**Текст лекции по теме занятия №7: Нормальный послеродовый период**

**Изучаемые вопросы:**

Введение

 1.Анатомические и физиологические изменения в организме родильницы

1. Клиническое течение нормального послеродового периода

 3. Тактика ведения нормального послеродового периода

- принципы и организация ухода за родильницей

- принципы, организация грудного вскармливания и ухода новорожденным

- оказание психологической помощи

- оформление медицинской документации

-правила выписки родильницы

- консультирование в родильном доме по уходу и вскармливанию новорожденных

**Введение**

Актуальность темы состоит в том, что данный период является очень ответственным в связи с особенностями функционирования органов и систем родильницы. Устойчивость организма к инфекции, нормальное течение процессов инволюции и лактация зависят от правильного гигиенического режима в послеродовом периоде. Четкое знание течения физиологического периода позволяет предупредить и своевременно выявить начальные симптомы заболеваний и осложнений после родов.

Знание закономерностей развития плода и новорожденного раскрывает особенности, прогноз развития и заболеваемость человека, помогает в разработке медико-социальных мероприятий.

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6 нед. В это время происходит обратное развитие (инволюuия) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период.

**Анатомические и физиологические изменения в организме родильницы**

Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп этих изменений максимально выражен в первые 8-12 сут. Ближайшие 2 ч после родоразрешения обозначают как ранний послеродовой период. По истечении этого времени начинается поздний послеродовой период.

В некоторых изданиях послеродовой период условно разделяют:

• на немедленный послеродовой период, который продолжается 24 ч после родов. В эти сроки наиболее часто происходят осложнения, связанные с анестезиологическим пособием в родах или непосредственно с самими родами;

• ранний послеродовой период, который продолжается в течение 7 дней после родов;

• поздний послеродовой период, который продолжается 6 нед (42 дня) и завершается в основном полной инволюцией всех органов и систем родильницы.

Хронологическое деление на периоды условно и связано с тем, что осложнения, вызванные нарушением сократительной функции матки после родов и сопровождающиеся кровотечением, чаще проявляются в первые часы.

Наиболее выраженные изменения происходят в *половых органах*. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8–12 сут. После рождения последа матка уменьшается в размерах из-за резкого сокращения её мускулатуры. Тело матки имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Сразу после родов размер матки соответствует 20 нед беременности. Дно её пальпируется на 1–2 поперечных пальца ниже пупка. Через несколько часов тонус мышц тазового дна и влагалища смещает матку кверху. К концу первых суток дно матки пальпируется уже на уровне пупка. На 2–3 сутки тело матки находится в состоянии перегиба кпереди. На положение матки в малом тазу влияет и состояние соседних органов (мочевого пузыря, кишечника).

После рождения последа внутренняя поверхность матки представляет собой раневую поверхность с выраженными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы маточных

сосудов резко сужаются при сокращении мускулатуры матки. В них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов.

Темпы инволюции матки зависят от многих *факторов*. Наибольшее влияние на контрактильность матки оказывают паритет, степень растяжения во время беременности (масса плода, многоводие, многоплодие), грудное вскармливание с первых часов.

Заживление внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3–4 дней полость матки остаётся стерильной. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы образуют лохии.

Лохии — послеродовые выделения. В течение 6 нед выделяется около 500–1500 мл лохий, pH их нейтральный или щелочной. В первые 2–3 дня лохии кровянистые, в их составе преобладают эритроциты (lochia rubra). На 3–4 сут лохии принимают кровянисто-серозный вид. В их составе преобладают лейкоциты (lochia serosa). Спустя неделю после родов в маточном отделяемом появляются слизь, децидуальные клетки, а эритроциты почти исчезают (lochia alba). При физиологическом течении послеродового периода лохии имеют прелый запах, их выделение прекращается через 5–6 нед.

**Характер выделений (лохий) в разные дни после родов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название (вид) лохий | Сутки | Состав |
| Lochia rubra  | 0-3-й день | Преимущественно эритроциты |
| Lochia serosa  | 3-7-й день | Преимущественно лейкоциты |
| Lochia afba  | Со 2 до 6-й недели | Слизь, децидуальные клетки  |

Эпителизация внутренней поверхности матки заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6 нед после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 нед.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев. Через 3 сут внутренний зев пропускает один палец. Формирование шеечного канала заканчивается к 10 дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 нед и принимает щелевидную форму. Эпителизация влагалищной порции шейки матки продолжается в течение 6 нед после родов.

