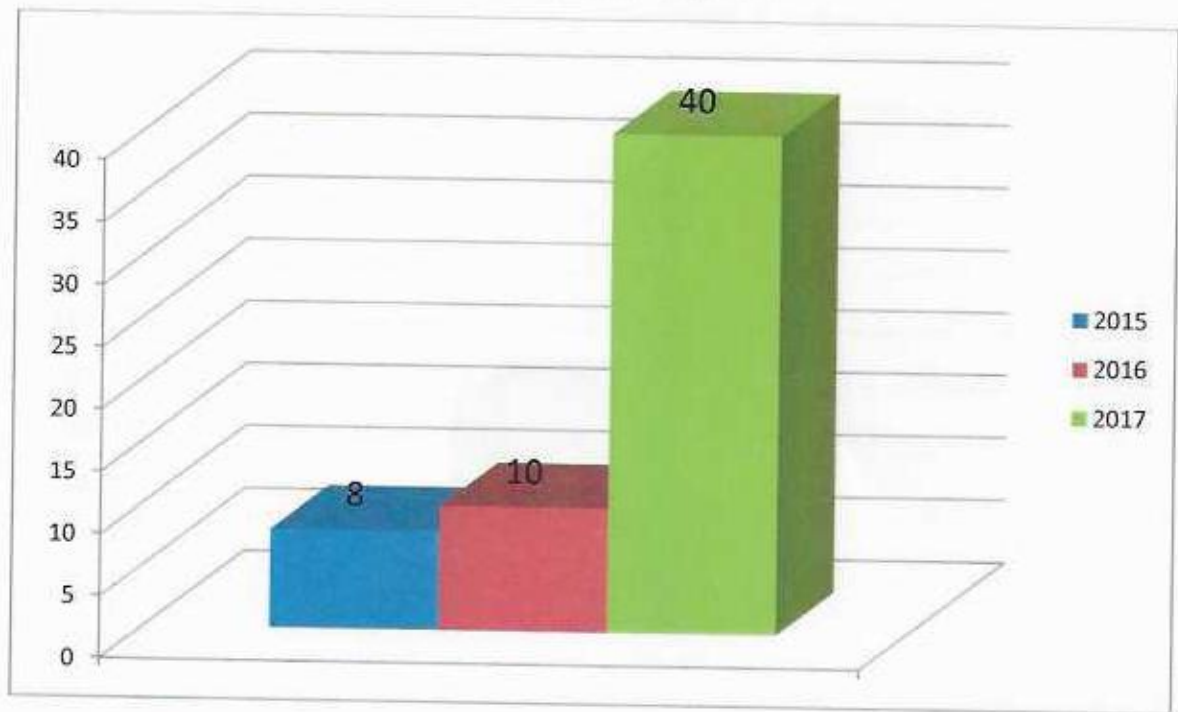
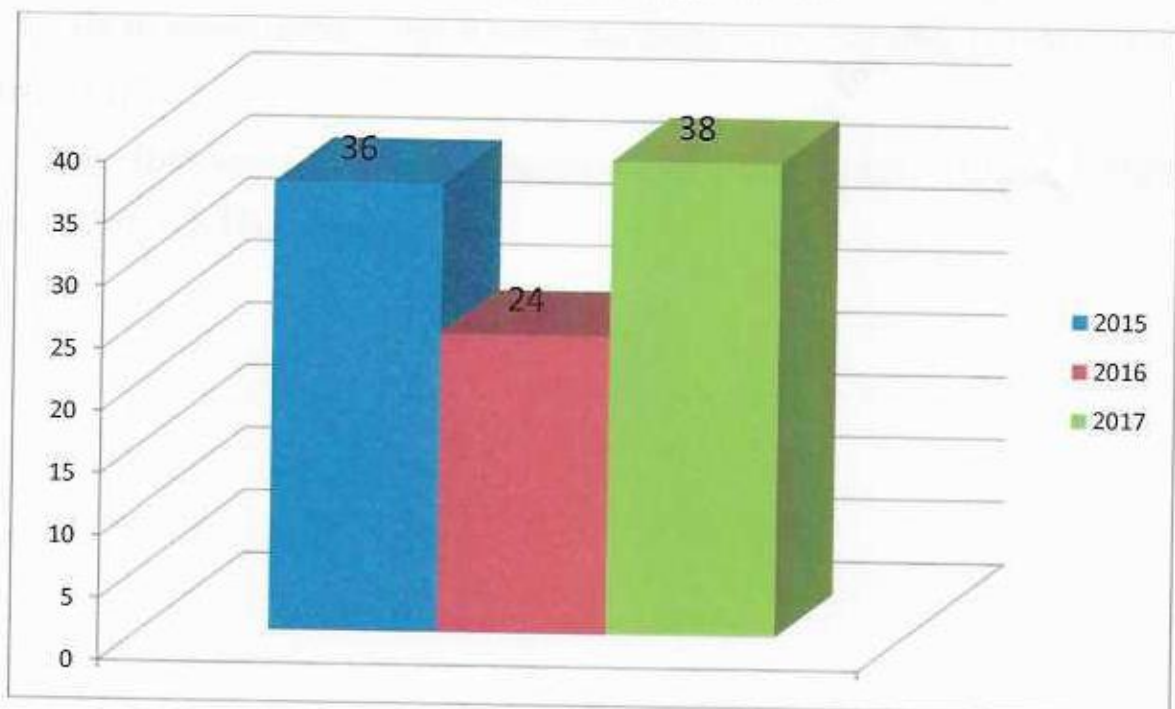
