

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Фізіологічний післяпологовий період»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії
клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Фізіологічний післяпологовий період

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Значна частина патологічних станів, що виникають у післяпологовий період, зумовлена ускладненнями пологової діяльності, не належним доглядом за роділлею та породіллею. Профілактика виникнення цих станів, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень. Величезна роль медичних працівників усіх ланок у попередженні ускладнень: медичної сестри палати новонароджених, пологового блоку, патронажної медичної сестри.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

1. Загальне уявлення про післяпологовий період (ранній, пізній).
2. Зміни в організмі породіллі.
3. Режим післяпологового відділення.
4. Догляд за породіллею.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Пояснити фізіологію післяпологового періоду (раннього, пізнього).
2. Охарактеризувати зміни в організмі породіллі.
3. Розказати про режим післяпологового відділення.
4. Знати як доглядати за породіллею.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 4. Вести медичну документацію за формами, встановленими нормативно-правовими документами.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .

РН. 14. Здійснювати заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення з метою покращення демографічної ситуації.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні компетентності:

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Результати навчання:

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: анатомія та фізіологія людини, фармакологія та медична рецептура, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, медичні препарати, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	Вміти показати будову жіночих статевих органів, на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати необхідні медичні препарати, термінологію, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви патології.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань органів черевної порожнини та малого тазу.
3. Внутрішньопредметна	Анатомію та	Зібрати

інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	фізіологію жіночих статевих органів, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і систем; медичні препарати.	акушерський анамнез; проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхве дослідження; проводити пальпацію молочних залоз.
---	---	--

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації здобувачів освіти, обладнання	Розподіл часу у %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу: - Загальне уявлення про післяпологовий період (ранній, пізній). - Зміни в організмі породіллі. - Режим післяпологового відділення. - Догляд за породіллею.	аП аП аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %
1.	2.	3.	5.	6.

	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки здобувачів освіти		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в акушерстві: підручник /</i> С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.149-160	10-15%
--	--	--	--	--------

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
- б) тези або конспект лекції:

ФІЗІОЛОГІЧНИЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

Післяпологовим (puerperium) називається період після народження посліду, впродовж якого в організмі жінки настає зворотній розвиток процесів (involutio), що виникли у зв'язку з вагітністю та пологами в статевих органах, ендокринній, нервовій, серцево-судинній та інших системах. Відбувається також становлення і розквіт функції молочних залоз. Даний період триває, приблизно, 6-8 тижнів. Жінку у цей час називають породіллею. Розрізняють ранній та пізній післяпологовий період. Ранній післяпологовий період триває протягом перших 2-х годин з моменту видалення посліду. Породілля при цьому знаходиться в пологовому залі, так як саме в цей час, в більшості випадків, виникають післяпологові кровотечі різного генезу.

Пізній післяпологовий період розпочинається з моменту переведення породіллі в післяпологове відділення і триває, приблизно, 6-8 тижнів в залежності від зникнення в організмі жінки змін, пов'язаних з вагітністю і пологами.

Загальний стан породіллі і зміни у внутрішніх органах

При нормальному перебігу післяпологового періоду загальний стан породіллі задовільний. Відразу після пологів породілля відчуває втому і хоче спати. При наявності травми м'яких тканин родових шляхів у перші дні

породілля відзначає непостійний і стихаючий біль в ділянці зовнішніх статевих органів і промежини (у місцях розривів та саден).

Температура тіла нормальна. В першу добу може бути одноразове незначне ($37,5^0$ - $37,7^0$ C) підвищення температури тіла обумовлене нервовим і фізичним перенапруженням. Поступово нормалізується збудливість кори великого мозку, підкоркових центрів і спинного мозку. З організму виводяться гормони, які виробляються у плаценті (реакція на хоріонічний гонадотропін стає негативною на кінець першого тижня), зникають зміни, що виникли у гіпофізі в зв'язку з вагітністю.

Обмін речовин у перші тижні післяпологового періоду підвищується, але згодом стає нормальним. Основний обмін досягає звичного рівня на 3-4 тиждень після пологів.

Серце у породіль набуває звичного (більш вертикального, ніж під час вагітності) положення, що пояснюється опущенням діафрагми. Зменшується об'єм циркулюючої крові. У зв'язку з цим в післяпологовому періоді полегшується робота серця. Артеріальний тиск нормальний, пульс ритмічний задовільного наповнення (70-75 уд. за 1хв).