В течение трёх недель после родов стенки влагалища остаются отёчными, просвет его расширен. через 3 нед стенки влагалища приобретают прежний тонус. К 10–12 дню тонус промежности восстанавливается.

Инволюция мышц передней брюшной стенки продолжается 4–6 нед.

В яичниках в послеродовом периоде начинается созревание фолликулов.Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У некормящих женщин менструация восстанавливается через 6–8 нед после родов. Первая менструация после родов происходит на фоне ановуляторного цикла. Сроки появления первой овуляции зависят от грудного вскармливания. У некормящих женщин овуляция происходит через 6 нед- 12 недель. Сроки появления овуляции зависят от количества кормлений в день и введения прикорма.

*Функция молочных желёз* после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки.Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным

(пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников. Мощный рефлекс реализуется при акте сосания.Первое прикладывание новорождённого к груди матери запускает механизм лактации. Суть лактации определяется двумя основными процессами: секрецией молока в железе под влиянием пролактина и опорожнением железы под влиянием окситоцина. Не существует медикаментозных средств, стимулирующих лактацию, так как секреция пролактина находится в зависимости от опорожнения молочной железы. Не синтезированы аналоги пролактина. Поэтому единственный способ запуска и сохранения лактации — сосание.

Вырабатывающийся при этом окситоцин усиливает сокращения гладкой мускулатуры миометрия, снижая кровопотерю, ускоряя отделение плаценты и рождение последа, а также обеспечивает темпы инволюции матки. Ребёнок получает первые капли молозива, содержащие концентрат иммуноглобулинов. Лактофлора с зоны ареолы попадает в кишечник ребёнка, обеспечивая физиологическую контаминацию микрофлоры.

В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Предварительное питание ребенка молозивом подготавливает его ЖКТ к усвоению «зрелого» молока.

Молозиво — густая желтоватая жидкость, имеющая щелочную реакцию. Оно содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков.

Молоко приобретает постоянный состав ко 2– 3 нед, его называют «зрелым» молоком.

*Сердечно- сосудистая система:* после родов возрастает ударный объём сердца. Минутный объём сердца сразу же после родов возрастает примерно на 80%. Это связано с выключением плацентарного кровотока, возврата внесосудистой жидкости в кровоток и увеличением венозного возврата. ЧСС уменьшается, сердечный выброс незначительно повышается, а через две недели после родов возвращается к норме. Гемодинамика в послеродовом периоде зависитот возраста женщины, способа родоразрешения, обезболивания родов, кровопотери, активности родильницы.

Нормализация ОЦК происходит через 3 нед после родов. Изменения в гемодинамике одинаковы у кормящих и некормящих женщин.

Уже во время родов наблюдают снижение концентрации фибриногена, продолжающееся в послеродовом периоде. Минимальное значение наблюдают в первые сутки послеродового периода. На 3–5 день концентрация фибриногена достигает дородовых значений, а через 7–10 дней —значений до беременности.

*Мочевыводящая система*. Мочевой пузырь во время родов испытывает сдавление головкой плода, поэтому в первые часы после родов слизистая оболочка мочевого пузыря отёчна. Перерастяжение и неполное опорожнение мочевого пузыря во время родов сопровождаются снижением его тонуса и, как следствие, задержкой мочи в первые сутки послеродового периода. Послеродовая гипотония мочевого пузыря может быть обусловлена и проводниковой анестезией (эпидуральная анестезия).

В течение 6 нед после родов имеется расширение мочеточников и почечных лоханок, что служит фактором риска развития инфекциимочевыводящих путей.

*Пищеварительная система.* В ближайшие недели после родов восстанавливается сниженная моторика ЖКТ. Возвращается к исходному уровню синтез белков в печени и показатели их уровня в крови.