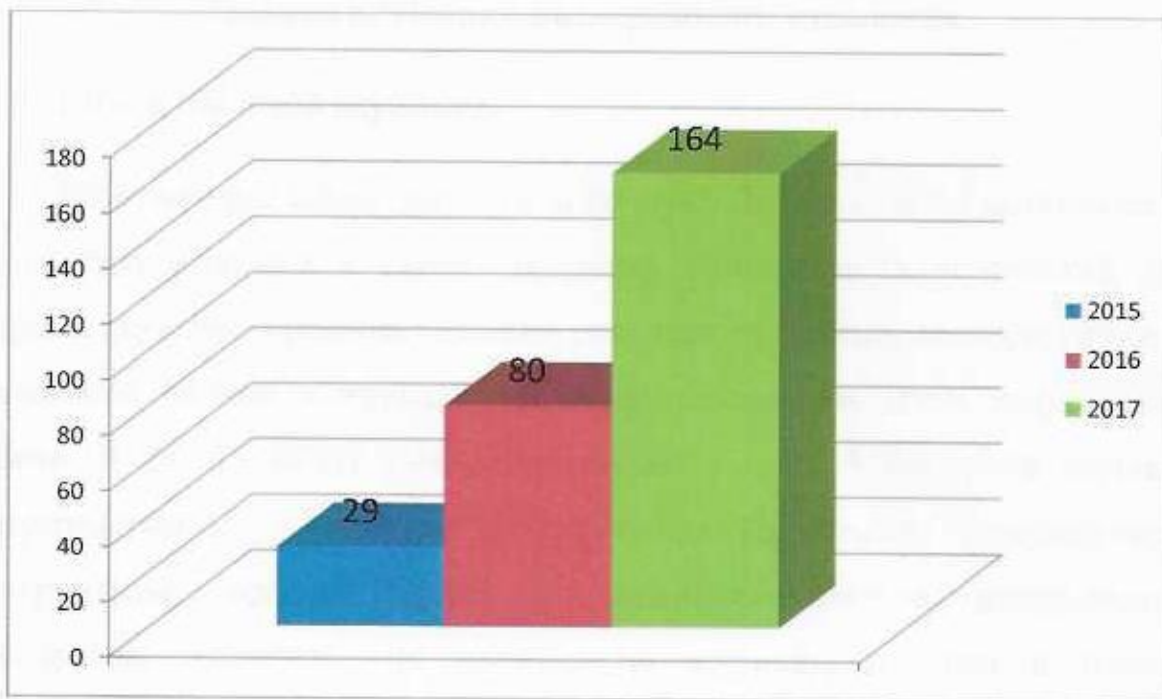