В зв'язку з опущенням діафрагми місткість легень збільшується, об'єм і частота дихання відповідає таким у не вагітних жінок.

У післяпологовому періоді поступово зникають зміни в системі кровотворення. В перші дні після пологів нерідко спостерігається незначне збільшення рівня лейкоцитів. Ці зміни незабаром зникають і склад крові стає звичайним.

Нирки функціонують нормально. Показники клубочкової фільтрації і канальцевої реабсорбції повертаються до величин, характерних для не вагітних жінок. Діурез дещо підвищений. В перші дні після пологів у багатьох жінок буває затримка сечі. Сечовий міхур переповнюється, дно його піднімається над лобковим симфізом. Породіллі не відчувають позивів до сечовипускання або воно утруднене. Це пояснюється зниженням тону м'язів, виникненням набряків і дрібних крововиливів у шийці сечового міхура внаслідок стискання його між головою плода і стінкою таза. При цьому через значний тиск можуть пошкоджуватись нервові елементи, що теж призводить до розпаду сечовипускання. Певну роль відіграють розслаблення м'язів черевної стінки, яка не чинить опору переповненому сечовому міхуру.

Органи травлення функціонують нормально. Апетит добрий, а у матері-годувальниці може бути підвищений. Нерідко спостерігається закреп внаслідок атонії кишок. Зниженню тону кишок сприяє розслаблення черевної стінки, обмеження рухів при постільному режимі, нераціональне харчування. Нерідко спостерігається розширення гемороїдальних вен, у деяких породіль утворюються гемороїдальні вузли. Розширення цих вен з часом зникає, гемороїдальні вузли мало турбують породіллю, якщо не защемлюються.

Зміни в статевих органах в післяпологовому періоді

Найзначніші зміни в післяпологовий період відбуваються в статевій системі жінки, особливо в матці.

Інволюція матки

У перші години після періоду відбувається значне тонічне скорочення матки. На тлі підвищеного тонуусу виникають периферичні скорочення м'язів (послідові перейми), які сприяють зменшенню розмірів матки. При цьому стінки матки товщають, вона набуває кулястої форми, трохи сплющеної у напрямку спереду-назад.

Дно матки на початку післяпологового періоду розташоване на 13-15см вище від лобкового симфізу, довжина її порожнини (від зовнішнього вічка цервікального каналу до дна) досягає 15-20см, товщина стінок в ділянці дна дорівнює 4-5см. Поперечний розмір матки, безпосередньо після пологів, становить 12-13см, маса – 1000г. Передня і задня стінки матки прилягають одна до одної.

Скорочується матка у напрямку від дна до шийки. Скоротлива здатність нижнього відділу і шийки матки значно нижче, тому в нижньому відділі стінка матки тонша. Піхвова частина шийки матки звисає в піхву, краї її стоншені, часто мають бокові розриви і поверхневі ушкодження (надриви). Внаслідок скорочення тіла матки і циркулярного шару міометрію, що розташований навколо внутрішнього вічка, позначається межа між верхнім і нижнім відділами матки. Дно матки у перші дні післяпологового періоду дотикається черевної стінки, між тілом і шийкою матки утворюється кут, відкритий наперед (antlexio uteri). Цьому сприяє розслаблення зв'язкового апарату і те, що породілля лежить на спині. В перші дні після пологів рухомість матки підвищена, що також пояснюється розтягненням і недостатнім тонусом її зв'язкового апарату. Матка легко зміщується вгору, особливо при перетовненні сечового міхура.

Зменшенню розмірів і маси матки сприяють скорочення її м'язів та морфологічні зміни, що відбуваються при цьому. М'язи, які скорочуються, стискають стінки кровоносних і лімфатичних судин. Просвіт судин звужується, багато з них закриваються і зазнають облітерації. Внаслідок цього відбувається різке обмеження живлення клітин міометрію, їх жирове переродження, розпад та розсмоктування.

Про стан скорочення матки судять за рівнем стояння її дна. Протягом перших 10-12 діб після пологів дно матки опускається щодня, приблизно, на 1-1,5см. У першу добу після пологів дно матки знаходиться на рівні пупка (у зв'язку з підвищенням тонуусу м'язів тазового дна), що вище, ніж відразу після пологів. В кожну послідовуючу добу рівень стояння дна матки зменшується на один поперечний палець. На другу добу дно матки розташоване вище від лобкового симфізу на 12-15см, на четверту добу на 9-11см, на шосту добу на 8-10см, на восьму добу на 7-8см, на десяту добу на 5-6см і на дванадцять-чотирнадцять добу знаходиться за лоном. На кінець 6-8-го тижня після пологів, матка за розмірами відповідає такій у невагітної жінки (у матерів-годувальниць навіть може бути меншою). Маса матки на кінець першого тижня зменшується більш ніж наполовину (на 500-600г), другого тижня до 350г, третього тижня до 200г, а на кінець післяпологового періоду 60-70г.

