
РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Т.Н. Маркова

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России
E-mail: med@oparina4.ru

Представлены данные о работе акушерского физиологического отделения. Показана роль акушерки в наблюдении родильниц в послеродовом периоде.

Ключевые слова: послеродовой период, акушерка, профессиональные навыки, общение с родильницами.

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют срок, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6–8 нед. Начало пуэрперального периода можно установить точно, но совершенно определенных признаков его окончания не существует, так как обратное развитие всех органов и систем (инволюция) происходит разными темпами, что зависит

от целого ряда факторов, связанных как с конституциональными особенностями организма, так и с внешними условиями (покой, уход, питание и т.д.).

Различают ранний и поздний послеродовой периоды. По данным отечественных авторов (Айламазян Э.К., 1999; Жордания И.Ф., 1965; Бодяжина В.И. и др., 1986; Савельева Г.М., 2000), ближайшие 2 ч, а по данным ВОЗ и зарубежных авторов – 1 ч, после рождения последа выделяют как ранний послеродовой период. Некоторые авторы склонны считать ранний послеродовой период 4-м периодом родов, потому что он является крайне ответственным из-за возможности возникновения опасных для жизни родильницы осложнений, например кровотечения. Имеется

путаница в определении раннего и позднего послеродового периодов. По данным Б.Л. Гуртового (1992), ранний послеродовой период – это первые 8–12 дней после родов, а поздний – срок до конца послеродового периода, т.е. до 6–8 нед после родов. Все же, по мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, а также экспертов ВОЗ ранний послеродовой период – первые 1–2 ч после рождения последа, а поздний начинается спустя 24 ч и продолжается до 6–8 нед после родов. Таким образом, единого мнения на этот счет нет.

С нашей точки зрения, прав Б.Л. Гуртовой, так как если считать, что первые 1–2 ч после родов – ранний послеродовой период, то поздний – от 2 ч до 6–8 нед после родов. Но это нелогично, поскольку в организме роженицы происходят значительные изменения, развивающиеся в течение не часов, а дней, недель и даже месяцев. На наш взгляд, ранний послеродовой период при неосложненном его течении продолжается не 2 ч, а 5–7 дней после родов. В это время частично нормализуется функция сердечно-сосудистой и легочной систем, происходит инволюция матки, наступает эпителизация слизистой оболочки матки, лохии приобретают серозный цвет, нормализуются показатели крови и гемостазиограмма, устанавливается лактация, нормализуется функция кишечника и мочевого пузыря. Послеродовой период совпадает с началом формирования семейных связей на новой основе, болезнь матери или ребенка может нарушить этот процесс.

В послеродовом периоде в центральной нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной, пищеварительной, иммунной и других системах организма роженицы происходят интенсивные процессы морфофункциональной перестройки. Наиболее выражены они в эндокринной, половой системах и молочных железах. Функция молочных желез достигает своего расцвета в послеродовом периоде. Темп инволюционных процессов максимально выражен в первые 8–12 дней после родов.

Изменения в организме женщины при неосложненном течении послеродового периода являются физиологическими. Однако даже здоровая роженица нуждается в особом режиме и тщательном наблюдении, что способствует более быстрому восстановлению основных физиологических функций организма, инволюции половых органов, нормальной лактации и, что особенно важно, снижает опасность возникновения послеродовых инфекционных осложнений. С целью раннего доклинического выявления осложнений со стороны матки в нашем учреждении всем роженицам на 3–4-е сутки после родов выполняют УЗИ матки.

