

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ
ПОСЛЕРОДОВОМ ЭНДОМЕТРИТЕ**

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОСТРЫЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ: ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ, ПАТОГЕНЕЗЕ, ПРИНЦИПАХ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	7
1.1. Этиологические факторы и патогенез острого послеродового эндометрита, факторы риска.....	7
1.2. Классификация острого послеродового эндометрита, особенности клинической картины.....	11
1.3. Принципы диагностики острого послеродового эндометрита.....	13
1.4. Профилактика острого послеродового эндометрита.....	17
1.5. Основные принципы лечения острого послеродового эндометрита.....	20
ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ЭНДОМЕТРИТЕ	25
3.1. Определение, цели и структура сестринского процесса.....	25
3.2. Сестринское обследование (сбор информации).....	26
3.3. Установление нарушенных потребностей роженицы (сестринский диагноз).	27
3.4. Планирование сестринских вмешательств.....	29
3.5. Выполнение сестринских вмешательств.....	30
3.6. Оценка эффективности проводимых сестринских вмешательств.....	36
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ	38
4.1. Объект исследования.....	38
4.2. Определение проблем пациенток с острым послеродовым эндометритом, реализация сестринских вмешательств и их эффективность.....	41
ВЫВОДЫ	44
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	49

ВВЕДЕНИЕ

Послеродовой эндометрит (ПЭ) – воспаление внутренней поверхности матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после самопроизвольных родов или после кесарева сечения в результате развития инфекции [11].

Актуальность исследования. Послеродовые гнойно-воспалительные осложнения представляют важную медицинскую и социальную проблему, являясь одной из причин материнской заболеваемости и смертности [5]. Это болезни, наблюдаемые у женщин в послеродовом периоде (от момента выделения последа до конца 6–й недели после родов), непосредственно связанные с беременностью и родами, и обусловленные инфекцией [14].

Факторами риска развития инфекционных заболеваний в послеродовом периоде являются хронические воспалительные заболевания половых органов, а также экстрагенитальные очаги инфекции, анемия, эндокринные заболевания, нарушение санитарно-эпидемиологического режима, инфицирование во время родов (длительный безводный промежуток, наличие травм мягких родовых путей, влагалищные и внутриматочные манипуляции, нарушение сократительной деятельности матки, задержка частей последа) [1]. Распространению инфекции способствуют: рост у женщин хронической гинекологической и экстрагенитальной патологии инфекционной природы, снижение иммунного статуса, не всегда рациональное использование антибиотиков, хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности, значительный рост случаев абдоминального родоразрешения [5].

В структуре послеродовых инфекционных осложнений ПЭ сохраняет свое лидирующее положение, оставаясь серьезным препятствием для эффективного послеродового восстановления здоровья женщины [14]. Кроме того, послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания нередко являются причиной материнской инвалидизации (20 %), а также смертности (45,7 %) и не имеют тенденции к снижению, поддерживая высокий уровень

значимости данной проблемы [26]. Также ПЭ может иметь серьезные осложнения, такие как формирование тазовых абсцессов, тромбофлебит, перитонит, а также сепсис [14].

Разработка и совершенствование методов диагностики, комплексной рациональной терапии и профилактики привели в последние годы к уменьшению частоты тяжелых клинических форм послеродовой инфекции, снижению их удельного веса в структуре смертности беременных, рожениц и родильниц. Вместе с тем не отмечается тенденции к уменьшению частоты наиболее распространенных ее форм – эндометрита, раневой инфекции, пиелонефрита у беременных и родильниц [55]. Возросшая частота кесарева сечения у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, с привычным невынашиванием беременности привела к увеличению количества осложнений послеоперационного и послеродового периода [17]. ПЭ после кесарева сечения развивается в 8–10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов. Инфекционный процесс в матке после оперативного родоразрешения отличается тяжелым и длительным течением, может сопровождаться воспалительными изменениями швов на матке, привести к развитию перитонита или к генерализации инфекции [14]. Распространению инфекции способствует наличие хронических или острых заболеваний во время беременности и в родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм) [48].

Эпидемиология. Частота гнойно-воспалительных осложнений после родов через естественные родовые пути и, особенно, после кесарева сечения, составляет от 5 до 26 % и не имеет тенденции к снижению [23]. В структуре причин материнской смертности на долю гнойно-воспалительных осложнений приходится около 14 % [14].

ПЭ является одним из самых распространенных заболеваний пуэрперия. Его частота после самопроизвольных физиологических родов достигает 1-5 %, после патологически протекающих – 15-20 % [11]. Длительный безводный период (разрыв пузыря с водой, которая окружает ребенка) и многократные

влагалищные исследования во время родов также, вероятно, увеличивают риск возникновения ПЭ [5]. После операции кесарева сечения частота ПЭ, по данным различных авторов составляет от 5 % до 85 %, при этом после планового кесарева сечения она равна 5-6 %, а после экстренного – 25-85 %. Даже при проведении антимикробной профилактики в родах частота его остается достаточно высокой и по данным разных авторов составляет от 0,06 % до 10,6 % после родов и от 8,8 % до 35,3 % после кесарева сечения [48]. При неэффективной терапии (около 2 % случаев) возможна генерализация процесса с развитием тяжелых форм послеродовой инфекции: перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит, сепсис [25].

На всех этапах ухода в послеродовом периоде – как в случае физиологического течения, так и при патологическом течении – важна роль среднего медицинского персонала [6, 21]. Сестринский процесс при уходе за роженицами с гнойно-воспалительными осложнениями, в том числе, с ПЭ, включает в себя: своевременное выявление проблем, удовлетворение жизненных потребностей роженицы, помощь в восполнении дефицита знаний об особенностях течения заболевания, возможном прогнозе [7]. Личность медицинской сестры, ее профессионализм, коммуникативная компетентность являются неотъемлемыми компонентами лечебного процесса при ПЭ и влияют на его эффективность [10].

Следовательно, роль медицинской сестры в оказании помощи пациенткам с ПЭ чрезвычайно велика, а изучение сестринского процесса в при данном диагнозе является весьма актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научно обосновать особенности сестринского процесса при остром послеродовом эндометрите, оценить его эффективность.

ЗАДАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить этиологические факторы, патогенез, принципы диагностики, лечения и профилактики острого послеродового эндометрита.

2. Обозначить особенности сестринского процесса при остром послеродовом эндометрите.

3. Определить проблемы пациенток с острым послеродовым эндометритом, обозначить основные сестринские диагнозы, суть реализации сестринских вмешательств в ходе их проведения и оценить их эффективность.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сестринский процесс при остром послеродовом эндометрите.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Факторы, которые определяют качество сестринского процесса при остром послеродовом эндометрите.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социологический, статистический, клинический.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты научного исследования углубляют знания о этиологических факторах, патогенезе, принципах диагностики, лечения и профилактики острого послеродового эндометрита. В ходе исследования определены проблемы пациенток с острым послеродовым эндометритом, обозначены основные сестринские диагнозы, суть реализации сестринских вмешательств в ходе их проведения и оценена их эффективность.

ГЛАВА 1.

ОСТРЫЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ: ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ, ПАТОГЕНЕЗЕ, ПРИНЦИПАХ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.6. Этиологические факторы и патогенез острого послеродового эндометрита, факторы риска.

ПЭ – полимикробное заболевание, которое вызывается стафилококками, стрептококками, условно-патогенными аэробными и анаэробными бактериями, реже – микоплазмами, хламидиями, вирусами. Основные возбудители ПЭ – ассоциации факультативных аэробных и облигатных неклостридиальных анаэробных микроорганизмов: *Escherichia coli*, различные штаммы *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus spp.*, а также *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, грибы рода *Candida* [14].

Этиологическая структура ПЭ отличается динамичностью и зависит от ряда факторов, важнейшим из которых является необоснованно широкое профилактическое и лечебное применение антибиотиков. В настоящее время доминируют неспорообразующие анаэробы, частота выделения их при послеродовом эндометрите достигает 70-90 %, кишечную палочку обнаруживают у 20-40 %, другие энтеробактерии выделяют у 7-10 % больных [39]. При послеоперационном эндометрите преобладает рост энтеробактерий – свыше 40%, а энтерококк встречался реже (27%) [17]. Грамположительные бактерии являются возбудителями послеродового эндометрита существенно реже. Так, золотистый стафилококк, которому ранее отводили ведущую роль в этиологии послеродового эндометрита, встречается в 3-7 % случаев. Для инфекции, обусловленной стрептококками группы В (2-3 %), характерно весьма тяжелое течение. Микоплазмы и хламидии чаще вызывают вялотекущие

формы заболевания, нередко присоединяясь в последующем к первичным возбудителям инфекции [55].

Полость матки после родов нестерильна и заселена микроорганизмами, проникающими туда из влагалища, что создает необходимость дифференцировать возбудителей заболевания от микробов – контаминантов. С этой целью используются количественные критерии для оценки степени обсемененности полости матки. Следует различать 3 степени обсемененности: низкая (менее 5×10^2 КОЕ/мл), умеренная ($5 \times 10^2 - 10^3$ КОЕ/мл) и высокая (более 10^3 КОЕ/мл). Низкая степень встречается преимущественно у здоровых родильниц, средняя – как у больных, так и у здоровых, высокая – преимущественно у больных [30].

При легкой форме заболевания преобладает умеренный рост микроорганизмов, при заболевании средней тяжести и тяжелом его течении отмечают массивную обсемененность – более $10^3 - 10^5$ КОЕ/мл, при данной патологии после кесарева сечения обсемененность еще выше и у большинства родильниц достигает $10^5 - 10^8$ КОЕ/мл [5] [1]. При ПЭ после кесарева сечения обсемененность была еще выше и у большинства родильниц достигала $10^5 - 10^8$ КОЕ/мл (после планового кесарева сечения такая обсемененность была у 43 %, после экстренного – у 57 %, после самопроизвольных родов у 28,9 % женщин) [12].