Інволюція матки залежить від загального стану організму жінки, віку, кількості попередніх пологів, особливості протікання вагітності і пологів. При багатоплідній вагітності, багатоводді, крупному плоді і аномалії родової діяльності інволюція матки затримується (субінволюція матки).

Своєрідним шляхом відбувається заживлення внутрішньої поверхні матки, яка після відокремлення плаценти та оболонок становить собою велику раньову поверхню, особливо в ділянці плацентарної площадки, оскільки під час пологів відокремлюється поверхнева частина відпадаючого шару слизової оболонки. На оголеній стінці матки можна виявити тільки базальний шар епітеліальної тканини ендометрію і залишки глибокого залозистого шару відпадаючої оболонки. Велика кількість дрібних клітин, що з'являються серед залишків децидуальної тканини, утворюють шар грануляційної тканини – грануляційний вал. Останній швидко покривається епітеліальним шаром, який утворюється із залишків залоз. Розростання епітелію призводить до регенерації раневої поверхні і перетворенню її в типову слизову оболонку. Ранова поверхня в області плацентарної площадки повністю покривається тонким шаром клітин слизової оболонки на десяту добу післяпологового періоду. Відновлення повноцінного ендометрію завершується тільки через вісім тижнів після пологів.

Лохії

У процесі загоювання внутрішньої поверхні матки з'являються післяпологові виділення. Фрагменти децидуальної тканини, обривки плідних оболонок, згустки крові піддаються фагоцитозу і активному протеолізу з утворенням раневого секрету – лохій (lochia). Характер лохій змінюється відповідно до процесів очищення та загоювання внутрішньої поверхні матки. В перші 2-3 дні після пологів лохії мають кров'янистий характер (lochia rubra), починаючи з 3-го дня вони стають кров'янисто-серозні з перевагою лейкоцитів (lochia rubro-serosa), на 7-9 добу після пологів – серозними (lochia serosa). Загальна кількість лохій в перші вісім діб досягає 500-1500г.

Лохії мають нейтральну або лужну реакцію і специфічний прілий запах. З десятої доби після пологів лохії набувають серозно-слизового характеру (lochia alba). На 5-6 тижнів виділень з матки немає. Статеве життя дозволяється не раніше восьмого тижня післяпологового періоду.

Інволюція шийки матки

відстає по інтенсивності від інволюції тіла матки. Зразу ж після пологів шийковий канал вільно пропускає кисть руки. Через 10-12 годин після пологів канал стає конусоподібним, внутрішній зів пропускає 2-3 пальці, через добу після пологів завдяки скороченню циркулярних м'язів, які оточують внутрішній отвір каналу шийки матки, внутрішнє вічко пропускає два пальці, цервікальний канал має лійкоподібну форму. На третю добу внутрішнє вічко пропускає тільки один палець. До десятого дня цервікальний канал сформований. Зовнішнє вічко закривається на третьому тижні післяпологового періоду. Шийка матки набуває циліндричної форми замість конічної до пологів, зовнішнє вічко стає щілиноподібним в поперечному напрямку.

Зв'язковий апарат, що був у перші дні після пологів, у стані розслаблення, поступово набуває звичного тонуусу і на третій тиждень стає таким самим, як і до вагітності.

Зміни в яєчниках

Яєчники у післяпологовому періоді зазнають істотних змін. Закінчується регрес жовтого тіла і починається дозрівання фолікулів. У більшості (55-60%) жінок, які не годують дітей груддю, на 6-8 тиждень після пологів відбувається менструація. У більшості матерів-годувальниць (80%) менструації гальмуються протягом кількох місяців або на весь період годування немовляти груддю.

Перша менструація після пологів частіше буває “ановуляторною”, тобто фолікул дозріває, але овуляція не відбувається і жовте тіло не утворюється. Фолікул зазнає регресу, і у цей час починається розпад і відокремлення слизової оболонки матки, в якій виникли процеси проліферації (під впливом естрогенних гормонів), але секреторної трансформації ендометрію не відбувається. З часом процес овуляції, а з ним і менструальна функція повністю відновлюється.