*Дыхательная система.* Жизненная ёмкость легких быстро изменяется по сравнению с беременностью. Остаточный объём увеличивается, а жизненная ёмкость и объём вдоха уменьшаются. уменьшается потребление кислорода.

*Обмен веществ, баланс жидкости и электролитов*. В послеродовом периоде, в отличие от беременности, при соблюдении диеты отмечают снижение содержания в крови всех видов жирных кислот. Концентрация холестерола и триглициридов достигает исходного уровня через 6–7 нед. Лактация не влияет на жировой обмен. На 2–3 день послеродового периода концентрация глюкозы снижается (по сравнению с показателями во время беременности и родов), следовательно, снижается потребность в инсулине.

Снижение массы тела в общей сложности на 4 кг во время пуэрперия и в последующие 6 мес после родов связано с уменьшением жидкости и электролитов, накопленных во время беременности. Грудное вскармливание практически не влияет на нормализацию массы тела после родов. Общая потеря жидкости составляет 2 л за первые 7 дней и еще около 1,5 литров за последующие 5 нед пуэрперия. В крови увеличивается содержание альдостерона и снижается содержание прогестерона, что способствует выведению натрия.

**Клиническое течение нормального послеродового периода**

Физиологический послеродовой период характеризуется:

- удовлетворительным общим состоянием женщины,

- нормальной температурой тела, частотой пульса и АД,

- правильной инволюцией матки,

- нормальным количеством и составом лохий,

- достаточной лактацией

В первые часы после родов может сохраняться слабость. Усталость после интенсивных родовых схваток, ощущениясаднения после растяжения вульвы и влагалища обычно исчезают в первые дни послеродового периода. Родильница нуждается в отдыхе, покое и глубоком сне, которые быстро восстанавливают её силы и хорошее самочувствие.

Инволюция матки может сопровождаться нерегулярными, но болезненными сокращениями миометрия, которые более выражены у повторнородящих. Эти сокращения особенно интенсивны во время кормления ребёнка.

Начало послеродового периода сопровождается ознобом, продолжающимся 5–10 мин. Озноб обусловлен значительным выбросом в кровь регрессивных продуктов обмена веществ в мышечных клетках, а также микроэмболией ОВ.

Пульс родильницы отличается двумя качествами: брадикардией и неустойчивостью. Пульс может учащаться до 100 и более ударов в минуту после кормления ребёнка или при минимальной физической нагрузке.

У здоровых родильниц лихорадку обычно не наблюдают. Работа всей мускулатуры тела во время родов может повысить температуру на несколько десятых градуса. Этим можно объяснить повышение температуры в ближайшие 12 ч после родов (первый физиологический подъём). Температура не должна превышать 37,5 °С при наличии хорошего пульса и удовлетворительного общего состояния. Второй физиологический подъём температуры может возникать на 2–3 день после родов. Повышение температуры можно объяснить массированным восходящим проникновением микроорганизмов из влагалища в матку. Обычно повышенная температура сохраняется в течение нескольких часов и нормализуется без лечения.

Нередко у здоровых родильниц возникает нарушение функции мочевого пузыря. Клинический симптом этого нарушения — отсутствие позывов к мочеиспусканию даже при переполнении мочевого пузыря. Переполненный мочевой пузырь смещает матку кверху и вправо, дно его может доходить до пупка. Затруднение мочеиспускания может быть следствием отёка шейки мочевого пузыря длительно прижатой во время родов головкой плода. Попадание мочи на повреждённую слизистую оболочку влагалища и вульвы вызывает боль, что также может рефлекторно затруднить мочеиспускание.

У многих родильниц отмечают усиленное потоотделение. Это ведет к усилению жажды. Расслабление и растяжение передней брюшной стенки и мышц тазового дна способствуют гипотонии кишечника, что приводит к задержке стула в первые дни послеродового периода. Иногда этому мешает ущемление и отёк геморроидальных узлов, которые становятся резко болезненными и могут инфицироваться.

**Тактика ведения нормального послеродового периода**

Цели послеродового наблюдения: максимально быстрое возвращение родильницы к нормальной жизни, формирование навыков исключительно грудного вскармливания; сохранение здоровья новорождённого и предотвращение его заболеваний.

