

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/90038>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

Введение 3

Глава 1. Послеродовые осложнения: виды, характеристика, особенности 5

1.1 Общая характеристика послеродовых осложнений 5

1.2 Инфекционные послеродовые осложнения 10

1.3 Особенности лечения послеродовых осложнений 12

Глава 2. Роль акушерки в профилактике осложнений послеродового периода 17

2.1 Статистические исследования развития осложнений послеродового периода 17

2.2 Профилактика осложнений послеродового периода 20

Глава 3. Роль акушерки в профилактике осложнений послеродового периода 22

Выводы 25

Список литературы 27

на внедрение микроорганизмов или их токсинов. Бактериально-токсический шок чаще всего является осложнением гнойно-инфекционных процессов, которые вызываются грамотрицательной флорой: клебсиеллой, протеем, кишечной палочкой, синегнойной палочкой. Вызвать развитие бактериально-токсического шока может анаэробная неспорообразующая флора, простейшие, грибы.

Возникновение шока, кроме наличия инфекции, обуславливается также сочетанием еще двух факторов: снижением общей резистентности организма больной и наличием возможности для массивного проникновения в кровотоки возбудителя или его токсинов.

Очагом инфекции в акушерской клинике в подавляющем большинстве случаев является матка: хориоамнионит в родах, послеродовые заболевания. Осуществляются следующие меры для предупреждения развития данных осложнений: в течении двух часов после родов нахождение родильницы под строгим наблюдением в родильном зале; тщательный контроль за показателями пульса, температуры, артериального давления, частоты дыхания; точный учет кровопотери. Так же большое значение имеет своевременное выявление групп риска по развитию данных осложнений и качественное обследование женщин в женской консультации.

Осложнения позднего послеродового периода чаще всего являются инфекционными. К возникновению послеродовой инфекции могут привести следующие факторы: развитие иммунодефицита у женщин к концу беременности, изменение биоценоза влагалища. На частоту послеродовых инфекционных заболеваний оказывает значительное влияние характер течения родов.

Внутренняя стенка матки в послеродовом периоде представляет собой раневую поверхность, которая легко подвергается инфицированию за счет восхождения из влагалища патогенной и условно-патогенной флоры. Послеродовая инфекция у некоторых родильниц является продолжением хориоамнионита, который является осложнением течения родов.

Источником воспалительных процессов в половых органах могут служить эндогенные очаги инфекции в ротовой полости, носоглотке, почечных лоханках, придатках матки. К развитию инфекционного процесса предрасполагающими являются многие осложнения беременности: ОПГ-гестоз, железодефицитная анемия, предлежание плаценты, пиелонефрит и др. Затяжные роды, большая кровопотеря, длительный безводный промежуток, оперативные вмешательства могут способствовать осложненному течению послеродового периода.

Послеродовая язва может развиваться как следствие инфицирования трещин, ссадин, разрывов слизистой оболочки влагалища и вульвы. Состояние родильницы при этом остается удовлетворительным. В эту же группу заболеваний включаются нагноение раны после перинеотомии или разрыва промежности.

Для лечения подобных осложнений в таких случаях снимают швы и лечат рану по принципам гнойной хирургии: дренирование, промывание, использование протеолитических ферментов, адсорбентов. После очищения раны накладываются вторичные швы.

Лактостаз представляет собой задержку или застой молока при вскармливании в груди женщины. Вызвано это, как правило, либо узостью протоков железы, или усиленной выработкой молока и недостаточным

опорожнением. Проявлениями лактостаза являются болезненные ощущения в молочной железе, при этом грудь наливается и при прощупывании в некоторых ее частях можно обнаружить уплотнения.

Нередко после родов наблюдаются случаи задержки мочи, развивается послеродовая ишурия. В одних случаях роженица ощущает позывы на мочеиспускание, но не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, в других даже не возникает чувства позыва на мочеиспускание.

Послеродовая ишурия может быть обусловлена различными причинами. В одних случаях она может быть связана с травмой мочевого пузыря, главным образом нижнего его отдела, головкой плода во время прохождения ее через полость малого таза; в других случаях причиной ишурии может стать гипотоническое состояние органов малого таза (мочевого пузыря, кишечника).