Диаграмма 14.

Экстрагенитальная патология.



Показания со стороны плода.



На **первом** месте – рубец на матке – 53,2% как и в прошлые годы (2015г- 45,3%, 2016г – 47,3%)..

На **втором** месте – преэклампсия, эклампсия – 11,7%, (2015г. – 15,2%, 2016г – 11,7%).

На **третьем** месте – показания со стороны плода - 10,9%, (2015г. – 1,9%, 2016г. – 5,3%).

2.2 Особенности ухода за роженицами после кесарево сечение в АФО ПНЦ №1 ГАУ РС(Я) РБ №1-НЦМ

Задачи акушерки послеродового отделения

Работа постовой акушерки.

Работают две смены дневную и ночную. Дневная смена начинается с 8 часов утра. Приходя в смену, акушерка принимает гигиенический душ, старшая акушерка проверяет кожные покровы, слизистые, температуру тела с занесением данных в журнале ежедневных осмотров, затем допускается к работе. В 7ч. 45 минут смену принимают у ночной дежурной акушерки непосредственно у постели роженицы. Принимают документацию, инструменты, остаток спирта и сильнодействующих лекарственных препаратов, проверяют их наличие по журналу, прихода и расхода, участвуют в утренней конференции отделения, где заведующая отделением и старшая акушерка дают информацию о новых изменениях, приказах, дежурная акушерка ночной смены отчитывается за смену и передает журнал дежурств. Два раза в сутки сдают в ЦСО использованные и обеззараженные инструменты, материал для стерилизации, где проходят дальнейшую обработку и стерилизацию, получают обменный фонд стерильных инструментов, материалов, все фиксируют в журнале для сдачи и приема инструментов и материала.

В 9 часов начинают работу в смотровом кабинете, что включает подготовку родильниц для осмотра врача, ассистирование при малых операциях. Непосредственно перед началом работы надевают чистый халат, моют руки на гигиеническом уровне. Готовят набор продезинфицированных клеенок, передвижную кварцевую лампу, проверяют наличие емкостей с дезинфицирующими растворами. Проверяют пакеты со стерильным материалом их герметичность, наличие бирки с указанием даты стерилизации. Сроки хранения стерильных изделий.

Ассистируют врачу при осмотре рожениц в смотровом кабинете для определения состояния матки, для исключения осложнений в послеродовом периоде. Готовят стерильный стол с набором инструментария: зеркала, корнцанги, пинцеты, ножницы и т.д.

Обработка швов на промежности проводят после эпизиотомии и перинеотомии два раза в день в асептических условиях. Риск развития гнойно-септических осложнений в области раны на промежности значительно выше в связи с постоянным отделением лохии, непосредственной близостью к заднему отверстию.

В связи с этим возникает необходимость более тщательного проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения гнойно-септического осложнения в области раны на промежность. Роженицам со швами рекомендуют проводить туалет наружных половых органов. Перед обработкой внимательно осматривают состояние швов, при наличии гиперемии, отеки кожи вокруг швов сообщают врачу, который решает вопрос о дальнейшей тактике лечения.

По назначению врача: раздают лекарственные препараты, проводят постановку очистительных клизм. Транспортируют рожениц на клиничко-диагностические функциональные исследования - УЗИ, рентген снимки, на консультацию специалистам.

В выходные дни, в ночное время, когда отсутствует процедурная медсестра, выполняют обязанности процедурной медсестры - это своевременное выполнение внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций, инфузионной терапии, забор крови из вены для диагностического исследования. Также в обязанности акушерок входит подготовка истории родов, подклеивание результатов анализов, отметка диуреза, температуры тела, измерение АД и пульса.

В течение всей смены проводят контроль за выполнением родильницами установленного врачом режима питания, соответствия продуктов, принесенных женщине родственниками, контроль за чистотой и порядком палат, за личной гигиеной родильниц.