Функція молочних залоз

Під час вагітності в молочних залозах відбуваються зміни, які сприяють їх підготовці до майбутньої функції – продукуванню молока. У післяпологовий період починається і досягає розквіту основна функція молочних залоз. В перші 2-3 дні після пологів молочні залози виробляють молозиво (густу жовтувату рідину кислої реакції, яка вміщує білок, жирові краплини, епітеліальні клітини – залозових міхурців і молочних протоків, – молозивні тільця; солі, вуглеводи, вітаміни, ферменти, антитіла).

З 4-5 по 15-18 день після пологів молочна залоза продукує “молозивне молоко”, потім - “перехідне молоко” і тільки після цього – зріле грудне молоко.

Молоко – біла рідина, що становить собою суспензію (емульсію) дуже дрібних крапельок жиру в сироватці крові. Молоко має лужну реакцію, при кип'ятінні не зсідается. Його склад – 87-88% води, білка – 1,5% (альбуміни, глобуліни, казеїн), жирів – 3,5-4,5%, вуглеводів (лактози) – близько 6,5-7%, солей – 0,18-0,2%. Молоко також містить вітаміни, ферменти, антитіла.

Секреція молока відбувається під впливом складних рефлекторних і гормональних процесів, зокрема, пролактина і лютеотропного гормону. Ці гормони стимулюють секрецію молока після підготовки паренхіми молочної залози, в період вагітності, естрогенами (розвиток вивідних протоків) і прогестероном (проліферація альвеол). Певний вплив справляють також гормони щитовидної і надниркової залоз, які діють через гіпофіз. Функція молочних залоз значною мірою залежить від рефлекторних впливів, пов'язаних із актом смоктання. При цьому, з одного боку, стимулюється продукція гормонів гіпофізу, а з іншого – внаслідок зворотнього сигналу від ЦНС – розслабляються сфінктери соска, що сприяє виведенню молока.

Ведення післяпологового періоду

В разі нормального перебігу післяпологового періоду породіллю треба вважати здоровою жінкою. Проте, вона потребує такого режиму, який сприяє

правильній інволюції статевих органів, загоєнню ранових поверхонь і нормалізації функції всіх органів і систем.

Перші дві години породілля знаходиться в пологовій залі, де здійснюється контроль за станом матки, кількістю виділень із статевих шляхів, контролем гемодинамики. Для профілактики кровотечі всім породіллям необхідно проводити катетеризацію сечового міхура, зовнішній масаж матки, холод на низ живота. Жінкам з великим плодом, багатопліддям, багатоводдям, багатонароджуючим, першонароджуючим старшого віку, проводять медикаментозну профілактику гіпотонічних кровотеч шляхом введення утеротонічних засобів (окситоцин, метилергометрин, ерготал, ерготамін).

Через дві години після пологів жінку переводять в післяпологове відділення, де спостерігають за станом породіллі і протіканням післяпологового періоду.

Загальні вимоги до ведення післяпологового періоду

Для фізіологічного перебігу післяпологового періоду і прискорення зворотнього розвитку змін, що відбулися в організмі під час вагітності, корисно практикувати раннє вставання породіллі і післяпологову гімнастику. Через 3-4 години після пологів породілля може повертатися на бік, а у разі наявності швів на промежині через 8-12 годин. Активне ведення післяпологового періоду полягає в тому, що через 6-8 годин після неускладнених пологів жінка може вставати, через добу ходити, самостійно виконувати гігієнічні процедури та нескладні фізичні вправи комплексу лікувальної гімнастики. Розпорядок дня породіллі складається так, щоб забезпечити гігієнічне утримання палат і ліжка нормальну добову тривалість сну (не менш як 8 годин), своєчасне годування дитини (6-7 разів на добу) та проведення гімнастики.

Здоровій породіллі не потрібно дотримуватись якоїсь особливої дієти, вона може харчуватися, як звичайно, враховуючи, про те, що велика кількість речовин, які легко засвоюються (цукор, солодоці) призводять до відкладання жиру і гальмують лактацію; певні продукти (гострі страви, цибуля, часник, шоколад) можуть надавати молоку неприємного смаку, а вживання міцної кави, чаю, алкогольних напоїв може несприятливо вплинути на стан немовляти. Для профілактики анемії необхідне залізо, яке годуюча мати повинна отримувати з продуктами харчування (печінка, бобові, гречка, салат, шпинат, кріп, петрушка). Харчування повинно бути 5-6 разове, їжу треба приймати за 20-30 хвилин до годування дитини груддю.

