ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Роль акушерки при ведении физиологических родов

**Введение**

физиологический роды акушерка

Профессия акушерки - одна из наиболее древних. Сначала помощь в родах оказывали старшие родственницы, которые сами много раз рожали и наблюдали большое количество родов. Очевидно, что это были наиболее опытные и умелые пожилые женщины. Однако можно предположить, что не всегда эти «акушерки»могли спасти мать и ребенка, в те времена более всего действовал естественный отбор и выживали сильнейшие.

В настоящее время главной целью профессиональной деятельности акушерок является обеспечение безопасности материнства, борьба с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Для этого необходимы хорошие знания, профессионализм и большая ответственность. При этом акушерка не должна забывать о соблюдении прав пациентки, культуре обслуживания, милосердии. Акушерка должна хорошо различать норму и патологию и консультироваться с врачом по поводу сомнений. При оказании помощи женщинам с патологией акушерка всегда должна работать под руководством врача.

Первый период родов роженица проводит в предродовой палате. Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия производят систематически, отмечая состояние матки во время схваток и вне их. Записи в истории родов производят каждые 2 ч. Сердцебиение плода выслушивают каждые 15 мин. В период прохождения головки плода через полость малого таза наиболее физиологично положение роженицы на боку. В таком положении происходит снижение тонуса матки, в результате чего происходит увеличение амплитуды схваток в последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты. Естественное отделение плаценты позволяет избежать кровотечения. В этот период основное внимание уделяют новорождённому, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты.

Цель исследования:

· Углубить знания будущих акушерок о ведении физиологических родов.

Задачи:

· Систематизировать и углубить знания по теме дипломной работы.

· Изучить факторы риска основных осложнений гестации и разработать методы их профилактики, у беременных.

· Обработать и проанализировать полученные данные, дать рекомендации для научного или практического использования результатов исследования.

Гипотеза:

Знание будущими акушерками особенностей ведения родов. И проведение родов у женщин с осложнениями.

Объект исследования:

· Беременные

Предмет исследования:

· беременность

Методы исследования:

· метод анализа литературных источников;

· анкетирование

Практическая значимость работы:

Обучить будущих акушерок выявлять факторы риска; особенностям ведения физиологических родов; повышение грамотности женщин по вопросам ведения родов.

**1. Особенности течения и наблюдения физиологических родов**

**1.1 Прием роженицы в родильный дом**

Роженица поступает в пропускник родильного дома. Здесь она раздевается и ей измеряют температуру. При нормальной температуре и отсутствии каких-либо признаков заболевания (краснота или налеты в зеве, фурункулы на теле, недавний контакт с заразными больными и некоторые другие) роженица раздевается догола и в чистой рубашке и тапочках поступает для санитарной обработки в смотровую нормального акушерского отделения. В случае же наличия у роженицы повышенной температуры обычно выше 37,5° или каких-либо заболеваний она поступает в смотровую обсервационного отделения. Таким образом, предсмотровая родильного дома является пропускником, фильтром. Такое распределение рожениц по отделениям очень важно в работе медперсонала родильного дома; это распределение является основным моментом профилактики распространения заболеваемости среди родильниц.

Все вещи роженицы передаются родственникам, сопровождавшим роженицу, или складываются в чистый специальный вещевой мешок и после дезинфекции остаются в узельной родильного дома. На роженицу заводится специальный лист, в который вносятся фамилия, имя, отчество, адрес роженицы и время поступления в родильный дом, профессия, возраст и ряд других сведений, указанных в листе. Кроме этого, в лист заносятся (врачом) данные акушерского и общего осмотра роженицы.

Затем приступают к санитарной обработке роженицы в следующем порядке [12, стр. 106,107].

. На кушетке производится бритье волос на наружных половых органах. Для этого акушерка предварительно чисто вымытыми руками с последующей обработкой их спиртом намыливает наружные половые органы роженицы и осторожно сбривает волосы; после этого обмывает наружные половые органы теплой водой, содержащей какое-либо дезинфицирующее вещество. После бритья берется моча для исследования.

. Ставится клизма; в момент опорожнения кишечника при роженице находится обязательно медперсонал, так как не исключается возможность наступления родов при акте дефекации.

. Обстригают ногти на руках и ногах.

. Измеряют вес и рост.

. Роженица отправляется под душ, здесь основательно моется сама или ее моет няня стерильной мочалкой с мылом текучей водой. Лучше всего мыться под душем, но там, где его нет, роженица моется, сидя на чистой табуретке или скамейке, поставленной в ванну. Воду поливают на нее из специально, для этого предназначенного кувшина. При обнаружении у роженицы насекомых в голове необходимо или совершенно остричь волосы, или, в случае протеста, основательно вымыть волосы раствором сабадилловой воды и при этом пометить в листе, чтобы за женщиной в дальнейшем было особое наблюдение.

Проверив записи в истории родов, акушерка сопровождает роженицу, переодетую в чистое белье, в предродовую.

Там женщину кладут на специальную кровать, и здесь ведется тщательное наблюдение и запись характера и частоты схваток.

**.2 Принципы ведения родов**

Роды - физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности. Срочными считаются роды на 37-42-й неделе беременности, преждевременными - роды до 37-й недели беременности. Роды после 42-й недели беременности называют запоздалыми. Прерывание беременности до 20-й недели называют абортом (бывает искусственным или самопроизвольным). Границу между самопроизвольным абортом и преждевременными родами провести трудно. В настоящее время считают, что это 20-24-я неделя беременности.

