

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

*автор
Проф. Коновалов В.Н.*

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

на тему: <<Физиологический послеродовый период.>>

Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Ларина Ю. Р.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск, 2018г.

Содержание

- 1.Терминология 3
- 2.Общее состояние родильницы 3
- 3.Изменения в организме родильницы 3
- 4.Системные изменения в организме родильницы 8
- 5.Ведение послеродового периода 10
- 6.Послеродовая контрацепция 13
- 7.Список литературы 16

Терминология

Послеродовой или пуэрперальный период - период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель.

Ранний и поздний послеродовой период

Ранний послеродовой период начинается с момента рождения последа и длится 24 ч. Это чрезвычайно ответственный промежуток времени, в течение которого происходят важные физиологические приспособления материнского организма к новым условиям существования, особенно первые 2 ч после родов.

В ранний послеродовой период существует угроза возникновения кровотечения из-за нарушения гемостаза в сосудах плацентой плодородки, нарушения сократительной активности матки и травматизации мягких родовых путей.

Первые 2 ч после родов родильница остается в родильном зале. Врач-акушер внимательно

следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, измеряет артериальное давление, температуру тела, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию,

высоту стояния дна матки по отношению к лобку и пупку, следит за степенью кровопотери,

Поздний послеродовой период - наступает через 24 ч после родов и длится 6 нед.

Общее состояние родильницы.

Послеродовой период (puerperium) начинается с момента изгнания последа (окончания послеродового периода) и продолжается приблизительно 6—8 нед. В течение этого времени в организме родильницы совершаются важные физиологические процессы: проходят почти все изменения, возникшие в связи с беременностью и родами в половых органах, эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других системах; происходит становление и расцвет функции молочных желез. Важно отметить, что в этот период происходят формирование чувства материнства и соответствующая перестройка поведения женщины. В послеродовом периоде организм родильницы почти полностью возвращается к тому состоянию, которое было до беременности. Не исчезают лишь некоторые изменения, связанные с беременностью и родами (щелевидная форма наружного зева, складчатость влагалища, величина и форма молочных желез и др.).

Изменения в организме родильницы

Матка.

Темп инволюционных процессов в матке максимально выражен в первые 8-12 дней.

Сразу

после рождения последа матка значительно уменьшается в размерах за счет резкого сокращения ее мускулатуры.

Тело матки принимает шаровидную форму, несколько сплюснутую в передне-заднем направлении, дно находится на 12-15 см выше лона, длина полости (от наружного зева до дна) достигает 15-16 см. Толщина стенки матки в области дна 4-5 см, в области перешейка— 0,5 см. Ширина тела матки на уровне трубных маточных углов составляет 12 см.

Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка. Наружный зев с надорванными краями свисает во влагалище, ширина внутреннего зева составляет 10-12 см. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки руку акушера. Масса матки составляет 1000 г. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной плодородки. Просветы разорванных сосудов этой области сжимаются благодаря тоническому сокращению мускулатуры матки и тромбируются. Таким образом, в первые часы

послеродового периода изменения в матке направлены на остановку кровотечения.

В течение первых 10-12 дней уровень стояния дна матки каждые сутки понижается на 2 см: в первые сутки после родов дно матки находится на уровне пупка, на 7-й день – на уровне лона.

Масса матки к концу 1-й недели снижается до 500 г, к концу 2-ой – до 350 г, к концу 3-ей – до 250 г. К концу послеродового периода масса матки составляет 50 г, то есть столько же,

сколько до беременности. Длина ее уменьшается до 8-9 см, ширина в области дна – до 5 см.

Уменьшение размера и массы матки происходит в результате тонического сокращения ее мускулатуры, сдавления и частичной облитерации кровеносных и лимфатических сосудов,

нарушения питания мышечных клеток и элементов соединительной ткани. Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а вновь образующиеся мышечные клетки – жировой дистрофии и резорбции. Значительная часть сосудов межмышечной соединительной ткани облитерируется и превращается в соединительнотканые тяжи. В послеродовом периоде в матке происходит чрезвычайно интенсивная резорбция коллагена, в которой активно участвуют гладкомышечные клетки,

секретирующие в межклеточное пространство протеиназы и коллагеназу. Макрофаги и фибробласты участвуют в процессе резорбции посредством фагоцитоза и лизиса. В результате происходит уменьшение размеров миоцитов, гибель клеток и снижение их количества, что обеспечивает инволюцию матки. Благодаря этим изменениям исчезают гипертрофия и гиперплазия миометрия, свойственная беременности.

Формирование шейки матки происходит также достаточно быстро. Раньше других отделов

матки начинает сокращаться внутренний маточный зев. Через 10-12 часов он определяется

в виде толстой каймы. Через 24 часа после родов внутренний зев проходим только для двух пальцев, через 3 дня – для одного. К 10-му дню полностью формируется канал шейки

матки, но наружный зев пропускает еще кончик пальца. Полностью наружный зев смыкается к концу 3-ей недели послеродового периода и приобретает щелевидную форму

из-за боковых надрывов шейки в родах.

Инволюция матки может замедляться у многорожавших женщин, ослабленных, возрастных первородящих, у женщин с осложненным течением беременности и родов, при крупном плоде, многоводии, многоплодии, присоединении воспалительного процесса

и др. У кормящих грудью родильниц матка сокращается быстрее.

Матка в первые дни после родов сохраняет большую подвижность, что объясняется растяжением и снижением тонуса ее связочного аппарата. Она легко смещается в стороны

при изменении положения тела родильницы и вверх, особенно при переполнении мочевого пузыря. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3-ей недели послеродового периода.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. Этому способствуют протеолитические ферменты и биологически активные вещества, образующиеся при распаде лейкоцитов и микроорганизмов.

В течение 3-х дней поверхностный слой децидуальной оболочки некротизируется, отторгается и выделяется из матки. При гистероскопии уже на пятые сутки видны

отдельные участки эндометрия с сетью просвечивающихся сосудов. После отторжения децидуальной оболочки источником регенерации слизистой являются остатки желез и строма базального слоя эндометрия. Эпителизация внутренней поверхности матки заканчивается к 9-10 дню послеродового периода. Эпителизация плацентарной площадки завершается к концу 2-3-й недели и происходит за счет роста эндометрия с соседних с ней

участков и желез в области плацентарной площадки. Полностью эндометрий восстанавливается к 6-8 неделе послеродового периода.

В первые 3-4 дня послеродового периода при его неосложненном течении полость матки остается стерильной, благодаря фагоцитозу и внеклеточному протеолизу.

Протеолитические ферменты и антитоксины уничтожают бактерии и нейтрализуют токсины.

С первых часов послеродового периода в мышечном слое матки обнаруживается мелкоклеточная лимфоцитарная инфильтрация, которая препятствует проникновению бактерий в ткани. Грануляционный вал, образующийся в субэпителиальном слое стенки матки к 3-4 суткам пуэрперия, исчезает по мере завершения инволюционных процессов в матке.

Отторгающиеся из полости матки обрывки децидуальной оболочки, тканевой детрит, элементы крови представляют собой послеродовые выделения – **лохии**.

Они имеют своеобразный прелый запах, нейтральную или щелочную среду. Характер лохий на протяжении послеродового периода меняется

В первые дни лохии содержат примесь крови и имеют ярко-красный цвет (*lochia rubra*). С 3-го дня их цвет становится буровато-красным с коричневым оттенком (*lochia fusca*). С 7-го дня из-за обилия лейкоцитов лохии становятся желтовато-белыми (*lochia serosa*), а с 10-го дня – светлыми, жидкими, без примеси крови (*lochia alba*). Количество лохий в первые 8 дней послеродового периода достигает 500-1000 мл. К 3-ей неделе они становятся

скудными и содержат примесь слизи из цервикального канала, а на 5-6-й неделе выделения из матки прекращаются.

При нарушении инволюции матки выделение лохий затягивается, их характер не соответствует дню послеродового периода (долго сохраняется примесь крови), что может быть признаком начавшегося воспалительного процесса. Перегиб матки или закупорка внутреннего зева могут привести к скоплению лохий в полости матки – лохиометре.

После родов в составе микрофлоры родовых путей происходят значительные изменения.

Это связано со сдвигом pH содержимого влагалища до нейтральной или щелочной реакции из-за большого количества некротизированных фрагментов тканей и элементов крови в лохиях. Снижается общее количество лактобацилл. В шейке матки на 3-й день после родов возрастает число анаэробов и факультативных микроорганизмов (бактероиды,

эшерихии, протей, клебсиелы и др.). На 3-5 сутки микрофлора кожи промежности представлена условно-патогенными микроорганизмами (эпидермальный и золотистый стафилококк, энтерококк, протей, дрожжеподобные грибы *Candida* и др.). При неосложненном течении послеродового периода популяция лактобацилл восстанавливается, а количество условно-патогенной микрофлоры снижается в течение 2-3 недель.

Маточные трубы во время беременности и родов за счет усиленного кровенаполнения и отека удлинены и утолщены. После родов в течение 2 недель гиперемия и отек постепенно исчезают. Трубы вместе с маткой опускаются в полость малого таза и к 10-му дню принимают обычное горизонтальное положение.

В яичниках после родов заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Первый цикл обычно бывает ановуляторный: фолликул растет, созревает, но не овулирует, а подвергается атрезии, что сопровождается падением уровня эстрогенов. В

ответ на это наступает отторжение слизистой оболочки матки, появляются менструальноподобные выделения. В дальнейшем восстанавливаются овуляторные циклы.

Восстановление менструаций и детородной функции – процесс индивидуальный. У большинства кормящих грудью женщин под влиянием высоких концентраций пролактина, оказывающего ингибирующее действие не только на гонадотропную функцию гипофиза, но и на функцию яичников, менструации отсутствуют в течение нескольких месяцев или всего времени кормления ребенка грудью. У 55-60% не кормящих женщин менструальная и детородная функции восстанавливаются к концу послеродового периода (на 6-8-й неделе после родов). Однако у некоторых женщин возможно восстановление овуляции и наступление беременности даже во время лактации.

Влагалище сразу после родов широко раскрыто, нижние отделы его стенок выдаются в зияющую половую щель. Стенки влагалища отечны, сине-багрового цвета. На их поверхности обнаруживаются трещины, ссадины. Поперечная складчатость у первородящих женщин хорошо выражена. В послеродовом периоде отечность и гиперемия исчезают, ссадины и надрывы заживают к 7-8 дню. Стенки влагалища, благодаря их эластичности, сокращаются, объем влагалища уменьшается, но все же оно остается более широким, а складчатость менее выраженной, чем до беременности и родов. Половая щель смыкается, но не полностью. Девственная плева представлена в виде сосочков (*caruncula myrtiformis*).

Тонус мышц тазового дна и передней брюшной стенки постепенно восстанавливается к 6-й неделе после родов. Иногда остается некоторое расхождение прямых мышц живота, особенно у повторнородящих женщин. Рубцы беременности на коже (*striae gravidarum*) уменьшаются и становятся беловатыми.

Процесс восстановления мышц тазового дна может нарушаться при наличии разрывов промежности, неправильном наложении швов или плохом их заживлении. В дальнейшем это способствует опусканию стенок влагалища и матки.

Молочные железы

Подготовка молочных желез к секреции происходит уже во время беременности: под влиянием эстрогенов, соматотропного гормона (СТГ), пролактина и кортизола формируются молочные протоки, прогестерон и плацентарный лактоген вызывают пролиферацию железистой ткани. У многих женщин уже к 5-8-й неделе беременности молочные железы заметно увеличиваются, становятся тяжелее, расширяются поверхностные вены, ареола более интенсивно пигментирована. Под влиянием пролактина

усиливается приток крови к молочным железам и секреция молозива. Лактогенез во время

беременности блокируется гормонами фетоплацентарного комплекса. После родов тормозящее влияние плацентарных гормонов (главным образом прогестерона) на лактацию устраняется.

Секреция молока – это сложный нейро-гормональный процесс, для реализации которого

необходима синхронная деятельность коры головного мозга, подкорковых структур (гипоталамуса, гипофиза), желез внутренней секреции и молочной железы.

Основным гормоном, контролирующим образование молока, является пролактин. Он усиливает приток крови к молочным железам, участвует в синтезе протеинов молока (казеина, лактоглобулина, α -лактальбумина), регулирует синтез лактозы и процесс лактации. Лактация стимулируется рефлекторно при акте сосания. Ареола и сосок снабжены большим количеством нервных рецепторов, раздражение которых вызывает эрекцию соска и включает рефлекторные механизмы, стимулирующие образование и секрецию окситоцина и пролактина. Пролактин усиливает выработку молока, а окситоцин,

вызывая сокращение миоэпителиальных клеток, окружающих железистую ткань альвеол, – выделение молока в молочные протоки.

Синергистами пролактина в обеспечении лактогенеза и лактации являются тиротропин релизинггормон, СТГ, АКТГ, ТТГ, а также вазопрессин, кортизол, тироксин, паратгормон,

эстрогены, ангиотензин, серотонин, инсулин, гистамин и др. Стресс и страх снижают синтез и выделение пролактина за счет увеличения синтеза его ингибитора - дофамина.

Крик ребенка способствует выделению молока.

Становление лактации происходит постепенно, начиная со 2-3-го дня, и завершается к 15-20-му дню послеродового периода. В первые 2-3 дня из сосков выделяется молозиво; с 4-5-х суток образуется переходное молоко, а со 2-3-ей недели после родов – зрелое молоко,

имеющее постоянный состав.

Быстрое увеличение объема молока и переполнение грудных желез у некоторых женщин вызывает чувство распираания и нагрубания. Нарушение оттока молока может привести к лактостазу. Обычно этих явлений не наблюдается у матерей, прикладывающих к груди детей сразу после родов.

Молозиво представляет собой густую желтоватую жидкость со щелочной реакцией. Цвет молозива зависит от окраски входящего в него жира, богатого каротиноидами. Жир находится в эмульгированном состоянии. Молозиво содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков.

Переходное молоко характеризуется постепенным уменьшением содержания в нем белков, жиров, минеральных веществ и увеличением концентрации углеводов. Объем его ко 2-ой неделе послеродового периода достигает 750 мл.

Зрелое молоко является по своему составу оптимальным для новорожденного и грудного ребенка.

С восстановлением овуляторных менструальных циклов у женщин, продолжающих грудное вскармливание, отмечено изменение состава молока за 5-6 дней до и 6-7 дней после овуляции (содержание NaCl повышается, содержание калия, лактозы и глюкозы снижается). При наступлении беременности у кормящих матерей секреторная функция молочных желез увядает.

После завершения периода кормления грудью и прекращения лактации в молочных железах происходят инволюционные изменения, т.е. прекращаются пролиферативные и секреторные процессы. Паренхима и строма частично замещаются жировой тканью.

Системные изменения в организме роженицы

Нервная система. В послеродовом периоде восстанавливается обычная возбудимость коры головного мозга, подкорковых центров и спинного мозга.

У некоторых женщин в результате перенесенных в родах психо-эмоциональных нагрузок происходит активация симпатической нервной системы, усиление секреции стрессорных

гормонов (пролактина, АКТГ, кортизола). На этом фоне возможно развитие психовегетативных расстройств, что может привести к возрастанию количества послеродовых осложнений, нарушению лактации и эмоционального развития ребенка, ухудшению взаимоотношений в семье.

Обмен веществ в первые недели послеродового периода повышен, а затем на фоне гормональной перестройки становится нормальным. Основной обмен восстанавливается на 3-4-й неделе после родов.

Температура тела в послеродовом неосложненном периоде должна быть нормальной, однако возможны ее индивидуальные колебания.

Непосредственно после родов у некоторых родильниц наблюдаются приступы озноба, который объясняется большим физическим и эмоциональным напряжением организма во время родов или, по предположению некоторых авторов, попаданием незначительного количества элементов околоплодных вод в кровоток родильницы. Это обычно не оказывает существенного влияния на температуру тела.

Подъем температуры на 3-4-й день пуэрперия часто связывают с нагрубанием молочных желез и лактостазом, однако, это может быть также связано с общей реакцией организма на отторжение в этот период некротизированной децидуальной ткани. Повышение температуры выше 37,50 С следует расценивать либо как возможное начало развития инфекционного процесса, либо как реакцию организма на задержку лохий и всасывание продуктов лизиса или на патологическое нагрубание молочных желез и лактостаз.

Система органов дыхания. В послеродовом периоде постепен-но нормализуются анатомические и функциональные изменения в легких, которые возникли во время беременности. Диаметр грудной клетки и подгрудинный угол уменьшаются, опускается диафрагма, нормализуется функция внешнего дыхания, появляется возможность брюшного типа дыхания. После родоразрешения восстанавливается нормальная экскурсия

легких, исчезают одышка, гипервентиляция и респираторный алкалоз.

Сердечно-сосудистая система. После родов, в связи с опусканием диафрагмы, сердце занимает обычное положение. Происходит снижение объема циркулирующей крови. Это связано с выключением маточно-плацентарного кровообращения и снижением кровенаполнения матки.

8

Наиболее выраженные изменения в **системе кровообращения** наблюдаются в раннем послеродовом периоде. Снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) происходит на 13% за счет кровопотери и депонирования крови в органах брюшной полости вследствие изменения внутрибрюшного давления. При этом отмечается некоторое снижение венозного возврата крови к сердцу и уменьшение сердечного выброса. В дальнейшем ОЦК увеличивается за счет перехода внеклеточной жидкости из тканей в сосудистое русло.

Артериальное давление в первые дни может быть несколько пониженным, но в течение первой недели нормализуется. В раннем послеродовом периоде может отмечаться некоторое учащение пульса. Затем он становится ритмичным, хорошего наполнения, частотой 70-80 ударов в минуту, хотя под действием внешних раздражителей возможна его лабильность.

Морфологический состав крови. В первые дни (1-3-и сутки) после родов отмечается некоторое снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина, число лейкоцитов и СОЭ остаются повышенными. Наблюдаются изменения в лейкоцитарной формуле,

выражающиеся в повышении содержания нейтрофилов и уменьшении числа эозинофилов, снижении относительного количества лимфоцитов. Имеется регенераторный сдвиг в лейкоцитарной формуле в отдельных случаях до метамиелоцитов и миелоцитов. Таким образом, изменения в периферической крови родильниц в первые сутки после неосложненных родов, формально характерные для инфекционного процесса, не свидетельствуют о развитии осложнений, а отражают реакцию организма на инволюционные процессы в матке.

В дальнейшем к 7-14-м суткам эти изменения исчезают, и картина крови становится обычной.

Показатели гемостаза (количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, фибринолитическая активность) нормализуются в течение 1-2 недель послеродового периода.

Эндокринная система. Сразу после рождения плода и последа начинается интенсивный процесс освобождения организма родильницы от влияний фето-плацентарного комплекса.

Уже в первые дни после родов снижается в крови уровень эстриола (2-е сутки), эстрадиола (4-6-е сутки), прогестерона (3-4-е сутки). Сразу после родов исчезает плацентарный

лактоген. Уровень хорионического гонадотропина снижается к 3-му дню, однако небольшое его количество может определяться в крови родильниц еще в течение 2-3 недель.

Функция желез внутренней секреции постепенно приходит к исходному состоянию до

беременности: нормализуются объем и функция щитовидной железы, снижается продукция гормонов коры надпочечников и инсулина.

В гипофизе исчезают изменения, возникшие в связи с беременностью. Исключение составляет усиление активности лактотрофов аденогипофиза в связи с лактацией.

Содержание гонадотропинов в первые 12 дней после родов резко снижено.

Нормализация

базальных уровней гонадотропных гормонов в крови происходит через месяц после родов.

О восстановлении функции яичников говорилось выше. Однако отмечено, что у женщин с высоким уровнем пролактина и хорошей секрецией молока наблюдается наиболее продолжительная послеродовая аменорея.

Мочевыделительная система. Функция почек у здоровых родильниц не нарушена.

Диурез нормальный или в первые дни несколько повышен. Почечный кровоток и плазмоток, клубочковая фильтрация, повышенные при беременности, а также реабсорбция электролитов, аминокислот и глюкозы, возвращаются к нормальным параметрам к концу послеродового периода. Расширение почечных лоханок, чашечек и мочеточников постепенно исчезает после родов, но иногда может сохраняться длительное время.

У родильниц нередко нарушается функция мочевого пузыря, отсутствуют позывы к мочеиспусканию, возникают затруднения при мочеиспускании. Это связано с понижением тонуса мышц мочевого пузыря, мелкими кровоизлияниями в шейку мочевого пузыря, с отеком уретры, нарушением иннервации вследствие его сдавления между головкой плода и стенкой таза в родах. В отсутствии позыва к мочеиспусканию некоторую роль играет расслабление мышц передней брюшной стенки, не оказывающих

сопротивления переполненному мочевому пузырю. Атония мочевого пузыря может наблюдаться после перидуральной аналгезии, а также у женщин с нарушением сократительной деятельности матки в родах. Задержка мочеиспускания обычно проходит через 2-4 дня.

У некоторых женщин возможно развитие после родов стрессового недержания мочи. Этому способствуют длительный период изгнания, крупный размер плода, травмирование тазового дна и уретры. Функция мочеиспускания у большинства женщин восстанавливается через 3 месяца после родов.

Ведение послеродового периода

По окончании раннего послеродового периода (первые 2 часа после родов) родильница на каталке переводится в физиологическое послеродовое отделение.

Организация работы послеродового отделения регламентируется соответствующими приказами министерства здравоохранения и направлена, в первую очередь, на профилактику гнойно-воспалительных заболеваний.

Ежедневно за родильницами наблюдают врач и акушерка (медицинская сестра). Во время обхода выясняют жалобы, оценивают общее состояние, измеряют пульс, артериальное давление, температуру тела, наблюдают за состоянием молочных желез, матки, наружных половых органов, характером выделений из половых путей и физиологическими отправлениями.

При нормальном течении послеродового периода общее состояние родильницы хорошее.

В начале первых суток после родов бывает ощущение усталости и склонность ко сну.

При наличии травм родовых путей могут быть непостоянные, слабые боли в области швов.

Некоторые родильницы, особенно повторнородящие, во время кормления грудью ощущают схватки. При болезненных схватках назначают аспирин, парацетамол.

Температура тела, которая измеряется 2 раза в сутки, бывает нормальной. При ее повышении необходимо исключить патологию лактации, задержку лохий или развитие воспалительных осложнений.

Цвет кожных покровов и слизистых обычно не изменяется. Их бледность может указывать на патологическую невосполненную кровопотерю или продолжающееся кровотечение.

Оценка качества пульса и измерение АД имеют важное значение для ранней диагностики осложнений (кровотечение, инфекция, заболевания сердечно-сосудистой системы). При правильном течении послеродового периода у здоровых родильниц пульс находится в пределах 60-80 уд/мин, артериальное давление составляет 115-120/70-75 мм рт.ст.

Особое внимание обращают на молочные железы: их форму, наличие или отсутствие нагрубания, состояние сосков, появление трещин после кормления ребенка. Нагрубание молочных желез возможно на 3-и сутки после родов, когда начинается усиление лактации.

При затрудненном оттоке нагрубание становится значительным, болезненным, может сопровождаться подъемом температуры тела. Профилактикой такого осложнения является частое, по требованию ребенка, и не ограниченное по времени прикладывание к груди новорожденного. Если после кормления полнота груди не уменьшается, остатки молока следует сцеживать. При затрудненном оттоке молока назначают таблетку но-шпы (0,04 г) за 40 мин до кормления, а за 15 мин – инъекцию окситоцина (0,25 мл) в мышцу или 2-3 капли окситоцина в нозовые ходы. Можно использовать для сцеживания современные молокоотсосы. Для лечения нагрубания молочных желез возможно применение лазерного излучения аппаратом «Орион-05», переменного магнитного поля низкой частоты аппаратом «Полус-2», электромагнитного излучения сверхвысокой частоты аппаратами

ДМВ-20 «Ранет» (дециметровый диапазон), «Луч-2» и «Луч-3» (сантиметровый диапазон).

Курс лечения до 5 процедур. При выраженном нагрубании для торможения лактации назначают парлодел 2,5 мг в течение 1-3 дней.

Трещины и отек соска являются следствием неправильного прикладывания ребенка к груди. Ребенок должен захватывать ротиком не только сосок, но и часть ареолы.

Трещины

сосков могут быть входными воротами для патогенных микроорганизмов. При трещинах,

а также плоских или втянутых сосках рекомендуется кормление через накладку. Для лечения трещин сосков применяют марлевые накладки, смоченные молоком, масляным раствором витамина А, соком алоэ, маслом шиповника, аэрозоли (цигерол, лифизол), физические методы (ультразвук, магнито-лазерное излучение).

Проблемы при грудном вскармливании могут возникнуть и при недостаточной секреции молока – гипогалактии. Для лечения гипогалактии в послеродовом периоде назначают таблетки апилака по 0,01 г 3 раза в день под язык, инъекции лактина по 70-100 ЕД в мышцу 1-2 раза в сутки в течение 5-6 дней, окситоцин 4-5 капель в нос за 10 мин до кормления, антагонисты дофамина (церукал, мотилиум 10 мг 3 раза); светолечение лампой

«Биоптрон», вибрационный массаж, ультразвуковое воздействие, импульсную декомпрессию молочных желез, иглоукалывание за 1 час до кормления. Профилактикой гипогалактии является раннее, еще в родзале, прикладывание ребенка к груди (через 20 мин после рождения) и неограниченное сосание.

Контроль за инволюционными процессами в матке осуществляется врачом ежедневно путем измерения уровня стояния дна матки над лоном и определения соответствия размеров матки дню послеродового периода, а также с помощью УЗИ.

В норме матка плотная, подвижная, безболезненная. Неосложненное течение послеродового периода, регулярное кормление ребенка грудью способствуют правильной инволюции матки. При замедленном сокращении матки (субинволюции) назначают

окситоцин, препараты спорыньи, экстракт пастушьей сумки.

Следует помнить, что уровень стояния дна матки может зависеть от состояния соседних органов малого таза. Переполненный мочевой пузырь легко смещает матку вверх из-за подвижности ее связочного аппарата. Поэтому перед осмотром врача мочевой пузырь должен быть опорожнен.

Количество и характер лохий должны соответствовать дню послеродового периода и иметь обычный (прелый) запах. Если лохии длительное время остаются обильными, кровянистыми, появляется неприятный (гнилостный) запах, это может свидетельствовать о развитии воспалительного процесса в матке.

Задержка лохий в матке (лохиометра) за счет перегиба ее в области перешейка, понижения сократительной способности матки или закупорки внутреннего маточного зева сгустками

крови и обрывками плодных оболочек, может способствовать развитию эндометрита.

Для уточнения диагноза проводят УЗИ. При лохиометре показано консервативное лечение, а при отсутствии результата от проводимой терапии, осуществляют инструментальную

эвакуацию (кюретаж или вакуум-аспирацию) содержимого полости матки. Ежедневно проводится осмотр области швов на наружных половых органах и промежности, чтобы своевременно выявить признаки инфицирования (отек, гиперемия, гнойный налет).

Обработку швов производят в перевязочной 3% раствором перекиси водорода. При наличии отека тканей промежности назначаются физиотерапевтические процедуры.

При атонии мочевого пузыря и задержке мочеиспускания назначают инъекции прозерина (0,05% – 0,5-1,0 мл). Могут быть использованы немедикаментозные процедуры: магнитное поле УВЧ с последующим применением диадинамических токов, иглорефлексотерапия.

При задержке стула на 3-и сутки (если есть швы на промежности – на 4-5-е) назначают очистительную клизму, солевое слабительное (10-30 г сульфата магния на полстакана воды внутрь), Гутталакс. Если женщина после родов жалуется на наличие болезненных геморроидальных узлов, то для лечения назначают обезболивающие средства, прокладки с мазью, свечи «Релиф».

Одним из важнейших условий физиологического течения послеродового периода является соответствующий режим. Раннее вставание (через 8-12 часов после родов), лечебная гимнастика со 2-х суток по 15-20 мин (при отсутствии осложнений) способствуют устранению застойных явлений в брюшной полости, улучшают венозное кровообращение, ускоряют инволюцию матки и перерастянутых во время беременности тканей, нормализуют функцию кишечника и мочевого пузыря.

Выписка родильниц из стационара при неосложненном течении послеродового периода производится на 4-6-е сутки.

Послеродовая контрацепция.

В большинстве случаев женщины в послеродовом периоде начинают жить половой жизнью через 1,5 месяца, независимо от того, были это естественные роды или путем кесарева сечения, а также независимо от вида вскармливания — грудное или искусственное.

Без использования способов контрацепции риск возникновения незапланированной новой беременности достаточно высок. Правильный выбор метода предохранения очень важен для сохранения здоровья женщины. Однако сложность состоит в том, что любые виды послеродовой контрацепции не являются универсальными, а наступление менструаций не ранним и достоверным признаком восстановления овуляторного периода.

На выбор определенного метода предохранения влияют многие факторы, основным из которых является отсутствие или наличие грудного кормления.

Способы контрацепции и контрацептивы при гв (грудном вскармливании) отличаются от предохранения при смешанном вскармливании или вообще при его отсутствии. В последнем случае использование предохранения должно быть начато в течение 21 дня послеродового периода после консультации гинекологом, а при планировании медикаментозного подавления лактации, например, по желанию женщины или в связи с наличием ВИЧ-инфицированности — через неделю после родов. Это объясняется тем, что подавление лактации связано с приемом препаратов, вызывающих ускоренное восстановление секреции гипофизом гонадотропных гормонов и, соответственно, овуляции.

На выбор определенного метода предохранения влияют многие факторы. При этом должны приниматься во внимание такие факторы, как:

- ☐ возможное влияние выбранного контрацептива на процессы лактации и развития ребенка (при грудном вскармливании);
- ☐ пожелания и возраст женщины, наличие у нее сопутствующих заболеваний;
- ☐ возможность возникновения побочного действия или осложнений;
- ☐ индивидуальная эффективность способа предохранения.

Наличие большого выбора методов позволяет использовать их и различные контрацептивы после родов.

К этим методам относятся:

1. Способы естественной контрацепции с учетом результатов исследования слизи из

цервикального канала, **расчета сроков овуляции** календарным методом, измерением температуры в прямой кишке (ректальная, или базальная температура).

2. Метод абстиненции, или воздержания от полового сношения естественным путем.
3. МЛА —метод лактационной **аменореи**.
4. Негормональные способы предохранения, которыми являются внутриматочные и барьерные средства.
5. Комбинированная гормональная контрацепция.

Естественная контрацепция

Лишена негативных факторов, но ее эффективность очень низкая (50%) даже при правильном соблюдении всех рекомендаций по ее выполнению. Это объясняется сложностью правильной интерпретации результатов исследований, которые проводились со слизью канала шейки матки до момента восстановления регулярности менструального цикла, изменением базальной температуры при бодрствовании матери в периоды кормления по ночам или при беспокойстве ребенка, трудностью определения календарным

способом сроков возобновления менструации и овуляции и т. д.

Абстинентный метод Может быть использован в любой период. Он наиболее эффективный и не оказывает влияния на грудное кормление. Однако для многих он неприемлем в связи с трудной переносимостью отсутствия полноценных сексуальных взаимоотношений, а поэтому может применяться только в качестве промежуточного способа предохранения.

МЛА Самый безопасный метод контрацепции и достаточно эффективный при следующих условиях:

1. Возраст новорожденного менее полугода.
2. Дневные промежутки между кормлениями составляют меньше 4-х часов, ночные —до 6 часов. По мнению некоторых авторов, это время не должно превышать 3-х часов на протяжении всех суток, в связи с 3-х-часовым периодом полураспада гормона пролактина.
3. Отсутствие начала менструаций. Если после родов возникало кровотечение, заканчивалось и вновь начиналось до 56 дня послеродового периода, то оно менструацией не считается, а рассматривается как отдельный случай послеродового восстановления.
4. Полное или преимущественно грудное кормление; последнее означает получение новорожденным молока матери в объеме не менее 85% всех принимаемых продуктов, которые не заменяют объем грудного молока. Такими продуктами могут служить витамины, вода, соки или другие жидкости.

Основной механизм действия этого метода, который вполне подходит для кормящих мам, заключается в постоянном поддержании высокого содержания пролактина в крови и уменьшении концентрации гипоталамических гонадотропных гормонов. Это происходит из-за

постоянной секреторной функции молочных желез, которая усиливается в результате регулярного раздражения сосков во время кормления ребенка. Следствием всего этого является замедление циклических процессов, происходящих в яичниках, а значит замедление созревания и роста яйцеклетки.

Преимуществами использования МЛА являются:

- ☐ независимость от половых актов;
- ☐ доступность для всех женщин, осуществляющих грудное вскармливание;

- ☐ отсутствие осложнений и побочного действия;
- ☐ высокий процент (98%) эффективности контрацепции в течение 6-и месяцев после родов;
- ☐ более быстрые процессы инволюции внутренних половых органов;
- ☐ длительная пассивная иммунизация младенца иммуноглобулинами молока матери и уменьшение вероятности аллергических реакций у него, благодаря исключению посторонних продуктов питания;
- ☐ экономическая выгода.

Беременность при МЛА возможна в следующих случаях:

1. Восстановления менструации. Даже в тех случаях, когда кровянистые выделения после 56 дней послеродового периода не имеют полного сходства с менструацией, женщина должна их воспринимать как признак возможного восстановления способности к беременности.
2. Начала прикорма ребенка.
3. Любых изменений режима кормления.
4. Возраста ребенка более полугода даже при отсутствии менструаций.

Применение иных способов контрацепции может влиять на количество и качество грудного молока. Поэтому оно требует обращения к гинекологу за консультативной помощью.

Внутри маточные и барьерные средства контрацепции и после родов К первым относится **внутриматочная спираль (ВМС)**, которую можно вводить не позже двух суток после родов. В этом случае процедура считается достаточно безопасной. Если это не было осуществлено в названный срок, то ввести спираль можно после 6-и –8-и недель послеродового периода. Главными негативными свойствами являются возможность самопроизвольного выпадения ВМС и высокий риск развития воспалительных процессов в малом тазу.

К барьерным методам предохранения от беременности относятся преимущественно полиуретановые и латексные мужские презервативы (их эффективность составляет 85%), а также спермицидные таблетки, влагалищные пленки, гели и пенки. Эффективность спермицидов составляет около 70%. Меньшее распространение получили презервативы для женщин, шеечные колпачки и диафрагмы.

Наибольшая популярность презервативов связана с отсутствием влияния на организм женщины, лактацию и качество грудного молока, с предотвращением инфицирования инфекциями, которые способны передаваться половым путем. Кроме того, презервативы, обработанные специальным скользящим материалом (лубрикантом) —это метод выбора для женщин с сухостью слизистой оболочки влагалища, возникающей нередко у кормящих матерей.

Барьерная контрацепция не рекомендована при:

- ☐ высоком риске инфицирования ВИЧ (при применении диафрагмы или спермицидов);
- ☐ наличии в прошлом токсического шока в результате применения диафрагмы;
- ☐ аллергии на латекс при применении латексных диафрагм или презервативов.

Комбинированный оральный контрацептив (КОК)

Она базируется на использовании эстрогенов и прогестерона в различных соотношениях и дозах. Одновременно они способны изменять состав и качество молока, а также подавлять его секрецию. Поэтому применение такого метода возможно в случаях искусственного

вскармливания новорожденного или через полгода после родов.

При искусственном вскармливании гормональные контрацептивы назначаются после трех

недель послеродового периода, когда происходит полное восстановление свертывающей системы крови. Это связано с тем, что препараты этой группы обладают способностью повышения свертываемости крови и формирования тромбов в венах и артериях.

К средствам КГК относятся:

1. Таблетки комбинированных оральных контрацептивов (КОК), предназначенных для ежедневного применения. Они иногда используются и в целях лечения синдрома поликистозных яичников (СПКЯ). Поэтому в редких случаях возникновения беременности и благополучного завершения ее родами контрацепция после родов при СПЯК может сочетаться с его лечением путем применения КОК.

2. Средство еженедельного воздействия —контрацептивный накожный пластырь “EVRA”, который меняется 1 раз в неделю.

3. Гормональное контрацептивное вагинальное кольцо “Nuva Ring”, которое женщина самостоятельно меняет 1 раз в месяц.

Для послеродовой контрацепции могут быть использованы также прогестагеновые средства, действующими компонентами которых являются синтетические аналоги половых гормонов желтого тела. Они не подавляют процесс овуляции. Кроме того, они не

содержат эстрогенового компонента, влияющего на секрецию грудного молока.

Механизм

их действия основан на изменении свойств и состава слизи цервикального канала, морфологической структуры эндометрия матки и на нарушении перистальтики (замедление) фаллопиевых труб.

Прогестагены применяют с 6-й –7-й недели при непостоянном грудном вскармливании или при введении прикорма, а при отсутствии кормления грудью —непосредственно после родов. К этим средствам относятся:

☐ оральные препараты «мини-пили» —микрولюти эксклютон;

☐ лактинет, или дезогестрел, эффект которого, в отличие от «мини-пили», сопоставим с КОК;

☐ инъекционные препараты длительного действия типа “Depo-Provera”;

☐ инъекционные импланты в виде капсул типа “Norplant” (также длительного действия);

☐ гормональная внутриматочная спираль “Mirena”, содержащая синтетический прогестаген левоноргестрел.

Таким образом, наличие большого разнообразия методов и средств послеродовой контрацепции дает возможность их использования с учетом состояния ребенка, матери и периода лактации.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России N 572н (Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) от 12 ноября 2012 г.
2. Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (от 23 января 2013 г.)
3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии [Текст] // под ред. Г.М. Савельевой. - М.: МИА, - 2013. - 20 с.
4. Радзинский, В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / Е.М. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 944 с.
5. Акушерство : нац. рук. / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой ; АСМОК, Российское о-во акушеров-гинекологов. -крат. изд. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -608 с. : ил. -Предм. указ.: с. 601-606.
6. Акушерство и гинекология: клин. рек. / гл. ред. В. н. Серов, Г. Т. Сухих. -4-е изд., перераб. и доп. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1024 с. : ил. -Предм. указ.: с. 1006-1011
7. Макаров, И. О.Кардиотокография при беременности и в родах [Текст] : учеб. пособие / И. О. Макаров, Е. В. Юдина. -Москва : Медпресс-информ, 2012. -112 с. : ил. -Библиогр.: с. 110.
8. Клиническая гинекология и акушерство. Выпуск 4. Новые вакцины и антибиотики в акушерстве. - М.: Бином, 2012. - 950 с.
9. Т., Пестрикова Кровотечения во время беременности и родов / Т. Пестрикова, Е. Юрасова und И. Юрасов. - М.: Palmarium Academic Publishing, 2012. - 164 с.____