Лікар та акушерка післяпологового відділення щодня слідкують за перебігом пуерперального періоду. Вони оцінюють:

1. Загальний стан та самопочуття породіллі (сон, апетит, скарги).
2. Температура тіла. Вимірювання проводиться двічі на добу (о 6-7-й та о 18-19-й годині).
3. Артеріальний тиск, пульс.
4. Стан молочних залоз та сосків (наявність лактостазу, інфільтратів, тріщин сосків).
5. Висоту дна матки над лоном, стан її скорочення, болючість.

6. Кількість та характер лохій.

7. Стан зовнішніх статевих органів, при наявності швів - ступінь загоєння.

8. Функцію сечового міхура та кишечника.

У перші 1-2 доби після повторних пологів, особливо при годуванні дитини, іноді з'являються болісні скорочення матки, які нагадують перейми. Через 2-3 доби вони минають без лікування. Якщо ж скорочення дуже болісні, то породіллі призначають спазмолітичні засоби (но-шпа, папаверин, свічки з екстрактом білодони).

Якщо на 4-5 добу після пологів продовжуються виділення яскраво-червоного кольору, то можна передбачити субінволюцію матки. Призначають препарати, які скорочують матку (ергометрин, ерготал, ерготамін, котарміна гідрохлорид (стиптицин), настій водного перцю).

При затриманні сечовипускання, слід вжити заходів щодо спорожнення сечового міхура, наприклад покласти на низ живота теплу грілку, ввести внутрішньом'язово 1мл адіурекрину, окситоцину, або 2 мл-25% розчину магнію сульфату, або відвар трави ведмежих вушок. Якщо ці способи не дають ефекту, то сечу випускають катетером.

На 2-3 добу після пологів відновлюється тонус м'язів тазового дна і кишки спорожнюються самостійно. При порушенні дефекації, а саме затримці на 2-3 доби – очисна клізма, на 3-4 доби – сольові пом'якшувальні засоби. За наявності швів на промежині проносного не призначають, а до 7 діб після пологів рекомендують рідкі страви.

Специфічні способи догляду за породіллею включають в себе лікувальну гімнастику, туалет зовнішніх статевих органів та догляд за молочними залозами.

Лікувальна гімнастика

Здоровим породіллям гімнастику призначають на 2-й день після пологів. Розрізняють гімнастику раннього (1-10 доба після пологів) і пізнього (до кінця 2 місяця) періодів. Гімнастику раннього періоду доцільно поділити на 2 фази: перші 3 доби і з 4 до 10 доби. Завдання гімнастики – підвищити загальний тонус організму і зменшити прилив крові до ділянки малого тазу (перша фаза); поліпшити лімфо- і кровообіг в органах малого тазу, сприяти скороченню розтягнутої черевної стінки, запобігти виникненню аномалій положення матки (друга фаза).

У першій фазі виконують вправи для рук (згинання, колові рухи) і діафрагмальне дихання. Виконують 4-5 разів на день по 10-20 хв, лежачи на спині, з 2 доби – лежачи на животі, з метою поліпшення відтоку лохій та профілактики ретрофлексії матки.

У другій фазі, крім попередніх, застосовують вправи для м'язів тазового дна, живота, ніг (почергове піднімання ніг, колові рухи ними, імітація рухів велосипеда, підняття тулуба і таза у положенні ніг навхрест). Усі вправи виконують лежачи на спині, животі та колінно-ліктьовому положенні. Доцільно гімнастику проводити 2 рази на день по 30 хв

Туалет породіллі

В комплексі заходів, щодо забезпечення нормального перебігу післяпологового періоду, велике значення має утримання в чистоті зовнішніх статевих органів.

Лохії містять в собі багато мікробів, тому вони не тільки забруднюють статеві органи і подразнюють шкіру, але й сприяють проникненню інфекції в родові шляхи. Ось чому ретельний туалет зовнішніх статевих органів є дуже важливим. Впродовж перших трьох діб його проводять тричі на добу чи за необхідністю частіше, надалі – двічі на добу, а також після кожної дефекації.

При проведенні туалету в ліжку під таз породіллі підкладають зігріте індивідуальне судно, пропонують жінці помочитися. Акушерка заповнює кухоль Есмарха теплим дезинфікуючим розчином (калію перманганату 1:400, розчином фурациліну 1:5000, відваром ромашки) і обливає зовнішні статеві органи у напрямі згори вниз, використовуючи стерильний ватний тампон на стерильному корцангу. Просушують зовнішні статеві органи стерильною підкладною пелюшкою.

Якщо у породіллі є шви у ділянці промежини, то вони мають бути сухими. Для цього обережно змивають виділення біля швів, прикладають (не протираючи) до них стерильні ватні тампони на пінцеті, після чого ділянку швів обережно змащують 5% спиртовим розчином йоду. Знімають шви на 5 добу після пологів. Якщо навколо швів з'явилися почервоніння і гнійні нальоти, то шви слід зняти, а гнійні виразки лікувати.

Догляд за молочними залозами

З метою запобігання виникненню тріщин сосків та лактаційного маститу треба старанно доглядати за молочними залозами і сосками:

1. Один раз на добу, краще перед першим годуванням, треба прийняти теплий душ або вимити груди теплою водою з милом, одягти чисту білизну.
2. Перед кожним годуванням треба мити руки щіткою з милом.
3. Перед годуванням обробляти сосок дезинфікуючим розчином фураціліну (1:5000), калію перманганату (1:4000), або брильянтового зеленого за допомогою ватної кульки.
4. Першу добу жінка годує малюка лежачи, а з 2-ї доби – сидячи.
5. Прикладати дитину не відразу, а через 3-5 хвилини після того, як піднесли її до грудей (через цей проміжок часу починає виділятися молоко).
6. Перед введенням соска в рот дитині, слід зцідити кілька крапель молока, поки воно не піде струменем.
7. Треба стежити, щоб малюк захоплював не тільки сосок, а й частину навколососкового кола.
8. Мати повинна стежити, щоб залоза не закривала носик дитині.
9. Годувати треба не довше 15 хвилин, по черзі з обох грудей.
10. Після кожного годування слід зцідити молочну залозу, не травмуючи її.

11. Після годування та зціджування обмити сосок та навколососкову ділянку, висушити їх.

12. При грудному вигодовуванні дитина отримує достатню кількість води, тому пиття не потребує.

В разі застою молока, треба зціджувати його руками, або молоковідсосом. Робити це слід регулярно, у терміни годування дитини.

Неправильна техніка годування, значна сила смоктання дитини, лактостаз, вади розвитку сосків (плоскі і втягнуті) сприяють появленню тріщин сосків. Клінічна картина характеризується болем при годуванні, наявністю тріщин, які можна визначити візуально, гіперемією і періодичним виділенням крові з поверхні тріщин. Лікування включає змащування сосків олією шипшини, обліпихи, соком каланхое, алое, календули. Із фізіотерапевтичних методів застосовують лазерну терапію, УФО.

Для профілактики післяпологових септичних ускладнень дуже важливим є дотримання в чистоті палат та предметів догляду за породіллею та новонародженим. Все, що контактує з молочними залозами та статевими органами породіллі, повинно бути стерильним.

Відпустка по вагітності і пологах надається з 30 тижнів вагітності на 126 днів, включаючи 56 діб післяпологового періоду. Якщо пологи були ускладнені, то додається ще 2 тижні відпустки.

Догляд за новонародженою дитиною

Новонародженою називають дитину протягом перших 4 тижнів її життя. В цей період проходить адаптація організму дитини до позаутробного існування. Під час періоду новонародженості відпадає пуповина та загоюється пупкова ранка, зникає родова пухлина.

В перші 3-4 доби життя вага новонародженої дитини фізіологічно знижується на 6-8% від початкової, що зумовлено посиленням випаровування рідини через шкіру, відходженням меконію, пристосуванням кишково-шлункового тракту до травлення їжі. З 4-5 доби маса тіла дитини постійно підвищується і відновлюється на 9-10 добу до первинної, що свідчить про пристосування новонародженого до позаутробного існування. Для новонародженого характерна недосконалість багатьох органів та систем. Його тканини ніжні, багаті водою, клітинними елементами та судинами, тому легко подразнюються та пошкоджуються.

Відділення новонароджених у пологовому будинку є складовою частиною першого (фізіологічного) і другого (обсерваційного) відділень. Проте, в адміністративному відношенні їх розглядають, як одне ціле, з одним завідувачим. Загальна кількість ліжок у відділенні новонароджених становить 105-107% від розрахункової кількості ліжок післяпологового відділення. Норма площі на одного новонародженого становить 3,5м² у фізіологічному і 4,5м² у обсерваційному відділеннях.