В тех случаях, когда ПЭ вызван монокультурой аэробных или анаэробных бактерий, они высеваются из матки в высоком титре. Для развития ПЭ обсемененность полости матки монокультурой должна быть выше, чем при наличии ассоциации микроорганизмов. Характерно, что, несмотря на высокую степень обсемененности монокультурой полости матки, ПЭ в этих случаях протекает в более легкой форме, чем при наличии аэробно – анаэробных ассоциаций [5].

В настоящее время нет единой точки зрения о патогенезе развития ПЭ. Его считают проявлением раневой инфекции. После отделения последа внутренняя поверхность матки представляет собой обширную рану, заживление которой протекает согласно общебиологическим законам. На первом этапе

происходит очищение внутренней поверхности матки путем воспаления (I фаза раневого процесса) с последующей эпителизацией и регенерацией эндометрия (II фаза раневого процесса) [1]. ПЭ развивается вследствие перехода воспалительного лейко- и лимфоцитарного инфильтрата с нежизнеспособных тканей на собственно эндо- и миометрий. ПЭ может быть связан с субклинической антенатальной внутриматочной инфекцией, обусловленной инвазией в амниотическую полость микроорганизмов – наиболее часто кишечной палочки и стрептококков группы В, к тому же амниотическая жидкость не обладает достаточной антибактериальной активностью [33]. Возможна восходящая колонизация матки экзогенными микроорганизмами, контаминация которыми происходит при лечебно-диагностических процедурах [31].

Пути распространения инфекции [14]:

- восходящий (связан со значительной ролью в этиологии заболевания условнопатогенных микроорганизмов, обитающих во влагалище);
- гематогенный и лимфогенный;
- интраамниальный вследствие проведения инвазивных методов исследования (амниоскопия, амниоцентез, кордоцентез, редукция эмбрионов при многоплодной беременности и др.).

Значительную роль в возникновении и течении инфекционного процесса в послеродовом периоде играют защитные механизмы и, в частности, состояние иммунитета. Установлено, что даже у здоровых женщин во время беременности и в ранние сроки послеродового периода может быть транзиторный частичный иммунодефицит. При ПЭ отмечается угнетение Т-клеточного звена иммунитета (Т-лимфоцитопения, снижение пролиферативной активности лимфоцитов, повышение активности Т-супрессоров) и гуморального иммунитета [1]. При развитии ПЭ отмечается лимфопения и достоверное снижение абсолютного количества Т-(СД3+) и В-лимфоцитов (СД19+) по сравнению с роженицами с физиологическим течением послеродового периода. Отмечается угнетение пролиферативной активности и активация супрессивной, а также снижение концентрации IgG, количества В-

лимфоцитов (CD19+) с поверхностными иммуноглобулинами. При смешанной вирусно–бактериальной инфекции иммунный статус пациенток отличается низким содержанием суммарной популяции Т–лимфоцитов (CD3+), снижением количества Т–хелперов (CD4+) и Т–супрессоров (CD8+), а также низким уровнем продукции интерферонов лимфоцитами *in vitro* [14].

Определенную роль в патогенезе ПЭ играет система гемостаза. При начальных проявлениях ПЭ отмечается умеренная активация тромбоцитарного и прокоагулянтного звеньев гемостаза. При тяжелых формах происходит интенсификация этих изменений: наблюдается резко выраженная хронометрическая и структурная гиперкоагуляция, гиперфибриногенемия, повышенная функциональная активность тромбоцитов [30].

На возникновение ПЭ определенное влияние оказывают изменения гормонального баланса, начинающиеся во время беременности и сохраняющиеся в послеродовом периоде [41]. У женщин, относящихся к группе повышенного риска по развитию ПЭ, в первые сутки после родов отмечается высокий уровень содержания эстрадиола и прогестерона и нарушается соотношение их концентраций по сравнению со здоровыми роженицами [34]. Высокое содержание гормонов и нарушение их баланса влияет на интенсивность иммунологических реакций и, воздействуя на нервные окончания, по-видимому, вызывает нарушение сократительной способности матки [33].

В послеродовом периоде у женщины наряду с резким падением уровня стероидных гормонов снижается функциональная активность щитовидной железы и коры надпочечников, что свидетельствует о понижении активности адаптационно–метаболических процессов и снижении резистентности организма. Предпосылкой для развития ПЭ является замедление инволюции матки и нарушение процессов регенерации эндометрия [14].

Факторы риска развития ПЭ [31]:

- юный возраст;
- низкий социально-экономический уровень жизни;
- ожирение;

- сахарный диабет;
- воспалительные заболевания в анамнезе;
- перенесенная бактериальная и вирусная инфекция во время беременности;
- осложненное течение беременности: анемия, истмико – цервикальная недостаточность, инвазивные методы обследования или лечения во время беременности;
- осложненное течение родового акта: несвоевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный промежуток, хориоамнионит, пролонгированные роды, многократные влагалищные исследования в процессе родов, патологическая кровопотеря, акушерские операции в родах, инвазивные методы наблюдения за плодом и роженицей, травма мягких тканей родовых путей;
- при кесаревом сечении – экстренная операция при длительности родов более 15 ч и/или безводном промежутке свыше 12 ч, осложнения в ходе оперативного вмешательства, патологическая кровопотеря во время операции.

Таким образом, патогенез ПЭ мультифакторный, остается до конца неизученным. Основную роль играют следующие факторы: состояние послеродовой матки, состав микрофлоры, состояние защитных сил организма.

1.7. Классификация острого послеродового эндометрита, особенности клинической картины.

В настоящее время в клинической практике используется следующая классификация ПЭ [14]:

По характеру родоразрешения:

- эндометрит после самопроизвольных родов;
- эндометрит после кесарева сечения.

По клиническому течению:

- легкая форма;

- средней тяжести;
- тяжелая форма.

По особенностям клинических проявлений:

- классическая;
- стертая форма.

Заболевание начинается на 2–5–й день послеродового периода (иногда позже). Степень обсемененности содержимого матки в зависимости от тяжести клинического течения заболевания колеблется от умеренной 5×10^2 – 10^3 КОЕ/мл при легкой форме до 10^5 – 10^8 КОЕ/мл при тяжелой [1].

По клинической картине различают 3 формы ПЭ: легкую, средней тяжести и тяжелую, отличающиеся друг от друга выраженностью отдельных симптомов (лихорадка, интоксикация, локальные проявления), изменениями лабораторных показателей, продолжительностью заболевания [14].

У рожениц с легко протекающей формой ПЭ начинается преимущественно на 2–5–е сутки послеродового периода. Клинические симптомы заболевания: повышение температуры тела до $37,5$ – $38,0^\circ\text{C}$, болезненность матки при пальпации, умеренная субинволюция, изменение характера лохий. Признаков общей интоксикации не наблюдается, изменения в клиническом анализе крови не существенны. Под влиянием проводимой терапии температура тела нормализуется в течение 2–3 дней, болезненность матки при пальпации исчезает через 1–2 дня, характер лохий нормализуется на 2–3–и сутки [14].

ПЭ средней тяжести начинается на 2–7–е сутки послеродового периода; клинические симптомы более выражены: повышение температуры тела до $38,5^\circ\text{C}$, болезненность матки при пальпации, ее субинволюция, патологический характер лохий, признаки умеренной общей интоксикации, патологические изменения в клиническом анализе крови. На фоне проводимого лечения клинические симптомы заболевания исчезают медленнее, чем при легкой форме [14].

Тяжелая форма ПЭ начинается на 2–3–и сутки послеродового периода. У больных отмечается выраженная общая интоксикация, повышение

температуры тела до 39°C, ознобы, резкая болезненность матки при пальпации, ее субинволюция, патологический характер лохий, существенные изменения гематологических, биохимических показателей крови (резко выраженная хронометрическая и структурная гиперкоагуляция) [14].

После кесарева сечения чаще всего наблюдается среднетяжелая и тяжелая формы эндометрита. Выраженность общих и местных проявлений инфекции в значительной мере обусловлена тем, что воспалительный процесс развивается в оперированном органе. Тяжесть заболевания, как правило, коррелирует со степенью обсемененности полости матки аэробной и анаэробной микрофлорой и составом микробных ассоциаций [38].

В настоящее время часто возникает стертая форма ПЭ, при которой клиническая картина не отражает тяжесть состояния родильницы. Первые симптомы заболевания появляются в течение 1-7-х суток. При бимануальном исследовании матка безболезненна и не увеличена в размерах, что связано с перегибом матки по области послеоперационного шва. Отек области послеоперационного шва и перегиб матки способствуют задержке кровяных сгустков в ее полости и созданию условий для постоянной резорбции бактериальных и тканевых токсинов [14].

1.8. Принципы диагностики острого послеродового эндометрита.

Ранняя диагностика и рациональная терапия локализованных форм ГВЗ способствует предупреждению дальнейшего их поэтапного распространения. Диагноз ПЭ устанавливается на основании клинической картины заболевания и результатов лабораторных исследований. При этом алгоритм обследования включает [14]:

- общее физикальное обследование родильницы;
- измерение температуры тела,
- определение частоты пульса и артериального давления;
- осмотр шейки матки в зеркалах,
- бимануальное влагалищное исследование;

- макроскопическая оценка лохий;
- клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи;
- морфологическое исследование биоптатов эндометрия;
- бактериологическое исследование метроасpirата (выделение и идентификация микроорганизмов, определение чувствительности к антибиотикам и степени микробной колонизации);
 - цитологическое исследование метроасpirата (в препарате содержится большое количество нейтрофилов в состоянии дегенерации и деструкции);
 - ультразвуковое исследование органов малого таза (измерение размеров полости, выявление оболочек, сгустков крови, остатков децидуальной и плацентарной ткани, пузырьков газа, фибрина, а также воспалительных изменений послеоперационного шва на матке после кесарева сечения);
 - гистероскопия.