*Принципы и организация ухода за родильницей*

Хорошая организация работы родовспомогательного учреждения способствует успешному грудному вскармливанию, продолжающемуся долгое время. В родильных домах с совместным пребыванием матери и новорождённого родильницам помогают начать грудное вскармливание в первые минуты после рождения ребенка. Сразу же после пересечения пуповины новорождённого вытирают стерильной тёплой пелёнкой и укладывают на обнажённый живот матери, укрыв одеялом. В таком положении родильница самостоятельно удерживает младенца в течение 30 мин. Затем акушерка помогает осуществить первое прикладывание к груди. Оно не должно быть насильственным, желание сосать может появиться у ребёнка не сразу.

Контакт «кожа к коже», «глаза к глазам» способствует благоприятному чувству психологического комфорта у родильницы, возникновению эмоциональной близости с ребёнком. Важнейший момент этой методики — облегчение адаптации новорождённого к внеутробной жизни путём заселения его кожи и ЖКТ микроорганизмами матери.

После обработки пуповинного остатка здорового ребёнка помещают в палату вместе с матерью.

Первые 2–2,5 ч после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Необходимо внимательно следить за общим состоянием женщины, её пульсом, АД, постоянно контролировать состояние матки: определяется её консистенция, ВДМ, степень кровопотери.

В раннем послеродовом периоде производят осмотр мягких тканей родовых путей. Осматривают наружные половые органы, промежность, влагалище и его своды. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают.

При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовом и раннем послеродовом периодах. Средняя кровопотеря составляет 250 мл.

Максимальная физиологическая кровопотеря составляет не более 0,5% от массы тела родильницы, т.е. при массе тела 60 кг — 300 мл, 80 кг — 400 мл.

Спустя 2–4 ч родильницу на каталке перевозят в послеродовое отделение.

Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложнённых родов, физиологические, поэтому родильницу следует считать здоровой.

Необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. В одну палату помещают матерей, родивших в течение одних суток. Соблюдение цикличности облегчает наличие небольших палат (2–3х местных) Палаты должны быть просторными. В палатах дважды в сутки проводят влажную уборку, проветривание, ультрафиолетовое облучение (до 6 р./сут). После выписки родильниц палату тщательно убирают (мытьё и дезинфицирование стен, пола и мебели). Кровати и клеёнки также моют и дезинфицируют. После уборки стены облучают ртутно-кварцевыми лампами. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Совместное пребывание матери и ребёнка снижает риск послеродовых осложнений у родильниц и новорождённых. Это связано с тем, что мать осуществляет уход за ребёнком самостоятельно, ограничивая контакт новорождённого с персоналом акушерского отделения, снижается возможность инфицирования госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 4–6 ч) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника, а также профилактике тромбоэмболических осложнений.

Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют 2 раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желёз, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие нагрубания. Ежедневно осматривают наружные половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отёка, гиперемии, инфильтрации.

При задержке мочеиспускания следует попытаться вызвать его рефлекторно (открыть кран с водой, поливать тёплой водой на область уретры, положить тёплую грелку на лобковую область). При отрицательном результате применяют инъекции окситоцина по 1 мл 2 раза в сутки внутримышечно, 10 мл 10% раствора магния сульфата внутримышечно однократно, катетеризацию мочевого пузыря. При необходимости повторной катетеризации следует применить катетер Фолея на сутки.

При отсутствии самостоятельного стула на третьи сутки после родов назначают слабительное или очистительную клизму.

Для получения точного представления об истинных темпах инволюции матки на 2–3 сутки рекомендуют проводить УЗИ матки.

Уход за наружными половыми органами, особенно при наличии разрыва или разреза промежности, включает обмывание слабым дезинфицирующим раствором и обработку швов на коже спиртовым раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия. Шёлковые швы на кожу промежности в последние годы почти не накладывают, так как уход за ними более сложен и требует их снятия не ранее 4 суток послеродового периода. Альтернативой шёлковым швам служат современные рассасывающиеся синтетические нити (викрил, дексон, полисорб).Их использование не препятствует самой ранней выписке.