При атонии происходит значительное растяжение мочевого пузыря, емкость его увеличивается до 1 л и даже больше. В таких случаях происходит незначительное увеличение внутрипузырного давления, и роженица не ощущает даже позыва на мочеиспускание.

Причиной послеродовой ишурии также может стать сдавление и раздражение гипогастральных нервов, что приводит к развитию длительного спазма сфинктера мочевого пузыря. Роженица испытывает значительные боли внизу живота при наличии резких позывов на мочеиспускание и невозможности самостоятельно опорожнить мочевой пузырь. Кроме того, следует иметь в виду, что нахождение каждые 100 мл мочи в мочевом пузыре способствуют подъему послеродовой матки вверх на 1 см и тем самым затрудняют сокращение послеродовой матки.

Повреждение костей и сочленений таза матери является тяжелым осложнением послеродового периода.

Под действием эстрогенов, релаксина во время беременности происходит размягчение, удлинение и расслабление связочного аппарата таза, что приводит к увеличению объема таза, облегчает прохождение плода по родовому каналу. Факторами, которые могут привести к возникновению повреждений связочного аппарата малого таза, являются: многоплодие, крупные размеры плода, разгибательное вставление головки плода, узкий таз, повторная беременность, половой инфантилизм, ожирение, заболевания костной системы (перенесенный остеомиелит, рахит, туберкулез костей).

Так же осложнениями послеродового периода являются субинволюция матки, остатки плацентарной ткани в полости матки, инфильтрат промежности, лохиометра, расхождение швов промежности и послеоперационных швов, отек геморроидальных узлов, анемия, кровотечение в позднем послеродовом периоде.

1.2 Инфекционные послеродовые осложнения

Акушерский перитонит является тяжелейшим осложнением послеродового периода. Он может развиваться в следствие метроэндометрита, перфораций, перекрута ножки опухоли яичника, воспалительного tubo-овариального образования или пиосальпинкса, некроза субсерозного узла миомы матки. Однако самая частая причина акушерского перитонита – это инфицирование расхождения швов на матке после кесарева сечения. Такие перитониты составляют 0,5-1,0% случаев.

В акушерской практике в 90% случаев генерализация инфекции, или сепсис, обусловлена наличием инфекционного очага в матке и развивается как следствие истощения антиинфекционного иммунитета.

Предрасполагающими факторами к развитию сепсиса может стать осложненное течение беременности (вирусные инфекции, ОПГ-гестоз, железодефицитная анемия и др.). Условиями для генерализации инфекции могут также быть длительное течение родового акта с безводным промежутком, который превышает 24 ч, оперативное родоразрешение, травмы мягких родовых путей, кровотечение и другие осложнения родов, способствующие снижению неспецифических защитных сил организма.

Послеродовой эндомиометрит является самым частым вариантом инфекционных осложнений, он может протекать в двух формах: острой и стертой. Острая форма развивается на 2-5 день послеродового периода и характеризуется подъемом температуры, ознобом, появлением болей внизу живота и примеси гноя в лохиях. Общее состояние определяется степенью интоксикации и может быть от удовлетворительного до тяжелого. Выраженная интоксикация может симулировать послеродовой психоз. Отмечается субинволюция матки.

Для диагностики этого заболевания в диагностике используют УЗИ, на основании которого можно оценить изменение размеров матки, тонус стенок, величину полости, ее содержимое. При нормальной инволюции длина матки в первые сутки составляет 15 см, на вторые уменьшается до 13,5 см, на пятые – до 11 см, на седьмые сутки составляет 10,5 см. Улучшение состояния роженицы при своевременном и адекватно проводимом лечении может наступить через 1-2 дня.

Тяжелее протекает эндомиометрит, который осложняет послеоперационный период у рожениц после

кесарева сечения. Не всегда удается предупредить распространение инфекции и развитие перитонита, даже несмотря на правильно проводимую терапию.

Стертая форма эндометрита обычно не имеет выраженной клинической симптоматики. Начало заболевания позднее, на 7-9 день послеродового периода. Основным признаком его является субинволюция матки, которая определяется при влагалищном обследовании и ультразвуковом сканировании.

Тромбофлебит поверхностных вен голени развивается при локализации послеродового инфекционного процесса в венах малого таза и нижних конечностей. общее состояние роженицы при тромбофлебите поверхностных вен голени или бедра обычно не изменяется.

Тромбофлебит вен малого таза и глубоких вен нижних конечностей характеризуется тяжелым течением патологического процесса, сопровождается высокой температурой, интоксикацией. При влагалищном обследовании определяется болезненная, увеличенная, мягковатая матка; на стенках таза при пальпации можно определить плотные, болезненные шнуры вен. Если в патологический процесс вовлекаются глубокие вены бедра, то развивается отек нижней конечности, кожа ее бледнеет. По ходу сосудистого пучка отмечается болезненность. Этот вариант тромбофлебита может стать причиной развития тяжелейшего осложнения – тромбоэмболии легочных артерий.

Послеродовой лактационный мастит является одним из наиболее частых осложнений послеродового периода. Частота лактационного мастита составляет 3 - 5% случаев. Причиной высокой заболеваемости может быть «стафилококковый госпитализм». Проникновение возбудителя в ткань молочной железы осуществляется через трещины сосков и через молочные ходы. Лактостаз может способствовать развитию воспалительного процесса.

1.3 Особенности лечения послеродовых осложнений

Лечение послеродовых осложнений должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным. Его необходимо начать как можно раньше, когда диагностированы начальные проявления послеродовой инфекции, что в значительной мере дает возможность предупредить развитие более тяжелых генерализованных форм.

В комплексное лечение должны быть включены дезинтоксикационные и десенсибилизирующие средства, антибактериальные препараты, методы повышения специфичной иммунологической реактивности или неспецифической защиты организма, при необходимости должно выполняться своевременное оперативное вмешательство.

Пациенткам с послеродовыми осложнениями показан постельный режим. Пища должна быть разнообразной, легко усвояемой, достаточной по калорийности (но не избыточной, калорийность не должна составлять более 3000 ккал в день). При отсутствии медицинских противопоказаний: (заболеваний сердечно-сосудистой системы и др.), принимая во внимание повышенную потребность организма рожениц в жидкости при послеродовых заболеваниях с учетом инфузионной терапии больные должны получать до 2-2.5 л свободной жидкости.

Список литературы

1. Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, психотерапия и психопрофилактическая подготовка / Станько Э.П., Лискович В.А., Наумов И.А., Гарбуз С.А. - Гродно: ГГМУ, 2015. - 194с.
2. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2015. №3. С.58-69.
3. Майданник И. В. Анализ структуры послеродовых осложнений у многорожавших женщин // Здоровье женщины. 2014. № 10. С. 102-104.
4. Маланова Т. Б., Ипатова М. В., Кубицкая Ю. В., Локтионов С. В. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. №2. С. 27-33.
5. Обоскалова Т. А., Глухов Е. Ю., Игнатова Ю. В., Титова И. А., Сюзева А. В. Организация медицинской помощи женщинам с осложнениями послеродового периода в крупном промышленном городе // ПМ. 2013. №7. С. 78-82.
6. Славянова И.К., Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: - Ростов н/Д: Феникс, 2014. - 395 с.
7. Чернуха, Е. А. Послеродовой эндометрит: принципы диагностики и лечения // Справочник фельдшера и акушерки. 2015. №3. С. 49-57.

8. Чернуха, Е.А. Послеродовой мастит // Справочник фельдшера и акушерки. 2015. № 2. С. 42-49.
9. Физиология и патология послеродового периода: учебное пособие/ сост. И.М. Таюпова, И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина, С.Ю. Муслимова - Уфа: БашНИПНефть, 2014. - 59 с.
10. Шаршакова, Т. М. Организация медицинской помощи женщинам и детям : учеб.-метод. пособие для студентов 4 и 5 курсов всех факультетов медицинских вузов / Т. М. Шаршакова, Я. И. Будник, И. Н. Струповец. - Гомель: ГомГМУ, 2017. - 72 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovovaya-rabota/90038>