У відділенні новонароджених виділяють окремі палати для доношених дітей і для недоношених, палати інтенсивної терапії (для дітей з гемолітичною хворобою, з дистрес-синдромом, гіпоксичним ураженням ЦНС), процедурну, молочну кімнату, санітарну кімнату.

Палати для новонароджених відокремлюють одну від одної суміжними перегородками, завдяки цьому черговій медичній сестрі легше стежити за станом новонароджених. Палати для недоношених новонароджених забезпечують кювезами. Температура повітря в них відповідає температурі тіла дитини, вологість становить до 80%. В кювези централізовано подається зволожений кисень.

Найбільш оптимальна і комфортна температура повітря у відділенні новонароджених – від +21°C до +22°C. в палатах для недоношених – на 2°C вище.

У дитячих палатах повинно бути лише необхідне обладнання, а меблі й предмети догляду такими, щоб їх було легко мити. Дитячі палати як і післяпологові, заповнюються циклічно, тому кількість палат новонароджених і ліжок у них мають відповідати кількості післяпологових палат для матерів. Тут також організовують кілька розвантажувальних палат з метою додержання циклічності. При досягненні циклічності у кожній палаті, окрім поточного вологого прибирання, проводять генеральне прибирання (1раз протягом 7-10 днів). Для знезараження повітря приміщень дитячого відділення до 5-6 раз на день слід включати бактерицидні лампи і провітрювати (тоді коли матері годують новонароджених).

У відділенні новонароджених щоденний догляд та лікування дітей проводиться неонатологами та медичними сестрами. Протягом 3 діб шкірні складки обробляються 1% розчином йоду, а потім тільки олією. Область сідниць і промежини обмивають теплою водою. Кожного ранку перед годуванням дитину важать, очі промивають стерильними ватними тампоном, змоченим у 0,02% розчині фурациліну. Також 2 рази на добу вимірюють температуру тіла.

На 5 добу життя новонародженим проводиться вакцинація проти туберкульозу шляхом введення вакцини БЦЖ внутрішньошкірно в дозі 0,05мг в об'ємі 0,1мл.

Годування новонародженого

Одним з вирішальних моментів для всіх новонароджених є прикладання у родзалі до грудей матері з наступним сумісним перебуванням немовляти з матір'ю, годування його молозивом, перехідним молоком, а потім зрілим молоком. Цим переслідуються мета обсіменіння шлунково-кишкового тракту і шкіри дитини сапрофітною флорою матері, надходження з молозивом і грудним молоком імуноглобулінів А та М, зрілих поліморфноядерних активних лейкоцитів, фагоцитів, гуморальних факторів неспецифічного захисту і лімфоцитів матері, що несуть імунологічну пам'ять.

Останнім часом у роботу родопомічних закладів упроваджено нову організаційну форму ведення породіллі і дитини – спільне перебування їх у палаті післяпологового відділення.

Спільне перебування породіллі і новонародженої дитини в палаті післяпологового відділення акушерського стаціонару знижує частоту захворювань породіль і новонароджених, дає можливість забезпечити раннє прикладання дитини до грудей, сприяє становленню лактації.

Палата для спільного перебування матері і дитини оснащується медичними вагами, сповивальним столом, тумбочкою для зберігання білизни і розміщення на ній лотка з медикаментами, що використовуються для догляду за шкірою та слизовими оболонками новонароджених.

Протипоказання для спільного перебування з боку матері і дитини:

1. Протипоказання з боку матері:

- тяжкі форми пізніх гестозів;
- екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації;
- операційне втручання з тяжким порушенням гомеостазу;
- гострі інфекційні захворювання;
- розриви промежини III ступеню.

2. Протипоказання з боку новонароджених:

- недоношеність IV ступеню;
- внутрішньоутробна гіпоксія плода III ступеню;
- асфіксія при народженні (середнього та важкого ступенів);
- родова травма з порушенням функції життєвоважливих систем;
- важкі вроджені вади;
- гемолітична хвороба важкого ступеня;

– синдром дихальних розладів II і III ступеня (наказ №4 МОЗ України від 5.01.1996 року “Про організацію та забезпечення медичної допомоги новонародженим в Україні”).

Первинне прикладання рекомендується проводити протягом перших двох годин після народження дитини.

Протипоказанням до раннього прикладання є будь-які ускладнення перебігу вагітності або родів, недоношеність, народження дитини з малою масою, наявність екстрагенітальної патології у матері.

Частота годування становить 6 разів на добу з 3,5-годинними інтервалами вдень і 6-годинним вночі. Якщо у матері не вистачає молока, дитину догодовують зцідженим донорським грудним молоком. Кількість молока, необхідного для новонародженого складає 20г. на 1 годування в 1-шу добу і збільшується до 70 г. на 7-му добу життя. До кінця 1-го місяця життя дитині необхідно 700 г. грудного молока на добу.

Для визначення кількості молока, яке споживає новонароджений, його зважують до і після годування (контрольне зважування).

Пиття новонародженим дають у вигляді 5% розчину глюкози від 80 до 150мл на добу, яке дається 8-10 раз по 10-15мл.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Які принципи оцінки стану новонародженого?
2. Який сучасний підхід до проведення первинного туалету новонародженого?
3. В чому полягає необхідність забезпечення «теплого ланцюжка» та який алгоритм його виконання?
4. Фізіологічні та функціональні особливості статевих органів жінок?
5. Фізіологічний післяпологовий період?
6. Методика оцінки стану новонародженого?
7. Тактика ведення післяпологового періоду?
8. Визначення раннього та пізнього післяпологового періоду?
9. Як відбувається інволюція матки та інших статевих органів після пологів?
10. Що таке лохії, їх характеристика та фізіологічна роль?
11. Який склад молока та молозива?
12. Як проводиться нагляд за статевими органами та молочними залозами після пологів?
13. Який режим годування новонародженого?
14. Які умови виписки жінки з післяпологового відділення?
15. Які загрозливі симптоми післяпологового періоду?

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

З а д а ч а № 1.

При пальпації передньої черевної стінки у жінки 20 років на 3 поперечники пальця над лоном визначається матка округлої форми.

Що необхідно в'яснити із анамнезу ?

Що можна запідозрити у даної жінки ?

Якої величини матка буває у невагітної жінки ?

З а д а ч а № 2.

Породіля З., на 2-гу добу після пологів. Загальний стан задовільний, температура – 36,6 ° С, пульс ритмічний, задовільного наповнення, частота – 80 уд/хв. Зі сторони внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози дещо збільшені, гіперемії немає, соски без тріщин.. матка скорочена, при пальпації безболісна, дно її визначається на рівні пупка. Лохії кров'янистого характеру, у невеликій кількості. Сечовипускання без особливостей, стулу не було.

Поставити діагноз.

Як змінюється маса матки в післяпологовий період ?

Яка висота стояння дна матки в перші 2 доби післяпологового періоду ?

З а д а ч а № 3.

Обстеження жінки показало, що із статевих шляхів у неї виділяється кров, матка визначається на I поперечний палець нижче рівня пупка, молочні залози збільшені, ущільнені, із сосків виділяється молоко.

Який діагноз ?

З а д а ч а № 4.

Породіля Ж., 24 роки, на 5-ту добу після пологів. Температура

– 36,7°C, пульс задовільного наповнення, до 72 уд/хв. Зі сторони внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози збільшені в розмірі, щільної консистенції, не гіперемовані, соски без тріщин. Матка скорочена, безболісна, дно її визначається на середині між пупком і верхнім краєм лона. Лохії кров'янисто – серозні (жовті), у невеликій кількості. Сечовипускання без особливостей. Стул 1 раз на добу.

Поставити діагноз.

Як змінюється характер лохій в післяпологовому періоді ?

Яка функція молочних залоз на 5-ту добу після пологів?

Чи відповідає склад лохій і ВСДМ у даної родилі 5-ій добі післяпологового періоду ?

З а д а ч а № 5.

Породіля Г., на 7-му добу після нормальних пологів. Загальний стан задовільний, скарг на момент курації не виявляє. Температура тіла – 36,5°C, пульс ритмічний, задовільного наповнення і напруження до 74 уд/хв. АТ – 130/75 мм рт.ст. Зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено, молочні залози м'які, безболісні, соски випуклі, в доброму стані. Матка скорочена, при пальпації безболісна, дно її визначається на 3 поперечних пальця вище лона. Лохії серозні, незначні, сечовипускання самостійне, діурез позитивний, стул був.

Поставити діагноз.

Як формується шийка матки в післяпологовий період ?

Як відповідає склад лохій і висота стояння дна матки у цієї породилі до 7-ї доби післяпологового періоду ?

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. *Медсестринство в акушерстві*: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.149-160