После родов здоровая родильница может вернуться к привычному для неё рациону питания. Однако до восстановления нормальной функции кишечника (обычно это первые 2–3 дня) рекомендуют включать в рацион больше продуктов, богатых клетчаткой. Очень важно наличие в ежедневном меню молочнокислых продуктов, содержащих живые бифидо и лактокультуры. Кормящим женщинам можно рекомендовать включение в рацион специальных сухих диетических смесей, использующихся в качестве молочного напитка. Весьма полезны кислородные коктейли.

Для профилактики инфекционных осложнений имеет значение строгое соблюдение санитарноэпидемиологических требований и правил личной гигиены. Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорождённого от инфекции. Ежедневно следует

принимать душ, менять нательное бельё. Содержание в чистоте наружных половых органов имеет большое значение. Лохии не только загрязняют их, но и вызывают мацерацию кожи, а это способствует восходящему проникновению инфекции. Для профилактики этого рекомендуют не менее 4–5 раз в сутки проводить обмывание наружных половых органов водой с мылом.

*Принципы, организация грудного вскармливания и ухода новорожденным*

В первые сутки уход за новорождённым помогает осуществлять медицинская сестра отделения. Она обучает мать последовательности обработки кожных покровов и слизистых

оболочек ребёнка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и

дезинфицирующими средствами, навыкам кормления и пеленания. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

Лактация и грудное вскармливание диктует определённые ограничения диеты. Следует помнить, что состав грудного молока ухудшается, если кормящая мать перегружает пищу углеводами, ест много сахара, кондитерских изделий, круп. При этом в молоке снижается количество белка. Необходимо ограничить употребление облигатных аллергенов: шоколада, кофе, какао, орехов, мёда, грибов, цитрусовых, клубники, морепродуктов, так как они могут вызвать нежелательные реакции у ребёнка. Следует избегать также консервов, острых и резко пахнущих продуктов (перец, лук, чеснок), которые могут придать молоку специфический привкус.

Запрещен приём алкоголя и табака. Алкоголь и никотин легко переходят в грудное молоко, что может вызвать нарушения со стороны ЦНС ребёнка, вплоть до отставания в психическом развитии.

Уход за здоровой родильницей неотделим от ухода за её здоровым новорождённым, его осуществляют в соответствии с современными перинатальными технологиями. В основе современных перинатальных технологий лежит грудное вскармливание.

Для обеспечения грудного вскармливания необходимы:

· немедленное прикладывание ребёнка после рождения к груди матери;

· совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме;

· исключение всех видов питья и кормления, кроме грудного молока;

· недопустимость применения сосок, рожков и «пустышек», ослабляющих оральную моторику новорождённого;

· кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов;

· максимально ранняя выписка из родильного дома.

Прежде всего совместное пребывание необходимо для уменьшения контактов новорождённого с другими детьми.

Самое главное — осуществление возможности кормления по первому требованию, что также предотвращает допаивание детей водой, глюкозой.

Не менее важный результат совместного пребывания — формирование у ребёнка общего с матерью биоценоза и обретение родильницей навыков ухода за новорождённым под руководством медицинского персонала.

Производимое с помощью сосок и рожков выпаивание и кормление приводит к ослаблению

оральной моторики — основного фактора полноценного сосания. При ослаблении сосания не происходит полного опорожнения соска, альвеол и нет полноценного стимула для выработки пролактина. Все это приводит к развитию гипогалактии. Большая роль в формировании навыков грудного вскармливания и успешной последующей лактации принадлежит медицинскому персоналу (акушерке, неонатальной медсестре).

В основном его задачи сводятся к следующему:

· наблюдение, общение, психологическая и эмоциональная поддержка;

· возможно участие совместно с врачом в подготовке к дальнейшему грудному вскармливанию (объяснение преимуществ такого вскармливания, информирование о технике кормления и процессах, происходящих после родов, механизмах лактации, обсуждение возникших вопросов); оказание помощи при первом прикладывании новорождённого к груди сразу после родов;

· на раннем этапе кормления грудью при возникновении у матери затруднений — оказание практической помощи (поза матери, захват соска), поощрение кормления по требованию, помощь матери в осознании того факта, что у неё достаточно молозива (молока) для успешного вскармливания.