Акушерка должна иметь соответствующий внешний вид: быть опрятной, скромно одетой, внимательной, ласковой и добросовестной. Неотъемлемой частью работы является медицинская деонтология, умение соблюдать медицинскую этику.

В послеоперационном периоде больные нуждаются в интенсивном наблюдении за деятельностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем, мочевой системы и желудочно-кишечного тракта, за состоянием операционной раны.

Принципы интенсивной терапии в послеоперационном периоде: использование болеутоляющих средств; предупреждение и лечение дыхательной недостаточности (оксигенотерапия, ЛФК, ИВЛ); дезинтоксикационная терапия и коррекция метаболических нарушений (переливание крови, плазмы, кровезаменителей); коррекция нарушений сердечно-сосудистой системы и микроциркуляции (сердечные гликозиды, реополиглюкин); коррекция нарушений мочевой системы и желудочно-кишечного тракта; правильное сбалансированное питание; профилактика тромбоэмболических осложнений (гепарин, аспирин, никотиновая кислота). Особое внимание уделяется контролю за инволюцией матки, функцией лактации у женщин в послеродовом периоде.

В процессе выздоровления после кесарева сечения, за исключением не тронутой промежности, молодой маме предстоит пройти через все основные этапы реабилитации: послеродовые схватки, гормональные изменения и многое другое.

Кроме того, женщину после кесарева ждет еще ряд специфических проблем и особенностей постоперационного послеродового периода. Самое трудное - это встать с кровати после того, как отошел наркоз, и сделать первый шаг. В этот момент рядом обязательно должна находиться медсестра. Попытка встать на ноги может сопровождаться головокружением, тошнотой и даже потерей сознания. Но эти трудности временные.

Сразу по окончании операции женщина находится в ОАР, где за ее состоянием следят акушерки и врач-анестезиолог: в первые 12-24 часа после операции следят за общим состоянием, величиной и состоянием матки, выделениями из половых путей, функцией мочевого пузыря, измеряют пульс, артериальное давление, на нижний отдел живота на 2 часа кладут пузырь со льдом для лучшего сокращения матки и профилактики кровотечения из матки.

После современных операций уже через несколько часов рекомендуется поворачиваться в постели, двигать руками и ногами. Первый раз пациентка поднимается спустя 6 часов после операции. Родильницу поднимает медицинская сестра палаты интенсивной терапии. Сперва нужно посидеть, а потом немного постоять. Для начала этого достаточно. Даже когда женщина еще не начала вставать с кровати необходимым требованием является движение. Врачи посоветуют шевелить пальцами ног, двигать стопами, прижимать их к спинке кровати и поворачивать из стороны в сторону. Более активный двигательный режим начинается после перевода из палаты интенсивной терапии. Лучше заранее позаботиться о приобретении специального послеоперационного бандажа, который значительно облегчит передвижение в первые несколько дней после кесарева сечения. Уже с первого дня можно начинать выполнять минимальные физические упражнения, которые способствуют более благоприятному течению послеоперационного периода.

Перевод в послеродовое отделение возможен спустя 12-24 часа после операции. Ребенок в это время находится в детском отделении. В послеродовом отделении женщина сама может начать ухаживать за ребенком, кормить его грудью и пеленать. Послеоперационный шов осматривается врачом 1 раз в день. Ежедневно медсестра обрабатывает его зеленкой или раствором марганца для удаления возможных бактерий, способных вызвать его воспаление, и заклеивает специальной стерильной повязкой.

Кожный рубец формируется примерно на 7 сутки после операции; следовательно, уже через неделю после кесарева сечения можно совершенно спокойно принимать душ. Только не надо тереть шов мочалкой - это можно будет делать еще через неделю. В течение 7 дней, пока кожный рубец не образовался, можно пользоваться влажными салфетками или мыться по пояс сверху, наклоняясь над ванной или лотком душа.