Основная задача послеродового отделения – в течение 4–7 дней провести интенсивную реабили-



тацию женщины, так чтобы после выписки она смогла выполнять функции матери и жены и у нее не было оснований для повторной госпитализации. Условно выделяют 2 группы рожениц: после родов и после кесарева сечения. Последним требуется дополнительный уход в первые 3–5 сут. По разработанному внутреннему клиническому протоколу при операции кесарева сечения проводится антибиотикопрофилактика (предоперационная – за 15 мин до разреза кожи пациенткам без признаков инфекции вводят антибиотик) и/или антибиотикотерапия (применение антибиотиков в течение 3–7 дней). Эти меры признаются эффективными при отсутствии лихорадки в течение 48 ч, нормальных показателях клинического анализа крови. В отделении в 2010 г. прошли реабилитацию 788 (47%) рожениц после родов, в том числе 4 (0,3%) – после наложения щипцов и 4 (0,3%) – после вакуум-экстракции плода, и 885 (52,8%) – после кесарева сечения.

В течение всего срока пребывания в послеродовом отделении за роженицей систематически наблюдают врач и акушерка.

Задачи акушерки:

- ежедневное наблюдение за роженицей (фиксируют самочувствие, внешний вид, жалобы, температуру, пульс, артериальное давление, состояние матки, молочных желез, характер и количество выделений, физиологические отправления, обработку швов на передней брюшной стенке и промежности);
- уход;
- общение, психологическая, эмоциональная и информационная поддержка;
- соблюдение правил асептики и антисептики, профилактика гнойно-септических заболеваний у рожениц и новорожденных;
- участие в становлении лактации и налаживании грудного вскармливания (объяснение преимуществ грудного вскармливания, механизма лактации, прикладывание новорож-

денного к груди сразу после родов, оказание помощи при кормлении ребенка, обучение правильному сцеживанию молочных желез и т.д.).

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова действует акушерское физиологическое отделение (АФО) на 60 коек. В отделении – 4 поста, каждый из которых имеет свои особенности. Так, в ведении поста №1 – 20 коек для родильниц после родов и кесарева сечения, дети которых родились в удовлетворительном состоянии и наблюдаются в отделении физиологии новорожденных. Мы планируем на этом посту оборудовать палаты для совместного пребывания матери и ребенка.

Пост №2 ведает 14 койками, занятыми родильницами, дети которых проходят лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а также в отделении хирургии новорожденных. Эти пациентки – наиболее сложные как с точки зрения акушерской и экстрагенитальной патологии, так и по психоэмоциональному статусу. Они нуждаются не только в тщательном наблюдении и уходе, но и в повышенном внимании, участии и психологической поддержке.

Задача постов №3 и 4 (26 коек, в том числе 4 семейные палаты) – обеспечение совместного пребывания в палатах матери и ребенка. Смысл этого – в повседневном уходе матери за ребенком под наблюдением медицинского персонала. Работа на таком посту требует от акушерки предельной выдержки, тактичности при общении с родильницами, а также с их родственниками, находящимися в «семейных» палатах. За последние 7 лет в АФО число родов возросло на 34,9%. Общее число койко-дней составило 10502, что на 24,6% больше, чем в предыдущий год. Улучшились показатели работы койки, ее оборот. Средняя длительность пребывания на койке не изменилась и составила 6,6 дней (после самопроизвольных родов – 5,5, после оперативных – 7,2). Следует отметить, что совместное пребывание в палате матери и ребенка обеспечивает приобретение мамами (особенно – первородящими) правильных навыков ухода за ребенком, положительно влияет на психоэмоциональное состояние родильниц, углубляет материнский инстинкт. Взаимодействие между матерью–ребенком наилучшим образом сказывается на грудном вскармливании, способствует снижению частоты гипогалактии (в 2009 г. – 3,7%, в 2010 г. – 1,6%). В связи с этим в 2011 г. увеличено число коек совместного пребывания до 60%.

Противопоказаниями для совместного пребывания в палате матери и ребенка со стороны матери являются тяжелые экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности и родов (преэклампсия, массивная кровопотеря, разрыв промежности III сте-

пени и др.). Со стороны ребенка – тяжелое состояние, требующее лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии. Временные противопоказания: инфекционно-воспалительные заболевания матери в остром периоде, ухудшение соматического или психического статуса матери и состояния ребенка. Индивидуальный и свободный режим вскармливания возможен только в условиях совместного пребывания матери и ребенка, он способствует снижению частоты лактостазов, трещин сосков, лактационных маститов и гипогалактии.

Профессиональные навыки акушерки играют немаловажную роль в выявлении послеродовых осложнений. Различают инфекционные и неинфекционные послеродовые заболевания. К послеродовым инфекционным заболеваниям в первую очередь относятся воспалительные заболевания половой системы: инфицированная рана промежности, наружных половых органов, влагалища, шейки матки, раны передней брюшной стенки после кесарева сечения, лохиометра, эндометрит, параметрит. Кроме того, выделяют послеродовые инфекционные заболевания экстрагенитальной локализации: тромбоз вен; тромбоз поверхностных вен; тазовый тромбоз; послеродовый мастит; инфекцию мочевых путей – цистит, пиелонефрит, бессимптомную бактериурию); осложнения со стороны легких (ацинозные ателектазы, пневмония) и сердца (септический эндокардит). К особенно тяжелым инфекционным заболеваниям послеродового периода относят перитонит, сепсис, септический шок. Следует обратить внимание на очень низкую частоту эндометритов, расхождения швов промежности и передней брюшной стенки.

Наиболее частая неинфекционная патология послеродового периода – анемия – диагностируется у 20–30% родильниц. При наблюдении за родильницами следует обращать внимание на их самочувствие, активность, окраску кожных покровов и т.д.

В последние годы при обезболивании родов и кесарева сечения все чаще применяются регионарные методы (эпидуральная и спинальная анестезия). В нашей клинике они используются при родоразрешении у 70–90% родильниц. В ряде случаев наблюдаются осложнения эпидуральной или спинальной анестезии: буллы, цефалгии, нарушение мочеиспускания.

Акушерка послеродового отделения должна быть высококвалифицированной, знать особенности течения послеродового периода при физиологических и патологических родах, кесаревом сечении, экстрагенитальной патологии; в экстренных ситуациях она должна уметь оказывать доврачебную помощь; кроме того, ей следует знать нормативные документы, определяющие деятельность акушерского стационара, уметь налаживать контакт с родиль-

ницей и ее родственниками, быть внимательной, отзывчивой.

Находясь рядом с женщиной в течение суток, акушерка играет важную роль в выявлении ранних признаков патологии послеродового периода, что позволяет вовремя скорректировать их и предотвратить серьезные осложнения. Кроме того, именно акушерка, несомненно, играет главную роль в налаживании грудного вскармливания.

Рекомендуемая литература

Айламазян Э.К. Акушерство. – СПб., 1997.

Бабичева Т.В. Неосложненное течение послеродового периода в современных условиях: Дисс. ...канд. мед. наук. – М., 2004.

Баев О.Р. Комплексная эхографическая оценка послеродовой инволюции матки / Применение ультразвуковой и новых видов энергий в диагностике, терапии и хирургии. – М., 1986. – С. 6–8.

Беременность и роды. Кокрановское руководство. – М.: Логосфера, 2010. – С.353–387.

Гуртовой Б.Л. Физиология и патология послеродового периода / Справочник по акушерству и гинекологии. – М., 1992. – С.162–158.

Кулагина Н.В. Психологические и физиологические особенности течения послеродового периода при совме-

стном пребывании родильниц и новорожденных: автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – СПб., 1996.

Савельева Г.М. (ред.) Акушерство. – М., 2000.

Сильвер Х., Смит Л. Послеродовой период / Акушерство: справочник Калифорнийского университета. – М., 1999. – С. 598–615.

Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г. и др. Физиология и патология послеродового периода. – М., 2004.

Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период. – М., 2006.

Cunningham F.G., MacDonald P.C. et al. Williams Obstetrics. – 21 st ed. – N.Y., 2001.

THE ROLE OF A MIDWIFE IN THE POSTPARTUM PERIOD

T.N. Markova

V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and Social Development of Russia, Moscow

The paper gives data on the work of an obstetric physiological department. It shows the role of a midwife in observing puerperal women.

Key words: *postpartum period, midwife, professional skills, contact with puerperas.*