Рекомендуется общее физикальное обследование роженицы (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация региональных лимфоузлов, молочных желез, живота, выявление нарушений перистальтики, перитонеальных симптомов, осмотр швов на передней брюшной стенке, промежности, пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей) [1]. Обязательным является проведение термометрии, измерение частоты пульса и артериального давления [6].

Рекомендуется проведение влагалищного исследования [14], которое включает осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, влагалищное пальцевое бимануальное исследование органов малого таза. При осмотре в зеркалах необходимо обратить внимание на состояние цервикального канала (его зияние, мутные лохии позволяют заподозрить ПЭ и наличие в матке патологических субстратов), при бимануальном исследовании следует определить консистенцию матки, ее размеры. У большинства больных отмечается болезненность при пальпации матки в области дна и боковых

стенок. Также во время проведения влагалищного исследования проводится макроскопическая оценка лохий (количество, цвет, консистенция) [1].

Рекомендуется провести общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы, биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, исследование электролитов крови (натрий, калий, хлор), белки острой фазы (С-реактивный белок, прокальцитонин), общий анализ мочи [55].

Также рекомендуется проведение морфологического исследования биоптатов эндометрия. Метод позволяет определить в эндо- и миометрии диффузную или очаговую лейко- и лимфоцитарную инфильтрацию, интенсивность которой находится в прямой зависимости от тяжести патологического процесса [39].

Бактериологическое исследование лохий включает: выделение и идентификацию микроорганизмов, определение их чувствительности к антибиотикам, определение степени микробной колонизации [29]. Для выделения истинного возбудителя необходимо исследование содержимого матки, так как микрофлора шеечного канала только в 28 % случаев полностью совпадает с микрофлорой полости матки. С помощью бактериологических методов исследования диагноз ПЭ можно поставить в 85–90 % случаев [47].

Рекомендуется выполнение цитологического исследования лохий. Цитограмма лохий при ПЭ четко коррелирует с тяжестью воспалительного процесса. Для легкой формы характерен воспалительный тип цитограмм, при средней и тяжелой формах выявляется воспалительно–дегенеративный тип: в препаратах содержится большое количество нейтрофилов (82–93 %) в состоянии дегенерации и деструкции. При этом резко уменьшается количество лимфоцитов, моноцитов и особенно макрофагов. Фагоцитоз преимущественно незавершенный или даже извращенный – целые микробы находятся среди обломков нейтрофилов [29].

Заслуживают внимания методы инструментальной диагностики ПЭ: рекомендуется ультразвуковое исследование органов малого таза. Его проводят всем роженицам после самопроизвольных родов или кесарева сечения на 3-и

сутки. Ультразвуковое исследование позволяет оценить размеры матки, ее тонус, наличие в полости матки патологических включений (сгустки крови, остатки децидуальной ткани, остатки плацентарной ткани, лигатуры в области швов на матке, наличие пузырьков газа, фибрина, инфильтрата в области операционной раны, заподозрить несостоятельность послеоперационного шва, выявить варикозное расширение вен матки) [52].

С помощью ультразвукового исследования выделяют два варианта ПЭ, что имеет важное значение для выбора адекватной лечебной тактики. Первый вариант – ПЭ на фоне задержки в полости матки некротически измененных остатков децидуальной оболочки, сгустков крови и, реже, плацентарной ткани [52]. Данная форма эндометрита чаще встречается после кесарева сечения (70-80 % всех эндометритов) и характеризуется субинволюцией матки с первых дней заболевания, увеличением переднезаднего размера тела и полости матки, наличием в ней скоплений неоднородных структур [33]. Второй вариант – ПЭ при условно «чистой» полости матки – базальный, встречается в 20-30 % случаев эндометрита после кесарева сечения. Характеризуется наличием гиперэхогенных отложений на стенках полости матки, в дальнейшем присоединяются явления субинволюции матки, которые имеют невыраженный характер и развиваются постепенно по мере длительности заболевания [14]. При эхографической оценке состояния шва на матке у женщин с ПЭ могут обнаруживаться мелкие гематомы под пузырно-маточной складкой, вовлечение в воспалительный процесс миометрия в области швов [20]. В 20 % случаев эхографические признаки вовлечения в воспалительный процесс миометрия сочетаются с проявлением его анатомической несостоятельности, которая выражается в формировании дефекта стенки со стороны полости матки в виде ниши неправильной треугольной формы с выраженным истончением в дистальной его части. Данная эхографическая картина указывает на частичное расхождение шва на матке [52].

При подозрении на ПЭ, но при отсутствии выраженных изменений клинико–лабораторных показателей или при отсутствии патологических включений в полости матки по данным ультразвукового исследования

целесообразно применить гистероскопию [14]. С помощью этого метода возможна визуализация эндометрия, детализация характера патологических включений в полости матки: сгустки крови, оболочки, децидуальная или плацентарная ткань; оценка состояния швов на матке при необходимости – биопсия эндометрия. О наличии ПЭ свидетельствуют фибриноидный налет на стенках матки, нередко с примесью газа; большое количество инъецированных, легко кровоточащих сосудов, очаги кровоизлияния отечной цианотичной слизистой. Эффективность гистероскопии составляет свыше 90 % [1].

В отдельных случаях рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза, которое позволяет определить размеры матки, наличие патологических включений в полости матки и в области послеоперационного шва, инфильтрацию и отек тканей в области оперативного вмешательства, возможно определение несостоятельности шва на матке [12].

Дифференциальный диагноз ПЭ проводится на основании клинико–лабораторных и инструментальных методов исследования с лохиометрой, подапоневрической гематомой (после операции кесарева сечения), наиболее частыми формами гинекологической и хирургической патологии нижних отделов брюшной полости (сальпингоофорит, параметрит, перекрут ножки кисты яичника, аппендицит) [14].

1.9. Профилактика острого послеродового эндометрита.

Профилактика ПЭ должна проводиться в женской консультации и в родильном доме и включать в себя [3]:

- определение факторов риска гнойно–воспалительных заболеваний;
- санацию очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции под контролем клинико–лабораторных показателей;
- рациональное ведение родов (профилактика слабости родовой деятельности, длительности безводного промежутка, патологической кровопотери и родового травматизма);

- при решении вопроса о родоразрешении путем кесарева сечения – уточнение показаний и противопоказаний.

Профилактика ПЭ должна заключаться в правильной оценке инфекционного риска перед кесаревым сечением [44], технически грамотным выполнением самой операции, правильным выбором тактики антибактериальной химиотерапии. К профилактическим мероприятиям осложнений после кесарева сечения относятся [24, 32, 39]:

- применение антисептиков для обработки влагалища перед операцией кесарева сечения;

- применение антибиотиков у рожениц, имеющих факторы высокого риска развития инфекции (до операции);

- периперационная антибиотикопрофилактика (1–3 инъекции) при наличии факторов риска послеоперационных осложнений: внутривенное струйное введение препарата после пережатия пуповины и последующие 2 внутривенные введения с интервалом 8–12 часов; применение утеротонических средств;

- адекватная инфузионная терапия в 1–2–е сутки после операции для коррекции развивающихся волевических, водно–электролитных нарушений, ликвидации анемии и гипопроотеинемии; предупреждение нарушений перистальтики кишечника в послеоперационном периоде [45].

Особенности применения антибиотиков в акушерстве определяются рядом физиологических изменений в организме беременных, в частности, увеличением объема циркулирующей жидкости, уменьшением содержания белков в плазме крови, увеличением почечного кровотока, скорости клубочковой фильтрации, выделением антибиотиков с женским молоком [33]. Особого внимания заслуживают трансплацентарный переход антибиотиков и эмбриотоксическое действия препаратов [51]. Применение антибиотиков после кесарева сечения на сегодняшний день является наиболее распространенной мерой профилактики в большинстве родовспомогательных учреждений [38]. С профилактической целью данные препараты целесообразно использовать в группах женщин с высоким риском развития ПЭ после кесарева сечения.

Практически все антибиотики, которые применяются для лечения ПЭ после кесарева сечения, в той или иной мере могут быть рекомендованы и для профилактики инфекционных осложнений после операции. Наиболее обосновано применение с профилактической целью при операции кесарева сечения цефалоспоринов и защищенных пенициллинов внутривенно трижды (после пережатия пуповины, через 12 и 24 часа после операции) [30].

В этой связи заслуживают внимания оценка факторов инфекционного риска по 5 степеням, разработанная В.И. Краснопольским (1997) [1]:

- I степень – беременные, оперированные в плановом порядке, с наличием хронических инфекционных экстрагенитальных заболеваний;
- II степень – беременные, оперированные в плановом порядке, с хронической инфекционными заболеваниями гениталий;
- III степень – роженицы, оперированные в экстренном порядке при длительности родов до 15 часов и безводном промежутке менее 6 часов;
- IV степень – беременные, оперированные в плановом порядке, с обострениями хронических инфекционных заболеваний или острыми инфекционными процессами любой локализации;
- V степень – роженицы, оперированные в экстренном порядке при длительности родов свыше 15 часов и безводном промежутке свыше 6 часов.

В зависимости от степени риска инфекционных осложнений после операции кесарева сечения считают целесообразным проводить антибиотикопрофилактику следующим образом: при низком или умеренном риске послеоперационных осложнений – 1 доза цефалоспоринов; амоксициллин/клавуланат внутривенно после пережатия пуповины; при высоком риске – 1 доза цефалоспоринов I–II поколения или амоксициллин/клавуланат + метронидазол; 1 доза меропенема или имипенема; при наличии инфекции до и/или во время операции – 1 доза 3 раза в сутки с интервалом 8 часов цефалоспорины II–III поколения + метронидазол; 1 доза 2 раза в сутки меропенема или имипенема [5].

Для профилактики ПЭ у пациенток со смешанной вирусной инфекцией необходимо до беременности добиться ремиссии вирусной инфекции с

помощью иммуномодулирующей терапии (иммуноглобулины, индукторы интерферона), метаболической терапии, энзимотерапии и специфической противогерпетической терапии [14].

1.10. Основные принципы лечения острого послеродового эндометрита.