В послеоперационном периоде должен строго соблюдаться санитарно-гигиенический режим. Продолжительность пребывания в стационаре определяется индивидуально. После кесарева сечения при благоприятном течении послеоперационного периода родильницы выписываются домой на 9-10-е сутки.

Реабилитация после операции включает в себя употребление определенных препаратов, женщина носит бандаж и делает восстановительную гимнастику, соблюдает диету.

Питание женщины после кесарева сечения, также как и после обычных родов, должно быть высококалорийным и разнообразным и содержать 2500- 2800 ккал в день. Предпочтение следует отдавать белковой пище (мясо, молоко, кефир и др.) как основному источнику для синтеза необходимого количества молока и восстановления организма после беременности и родов.

В первые сутки после операции, можно пить минеральную воду без газа. На вторые сутки можно есть бульоны, каши, вареное мясо, печенье, варенье, творог, сметану, пить чай. С третьего дня возможно обычное питание с исключением продуктов, не рекомендуемых при кормлении грудью (рекомендуется молочные каши, фруктовые кисели, овощные бульоны и гарниры, котлеты, приготовленные на пару, вареные мясо и рыба, овощи). Необходимо исключить из своего питания жирное, жареное, копченое, соленое, мучное и сладкое, газировку, чипсы и др.

Выработка молока после кесарева сечения в целом не отличается от таковой после естественных родов, кроме сроков начала и установления лактации. После операции при надавливании на сосок начинает выделяться молозиво, затем - молоко. Молозиво немного, но оно в 10 раз более питательно, чем молоко, поэтому даже небольшого количества молозива хватает, чтобы накормить ребенка в самые первые дни после рождения.

Молоко приходит также, как и после самопроизвольных родов, на 3-10-е сутки (как правило, после экстренных операций, проведенных на фоне начавшейся родовой деятельности, - чуть раньше - на 3-4 е сутки, после плановых операций - на 5-10 е). После перевода в послеродовое отделение женщина должна носить специальный бюстгальтер для предупреждения чрезмерного нагрубания молочных желез. Для предотвращения чрезмерного нагрубания, вызванного выработкой молока, ограничивают питье до 800 мл в сутки. Первое прикладывание к груди возможно уже в палате интенсивной терапии, в первые сутки после операции, если это предусмотрено условиями роддома, или же в послеродовом отделении. Следует тщательно осматривать соски, на поверхности которых не должно быть трещин.

Основным условием для успешной лактации, особенно после оперативных родов, является пребывание женщины в атмосфере полного психологического и физического покоя и ее правильный настрой.

Женщине после кесарева сечения вводится большое количество разных лекарств. Несмотря на использование обезболивающих препаратов, антибиотиков и других лекарств, которые попадают в молоко, после операции кесарева сечения женщина может полноценно кормить ребенка грудью. В послеродовом периоде используются препараты, совместимые с грудным вскармливанием. Наиболее удобной позой при кормлении ребенка для женщин после кесарева сечения в первые дни после операции является поза лежа на боку, укладывая малыша на подушку выше линии шва т.к. в таком положении нет никакого воздействия на послеоперационный шов. В дальнейшем, при восстановлении после операции, возможны и другие позы - стоя, сидя.

При невозможности кормления грудью (при тяжелом состоянии матери или ребенка) необходимо сцеживать молоко по количеству предполагаемых кормлений.

Таким образом, восстановление после кесарева сечения сходно с восстановлением после серьезной операции на брюшной полости. Но кроме восстановления после операции, женщина восстанавливается и после родов. Если не считать практически не травмированной промежности, роженица будет испытывать те же послеродовые трудности, которые испытывала бы после естественных родов: сокращение матки, лохии, нагрубание молочных желез, утомляемость, выпадение волос, повышенную потливость, депрессию, а также усталость и другие последствия.

Осуществление экспертной оценки и ведение карт экспертизы Оценка деятельности среднего медицинского работника складывается из следующих составляющих: профессионализм, стремление к повышению квалификации, отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов. Каждый медицинский работник осуществляет экспертизу в процессе работы в порядке самоконтроля. За основу критериев оценки деятельности медсестер

приняты их функциональные обязанности. Например, основными критериями оценки работы палатной акушеркой являются:

Экспертная карта оценки качества работы среднего медицинского персонала проводит 1 раз в неделю старшая акушерка путем проверки выполнения каждой акушерки своих обязанностей в соответствии с критериями оценки, которые должна разработать администрация. Экспертизе могут подлежать за 1 день работы или за 1 дежурство несколько видов деятельности акушерки. Результаты проверки заносятся в специальную Карту экспертной оценки работы и книгу контроля и экспертной оценки деятельности среднего мед. персонала. Экспертная карта оценки работы заводится персонально на каждую акушерку. Заполненная карта направляется для обработки в подразделение медицинской статистики. Регулярное обсуждение результатов экспертизы в коллективе позволяет принимать конкретные меры по устранению дефектов в работе. При этом следует использовать систему управления КМП в практической деятельности не как инструмент поиска и наказания виновных, а как фактор совершенствования лечебно-диагностического процесса на основе вовлечения в эту работу максимального числа персонала.

Проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)- одна из острейших в современном здравоохранении в связи с высокой заболеваемостью, смертностью и летальностью, а также с причиняемым выраженным социально-экономическим и моральным ущербом. По данным литературы, в развитых странах ИСМП возникают у 3—8% лиц, обращающихся за медицинской помощью. В России ежегодно регистрируется 50—60 тыс случаев ИСМП. По официальным данным, за 10 лет с начала регистрации ИСМП число их в РФ снизилось на 15 088. В то же время, по расчетным данным и результатам выборочных исследований,

ежегодно в Российской Федерации наблюдается 2—2,5 млн случаев ИСМП, а экономический ущерб от них составляет 5,6 млрд руб.

До 45% зарегистрированных случаев ИСМП приходится на инфекции, возникшие в акушерских стационарах, что объясняется несколько лучшей, чем в других стационарах, их регистрацией (которая все-таки и в этих учреждениях далеко не полна).

Приоритетное место в концепции профилактики ИСМП, утвержденной Минздравом России, принадлежит системе эпидемиологического надзора за ИСМП, которая предусматривает слежение за заболеваемостью и факторами, обуславливающими, а также за качеством и эффективностью проводимых мероприятий.

«Входными воротами» инфекции у родильниц являются поврежденные родовые пути. Через поврежденные влагалище, шейку матки и промежность также легко может проникнуть инфекция. Это может вызвать развитие послеродового инфекционного осложнения.

Выполнение правил санитарно-эпидемиологического режима в акушерско-гинекологическом стационаре регламентирует ряд документов:

1. Приказ МЗ СР РФ №572н от 01.11.2012г «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 МЗ РФ, от 18 мая 2010 года «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
3. СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

4. Санитарные правила 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».
5. Приказ №245 от 30.08.1991г «О нормативах потребления этилового спирта, для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения».
6. Приказ №330 от «О правилах выписки хранения наркотических и сильнодействующих препаратов».
7. Приказ МЗ РФ №408 от 1989г « О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».
8. Приказ Ост 42-2-21-85 от 1985г «Стерилизация и дезинфекция изделий мед. назначения».
9. Приказ №288 от 1976г « О санитарно-противоэпидемиологическом режиме ЛПУ».
10. Приказ № 342 от 1999г. « О мероприятиях по профилактике эпидемиологического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
11. Приказ № 170 от 1994г « О совершенствовании профилактики и лечении ВИЧ инфекции в РФ».
12. Приказ № 510 от 1998г « Об организации регистрации ВБИ по форме 60У».
13. Приказ №183 « О проведении конгресса с международным участием «Контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи(ИСМП-2016)»
14. Приказ №254 от 1991 г «О развитии дезинфекционного дела в стране».
15. Приказ №286 от 07.12.1993г «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемых половым путем».

16. Приказ №50 от 10.02.2003г «О совершенствовании акушере ко-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»

Чаще всего в распространении инфекции прослеживается в любой последовательности цепочка персонал-мать-новорожденный.

Таким образом, в акушерских стационарах акушерская диагностика инфекционных состояний предусматривает:

- раннее и полное выявление наличия (отсутствия) инфекционного состояния как у поступающих в стационар рожениц, так и у находящихся в нем на лечении родильниц и новорожденных;
- определение и оценку степени риска для рожениц, родильниц и новорожденных, относящихся к группам риска возникновения инфекционных состояний.

В международной практике для осуществления акушерской диагностики, используются листы акушерской оценки состояния здоровья пациента. Применительно к акушерскому стационару подобные документы необходимо использовать для оценки состояния здоровья рожениц, новорожденных, родильниц. Листы акушерских оценки состояния здоровья пациента должны содержать перечень признаков, на основании которых специалисты акушерского дела могут поставить акушерский диагноз.

В акушерском стационаре к среднему персоналу относятся акушерки и медсестры, функции которых в выявлении инфекционных состояний могут различаться. В задачу акушерки приемного отделения входит первичный осмотр поступающих в роддом рожениц. Акушерка представляется необходимым введение в практику листа оценки здоровья роженицы, поступающей в стационар. В этот лист акушерка должна заносить сведения о

состоянии органов и систем роженицы; о ее обследовании в течение беременности, в том числе о диагностических исследованиях на наличие инфекционной патологии. Кроме того, в листе акушерской оценки состояния здоровья родильницы следует фиксировать обстоятельства, которые могут повлиять на возникновение инфекции у женщины и вызвать инфекцию у плода и новорожденного. При этом акушеркам необходимо знать инфекции, которые могут быть выявлены у роженицы, и возможную частоту их возникновения.

Акушерки, работающие в послеродовых отделениях, способны выявить признаки инфекции в зависимости от ее локализации при наличии характерных клинических проявлений и выраженных клинических симптомов. Для обнаружения инфекционных состояний медсестра может использовать результаты лабораторных исследований. Критерием, позволяющим акушерке выявить наличие инфекционного состояния внутрибольничного происхождения, является появление его симптомов через 48 ч после родов или поступления в стационар. На основании полученных данных акушерок разрабатывают планы акушерского ухода, направленные как на оказание помощи инфицированному новорожденному или родильнице, так и на предупреждение дальнейшего распространения инфекции.

Информация о подозрении на ИСМП должна быть незамедлительно передана лечащему или дежурному врачу, а затем старшей акушерке, которая ставит в известность госпитального эпидемиолога, заведующего отделением и главную медсестру. Последняя также участвует в передаче информации о акушерских диагнозах госпитальному эпидемиологу.

В стационаре необходимо учитывать число манипуляций, связанных с риском возникновения ИСМП. Акушеркам может быть поручен сбор сведений о числе произведенных манипуляций и времени их выполнения

(времени риска), которые следует ежедневно фиксировать в соответствующих учетных формах или компьютере.

Анализируя эффективность деятельности акушерской службы по профилактике ИСМП, старшие и главные акушерки вносят предложения по улучшению качества работы медперсонала, направленной на профилактику ИСМП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выпускная квалификационная работа направлена на изучение послеоперационного ухода и восстановлении женщин после кесарева сечения, содержит анализ основных показателей деятельности за последний год работы в отделении анестезиологии-реанимации. Особое внимание уделено послеоперационному ведению больных.

Объектом деятельности акушерки является женщина, её семья и общество. В настоящее время профессионализм акушерки определяется по таким показателям, как профессиональная и общая компетенции, мобильность и уровень квалификации. Для повышения качества медицинской помощи необходимо повышать квалификацию в соответствии с современными достижениями науки.

Актуальность изучения вопроса о профессиональной оценке квалификации акушерского персонала определяется современными социально-экономическими требованиями, касающимися повышения качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, преодоления низких темпов развития акушерского дела в сравнении с уровнем и темпами развития медицинской науки, ликвидации дисбаланса текучести кадров среднего медицинского персонала и важности повышения качества и уровня подготовки специалистов с акушерским образованием.

В современных условиях модернизации отечественной системы здравоохранения профессионализм и компетентность акушерского персонала требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов акушерского дела.

ВЫВОДЫ.

1. Нами по литературным данным изучено показания, противопоказания и возможные осложнения после кесарево сечения. Средний медицинский персонал играет огромную роль в АФО, выполняя значительный объем работы по уходу за послеоперационными родильницами, медицинские манипуляции, в профилактике внутрибольничных инфекций. Плохо проведенный послеоперационный период, особенно в первые дни, после операции, может привести к неблагоприятному исходу и удлинить послеоперационный период. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений и чуткое отношение к больному создают условия для быстрого восстановления.
2. Анализ деятельности акушерско-физиологического отделения за 2015-2017 гг. ПНЦ№1 ГАУ РС(Я) РБ№1 НЦМ показывает, что число оперативных родов за 2015-2017гг. увеличилось на 65 операций, из них больше по экстренным показаниям, так как данный перинатальный центр является третьей ступенью в оказании акушерско-гинекологической помощи в РС(Я).
3. Особенности ухода за послеоперационными родильницами заключается в том, что после операции требует тщательного послеоперационного ухода со стороны акушерок и младшего медицинского персонала, в уходе применяются современные технологии по уходу за родильницами, такие как совместное пребывание матери и ребенка, исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка и ранняя выписка из акушерского стационара, что позволяет снизить ГСО после операции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бодяжина.В.И. Акушерство. -М., 2014.
2. ВагановН.Н. Здоровье женщин России. – М., 2009. – 96с.
3. Дзигуа М. В. Физиологическое акушерство: учебник / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с. : ил.
4. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. пособие - Ростов н/Д., Феникс, 2014. - 348 с.
5. Никитина Ю.П. Руководство по медицинской профилактике. – М.:Геотар-Медиа,2011г. -439с.
6. Радзинский. В.Е. Акушерство // учебник/ под редакцией проф. – М ГЭОТАР-Медиа- 2008.- 678стр.
7. Славянова И.К. Акушерство и гинекология. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014- 573 с.
8. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. -Ростов н/Д., 2015.
9. Смирнова Л.М. и др. Акушерство и гинекология. - м.,2014.
- 10.Журнал. Медицинская сестра. 1, 2,3,4/2017.
- 11.Журнал. Медицинская сестра 8/2017.
- 12.Якутский медицинский журнал.-2016.-39с.
- 13.www.razlib.ru/medicina/
- 14.litperevod.ru/perinatal.htm
- 15.www.doctor.tj/gynecology/index3.php

Статистические данные родов за 2015-2017гг.

Таблица 1.

		2015г.	2016г.	2017г.
1	Всего родов	2260	2254	2258
2	Оперативное родоразрешение	1489	1508	1554
	% оперативных родов	(65,9%)	(66,9%)	(68,8%)

Соотношение плановых и экстренных операций кесарево сечение за 2015 -2017гг.

Таблица 2.

№		2015 г.		2016 г.		2017 г.	
		экстр	план	экстр	план	экстр	план
1	Пособия	938	551	931	577	952	602
2	Всего	1489		1508		1554	

Структура оперативного родоразрешения в ПНЦ

Таблица 3.

	2015г.		2016г.		2017г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рубец на матке	674	45,3	714	47,3	798	53,2
Преэклампсия,эклампсия	227	15,2	176	11,7	175	11,7
Неэффект. родовозбуждение при индуцированных родах	5	0,3	7	0,5	14	0,9
Преждевременная отслойка нормально распол. плаценты	70	4,7	43	2,9	46	3,1
Предлежание плаценты	32	2,1	26	1,7	72	4,8
Клинически узкий таз	25	1,7	23	1,5	31	2,1
Аномалия родовой деятельности	-		18	1,2	28	1,9
Тазовое предлежание	8	0,5	10	0,7	40	2,7
Экстрагенитальная патология	36	2,4	24	1,6	38	2,5
Показания со стороны плода	29	1,9	80	5,3	164	10,9