Роды в нашей стране ведут не дома, а только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем из соображений безопасного материнства. Любые роды таят в себе возможность стремительно развивающихся осложнений для матери, плода и новорожденного (кровотечение, преждевременная отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, асфиксия). Акушерка под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода, проводит необходимую обработку новорожденного. Беременная женщина наблюдается в женской консультации, где ей проводят необходимое обследование, профилактические и лечебные мероприятия, подготавливают к родоразрешению. Существует преемственность передачи результатов наблюдения из женской консультации в акушерский стационар (данные обменной карты). После родов сведения об особенностях родов, состоянии новорожденного, рекомендации родильного дома передаются врачу женской консультации. При необходимости мать и ее новорожденного консультируют узкие специалисты. Документация о новорожденном поступает педиатру, который в дальнейшем курирует младенца. На всех этапах наблюдения выявляют наличие факторов риска для матери и плода, чтобы провести превентивные и корригирующие меры. Нередко необходима предварительная госпитализация в родильный дом (дородовое отделение) для подготовки к родоразрешению (тазовое предлежание, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, поздний возраст первородящей, рубец на матке). В стране сохраняется бесплатная медицинская помощь (на основе обязательного медицинского страхования), хотя параллельно существует и добровольное медицинское страхование. Так называемые платные роды гарантируют женщине повышенные условия комфортного содержания. Медицинская помощь в равной степени оказывается всем. Ее объем зависит от степени тяжести патологии. В стационаре проводят углубленное клиническое, лабораторное и физиологическое обследования для выбора метода и времени родоразрешения. Для каждой беременной (роженицы) составляется индивидуальный план ведения родов. Концепция ведения родов включает в себя понятие бережного ведения родов, избрания оптимального метода родоразрешения. Современное акушерство стремится обеспечить рождение не только живого, но главное - здорового ребенка, без гипоксически-ишемических повреждений и родовой травмы. Бережное ведение родов через естественные родовые пути включает применение спазмолитиков, адекватного обезболивания, профилактику гипоксии плода и кровотечения. Если в родах возникает аномальная родовая деятельность, прежде чем приступить к корригирующей терапии, вновь оценивают акушерскую ситуацию, состояние роженицы и плода, составляют прогноз родов. Риск затяжных, травматичных родов является основанием для пересмотра тактики ведения родов от консервативной к переходу на кесарево сечение. В плане ведения родов указывается, что при возникших осложнениях (несвоевременное излитие вод при «незрелой» шейке матки, ухудшении состояния матери и / или плода в процессе родов) следует перейти на кесарево сечение без применения корригирующей терапии и родостимуляции. Женщину знакомят с предполагаемым планом ведения родов. Получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах (стимуляция, амниотомия, кесарево сечение). Всем роженицам применяется медикаментозная профилактика кровотечения путем внутривенного введения метилэргометрина или синтометрина либо окситоцина. В родах ведут партограмму, чтобы следить за темпом раскрытия шейки матки и продвижением плода в соответствии со стандартными показателями для перво- и повторнородящих. По показаниям осуществляют кардиомониторный контроль за реакцией плода на схватку и наблюдение за характером схваток. Стремятся не допускать разрывов родовых путей, для чего, кроме применения спазмолитиков, осторожно выводят головку из родовых путей с помощью ручных приемов. По показаниям (ригидные ткани, высокая промежность, маленький или крупный плод, гипоксия плода, оперативное родоразрешение) осуществляют перинеотомию или эпизиотомию.

**.3 Роль акушерки в ведении физиологических родов**

Профессия акушерки - одна из наиболее древних.

Весь непростой путь ожидания и рождения малыша каждая женщина проходит рука об руку с акушеркой. Их общение начинается еще в центре планирования семьи или женской консультации, а заканчивается в послеродовом отделении.

Должностные обязанности акушерки:

. Осуществлять уход и наблюдение за беременными и роженицами и родильницами на основании современных перинатальных технологий с соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии.

. Строго выполнять санитарно-противоэпидемический режим.

. Своевременно и точно выполнять все назначения врача. В случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывать об этом врачу.

. Наблюдать за состоянием рожениц на протяжении всего родового акта, а также в раннем послеродовом периоде. О любом изменении состояния пациенток немедленно ставить в известность врача.

. Осуществлять наблюдение за состоянием женщин.

. Осуществлять контроль за работой младшего медицинского персонала, за проведением текущей и заключительной дезинфекции помещений.

. Осуществлять обработку всех предметов медицинского назначения и технического оборудования.

. Четко вести медицинскую документацию.

. Рационально и бережно использовать медицинское оборудование, медикаменты, инструментарий.

Права акушерки:

. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

. Периодически повышать свою профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования.

. Принимать решения в пределах своей компетенции.

. Вносить предложения зав. отделением по вопросам улучшения организации и условий труда.

. Не допускать производства работ на неисправном оборудовании, немедленно извещая об этом руководство.

Ответственность:

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных должностной инструкцией, правилами внутреннего распорядка ГУЗ «ПЦ СО», положениями о родовом отделении, а также за бездействие или непринятие решений, входящих в сферу моей компетенции.

Свой рабочий день начинает с медосмотра, который проводит дежурный врач: измеряет температуру тела, врач осматривает характер кожных покровов и зев. Данные осмотра заносятся в Журнал ежедневных медицинских осмотров персонала, где я ставлю свою подпись. Получив допуск к работе, вход в отделение осуществляет через санпропускник, переодевается в чистую медицинскую одежду и обувь.

Перед началом работы проводит обработку рук. Руководствуясь САНПиН 2.1.3.2630-10, гигиеническую обработку рук можно проводить двумя способами:

мытьё рук жидким мылом и водой для удаления загрязнений и снижения числа микроорганизмов;

обработка рук спиртсодержащим кожным антисептиком, для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук используют жидкое мыло с помощью дозатора. Руки моют тёплой проточной водой. Намыливание рук и последующее ополаскивание водой проводят двукратно в течение двух минут. По окончании мытья рук насухо вытирают их одноразовыми салфетками. Затем проводят обработку рук кожным антисептиком путём втирания его в кожу кистей рук. Количество кожного антисептика, необходимого для обработки рук, кратность обработки и её продолжительность определены в методических указаниях по применению конкретного средства.

После обработки рук принимают смену: узнают у дежурившей акушерки количество рожениц в родзалах, измеряют у рожениц артериальное давление, выслушивают сердцебиение плода, определяют характер схваток, считают пульс, спрашивают у пациенток паспортные данные, сверяют с историей родов. Проверяют наличие и сроки годности медикаментов, стерильных растворов, инструментов, биксов на роды, наличие одноразовых изделий (шприцы, системы, катетеры, системы для забора крови на анализ, маски, шапочки и т.п.), наличие запаса белья, контролирую документацию, ведущуюся в отделении: «Журнал родов», «Журнал бакпосевов и гистологических исследований плацент», «Журнал генеральных уборок», «Журнал учета работы кварцевых ламп» и т.д.

Вся работа в отделении осуществляется в интересах матери и ребёнка. Для этого в родблоке внедрено раннее прикладывание ребёнка к груди матери, родильницы находятся в платах совместного пребывания «Мать и дитя», что является одним из компонентов программы «Госпиталь, доброжелательный к ребёнку». Широко внедряется в практику программа «Подготовленные роды».

Зная особенности переживаний роженицы, её личности, акушерка тактично объясняет пациентке не только её права, но и обязанности, рассказывает в доступной для пациентки форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем лечении.

Все в акушерке должно располагать к себе пациентку, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица).

Обязанность акушерки - быть честной и правдивой по отношению к пациентке, но разговоры о диагнозе, особенностях ведения родов не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам акушерки с родственниками пациенток.

Важно хотя бы пару минут уделить пациентке перед манипуляцией, - добрыми словами напутствовать её, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции.

Поэтому акушерка, помогая врачу, должна проявлять высокий профессионализм и деонтологическую грамотность. Всегда надо помнить, что перед тобой живой человек со всей гаммой болезненных ощущений, переживаний, страхов и беспокойств о своем здоровье и здоровье малыша, и направлять свою психопрофилактическую и психотерапевтическую деятельность на смягчение её страданий, мобилизацию физических и психических усилий в борьбе с болью.

Каждые роды ведутся строго индивидуально, т.е. в отдельном родзале. Там роженица находится с момента поступления на родоразрешение до завершения раннего послеродового периода. При поступлении роженицы в родзал кровать заправляется чистым бельём, выдаётся индивидуальное судно, имеющее одинаковый номер с родзалом. Персонал соблюдает масочный режим: маска4-слойная закрывает нос и рот, меняется каждые 3 часа.

Ведение 1-го периода родов

В первом периоде родов проводят контроль за состоянием роженицы и плода. Учитывают частоту сердечных сокращений плода, контроль АД и пульса женщины. О каких-либо отклонениях от нормы немедленно докладывают врачу. Выполняют назначения врача согласно «Листу назначений».

Перед вагинальным осмотром наружные половые органы роженицы обрабатывают раствором хлоргексидина. Под ягодицы роженице подкладывают стерильную одноразовую пелёнку. Перед проведением вагинального исследования врач моет руки методом обработки рук хирургов. При данном исследовании устанавливается степень зрелости шейки матки и сглаживание её, раскрытие маточного зева, определяется целостность плодного пузыря, предлежащая часть плода, высота её стояния по отношению к плоскостям таза, вставление предлежащей части по расположению определенных точек (швов, родничков). Кроме того, изучают особенности строения костного таза.

Большое значение в первом периоде родов уделяется контролю состояния подкладной пелёнки и характеру выделений из влагалища, по которым можно установить какие-либо отклонения от нормы, если будут выделения окрашенные кровью, то это может говорить о начавшейся преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Также большое внимание уделяется состоянию сердцебиения плода с помощью аппарата фетомонитора.

Ведение 2-го периода родов

Этот период родов ведётся в присутствии врача акушера-гинеколога, неонатолога и детской медсестры.

Для проведения 2-го периода родов используют одноразовый стерильный комплект белья для родоразрешения. Кровать-трансформер застилают стерильной одноразовой простынёй. Готовят столик для инструментов, выкладывают стерильные инструменты стерильным пинцетом из бикса (срок хранения невскрытого стерильного бикса - 20 суток).

Надевают на роженицу стерильную одноразовую сорочку, бахилы, косынку (шапочку). Проводят профилактику восходящей инфекции: наружные половые органы и внутреннюю поверхность бёдер обрабатывают кожным антисептиком. Пред приёмом родов надевают клеёнчатый фартук и моют руки хирургическим методом:

-й этап - мытьё рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильной салфеткой;

-й этап - обработка антисептиком рук, запястий и предплечий. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

Затем готовятся к оказанию акушерского пособия.

Акушерские пособия - ручные манипуляции, выполняемые во время родов без помощи инструментов с целью защиты промежности, ускорения родов и бережного выведения плода из родовых путей. К акушерским пособиям прибегают при головных и тазовых предлежаниях плода.

При головном предлежании плода с начала прорезывания головки проводится акушерское пособие «защита промежности», состоящее из 5 моментов.

-й момент - воспрепятствование преждевременному разгибанию головки плода. Оказывающий акушерское пособие, стоя справа от роженицы, кладёт ладонь левой руки на лобок и кончиками пальцев осторожно задерживает быстрое поступательно-разгибательное движение головки, не производя при этом никакого сгибания. Это способствует прорезыванию головки наименьшей окружностью (32 см), проходящей по малому косому размеру, и меньшему сдавлению головки.

-й момент - уменьшение напряжения тканей промежности и их растяжения «приложение 1 рис. 1». С момента прорезывания головки во время потуги ладонную поверхность правой руки располагают на промежности так, чтобы 4 пальца плотно прилегали в области левой половой губы к головке плода, а большой палец - в области правой половой губы. Надавливая кончиками пальцев на мягкие ткани, низводят их книзу в сторону промежности, что способствует уменьшению её напряжения и предупреждению разрыва. Между потугами большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают над прорезывающейся головкой вульварное кольцо, и сводя задне-боковые отделы его вниз по направлению к промежности, производят так называемый «заём тканей».

-й момент - выведение головки из половой щели вне потуг «приложение1 рис. 2». При прорезывании головки до точки фиксации (подзатылочной ямки) роженице предлагают глубоко дышать через рот, руки переводятся на грудь и запрещается тужиться. После рождения затылочного бугра большим и указат. пальцами правой руки низводят боковые отделы вульварного кольца за теменные бугры. Затем головку плода захватывают левой рукой и осторожно её разгибают, а правая рука в это время сводит ткани промежности через лобик и личико плода.

-й момент - уменьшение напряжения тканей промежности при освобождении плечевого пояса «приложение 2 рис. 3», наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. После рождения головки роженице предлагают потужиться. При этом головка плода поворачивается в сторону бедра роженицы, происходит внутренний, поворот плечиков и их рождение. Если плечики самостоятельно не рождаются, то головку захватывают обеими руками так, чтобы ладони плашмя легли на височную область, и во время потуги производят поворот головки плода на 900 личиком к бедру роженицы. Одновременно происходит внутренний поворот плечиков. Головку осторожно оттягивают книзу, до тех пор, пока переднее плечико не подойдёт под лобковую дугу.

-й момент - освобождение плечиков и рождение туловища. Левой рукой головку приподнимают и отводят к лобку роженицы, а правой рукой осторожно снимают ткани промежности с заднего плечика. При прорезывании плечиков вновь значительно растягиваются мягкие ткани промежности, возможен её разрыв. После рождения плечевого пояса ребёнка обхватывают обеими руками так, чтобы кончики пальцев находились в подмышечных впадинах, туловище направляется кверху и легко рождается.

Первичная обработка пуповины

На 10-15 см от пупочного кольца между двумя зажимами стерильными ножницами, предварительно обработав её спиртом 70%, пересекается пуповина, срезы обрабатываются спиртом 70% согласно СанПиН 2.1.3.2630-10.

После этого ребёнок предаётся на пеленальный стол в тёплой пелёнке под источник лучистого тепла неонатологу, который проводит мероприятия согласно Методическому письму МЗ СР России №15-4\10\23204 от 21.04.10. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

Этот документ включает в себя чёткий алгоритм реанимационных мероприятий:

. Зафиксировать время рождения;

. Придать требуемое положение;

. Если необходимо, освободить дыхательные пути с помощью электроотсоса;

. Провести тактильную стимуляцию за 40 секунд;

. Кожу тщательно высушить (убрать мокрую пелёнку со стола);

. Оценить дыхание, ЧСС, цвет кожных покровов;

. Обеспечить, если необходимо, вентиляцию лёгких под положительным давлением;

. Если воды окрашены меконием и состояние ребёнка требует, провести прямую ларингоскопию и отсосать слизь из трахеи;

. Если ЧСС меньше 60, провести непрямой массаж сердца;

. По назначению врача введение медикаментов (адреналин, физраствор, раствор бикарбоната натрия).

Только после этих мероприятий, если ребёнок самостоятельно дышит и цвет кожи розовый, приступают ко вторичной обработке пуповины [12.стр. 124].

Вторичная обработка пуповины

После повторной обработки рук и смены перчаток отрезок пуповины обрабатываю 70% спиртом. На расстоянии 0,5 см от пупочного кольца на пуповину накладываю зажим, пуповинный остаток отсекаю стерильными ножницами и отжимаю шариком со спиртом 70%, поверхность среза обрабатываю спиртом 70% согласно СанПиН 2.1.3.2630-10.

Закончив туалет новорождённого, взвешиваю его, измеряю рост, окружность головки, груди, отмечаю признаки зрелости или незрелости, переношенности. На ручки ребёнка надеваю браслетки из медицинской клеёнки, где указываю номер «Истории родов», фамилию, имя, отчество мамы, пол ребёнка, дату и время рождения.

Пеленаю в тёплые стерильные пелёнки и, если нет противопоказаний, прикладываю ребёнка к груди матери для обсеменения желудочно-кишечного тракта микрофлорой матери, не позже 30 минут после родов.

Противопоказания для раннего прикладывания к груди матери очень ограничены:

а) со стороны матери:

. Гестозы средней и тяжелой степени

. Оперативное родоразрешение

. Большая кровопотеря в родах

. Разрывы промежности Ш степени

. Гнойно-воспалительные заболевания матери

. Резус-отрицательная кровь матери, особенно при наличии антител

. Тяжелые экстрагенитальные заболевания;

б) со стороны ребенка:

. Оценка по шкале Апгар при рождении ниже 7 баллов

. Асфиксия

. Родовые травмы

. Гемолитическая болезнь новорожденного, пороки развития

. Недоношенность.

Первые 2 часа после родов новорождённый находится в родзале под наблюдением вместе с матерью.

акушерка перинатальный родовой

Ведение 3-го периода родов

После катетеризации мочевого пузыря, отделения плаценты и рождения последа «приложение 3 рис. 5, рис. 6», всем родильницам проводится осмотр родовых путей на зеркалах - провожу его вместе с врачом. Для этого накрываю стерильный стол с набором инструментов для осмотра и ушивания разрывов мягких тканей.

Перед этим обрабатываю спиртсодержащим кожным антисептиком наружные половые органы родильницы.

После осмотра родовых путей в течение 2 часов наблюдаю за родильницей: её состоянием, высотой стояния дна матки «приложение 2 рис. 4»., количеством кровянистых выделений из половых путей, измеряю АД, считаю пульс, измеряю температуру тела.

Перед переводом родильницы в послеродовое отделение провожу туалет наружных половых органов, катетером освобождаю мочевой пузырь, меняю сорочку и перекладываю на каталку для транспортировки в палату послеродового отделения.

После перевода родильницы в послеродовое отделение все изделия медицинского назначения промываются в ёмкости с дезраствором, согласно приказу №408 и ОСТу 42-21-2-85. На всех ёмкостях, где проводилась дезинфекция, обязательно делаю запись: наименование раствора, концентрация, срок годности, дата и время смены раствора, время экспозиции, ставлю свою подпись.

В родильном зале после перевода родильницы проводится заключительная дезинфекция и раз в 7 дней генеральная уборка.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что главная функция акушерки заключается в выполнении распоряжения врача акушер-гинеколога и в правильном принятии ребенка.

Главной задачей акушерки является:

проведение диспансеризации и патронажа родильницы

оказание акушерского пособия при физиологических родах и проведение первичного туалета новорожденного

оказание помощи родильнице при грудном вскармливании и уходе за новорожденным.

Большинство пациенток узнают информацию об осложнениях послеродового периода и их профилактике из специальной литературы, от знакомых и родственников. Женская консультация и родильный дом имеют небольшой вес в общей доле информации. Информированность пациентов не явилась решающим фактором предотвращения осложнений, однако большинство респондентов отметили необходимость данной информации.

В комплексе с бережным ведением родов, индивидуальным подходом и соблюдением всех правил асептики и антисептики информационная подготовленность пациентов поможет свисти к минимуму возникновение осложнений послеродового периода.

Хочется заметить, что в самый ответственный момент акушерка постоянно находится рядом со своей подопечной. Именно в это время особенно пригодятся качества, которыми должна обладать каждая акушерка: терпение, умение сопереживать, чуткие, добрые руки. Акушерка успокаивает и поддерживает будущую маму, оценивает, правильно ли идут схватки, напоминает ей, как нужно дышать и расслабляться, в какой момент тужиться.

**2. Ведение физиологических родов в г. Краснодаре и Краснодарском крае**

**2.1 Демографические показатели в Краснодарском крае**

ноября 2013 г. на видеоселекторном совещании заместителя министра здравоохранения России Татьяны Яковлевой говорили об улучшении демографических показателей в Краснодарском крае, информирует «Живая Кубань». На Кубани за 2013 год общая смертность населения снизилась на 2,3% по сравнению с 2012 годом, что на 1,5% лучше показателя по Российской Федерации. Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 5,9% (на 3% лучше среднероссийского показателя); смертность от внешних причин - на 10,3%, что на 16,8% лучше, чем в среднем по России, больше всего снизилась младенческая смертность - на 11%.

Информационное агентство «Живая Кубань» обращает внимание читателей на то, что улучшение показателей является следствием масштабной модернизации кубанской медицины, пропаганды здорового образа жизни, активной работы по профилактике и раннему выявлению заболеваний. В этой работе участвуют пять центров медицинской профилактики, 17 Центров здоровья для взрослого населения и детей, автофургон «Мобильный центр здоровья» и все амбулаторно-поликлинические учреждения края.

Демографические показатели являются одним из основных критериев оценки деятельности отрасли здравоохранения и находятся на постоянном контроле администрации Краснодарского края и лично губернатора Александра Ткачева.

Младенческая смертность (приложение 4).

При разработке плана мероприятий учитывались неблагоприятные демографические факторы предстоящего пятилетия, прежде всего значительное сокращение, более чем на 57 тыс. человек, числа женщин активного репродуктивного возраста (20-29 лет), рост численности населения старше 65 лет почти на 119 тыс. человек, в т.ч. в возрасте 80 лет и старше - более чем на 42 тыс. человек, сокращение численности трудоспособного возраста почти на 124 тыс. человек (приложение 8, табл. 6). Поэтому основной акцент при планировании активных мер по снижению смертности населения сделан, прежде всего, на трудоспособный возраст, а также на существенное улучшение общего и репродуктивного здоровья, особенно подрастающего поколения.

Согласно информации представленной пресс-службой ГУ - Краснодарское региональное отделение ФСС РФ: «Занимая лидирующую позицию в ЮФО и третье место в России после Москвы и Московской области. На Кубани за семь месяцев текущего года родилось на 3,2 тысячи детей больше, чем в аналогичный период годом ранее.

Согласно данным поисково-мониторинговой системы Фонда на свет появились 37427 малыша. Преимущество по-прежнему за мальчиками: в среднем на 100 родившихся девочек приходится 110 мальчиков.

Первое место по количеству родов в крае занимает один из крупнейших в стране родильных домов Городской больницы №2 г. Краснодара. Здесь с начала года появились на свет более 5 тысяч детей.

По выхаживанию новорожденных с критической массой тела лидирует Перинатальный центр Детской краевой клинической больницы. Из 8 троен, родившихся на Кубани с начала этого года, четырем помогли появиться на свет медики этого учреждения.

Расходы Краснодарского регионального отделения Фонда по указанному направлению за 7 месяцев 2012 г. составили 394,5 млн рублей. Наличие родового сертификата позволяет женщине в полной мере реализовать свое право по выбору медучреждения в период беременности, родов, а также для наблюдения за малышом в течение первого года его жизни».

В 2014 году с 21 апреля по 17 мая проходила практику в МБУЗ Родильный дом №4 г. Краснодара. Родильный дом №4 основан в 1961 году. В состав которого входят 2 стационара: по ул. Седина, 50 - на 50 коек и по ул. Комсомольской, 44 - на 180 коек (в том числе 60 гинекологических), а также три женские консультации: №1 (ул. Гимназическая, 93), №4 (ул. Котовского, 98), №7 (ул. 40 лет Победы, 146/5).

Учреждение оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинскую помощь новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы.

С 2001 г. функционирует дневной стационар, что способствует более качественному обследованию и лечению беременных в амбулаторных условиях. В женской консультации большое внимание уделяется подготовке беременных к родам. С этой целью организованы занятия в Школе матерей, проводится подготовка по программам грудного вскармливания. В связи с успешным проведением этой работы в 2004 г. женская консультация прошла аттестацию по грудному вскармливанию и получила звание «Больница, доброжелательная к ребенку». Имеет в своей структуре диагностическое клиническое отделение, где работают врачи смежных специальностей - уролог, окулист, невропатолог, терапевт, кардиолог. Там же находится и диагностическая иммунологическая и клиническая лаборатории, в которых можно пройти обследование беременной женщине. Родильный дом №4 является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии (Кубанская медицинская академия).

Оказание всех видов акушерско-гинекологической помощи (сопровождение беременности, дородовая подготовка, индивидуальное ведение родов, послеродовой период, кесарево сечение, патология беременности, гинекология, обезболивание). КТГ и УЗИ. В гинекологическом отделении проводится и консервативное, и хирургическое лечение женщин с различными заболеваниями и патологиями. Проводят лапароскопические операции (есть лапароскоп и гистероскоп). Имеются индивидуальные родовые палаты, в которых разрешены партнерские роды. Обезболивание родов выполняется по медицинским показаниям. Кесарево сечение проводится бесплатно по показаниям акушеров, окулистов, невропатолога и других специалистов. Среди всех методов обезболивания акушеры-гинекологи и анестезиологи родильного дома предпочитают эпидуральную анестезию. В акушерской бригаде всегда присутствует неонатолог. Роды проводятся в горизонтальном положении роженицы на акушерском кресле, или полусидя. Выкладывание на живот и прикладывание к груди в родзале проводятся сразу после родов и почти всегда. Исключения составляют случаи, если ребенок находится в тяжелом состоянии или мама под наркозом (при кесаревом сечении). Имеются отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослых и новорожденных, где маме и малышу смогут оказать высококвалифицированную экстренную помощь.

Источник: http://beremennost.net/roddoms/roddom/rodilnyi-dom-%E2% 84% 96-4-5 2014 © beremennost.net

В течение двух недель под руководством акушерки высшей категории Козловой Елены Александровны проходила практику в родильном отделении. Структура родильного отделения представлена (приложение 4. Таблица №1).

В процессе обучения в родильном отделении, в частности, изучила принцип функционирования учреждения родовспоможения и основы оказания медицинской помощи пациентам, включая осмотр и патронаж беременных и рожениц на дому, усвоили правила ведения медицинской документации.

За последние 10 лет количество родов возросло с 1690 до 6814. (приложение 7)

Все годы работы каждый сотрудник женской консультации вкладывает частицу своей души в процесс подготовки и вынашивания беременности, чтобы каждый родившийся малыш был здоровым и счастливым.

За последние года, благодаря Национальному проекту «Здоровье», а также улучшению финансирования за счет средств родового сертификата, значительно улучшилось оснащение женской консультации: приобретено лабораторное оборудование, аппарат ультразвуковой диагностики «ALOKA - 3500» с цветным допплером, 4 кардиотокографа, электрокардиограф, дооснащен гистероскоп, имеется 2 видеокольпоскопа, хирургический лазер, аппарат электрохирургический, обновлен инструментарий.

С каждой женщиной вставшей на учет по беременности, проводились беседы о важности регулярного посещения врача и выполнения всех назначений, советов. Проводим беседы о личной гигиены, а также психо - профилактическую подготовку к родам.

Беременным женщинам на руки выдаем обменную карту, где занесены все их обследования: анализы, УЗИ, консультации других специалистов.

В 30 недель беременности работающим женщинам выдается дородовый и послеродовый декретный отпуск, продолжительностью на 140 дней. В случае патологических родов или рождении 2 детей и более отпуск увеличивается на 16 дней. Также в 30 недель беременности всем женщинам зарегистрированных на территории России, выдается родовой сертификат. Родовой сертификат дает право выбора любого родильного дома, где хочет родоразрешиться женщина.

Родильное отделение располагает всем необходимым современным оборудованием и за отчетный период, согласно отчету акушерки Козловой Елены Александровны на диаграмме (приложение 7,) где указаны показатели принятых родов Родильного дома 4. Согласно этим данным можно заключить, что в 2013 году идет тенденция роста родоразрешения. Если в 2011 году составило 42,9% - физиологические роды, 2012 год - 58,7%, 2013 год -65,4%.

Показатели работы отделения указывают на ту же тенденцию роста благополучного родоразрешения (приложение 4, таблица №2). Использование коечного фонда (приложение 5, таблица №3).

Как видно из таблицы (приложение 5 таблица №4), ежегодно повышается количество родов, при этом процент оперативного родоразрешения путем кесарева сечения также повышается и достиг 18,5% в 2013 г. Количество таких травматичных для новорожденных операций, как акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, снизились до единичных.

Родоразрешение путем кесарева сечения (приложение 6 таблица №5) идёт на смену длительным, травматичным родам, уменьшению таких родоразрешающих операций как экстракция плода за тазовый конец, вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы.

В течение всего пребывания в послеродовом отделении за роженицей систематически наблюдают врач акушер-гинеколог и палатная акушерка. В установленные часы врач проводит осмотр, в процессе ежедневного наблюдения особое внимание обращается на общее самочувствие, внешний вид роженицы, выясняется о её самостоятельном мочеиспускании и стуле. Кроме того проводится специальное акушерское обследование (осмотр молочных желёз, пальпация живота, определяют состояние матки, измерение размеров матки, характер выделений, состояние наружных половых органов и промежности). Палатная акушерка выполняет все назначения врача и осуществляет уход за женщинами.

**.2 Осложнения в послеродовом периоде после физиологических родов**

Послеродовой период начинается сразу же по окончанию процесса родов. Продолжительность его может быть различна, в среднем - 6-8 недель. Это период восстановления организма женщины, возвращения его к обычному функционированию. Условно этот период делится на ранний послеродовый (до 10 дней) и поздний.

Для большинства женщин все перемены, происходящие в этот период, проходят практически не замеченными: все внимание отдано новорожденному малышу. Автор статьи «Осложнения после родового периода»: Галина Еремеева, акушер-гинеколог пишет: «Основная группа осложнений послеродового периода - инфекционно-воспалительные процессы органов малого таза. Основными причинами таких заболеваний служат инфекции мочеполовых органов родильницы, не пролеченные или плохо пролеченные до родов; снижение иммунитета на поздних сроках беременности; нарушение санитарного режима акушерско-гинекологических отделений.

Чаще всего из инфекционно-воспалительных осложнений встречается эндометрит - воспаление внутренней оболочки матки, эндометрия. При распространении воспалительного процесса в глубину стенки матки, с переходом на мышечный слой и околоматочную клетчатку, говорят о метроэндометрите или параметрите. Воспалительные осложнения развиваются обычно на 3-5 сутки после родоразрешения. Заболевание начинается с высокого подъема температуры тела, болезненности в нижних отделах живота, появления сукровично-гнойных выделений из половых путей. Диагностика проводится на основании осмотра, клинико-лабораторного исследования, УЗИ в послеродовом периоде. Необходимо срочное назначение антибиотиков, детоксикационной терапии, постельного режима.

инфекция мочевых путей (уретрит, цистит, пиелонефрит);

мастит (воспаление молочных желез);

инфекционные осложнения раневых поверхностей: шов после кесарева сечения, после эпизео- или перинеотомии. Возможно, что поврежденная шейка матки в послеродовой период так же подвергнется воспалительным изменениям.

Другая большая группа осложнений послеродового периода - кровотечения. Если кровопотеря в родах и послеродовом периоде вдвое превышает обычные объемы, то говорят о патологическом кровотечении. Это может быть кровотечение из стенок матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов. Причина бывает как в нарушениях свертываемости крови родильницы, так и в послеродовых осложнениях: атонии матки, задержке в матке частей плаценты, разрыве или гематоме влагалища. Кровотечение в послеродовом периоде - опасное для жизни состояние. С учетом хорошего кровоснабжения органов малого таза, это состояние может стать причиной смерти, в силу стремительно развивающейся потери крови.

Встречаются относительно редко по сравнению с предыдущими:

выворот матки;

разрыв матки;

эмболия околоплодными водами;

тромбоз глубоких вен ног, тромбофлебит;

неврологические и психические расстройства».

Таким образом мы можем убедиться, что осложненное течение послеродового периода до настоящего времени имеет место быть, но все же тенденция к снижению количества осложнений явно имеется».

Но, к сожалению, есть ситуации, когда развиваются осложнения послеродового периода. Причинами таких проблем могут быть как заболевания матери, так и нарушения со стороны акушерского персонала: начиная с дефектов ведения родов и заканчивая несоблюдением санитарно-гигиенических норм в родильном и послеродовом отделениях.

Основное правило асептики заключается в том, чтобы все, что соприкасается с раной, было стерильно, надежно обеззаражено, свободно от жизнеспособных бактерий. Важно соблюдать правила безопасности для защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с кровью и жидкостями пациента.

Согласно закону РФ СанПиН 2.1.3.2630 - 10 приложение 12.4.7.1 в работе надеваю перчатки во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами.

Соблюдать профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах (согласно Федеральному закону от 30.03.99 г. №52-Ф3 (О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения) с изменениями от 22.08.04 г. №122-Ф3.

Правила безопасности для защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с кровью и биологическими жидкостями любого пациента.

1. Мыть руки до и после любого контакта с пациентом.

2. Рассматривать кровь, слюну, как потенциально инфицированные и работать с ними только в перчатках.

. Сразу после применения помещать использованные шприцы, иглы, гинекологический инструмент в специальный контейнер для дезинфекции с последующей утилизацией или предстерилизационной обработкой и стерилизацией. Не производить никаких манипуляций с использованными иглами.

. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения возможного попадания брызг крови на кожу, слизистые (во время манипуляций).

. Использовать специальный влагонепроницаемый фартук для защиты от возможного попадания брызг крови или другой биологической жидкости.

. Рассмотреть белье, запачканное кровью или другой биологической жидкостью, как потенциально инфицированное.

При попадании зараженного материала на:

Кожу: снять инфицированный материал, не растирая, салфеткой, пропитанной 70% этиловым спиртом, обмыть водой с мылом, повторно обеззаразить 70% этиловым спиртом;

Слизистые носа: промыть 0,05% раствором марганцовокислого калия или 1% раствором протаргола;

Глаза: промыть 1% раствором борной кислоты, используя пипетку или глазную ванночку, не тереть! Закапать сульфацил натрия;

Слизистые рта: прополоскать 0,05% раствором марганцовокислого калия или 70% этиловым спиртом;

Халат: снять, замочить в дезрастворе;

Обувь: обработать двукратным протиранием через 15 минут ветошью, смоченной в растворе одного из дезсредств;

Пол, стены, мебель, оборудование: загрязненное место двукратно с интервалом в 15 минут обработать ветошью, смоченной дезраствором, использованную ветошь погрузить в емкость с дезраствором.

При проколах и порезах кожи рук:

Снять перчатки, выдавить кровь из ранки и обработать, не растирая, поврежденный участок 70% спиртом, прижечь 5% спиртовым раствором йода и заклеить лейкопластырем.

При эпидемиологических значимых авариях до обращения к врачу Центра-СПИД применять по 2 капсулы тимазида 3 раза в сутки. Затем сделать запись в журнале технологических аварий;

Поставить в известность об аварии администрацию учреждения и Центр профилактики СПИД; Сдать анализ крови на ВИЧ, гепатиты В и С.

Все манипуляции проводятся в латексных перчатках, использованные перчатки дезинфицируются. В целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний человека и исключения возможности заражения медицинского персонала необходимо своевременно и в полном объеме проводить предусмотренные санитарными правилами профилактические мероприятия, в т.ч. обеззараживание, уничтожение и утилизацию шприцов инъекционных однократного применения. Для обеззараживания воздуха в помещениях применяю разрешенные для этой цели оборудование. Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств.

Для того чтобы предупредить развитие большого количества осложнений, достаточно следить за состоянием женщины после родов и проводить УЗИ диагностику матки тем, кто находится в зоне риска:

Аборты в анамнезе (чем их больше, тем выше риск);

Предыдущая беременность и роды были осложнены;

Наличие очагов инфекции в организме (пиелонефрит, тонзиллит, половые инфекции);

Тяжелые роды сами могут стать фактором риска для возникновения воспалительных и других осложнений;

Роды раньше срока;

Крупные размеры плода;

Многоплодие, Безводный промежуток более 12 часов;

Кровопотеря во время родов более 0,5 литров;

Слабая родовая деятельность, травмы родовых путей, ручное обследование матки. Женщинам с такими факторами в анамнезе необходимо проведение УЗИ матки после родов несколько раз. Некоторые симптомы могут быть первыми «сигналами» осложнений после родов, поэтому необходимо «слушать» себя и обязательно обратиться к врачу.

Роль акушерки в профилактике осложнений послеродового периода сложно переоценить, но на каждом этапе становления женщины как матери она существенно различается.

На этапе женской консультации беременная женщина хочет получать от акушерки как можно больше информации, таким образом акушерка женской консультации - это главный информатор.

Для пациенток дородового отделения информация так же имеет большую роль, но они так же ждут психологической помощи от акушерки и тщательного контроля за их состоянием.

Акушерка дородового отделения - это контролирующий психолог-информатор.

На послеродовом отделении женщина уже выступает в новой для себя роли-роли матери. В этот трудный период от акушерки она ждет всесторонней помощи и немного контроля за правильностью выполнения ею рекомендаций врача и новых для себя материнских функций. Акушерка послеродового отделения - это помощник, наставник, советчик.

На мой взгляд большинству родильниц, владеющих информацией об осложнениях послеродового периода, удалось бы избежать многих осложнений. Те осложнения, которые зависят больше от течения и ведения родов, а не от самой женщины, следует свести к минимуму. Роль акушерки женской консультации, помимо выполнения назначений врача, в основном заключается в предоставлении информации о течении беременности, родов и послеродового периода.

Находясь на послеродовом отделении родильницам приходится заботиться не только о себе, но и о своем новорожденном ребенке, поэтому помощь акушерки ей просто необходима. Большинство женщин считают, что на послеродовом отделении необходимо получать больше информации о профилактике осложнений послеродового периода. На послеродовом отделении женщина уже выступает в новой для себя роли-роли матери. В этот трудный период от акушерки она ждет всесторонней помощи и немного контроля за правильностью выполнения ею рекомендаций врача и новых для себя материнских функций.

**Заключение**

Очень важным этическим принципом, на котором базируются отношения между медицинским работником и пациентом, является не причинение вреда. В комплексе с бережным ведением родов, индивидуальным подходом и соблюдением всех правил асептики и антисептики информационная подготовленность пациентов поможет свисти к минимуму возникновение осложнений послеродового периода.

Акушерка должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий.

Необходимо постоянно поддерживать свои профессиональные знания на высоком уровне. Постоянно пополнять свои знания и умения путем чтения современной литературы, быть в курсе новейших методик и приказов.

Согласно должностным инструкциям акушерка несет ответственность:

За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных должностной инструкцией - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

Дальнейшее развитие службы родовспоможения г. Краснодара, направленное на улучшение репродуктивного здоровья и снижения показателей перинатальной и материнской смертности, связано с решением многочисленных задач. На помощь необходимо привлечь центр медицинской профилактики, педагогов, педиатров. Необходима стройная государственная система полового и гигиенического воспитания подрастающего поколения.

**Литература**

1. «Акушерство» Э.К. Айламазян. 1997 г.;

. Акушерство и гинекология. клинические рекомендации /ред. В.И. Кулаков. - м., гоэтар-медиа, 2006. 540 с.

2. Акушерство. практикум./ под ред В.Е. Радзинского. м., 2002.

. Акушерство. часть I и II. Учебно-методическое пособие для студентов/ под ред. Рудаковой Е.Б. (утверждено УМО) Омск 2005.

4. Большая Советская Энциклопедия том 2,3, 14.

5. Гинекология: учеб. для студентов мед. вузов / УМО по мед. и фармац. образованию вузов России; ред.: Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2004. - 474 с.

6. Гинекология. практикум./ под ред В.Е. Радзинского. м., 2005.

. Критические состояния в акушерстве. В.Н. Серов, С.А. Маркин м., мед издат., 2003, 704 с.

8. Новейший справочник медицинской сестры. М.Р. Полеев. 2009 год.

9. Справочник «Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь». Под редакцией Е.И. Чазова.

. «Справочник фельдшера». Под ред. проф. Ю.Ю. Елисеева.

. «Справочник фельдшера». Под ред. проф. А.А. Михайлова.

. «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии» Е.П. Крылова, 2000.

. Роль сестринской службы в эпидемиологическом надзоре за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Н.В. Торчинский. 2003.

. Технология выполнения сестринских манипуляций. Акушерское пособие/ под ред. Борисова Ю.Ю., Рамонова Л.П., Белозерова О.А. Егорова Н.А. Краснодар 2012.