Все родильницы с ПЭ или подозрением на ПЭ должны быть госпитализированы в акушерско-гинекологический стационар. Помощь пациенткам при ПЭ носит неотложный характер. Отсрочка начала лечения утяжеляет прогноз. Своевременно начатое лечение ПЭ, особенно начальных проявлений, способствует значительному уменьшению частоты тяжелых форм послеродовой инфекции [5].

Цели лечения [14]:

- нормализация клинико-лабораторных показателей,
- элиминация этиологически значимых микроорганизмов,
- купирование инфекционно-воспалительного процесса,
- предотвращение развития осложнений,
- клиническое выздоровление и сохранение репродуктивной функции у пациенток с ПЭ.

Комплексная терапия ПЭ включает общее воздействие и местное лечение [1]. Главным компонентом общего лечения является назначение антибактериальной терапии [49]. К компонентам общего лечения, помимо рациональной антибактериальной терапии, относят инфузионную, утеротоническую, антикоагулянтную, иммуномодулирующую, десенсибилизирующую терапию, а также эфферентные методы лечения (гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови), направленный транспорт антибактериальных препаратов и озонотерапию [5]. Компонентами местного лечения является хирургическая санация матки (вакуум-аспирация содержимого матки; выскабливание стенок полости матки и удаление остатков

децидуальной или плацентарной ткани; промывное дренирование матки антисептическими растворами) [14].

До получения результатов бактериологического исследования проводится эмпирическая антибактериальная терапия, которая должна максимально воздействовать на весь спектр возможных возбудителей заболевания [30]. При тяжелых формах применяется парентеральное введение лекарственных средств. При более легком клиническом течении возможно последовательное («ступенчатое») введение антибиотиков – вначале парентеральное с последующим переходом на пероральные формы тех же лекарственных средств [33].

При легкой степени ПЭ, как правило, достаточно применения монотерапии антибиотиками (ингибиторозащищенные пенициллины или цефалоспорины (III поколения) в течение 5 дней [30].

При среднетяжелой или тяжелой формах эндометрита проводится комбинированная антибактериальная терапия. При этом назначают ингибиторозащищенные пенициллины или цефалоспорины (III–IV поколений) в комбинации с метронидазолом в течение 5–7 дней [43]. Учитывая тот факт, что в последние годы возросла роль вирусов в развитии ПЭ, обоснованным является включение в комплекс лечебных мероприятий противовирусных препаратов (ацикловир, валацикловир), иммуномодулирующей терапии [14].

Необходимо особое внимание уделять применению антибактериальных препаратов при смешанных бактериальных инфекциях. Поскольку ингибиторозащищенные пенициллины и цефалоспорины низкоэффективны в отношении многих аэробов и анаэробов, их назначают обязательно в комбинации с метронидазолом [30]. Метронидазол относится к препаратам группы 5–нитроимидазола (5–НИМЗ). Это синтетические, низкомолекулярные соединения, содержащие нитро–группу (NO₂) в положении 5 имидазольного цикла. Метронидазол – высокоактивный антимикробный препарат широкого спектра действия для системного лечения инфекций, вызванных облигатными анаэробными бактериями. Кроме того, 5–НИМЗ активны в отношении некоторых простейших, отдельных

представителей факультативных анаэробов. Метронидазол активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных облигатных анаэробных бактерий, спорообразующих и неспорообразующих, а также в отношении анаэробных кокков. Спектр действия метронидазола в отношении анаэробных бактерий включает: *Bacteroides* spp., в том числе *B. fragilis*, *B. distassons*, *B. ovatus*, *B. thetaiotamicron*, *B. melaninigenicus*, *B. vulgatus*, *B. caccae*, *B. uniformis*; *Fusobacterium* spp., *Eubacterium* spp.; *Clostridium* spp., в том числе *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*; *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp. Наибольшее значение имеет активность Метронидазола в отношении бактероидов, в первую очередь в отношении *Bacteroides fragilis*, и различных представителей *Clostridium* spp. К нитроимидазолам устойчивы штаммы *Propionibacterium acnes*. По действию на анаэробные бактерии метронидазол сопоставим с клиндамицином, защищенными β-лактамами, несколько уступает карбапенемам (меропенему, карбапенему, эртапенему) и некоторым новым фторхинолонам с выраженной антианаэробной активностью. Различие в активности зависит от свойств штаммов. Из микроаэрофилов (факультативные анаэробы) [5].

Метронидазол активен в отношении *Helicobacter* spp., причем наибольшее значение для клиники имеет активность в отношении *Helicobacter pylori*. Кроме того, препарат проявляет активность в отношении *Gardnerella vaginalis*. При смешанных бактериальных инфекциях метронидазол можно применять совместно с β-лактамами, аминогликозидами, фторхинолонами, макролидами, ванкомицином, хлорамфениколом, сульфаниламидами, котримоксазолом и его аналогами, а также при показаниях – в сочетании с противотуберкулезными препаратами. 5-НИМЗ хорошо сочетаются с антимикотиками и противовирусными средствами [30].

Следует отметить, что при выборе препаратов для комбинированной терапии бактериальных инфекций необходимо одновременно учитывать (как указано выше) и антианаэробные свойства, и степень активности в отношении анаэробов антибактериальных средств, которые предполагается назначить одновременно с 5-НИМЗ. Как правило, при интраабдоминальных инфекциях и

инфекциях полости малого таза – цефалоспорины III или IV поколений + 5–НИМЗ (Метронидазол) [14].

При проведении антибактериальной терапии грудное вскармливание временно прекращается, поскольку большинство антибиотиков в значительном количестве попадает в грудное молоко и может вызвать сенсibilизацию или дисбактериоз у новорожденного [11]. Антибактериальная терапия продолжается до исчезновения клинических признаков заболевания и нормализации лабораторных показателей. Для профилактики развития кандидоза применяются антимикотические лекарственные средства: флуконазол 0,1 г/сут. в 1 введение однократно или флуконазол 0,15 г однократно внутрь, нистатин 500 тыс ЕД каждые 6 часов внутрь 6–7 дней [30].

Рекомендуется для предупреждения аллергических реакций на фоне антибактериальной терапии показаны антигистаминные препараты [14]. Также обязательно включать в комплекс лечения инфузионную терапию. Соотношение между коллоидными и кристаллоидными растворами должно быть 1:1. Общий объем инфузии около 1250 мл/сут. [18]. Рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов (надропарин кальция, эноксапарин натрия) [25]. Для улучшения сократительной активности матки в послеродовом периоде назначают утеротонические средства (окситоцин), что способствует улучшению условий для оттока лохий, сокращению раневой поверхности матки и уменьшению всасывания продуктов распада [56]. При тяжелых формах ПЭ рекомендуется применение эфферентных методов: гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови, озонотерапия [14]. С помощью этих методов достигается детоксикация, реологическая коррекция и иммунокоррекция [52]. Вследствие сочетанного действия всех этих механизмов производится экстракорпоральная элиминация токсических субстанций, антигенов; происходит снижение вязкости крови, улучшение микроциркуляции, нормализация измененного тканевого метаболизма. Дополнительные эффекты обусловлены искусственной управляемой гемодилюцией путем введения инфузионных медикаментозных средств направленного действия [25].

Проведение профилактики, диагностики и комплексного лечения ПЭ способствует значительному снижению частоты тяжелых форм послеродовой инфекции, уменьшению медикаментозной нагрузки и своевременной выписке рожениц и новорожденных из родовспомогательного учреждения [5].

ГЛАВА 2.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

3.1. Определение, цели и структура сестринского процесса.

Сестринский процесс – это научно обоснованная технология ухода в сестринском деле за пациентами, исходя из определенной ситуации, в которой находятся пациент (в данном случае, родильница). План ухода составляется медицинской сестрой по обоюдному согласованию с родильницей для решения ее проблем [46].

Преимущества использования сестринского процесса [8] :

1. Индивидуальность, учёт клинических, личностных и социальных потребностей пациента.
2. Возможность широкого использования стандартов сестринского ухода.
3. Соучастие пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода.

Цели сестринского процесса [50]:

1. Обеспечение приемлемого качества жизни пациентки в зависимости от ее состояния.
2. Предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациентки.
3. Помощь пациентке и ее семье по поводу дезадаптации, связанной с заболеванием.
4. Поддержка или восстановление независимости пациентки в удовлетворении основных потребностей.

Сестринский процесс является необходимым условием для создания системы профессионального ухода за родильницами с острым ПЭ [4].

Сестринский процесс включает в себя пять составляющих [53]:

- 1) сестринское обследование (сбор информации);

2) установление нарушенных потребностей родильницы (сестринский диагноз):

3) планирование сестринских вмешательств;

4) выполнение сестринских вмешательств;

5) оценка эффективности сестринских вмешательств.

3.2. Сестринское обследование (сбор информации).

На данном этапе медицинская сестра собирает и оформляет данные о пациентке [2]. В ходе обследования между медсестрой и родильницей должен быть установлен психологический контакт. Пациентка должна доверять медицинскому работнику, ощущать уверенность, что о нём позаботятся должным образом и на уровне соответствующем достижениям современной медицины [28, 35]. Обследование бывает двух видов: субъективное (жалобы пациентки) и объективное. При обследовании родильницы обращают внимание на следующие моменты [13]:

– ***общее состояние родильницы, положение в кровати;***

– ***жалобы:*** повышение температуры тела, ознобы, общая слабость, потеря аппетита, утомленность, боли в нижней части живота, изменение количества и характера лохий – с примесью гноя и т.д.;

– необходимо интересоваться ***состоянием физиологических отправления*** (мочеиспускание, которое может быть затрудненным; дефекация – склонность к запорам); важно зафиксировать суточный диурез и водный баланс;

– ***кожные покровы*** (бледность свидетельствует об анемии, гиперемия – о наличии воспаления);

– ***пульс, артериальное давление и температура*** измеряются утром и вечером, в случае ПЭ может отмечаться тахикардия и склонность к гипотензии;

– ***при осмотре молочных желез*** обращают внимание на нагрубание (умеренное нагрубание может отмечаться с 3-го дня, но после кормления молочные железы должны быть мягкими), на болезненность (признак

патологии), на состояние сосков (не должно быть трещин), на уровень лактации и проблемы при вскармливании ребенка;

– *при пальпации матки* отмечают высоту стояния дна матки (отмечается субинволюция), обращают внимание на болезненность матки при пальпации. При пальпации, как правило, матка увеличена, мягкая, болезненная, подвижная.