Медицинский персонал не должен давать новорождённым другой пищи и питья, а также успокаивающих средств.

Наличие имплантатов молочных желёз не служит противопоказанием к грудному вскармливанию.

*Правила выписки родильницы*

Современные перинатальные технологии предполагают раннюю выписку матери с новорождённым из стационара.

В России выписка возможна на третьи сутки после вакцинации (противотуберкулёзная вакцина). Цель ранней выписки — профилактика инфекций у родильниц и новорождённых.

Перечисленные технологии позволяют свести к минимуму послеродовые осложнения у матерей и новорождённых.Перед выпиской родильницы из стационара необходимо оценить состояние её молочных желёз, степень инволюции матки и её болезненность, оценить характер лохий и состояние швов. Необходимо пропальпировать мягкие ткани бёдер и голеней для исключения тромбофлебита глубоких вен. Убедиться, что у родильницы нормальный стул и мочеиспускание, а также информировать о том, что лохии будут выделяться не менее трёх - пяти недель. Накануне выписки необходимо провести беседу об особенностях режима в домашних условиях.

Женщина должна соблюдать те же правила личной и общей гигиены, что и в родильном доме. Следует рекомендовать ей уменьшить объём обычных физических нагрузок, обеспечить дневной отдых не менее двух часов и обязательные прогулки на свежем воздухе. Регулярное и сбалансированное питание — важное условие благополучного течения пуэрперия. Сроки возвращения к нормальному образу жизни, обычным физическим нагрузкам и выхода на работу определяются индивидуально. Продолжительность временной нетрудоспособности составляет

6 нед. Обычно в первые сутки после выписки осуществляется активный патронаж родильницы и новорождённого на дому.

Для профилактики пролапса гениталий, недержания мочи всем родильницам рекомендуют с первых суток после родов практиковать *упражнения Кегеля*. Этот комплекс разработан для восстановления тонуса мышц тазового дна и заключается в произвольном их сокращении. Основная сложность этих упражнений — обнаружить необходимые мышцы и почувствовать их. Сделать это можно следующим образом — попытаться остановить струю мочи. Мышцы, которые задействуются для этого, — промежностные мышцы.

Комплекс упражнений состоит из трёх частей:

· медленные сжатия: напрячь мышцы, как для остановки мочеиспускания, медленно сосчитать до трёх, расслабиться;

· сокращения: напрячь и расслабить эти же мышцы как можно быстрее;

· выталкивания: потужиться, как при дефекации или родах.

Начинать тренировки необходимо с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по пять раз в день. Через неделю добавлять по пять упражнений к каждому, продолжая выполнять их пять раз в день. В дальнейшем каждую неделю добавлять по пять упражнений, пока их не станет по тридцать. Только после восстановления тонуса мышц промежности родильнице разрешают упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса.

*Консультирование в родильном доме по уходу и вскармливанию новорожденных*

Консультирование по вопросам вскармливания и ухода за ребенком — двустороннее общение между матерью (родителями) и медицинским работником, целью которого служит предоставление ей (им) исчерпывающей и подробной информации о вскармливании и уходе за здоровым ребенком, о признаках, свидетельствующих о неблагополучии и вероятном заболевании, об уходе и чётком выполнении всех рекомендаций по лечению, если заболевший ребенок остаётся дома, а также помощь матери в принятии информированного решения.

Консультирование предполагает диалог между медицинским работником и матерью (родителями) ребенка, основная цель которого заключается в решении проблем, беспокоящих родителей, в предоставлении достоверной информации в доступной форме и в убеждении следовать данным рекомендациям.

Консультирование — это не только советы, как надо кормить грудью, но и укрепление уверенности матери в правильности того, как она ухаживает за ребенком, в том, что грудное вскармливание — лучшее, что она может дать своему ребенку. Консультирование включает также помощь в принятии матерью самостоятельного правильного решения в случае каких-либо трудностей.

Основные разделы консультирования женщины по вопросам грудного вскармливания:

● Информация о значении грудного вскармливания для здоровья ребенка и матери.

● Практические советы.

● Психологическая поддержка.

● Беседа с родственниками.

● Возрождение культуры грудного вскармливания.