– *лохии* осматривают на подкладной и спрашивают родильницу о выделениях в течение дня. Выделения из матки гнойные, обильные, иногда с гнилостным запахом. Если при не резко выраженном воспалительном процессе нарушается отток выделений вследствие резкого перегиба матки или закупорки цервикального канала кровяным сгустком, возникает лохиометра.

– *осмотр промежности* позволяет выявить наличие отека, состояние заживления раны промежности.

- состояние других органов и систем:

- а) органов дыхательной системы;
- б) органов сердечно-сосудистой системы;
- в) органов желудочно-кишечного тракта (состояние ротовой полости, нарушение пищеварения);
- г) органов мочевыделительной системы (изменение внешнего вида и количества выделенной мочи);
- 8) выяснить состояние мест возможного парентерального введения лекарственных средств (локтевого сгиба, ягодиц);
- 9) определить психологическое состояние больной (адекватность, общительность, открытость).

Конечным звеном первого этапа медсестринского процесса является документирование полученной информации и получение базы данных о пациентке [9].

3.3. Установление нарушенных потребностей родильницы (сестринский диагноз).

На данном этапе медсестра выявляет реальные и потенциальные проблемы родильницы, которые она должна устранить в силу своей профессиональной

компетенции [19]. Настоящие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациентку в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, медсестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем. Этот этап называется сестринский диагноз [54].

Наиболее важными **настоящими проблемами** пациенток с ПЭ являются [14]:

- лихорадка, озноб или жар;
- отсутствие аппетита, общая слабость, недомогание;
- боли в нижней части живота,
- изменение количества и характера лохий;
- дефицит информированности о заболевании;
- психологические проблемы у женщины после родов (послеродовая депрессия, чувство тревоги и подавленности, частая смена настроения, головная боль, быстрая утомляемость);
- проблема свободного мочеиспускания (невозможность помочиться возникает в связи с тем, что родильница лежит, боится боли, и результате сдавления мочевого пузыря может наступить его гипотония. Осложняет ситуацию наличие наложенных швов в связи с разрывами);
- недостаток знаний родильницы и практических умений в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода;

Наиболее важной **потенциальной проблемой** пациенток с ПЭ является [18]:

- угроза развития септического состояния;

Следующей задачей является формулирование сестринского диагноза. Целью сестринской диагностики является не диагностика заболевания, а выявление реакций организма больной на заболевание. Сестринский диагноз (в отличие от врачебного) меняется в зависимости от смены реакции организма пациентки на болезнь [19].

Возможные **сестринские диагнозы** у родильниц с ПЭ [13]:

- Лихорадка из-за развития воспалительного процесса.
- Сонливость, слабость, плохой аппетит из-за развития инфекции, интоксикации.

- Угроза распространения инфекции, сепсиса.
- Боль в животе из-за развития основного заболевания.
- Изменение количества и характера лохий.
- Эмоциональная лабильность, тревожность, депрессия.

3.4. Планирование сестринских вмешательств.

Вмешательства у родильниц с установленным диагнозом ПЭ должны планироваться. Необходимо определять срочные и приоритетные из них [27]. Обязательно должны обозначаться члены лечебной команды, принимающие участие в решении проблем. Исходя из этого, вмешательства делятся на независимые (решаемые только медсестрой) и взаимозависимые (решаемые в сотрудничестве с врачом, психологом). Вмешательства должны быть индивидуальными для каждой женщины. Они должны касаться как физических, так и психологических проблем родильницы [36]. Целью сестринских мероприятий является предотвращение осложнений заболевания, адаптация родильницы и быстрое возвращение к нормальной жизни [53].

Этот этап сестринского процесса состоит из четырех стадий [54]:

- 1) выявления приоритетов, определения порядка решения проблем пациентки;
- 2) разработки ожидаемых результатов;
- 3) разработки сестринских мероприятий;
- 4) внесения плана в документацию и обсуждения его с другими членами сестринской бригады;

Каждый план сестринских мероприятий должен иметь дату составления и заверяться подписью лица, составившего документ.

Планирование сестринских вмешательств у родильниц с установленным диагнозом ПЭ включает в себя [27]:

1. Оказание психологической поддержки пациентки.
2. Организация режима.
3. Организация диетического питания.
4. Обеспечение личной гигиены, контроль количества и качества послеродовых выделений.
5. Организация грудного вскармливания и правильного ухода за молочными железами.
6. Контроль за состоянием пациентки. Контроль за регулярным медикаментозным лечением. Выполнение назначений врача.
7. Уменьшение риска осложнений.
8. Подготовка пациентки к дополнительным исследованиям или манипуляциям.
9. Уменьшение боли в области патологического очага.

Приоритетными вмешательствами являются: организация режима, организация диетического питания, обеспечение личной гигиены, контроль количества и качества послеродовых выделений, организация грудного вскармливания и правильного ухода за молочными железами, контроль за регулярным медикаментозным лечением, выполнение назначений врача, контроль за состоянием пациентки, уменьшение риска осложнений. Менее приоритетной является оказание психологической поддержки пациентки [13].

3.5. Выполнение сестринских вмешательств.

Выполнение сестринских вмешательств является важным этапом сестринского процесса. Реализация плана сестринских мероприятий при ПЭ осуществляется в три стадии, включающие [36]:

I стадия: подготовка (пересмотр) сестринских мероприятий, установленных во время этапа планирования; анализ сестринских знаний, умений, навыков, определение возможных осложнений, которые могут возникнуть во время выполнения сестринских манипуляций; подготовка оборудования;

II стадия: выполнение мероприятий;

III стадия: заполнение документации (полное и точное занесение выполненных действий в соответствующую форму).

Основу этих мероприятий составляют элементы ухода за больными [2].

Реализация сестринских вмешательств у пациентки с острым послеродовым эндометритом

Планирование	Реализация
Оказание психологической поддержки пациентки	<ol style="list-style-type: none">1. Помочь пациентке адаптироваться к новым условиям в послеродовом периоде.2. Объяснить пациентке причину возникшего у нее осложнения.3. Объяснить цель и ход предстоящего лечения или манипуляций, их необходимость.
Организация режима	<ol style="list-style-type: none">1. Придать пациентке нужное положение в постели с учетом локализации патологического процесса.2. Обеспечить приток свежего воздуха.3. Организация режима сна и отдыха с учетом периодов кормления ребенка.
Организация диетического питания	<ol style="list-style-type: none">1. Калорийное (3200 ккал), сбалансированное, легкоусвояемое питание, 5-6 раз в сутки.2. Из рациона исключить острые, жареные, жирные копченые блюда, консервы, алкоголь, колбасы (сырокопченые, варёно-копчёные, вареные), аллергены для ребенка (шоколад, цитрусовые, кофе).3. Объём жидкости в сутки – 2-2,5 литра. Рекомендуются травяные чаи, питьевая вода, отвары из сухофруктов, кисломолочные продукты в объёме 200- 300 мл.4. Рацион включает все основные группы продуктов: мясо и рыбу, молоко и молочные продукты; яйца;

хлеб и хлебобулочные изделия, крупы, макаронные изделия; растительные масла; сливочное масло; овощи, фрукты, ягоды, плодоовощные соки; сахар и кондитерские изделия. Мясо: нежирные сорта свинины, язык, белое мясо птицы (лучше отварное или в виде тефтелей и фрикаделек. Нежирные сорта рыбы (судак, карп, треска, хек) в отварном виде не чаще 1-2 раз в неделю.

5. Увеличить количество белка в рационе с помощью творога и сыра.

6. Рацион с достаточным количеством пищевых волокон, стимулирующих двигательную активность кишечника. В ежедневное меню должно включать значительное количество (не менее 400 г) свежих или подвергнутых тепловой обработке овощей (морковь, свеклу, кабачки, тыкву и др.), около 300 г фруктов и ягод (например, яблок, груш, слив, смородины, крыжовника, вишни), соков (200-300 мл), особенно с мякотью – как свежеприготовленных, так и консервированных. Не рекомендуется употреблять в пищу тропические фрукты (за исключением бананов) и фрукты, окрашенные в оранжевый и красный цвета. Пищевыми волокнами богаты также пшеница, гречневая и овсяная крупы (каши лучше чередовать), хлеб грубого помола и сухофрукты (чернослив, курага).

7. Суточный рацион должен содержать 25 г сливочного масла, 15 г растительных масел (подсолнечного, кукурузного, соевого, оливкового).

8. Сахар и кондитерские изделия (лучше – зефир, пастилу, мармелад) есть в ограниченном количестве,

	они обладают аллергенным действием и способствуют отложению жира в организме.
Обеспечение личной гигиены, контроль количества и качества послеродовых выделений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Душ два раза в день (утром и вечером), гигиена ротовой полости. 2. Регулярная гигиена рук. 3. Содержание в чистоте наружных половых органов и окружающих их кожных покровов (подмывание после каждого посещения туалета не менее 4-5 раз в день, следить за регулярностью смены прокладок). 4. Смена нательного белья ежедневно, постельного – не реже, чем один раз в три-пять дней. 5. Ежедневный контроль количества и качества послеродовых выделений. При малейшем отклонении – информировать врача.
Организация грудного вскармливания и правильного ухода за молочными железами	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обучение родильницы и помощь при кормлении новорожденного. 2. Туалет молочных желез. 3. Помощь родильнице в сцеживании молока.
Контроль за состоянием пациентки Контроль за регулярным медикаментозным лечением. Выполнение назначений врача	<p>Согласно листу назначений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Измерение температуры тела 2 раза в день. Оказывать помощь при повышении температуры тела в соответствии с периодом лихорадки. Контролировать температуру помещения. 2. Измерение артериального давления и подсчет пульса 2 раза в день. 3. Введение лекарственных препаратов. 4. Осмотр послеоперационной повязки.
Уменьшение риска	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тщательно выполнять назначения врача.

осложнений	<ol style="list-style-type: none"> 2. Проводить профилактику хирургической внутрибольничной инфекции. 3. Помощь в нормализации физиологических отпавлений
Подготовка пациентки к дополнительным исследованиям или манипуляциям	<ol style="list-style-type: none"> 1. Туалет внешних половых органов перед влагалищным исследованием. 2. Информирование пациентки о правилах подготовки к лабораторным исследованиям (утром, натощак, без предварительного напряжения). 3. Подготовка к УЗИ (предварительная безшлаковая диета, наполнение мочевого пузыря).
Уменьшение боли в области патогогического очага	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отвлечь внимание общением. 2. Ввести анальгетики по назначению врача.

Важное значение имеет соблюдение строжайшей чистоты. Родильница должна два раза в день (утром и вечером) принимать душ, чистить зубы. Особое внимание следует обращать на чистоту рук. Ногти должны быть коротко подстрижены, руки нужно чаще мыть с мылом и обязательно перед каждым кормлением ребенка (если руки загрязнены, то можно заразить ребенка, занести инфекцию на соски) [37]. Среди гигиенических мероприятий особое значение в послеродовом периоде имеет содержание в чистоте наружных половых органов и окружающих их кожных покровов. Подмываться следует теплой водой с мылом (жидким с дозатором) текущей струей, обмывать половые органы следует спереди назад (от лобка к заднему проходу) после каждого посещения туалета не менее 4-5 раз в день (в туалет нужно ходить именно с такой периодичностью, чтобы наполненный мочевой пузырь не препятствовал сокращению матки). Перед подмыванием нужно чисто вымыть руки. Следить за чистотой прокладок, менять их через 3-4 часа вне зависимости от наполненности. Удалять прокладки следует движением спереди назад для

предотвращения попадания микроорганизмов из заднего прохода во влагалище. При наличии швов на промежности мыть их следует достаточно тщательно – направить на него струю воды. После подмывания нужно высушить промежность и область швов промакивающими движениями полотенца спереди назад [4].

Принимать ванну первые 6 недель после родов запрещается. Это связано с тем, что вход во влагалище еще недостаточно сомкнут и вместе с водой могут проникнуть в него болезнетворные микробы. В это время нельзя купаться в бассейне, реке, озере, море. Категорически исключается использование утягивающего белья, так как оно оказывает значительное давление на промежность, что нарушает кровообращение, препятствуя заживлению [6].

При наличии швов на промежности женщине 7-14 дней (в зависимости от степени повреждения) нельзя садиться. При этом на унитаз можно садиться уже в первые сутки после родов. Чтобы избежать запора после родов, не употреблять еду, оказывающую закрепляющий эффект. Помощь в нормализации физиологических отправления является безусловно приоритетной задачей среднего медицинского персонала. В первые сутки надо следить за мочеиспусканием через каждые 2 часа для профилактики кровотечения. 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. Кишечник опорожняют с помощью очистительной клизмы или назначения слабительного [16].

Нательное и постельное белье должны быть хлопчатобумажные. Нательное менять ежедневно, постельное – не реже, чем один раз в три–пять дней [2].

Особого ухода не требуют швы после кесарева сечения. После того, как снимут швы и повязку, можно принять душ. С болезненными ощущениями в области передней брюшной стенки поможет справиться послеродовой или послеоперационный бандаж, который нужно носить 4 месяца [6].

Половую жизнь после родов можно возобновлять спустя 6-8 недель. К этому моменту организм женщины уже полностью приходит в норму. Чтобы полностью восстановиться после родов, до следующей беременности должно пройти не менее двух лет [10].

Следует активно и систематически пополнять знания родильницы и помогать усовершенствовать практические умения в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода [12].

Важно контролировать количество и качество послеродовых выделений. Ежедневно расспрашивать родильницу о характере лохий. При малейшем отклонении – информировать врача [29].

Важной является коррекция психологических проблем у женщины после родов. Необходимо поддержать родильницу в первые дни после родов, не следует повышать голос при выполнении сестринских вмешательств [42]. Важно информировать родильницу об особенностях изменений в ее организме в послеродовом периоде, о необходимости соблюдения режима сна и отдыха [15].

3.6. Оценка эффективности проводимых сестринских вмешательств.

Задача пятого этапа – определение результативности сестринского вмешательства и его коррекции в случае необходимости. Оценка осуществляется сестрой непрерывно, с определённой периодичностью, которая зависит от состояния пациентки и характера проблемы. Например, оценка в отношении одной пациентки будет производиться и в начале, и в конце смены, а в отношении другой – каждый час [50].

Оценка качества и эффективности сестринской помощи производится пациентом, его родственниками, самой медсестрой, выполнявшей сестринские мероприятия, и руководством (старшей и главной медсестрами) [53].

Цель этапа: оценка реакции пациентки на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение

итогах. Важно определить, были ли достигнуты ожидаемые результаты. Необходимо оценить реакцию пациентки на сестринский уход, качество оказанной помощи, полученные результаты. Пациент высказывает свое мнение о проведенных мероприятиях [6].

Аспекты оценки [10]:

1. Достижение целей по проблемам пациентки.
2. Появление новых проблем, требующих внимания сестры.
3. Оценка реакции пациентки на вмешательство и факт пребывания в стационаре;
4. Оценка качества оказанной помощи, влияние вмешательства на пациентки.

При оценке результатов ухода медсестра использует те же методы, что и при сборе информации о больной. Это осмотр пациентки, выяснение причин болевых ощущений, дискомфорта. Источниками информации является [13]:

- сама пациентка;
- члены его семьи;
- окружающие;
- медицинская документация;
- отметки медперсонала в сестринской истории болезни.

Если поставленные задачи выполнены и проблема решена, медсестра должна сделать соответствующую запись в сестринской истории болезни, поставив дату и подпись. При необходимости план мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется [50].

Оценка результатов сестринского вмешательства дает возможность медсестре установить сильные и слабые стороны в своей профессиональной деятельности.

ГЛАВА 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ

4.1. Объект исследования.

Объектом исследования были 100 пациенток в возрасте от 18 до 44 лет, которые находились на стационарном лечении в гинекологическом стационаре с диагнозом „Острый послеродовый эндометрит”.

Распределение обследуемых пациенток по возрасту (Рис. 1):

18-20 лет – 5 чел. (5 %);

21-25 лет – 12 чел. (12 %);

26-30 лет – 21 чел. (21 %);

31-35 лет – 26 чел. (26 %);

36-40 лет – 28 чел. (28 %);

41-44 лет – 8 чел. (8 %);

Рис. 1. Распределение обследуемых пациенток по возрасту



Среди обследуемых родильниц первородящими были 55 женщин (55 %), повторнородящими – 45 женщин (45 %) (Рис 2).



Что касается варианта родоразрешения, то путем естественных родов рожали 32 женщины (32 %), путем кесарева сечения – 68 % (68 %) (Рис 3).



Среди контингента родильниц с установленным диагнозом острый послеродовой эндометрит наблюдались факторы риска:

- низкий социально-экономический уровень жизни – 15 чел. (15 %);
- ожирение – 10 чел. (10 %);
- сахарный диабет – 12 чел. (12 %);

- воспалительные заболевания в анамнезе – 26 чел. (26 %);
- перенесенная бактериальная и вирусная инфекция во время беременности – 56 чел. (56 %);
- осложненное течение беременности: анемия, истмико – цервикальная недостаточность, инвазивные методы обследования или лечения во время беременности – 78 чел. (78 %);
- осложненное течение родового акта: несвоевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный промежуток, хориоамнионит, пролонгированные роды, многократные влагалищные исследования в процессе родов, патологическая кровопотеря, акушерские операции в родах, инвазивные методы наблюдения за плодом и роженицей, травма мягких тканей родовых путей – 27 чел. (27 %);
- при кесаревом сечении – экстренная операция при длительности родов более 15 ч и/или безводном промежутке свыше 12 ч, осложнения в ходе оперативного вмешательства, патологическая кровопотеря во время операции – 39 чел. (39 %).

По клиническому течению острый послеродовый эндометрит легкой формы наблюдался в 18 родильниц (18 %), средней тяжести – в 67 % родильниц (67 %). Тяжелая форма течения болезни была у 15 пациенток (15 %) (Рис 4).



4.2. Определение проблем пациенток с острым послеродовым эндометритом, реализация сестринских вмешательств и их эффективность.

Сестринская диагностика осуществлялась на основании бесед, наблюдений, объективного обследования. Основными **актуальными проблемами пациенток** с острым послеродовым эндометритом являлись:

№ п/п	Основные проблемы пациенток с острым послеродовым эндометритом	Всего
1	Лихорадка, озноб или жар	96 чел. (96 %)
2	Отсутствие аппетита	85 чел. (85 %)
3	Общая слабость, недомогание	96 чел. (96 %)
4	Боли в нижней части живота	90 чел. (90 %)
5	Изменение количества и характера лохий	100 чел. (100 %)
6	Психологические проблемы после родов (послеродовая депрессия, чувство тревоги и подавленности, частая смена настроения)	45 чел. (45 %)
7	Дефицит информированности о заболевании	32 чел. (32 %)
8	Проблема свободного мочеиспускания	42 чел. (42 %)
9	Недостаток знаний родильниц и практических умений в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода	37 чел. (37 %)

Наиболее важной **потенциальной проблемой пациенток** с острым послеродовым эндометритом являлась угроза развития септического состояния, которая наблюдалась в 12 пациенток (12 %).

Пациенткам были выставлены следующие **сестринские диагнозы**:

1. Лихорадка из-за развития воспалительного процесса – 96 чел. (96 %);
2. Сонливость, слабость, плохой аппетит из-за развития инфекции, интоксикации – 96 чел. (96 %);
3. Угроза распространения инфекции, сепсиса – 12 чел. (12 %);

4. Боль в животе из-за развития основного заболевания – 90 чел. (90 %);
5. Изменение количества и характера лохий – 100 чел. (100 %);
6. Эмоциональная лабильность, тревожность, депрессия – 45 чел. (45 %).

Был составлен список планируемых сестринских вмешательств. Планирование сестринских вмешательств у родильниц с установленным диагнозом острого послеродового эндометрита включало в себя:

1. Оказание психологической поддержки пациентки.
2. Организация режима.
3. Организация диетического питания.
4. Обеспечение личной гигиены, контроль количества и качества послеродовых выделений.
5. Организация грудного вскармливания и правильного ухода за молочными железами.
6. Контроль за состоянием пациентки. Контроль за регулярным медикаментозным лечением. Выполнение назначений врача.
7. Уменьшение риска осложнений.
8. Подготовка пациентки к дополнительным исследованиям или манипуляциям.
9. Уменьшение боли в области патологического очага.

Реализация сестринских вмешательств у пациенток с острым послеродовым эндометритом осуществлялась согласно плану. Была проведена оценка эффективности проводимых сестринских вмешательств. За время пребывания в стационаре и наблюдения (на протяжении 14 дней) у большинства родильниц:

- нормализовалась температура тела – у 92 чел. (92 %);
- нормализовался аппетит – у 83 чел. (83 %);
- улучшилось общее самочувствие – у 90 чел. (90 %);
- исчезли боли в нижней части живота – у 90 чел. (90 %);
- нормализовались лохии – у 96 чел. (96 %);
- улучшилось психо-эмоциональное состояние – у 35 чел. (35 %);
- нормализовались физиологические испражнения – у 40 чел. (40 %);

- улучшились знания пациенток о заболевании – у 28 чел. (28 %);
- улучшились знания и практические умения пациенток в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода – у 37 чел. (37 %).

Это свидетельствует о высоком профессионализме среднего медицинского персонала, правильном подходе к выполнению своих обязанностей и качественной работе.

Таким образом, правильно организованный сестринский уход играет важную роль в лечении острого послеродового эндометрита. Главная роль в оказании доступной, действенной помощи родильницам принадлежит медицинской сестре, которая сочетает в себе не только аккуратность, приветливость, трудолюбие, но и интеллект, организаторские способности, порядочность, творческое мышление, профессиональную компетентность.

ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования изучены этиологические факторы, патогенез, принципы диагностики, лечения и профилактики острого послеродового эндометрита. Острый послеродовый эндометрит – полимикробное заболевание, которое вызывается стафилококками, стрептококками, условно-патогенными аэробными и анаэробными бактериями, реже – микоплазмами, хламидиями, вирусами. Основные возбудители – ассоциации факультативных аэробных и облигатных неклостридиальных анаэробных микроорганизмов. Пути распространения инфекции: восходящий (из влагалища), гематогенный и лимфогенный, интраамниальный. Факторы риска: юный возраст; низкий социально-экономический уровень жизни; ожирение; сахарный диабет; воспалительные заболевания в анамнезе; перенесенная бактериальная и вирусная инфекция во время беременности; осложненное течение беременности: анемия, истмико – цервикальная недостаточность, инвазивные методы обследования или лечения во время беременности; осложненное течение родового акта; при кесаревом сечении – экстренная операция при длительности родов более 15 ч и/или безводном промежутке свыше 12 ч, осложнения в ходе оперативного вмешательства, патологическая кровопотеря во время операции. Диагноз устанавливается на основании клинической картины заболевания и результатов лабораторных исследований. Алгоритм обследования включает: общее физикальное обследование роженицы; измерение температуры тела, определение частоты пульса и артериального давления; осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование; макроскопическая оценка лохий; клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи; морфологическое исследование биоптатов эндометрия; бактериологическое исследование метроасpirата (выделение и идентификация микроорганизмов, определение чувствительности к антибиотикам и степени микробной колонизации); цитологическое исследование метроасpirата (в препарате содержится большое количество нейтрофилов в состоянии дегенерации и деструкции);

ультразвуковое исследование органов малого таза (измерение размеров полости, выявление оболочек, сгустков крови, остатков децидуальной и плацентарной ткани, пузырьков газа, фибрина, а также воспалительных изменений послеоперационного шва на матке после кесарева сечения); гистероскопия. Профилактика острого послеродового эндометрита включает в себя: определение факторов риска гнойно-воспалительных заболеваний; санацию очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции под контролем клиничко-лабораторных показателей; рациональное ведение родов (профилактика слабости родовой деятельности, длительности безводного промежутка, патологической кровопотери и родового травматизма); при решении вопроса о родоразрешении путем кесарева сечения – уточнение показаний и противопоказаний; правильная оценка инфекционного риска перед кесаревым сечением, технически грамотное выполнение самой операции, правильный выбор тактики антибактериальной химиотерапии. К профилактическим мероприятиям осложнений после кесарева сечения относятся: применение антисептиков для обработки влагалища перед операцией кесарева сечения; применение антибиотиков у рожениц, имеющих факторы высокого риска развития инфекции (до операции); периоперационная антибиотикопрофилактика при наличии факторов риска послеоперационных осложнений: внутривенное струйное введение препарата после пережатия пуповины; применение утеротонических средств; адекватная инфузионная терапия после операции, предупреждение нарушений перистальтики кишечника в послеоперационном периоде. Комплексная терапия острого послеродового эндометрита включает общее воздействие и местное лечение. К компонентам общего лечения относят рациональную антибактериальную терапию, инфузионную, утеротоническую, антикоагулянтную, иммуномодулирующую, десенсибилизирующую терапию, эфферентные методы лечения (гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови), направленный транспорт антибактериальных препаратов и озонотерапию. Компонентами местного лечения является хирургическая санация матки (вакуум-аспирация содержимого матки; выскабливание стенок полости матки и

удаление остатков децидуальной или плацентарной ткани; промывное дренирование матки антисептическими растворами).

2. Обозначены особенности сестринского процесса при остром послеродовом эндометрите. Целями сестринского процесса являются: обеспечение приемлемого качества жизни пациентки в зависимости от ее состояния, предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациентки, помощь пациентке и ее семье по поводу дезадаптации, связанной с заболеванием, поддержка или восстановление независимости пациентки в удовлетворении основных потребностей. Сестринский процесс является необходимым условием для создания системы профессионального ухода за родильницами с острым послеродовым эндометритом. Сестринский процесс включает в себя пять составляющих: сестринское обследование (сбор информации); установление нарушенных потребностей родильницы (сестринский диагноз), планирование сестринских вмешательств; выполнение сестринских вмешательств; оценка эффективности сестринских вмешательств. Сестринское обследование пациенток с острым послеродовым эндометритом включает в себя: оценку общего состояния родильницы, положения в кровати, сбор жалоб, состояние физиологических отправлений, оценка пульса, артериального давления и температуры, состояния кожных покровов, осмотр молочных желез, пальпация матки, оценка лохий, осмотр промежности, оценка состояния других органов и систем.

3. Определены проблемы пациенток с острым послеродовым эндометритом, обозначены основные сестринские диагнозы, суть реализации сестринских вмешательств в ходе их проведения и оценена их эффективность. Основными актуальными проблемами пациенток с острым послеродовым эндометритом являлись: изменение количества и характера лохий – 100 чел. (100 %), лихорадка, озноб или жар – 96 чел. (96 %), общая слабость, недомогание – 96 чел. (96 %), боли в нижней части живота – 90 чел. (90 %), отсутствие аппетита – 85 чел. (85 %), психологические проблемы после родов (послеродовая депрессия, чувство тревоги и подавленности, частая смена настроения) – 45 чел. (45 %), проблема свободного мочеиспускания – 42 чел.

(42 %), недостаток знаний родильниц и практических умений в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода – 37 чел. (37 %), дефицит информированности о заболевании – 32 чел. (32 %). Наиболее важной потенциальной проблемой пациенток с острым послеродовым эндометритом являлась угроза развития септического состояния – 12 чел. (12 %). Пациенткам были выставлены следующие сестринские диагнозы: лихорадка из-за развития воспалительного процесса – 96 чел. (96 %); сонливость, слабость, плохой аппетит из-за развития инфекции, интоксикации – 96 чел. (96 %); угроза распространения инфекции, сепсиса – 12 чел. (12 %); боль в животе из-за развития основного заболевания – 90 чел. (90 %); изменение количества и характера лохий – 100 чел. (100 %); эмоциональная лабильность, тревожность, депрессия – 45 чел. (45 %). Планирование сестринских вмешательств у родильниц с установленным диагнозом острого послеродового эндометрита включало в себя: оказание психологической поддержки пациентки, организация режима, организация диетического питания, обеспечение личной гигиены, контроль количества и качества послеродовых выделений, организация грудного вскармливания и правильного ухода за молочными железами, контроль за состоянием пациентки, контроль за регулярным медикаментозным лечением, выполнение назначений врача., уменьшение риска осложнений, подготовка пациентки к дополнительным исследованиям или манипуляциям, уменьшение боли в области патологического очага. Реализация сестринских вмешательств у пациенток с острым послеродовым эндометритом осуществлялась согласно плану. Была проведена оценка эффективности проводимых сестринских вмешательств. За время пребывания в стационаре и наблюдения (на протяжении 14 дней) у большинства родильниц: нормализовалась температура тела – у 92 чел. (92 %); нормализовался аппетит – у 83 чел. (83 %); улучшилось общее самочувствие – у 90 чел. (90 %); исчезли боли в нижней части живота – у 90 чел. (90 %); нормализовались лохии – у 96 чел. (96 %); улучшилось психо-эмоциональное состояние – у 35 чел. (35 %); нормализовались физиологические испражнения – у 40 чел. (40 %);

улучшились знания пациенток о заболевании – у 28 чел. (28 %); улучшились знания и практические умения пациенток в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода – у 37 чел. (37 %). Правильно организованный сестринский уход играет важную роль в лечении острого послеродового эндометрита. Главная роль в оказании доступной, действенной помощи родильницам принадлежит медицинской сестре, которая сочетает в себе не только аккуратность, приветливость, трудолюбие, но и интеллект, организаторские способности, порядочность, творческое мышление, профессиональную компетентность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 651 с.
2. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие. – М.: Форум: Инфа, М., 2004. – 386 с.
3. Женская консультация: [рук.] / И. М. Ордянц [и др.]; под ред. В.Е. Радзинского. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 467 с.
4. Камынина Н.Н. Протоколы выполнения простых медицинских манипуляций как средство повышения качества деятельности медсестер / Н.Н. Камынина // Медицинская сестра. – 2005. – № 8. – С. 35-40.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 4-изд., перераб. и доп. / Под ред. В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – С. 545-607.
6. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. – 3-е изд. – Ростов н /Д: Феникс, 2013. – 348 с.
7. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. МН.: Высшая школа, 2016. – 302 с.
8. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: – ГЭОТАР. – Медиа 2009. – 512 с.
9. Организация сестринской деятельности: ученик / под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.
10. Основы сестринского дела: справочник / М.Ю. Алешкина, Н.А. Гуськова, О.П. Иванова и соавт.; под ред. А.М. Спринца. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 463 с.
11. Подолян О.Ф. Клинические аспекты местной терапии послеродового эндометрита / Подолян О.Ф., Царегородцева М.В., Седая Л.В. // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – Т. 38. – С. 34-39.
12. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ред. В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 655 с.

13. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. – 7-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 395 с.
14. Сорокина А.В. Послеродовые осложнения / Медицинская сестра. – 2012. – № 1. – С. 35-39.
15. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практ. рук-во. – Минск: ООО «Новое знание», 2003. – 352 с.
16. Тоблер Р. Основные медсестринские процедуры. Пер. с англ. / Р. Тоблер. М.: Мед., 2004. – 240 с.
17. Чеченина А.А. Взгляд на абдоминальный метод родоразрешения через призму воспалительных осложнений у родильниц / Чеченина А.А., Полукаров А.Н., Власенко А.Е. и др. // Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. – № 4. – С. 41-47.
18. Abouzahr C., Aaahman E., Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies, eds. CJL Murray and AD Lopez, WHO, 1998.
19. Ackley Betty Nursing Diagnosis / Ackley Betty, Ladwig Gail, Makic Mary Beth Flynn // Handbook. St. Louis, Missouri, 2017: Elsevier.
20. Bae H.S. Postpartum uterine involution: sonographic changes in the endometrium between 2 and 6 weeks postpartum related to delivery mode and gestational age at delivery / Bae H.S., Ahn K.H., Oh M.J. et al. // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2012. – V. 39 (6). – P. 727-728.
21. Bagherinia M. The effect of educational package on functional status and maternal self-confidence of primiparous women in postpartum period: a randomized controlled clinical trial / Bagherinia M., Mirghafourvand M., Shafaie F.S. // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2016. – № 2. – P. 1-22.
22. Bane S.M. Postpartum exercise and lactation / Clin. Obstet. Gynecol. – 2015. – V. 58 (4). – P. 885-892.
23. Banke-Thomas O.E. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review / Banke-Thomas O.E., Banke-Thomas A.O., Ameh C.A. // B. M. C. Pregnancy Childbirth. – 2017. – V. 17 (1). – P. 65.

24. Bratzler D.W. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery / Bratzler D.W., Dellinger E.P., Olsen K.M. et al. // *Surgical Infections*. – 2013. – V. 14 (1). – P. 73– 156.
25. Castro E.O. Sepsis and septic shock during pregnancy: clinical management / Castro E.O., Figueiredo M.R., Bortolotto L. et al. // *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* – 2008. – V. 30 (12). – P. 631-638.
26. Coast E. Effectiveness of interventions to provide culturally appropriate maternity care in increasing uptake of skilled maternity care: a systematic review / Coast E., Jones E., Lattof S.R., Portela A. // *Health Policy Plan.* – 2016. – V. 31 (10). – P. 1479-1491.
27. Doenges Marilyn Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span / Marilyn Doenges // Philadelphia. – 2014, F.A. Davis Company
28. Erickson M. The Client-Nurse Relationship: A Helping Relationship / M. Erickson, J. Blazer-Riley // St. Louis, Missouri, Elsevier Mosby. – 2012. – In *Communications in Nursing, Seventh ed.* – P. 16-31.
29. Fletcher S. Lochia patterns among normal women: a systematic review / Fletcher S., Grotegut C.A., James A.H. // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2012. – V. 21 (12). – P. 1290-1294.
30. French L.M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery / French L.M., Smaill F.M. // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. – Issue 1. – P. 150-155.
31. Gaboury J. Effect of the postpartum hospital environment on the attainment of mothers' and fathers' goals / Gaboury J., Capaday S., Somera J. et al. // *J. Obste. Gynecol. Neonatal. Nurs.* – 2017. – V. 46 (1). – P. 40-50.
32. Greenfield N. Evaluating the adequacy of fluid resuscitation in patients with septic shock: controversies and future directions / Greenfield N., Balk R.A. // *Hosp. Pract. (Minneap)*. – 2012. – V. 40 (2). – P. 147-157.
33. Gyte G.M.L. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at caesarean section / Gyte G.M.L., Dou L., Vazquez J.C. et al. // *Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. [DOI: 10.1002/14651858.CD008726.pub2].

34. Harrison C.L. The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health / C.L. Harrison, W.J. Brown, M. Hayman et al. // *Semin. Reprod. Med.* – 2016. – V. 34 (2). – P. 28-37.
35. Hompoth E.A. The risk factors of mood changing during the perinatal period / E.A. Hompoth, A. Töreki, V. Baloghné Fűrész et al. // *Orv. Hetil.* – 2017. – V. 158 (4). – P. 139-146.
36. Hooks Robin Developing nursing care plans / Robin Hooks // *Nursing Standard.* – 2016. – V. 30, № 45. – P. 64–65.
37. Hugonnet S. Hand hygiene revisited: lessons from the past and present / Hugonnet S., Pittet D. // *Curr. Infect. Dis. Rep.* – 2000. – V. 2 (6). – P. 484-489.
38. Liu D. Different regimens of penicillin antibiotics given to women routinely for preventing infection after caesarean section / Liu D., Zhang L., Zhang C. et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014, Issue 10. [DOI: 10.1002/14651858.CD011362].
39. Marie-Victoire Sénat Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) / Marie-Victoire Sénat, Loïc Sentilhes, Anne Battut, Dan Benhamou et al. // *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* – 2016. – V. 202. – P. 1–8.
40. Mc Donald N.S. The care of the critically ill obstetric patient / *CPD Anaesthesia.* 2004. – V. 6. – P. 61- 67.
41. Medan M.S. Uterine involution and progesterone level during the postpartum period in Barbary ewes in north Libya / Medan M.S., El-Daek T. // *Open. Vet. J.* – 2015. – V. 5 (1). – P. 18-22.
42. Miller E. The nurse-patient relationship / E. Miller, G. Nambiar-Greenwood // *In Nursing: Communication Skills in Practice.* – 2011. – Oxford: Oxford University Press. – P. 20-32.
43. Munnur U. Management principles of the critically ill obstetric patient / Munnur U., Bandi V., Guntupalli K.K. // *Clin. Chest. Med.* – 2011.– V. 32 (1). – P. 53-60.
44. Nabhan Ashraf F. Routes of administration of antibiotic prophylaxis for preventing infection after caesarean section / Nabhan Ashraf F., Allam Na hed E.,

Hamed A-A. S. M. // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015, Issue 9. [DOI: 10.1002/14651858.CD011876].

45. Obstetric Intensive Care Manual / ed. M.R. Foley T.H. Strong, T.J. Garite – 3 rd ed. – Mc Graw Hill Comp. – 2011, 350 p.

46. Potter Patricia A. Fundamentals of Nursing (8 ed.) / Potter Patricia A., Perry Anne Griffin, Stockert Patricia A., Hall Amy M. // St. Louis: Mosby. – 2013. – 223 p.

47. Sherman D. Characteristics of normal lochia / Sherman D., Lurie S., Frenkel E. et al. // Am. J. Perinatol. – 1999. – V. 16 (8). – P. 399-402.

48. Smaill F. Antibiotic prophylaxis for cesarean section / Smaill F., Hofmeyr G.J. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 1.

49. SOGC clinical practice guideline Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures No. 247, September 2010.

50. Taylor C.R. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care / Taylor C.R., Lillis C., LeMone P. et al. // Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. – 2011. – P. 751.

51. Tita A.T. Emerging concepts in antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: a systematic review / Tita A.T., Rouse D.J., Blackwell S. // Obstetrics and Gynecology. – 2009. – V. 113. – P. 675–682.

52. Wataganara T. Functional three-dimensional sonographic study of the postpartum uterus / Wataganara T., Phithakwatchara N., Komoltri C. et al. // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2015. – V. 28 (18). – P.2221-2227.

53. Webb, L., & Holland, K. (Eds.) Nursing: Communication Skills In Practice. Oxford: Oxford University Press, 2011.

54. Weir-Hughes Dickon Nursing Diagnosis in Administration. Nursing Diagnoses 2009–2011, Custom: Definitions and Classification / Weir-Hughes Dickon John // Wiley & Sons. 2010. – P. 37–40.

55. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Maternal Peripartum Infections. Geneva: World Health Organization, 2015. [PMID: 26598777].

56. Zubor P. Application of uterotonics on the basis of regular ultrasonic evaluation of the uterus prevents unnecessary surgical intervention in the postpartum period / Zubor P.,

Szunyogh N., Dokus K. et al. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 282 (3). – P. 261-267.