Консультирование подразумевает не только техническую помощь кормящей матери, но и оказание эмоциональной, психологической поддержки ей и всем членам семьи. Очень важно, чтобы рядом был добрый и понимающий человек,который мог бы общаться, а при необходимости мог бы помочь практически, не делая при этом критических замечаний. Нередко медицинский персонал, желая повысить ответственность матери за здоровье ребенка, подсознательно «запугивает» её, даёт неверные прогнозы, чаще неблагоприятные, в отношении здоровья и развития ребенка в будущем. Женщину, только что родившую ребенка, необходимо хвалить за правильные действия, настойчиво убеждать в том, что она может кормить грудью, что у неё молоко именно такое, какое необходимо её ребенку, объяснять, что следует считать нормой, давать ей советы, когда мать в них нуждаетсяМедицинскому работнику необходимо достаточное количество времени для того, чтобы установить с матерью контакт и взаимопонимание. Важно дать понять матери и членам семьи, которые могут присутствовать при консультировании, что, независимо от характера, социального положения, этнических и религиозных особенностей врач или медицинская сестра настроены по отношению к ним доброжелательно и благосклонно. Консультирование невозможно, если мать не доверяет медицинскому работнику. В течение первых недель после родов все матери более эмоциональны и чувствительны, чем обычно. Любая информация, которую сообщает медицинский работник, должна быть последовательно изложена простым и понятным языком.

Матери, нуждающейся в консультации, следует сказать, что она всегда может попросить о встрече или связаться с медицинской сестрой. Благодаря сохранению системы дородового и послеродового патронажа акушерка, детская сестра и врач-педиатр могут осуществлять эффективное консультирование женщины в отношении грудного вскармливания на всех этапах дородовой и послеродовой медицинской помощи.

Одним из важных условий успешного консультирования по вопросам грудного вскармливания служит владение навыками установления и поддержания контакта. Прежде чем обсуждать с матерью вопросы кормления грудью, необходимо побеседовать о самой женщине, её трудностях и проблемах. Успешное кормление грудью во многом зависит от состояния матери, её самочувствия, от наличия жизненных проблем, которые, возможно, не позволяют сосредоточиться только на уходе за ребенком. Члены семьи, наравне с другими авторитетными для матери людьми, способны поддержать мать и повлиять на успешное грудное вскармливание. Для того чтобы оказывать поддержку, членов семьи должны быть проинформированы.

Женщине необходимо предоставить следующие сведения.

● Грудное молоко — самый лучший продукт питания для ребенка, который по своему качеству не зависит от конституции женщины и диеты. Грудное молоко защищает ребенка от инфекций.

● Кормление грудью положительно сказывается на состоянии здоровья самой матери.

● Размер и форма груди, сосков не влияют на процесс грудного вскармливания.

● Кормление грудью не может «испортить фигуру» женщины. Рождение ребенка всегда сопровождается изменением формы груди и телосложения, независимо от грудного кормления. Длительное и полноценное грудное вскармливание, наоборот, способствует снижению избыточной массы тела.

● Кормление грудью сопровождается появлением глубокого эмоционального единства матери и ребенка, что играет большую роль в их дальнейших взаимоотношениях.

● Не следует заранее покупать бутылочки, соски, молокоотсосы и различные приспособления для искусственного вскармливания, так как это вызывает тревогу в отношении способности к лактации.

● Необходимо до родов объяснить матери важность прикладывания ребенка к груди сразу же после рождения и последующего совместного нахождения с ребенком в палате, поскольку это будет способствовать частому прикладыванию к груди и «прибыванию» молока.

Оказывая медицинскую помощь матери и ребенку, медицинский персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери.

● Следует поздравить мать с рождением ребенка и спросить о первых ощущениях и переживаниях, необходимо поинтересоваться, как она себя чувствует, и приободрить её.

● Рекомендовано убедить родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что «грудь полная», поскольку это не означает, что в груди нет молока. Молозиво вырабатывается в небольшом объёме, а «зрелое» молоко прибудет через несколько дней, а частое прикладывание ребенка к груди будет способствовать этому.

● Необходимо помочь приложить ребенка к груди и постараться обратить внимание матери на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска).