

Физиологический
послеродовой период и
помощь родильнице

План лекции

1. Определение послеродового периода
2. Классификация
3. Изменения в организме роженицы
4. Ведение послеродового периода
5. Послеродовая контрацепция

Послеродовой период (puerperium)
начинается с момента изгнания последа
(окончания последового периода) и
продолжается приблизительно 6-8 нед.

Классификация послеродового периода

1. Ранний послеродовый период (2 ч)
2. Поздний послеродовый период (6-8 недель)

В течение этого времени в организме роженицы 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 роженицы 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

Наиболее значительные изменения в послеродовом периоде появляются в половой системе, особенно в матке.

Матка. В, первые часы послеродового периода происходит значительное тоническое сокращение матки; на фоне повышенного тонуса возникают периодические сокращения ее мускулатуры (послеродовые схватки), способствующие значительному уменьшению размеров матки. Стенки ее утолщаются, она приобретает шарообразную форму, слегка сплюснутую спереди назад. Дно матки в начале послеродового периода находится на 12-15 см выше лобка, длина полости (от наружного зева до дна) достигает 15-20 см; толщина стенок в области дна-4-5 см, а по направлению к нижнему сегменту уменьшается. Поперечный размер матки непосредственно после родов 12—13 см, масса — 1000 г. Передняя и задняя стенки полости матки прилегают одна к другой.

Сокращения матки происходят с убывающей силой в направлении от дна матки к нижнему ее отделу.

Сократительная способность нижнего сегмента и шейки матки значительно меньше выражена, поэтому нижний отдел матки истонченный и дряблый.

Влагалищная часть шейки матки свисает во влагалище широким раструбом, края ее истончены, часто с боковыми разрывами и поверхностными повреждениями (надрывы). Непосредственно после родов диаметр внутреннего зева равен 10-12 см.; через зев в полость матки можно ввести руку.

Внутренняя стенка матки после отделения плаценты и оболочек представляет собой обширную раневую поверхность; на ней местами остаются частицы децидуальной оболочки и сгустки крови; в области плацентарной площадки много тромбов, закупоривающих просвет сосудов.

На внутренней поверхности матки имеются остатки желез (донные отделы), из которых впоследствии регенерирует эпителиальный покров матки и восстанавливаются функционирующие железы эндометрия.

Процесс инволюции (обратное развитие) матки происходит быстро. В результате сократительной деятельности мускулатуры размеры матки уменьшаются.

О степени сокращения матки можно судить по уровню стояния ее дна. В течение первых 10-12 дней после родов дно матки опускается ежедневно приблизительно на 1 см. На 1-2-й день дно матки находится на уровне пупка (в связи с повышением тонуса дно матки стоит выше, чем тотчас после родов), а при переполнении мочевого пузыря - выше пупка. Измерение сантиметровой лентой показывает, что на 2-й день дно матки располагается выше лобкового соединения на 12—15 см, на 4-й - на 9-11 см, на 6-й - на 9-10 см, (на 8-й) - на 7-8 см, на 10-й - на 5-6 см или на уровне лобка. К концу 6-8 недели после родов величина матки соответствует размерам небеременной матки (у кормящих даже может быть меньше). Масса матки к концу первой недели уменьшается больше чем на половину (350—400 г), а к концу послеродового периода составляет 50 - 60 г. Так же быстро формируются внутренний зев и канал шейки матки. Если тотчас после родов внутренний зев был проходим для кисти руки, то через 24 ч он пропускает два пальца, а через 3 дня едва проходим для одного пальца.

Формирование зева происходит вследствие сокращения циркулярной мускулатуры, окружающей внутреннее отверстие канала шейки матки. К 10-му дню после родов канал полностью сформирован, но наружный зев проходим еще для кончика пальца. Закрытие наружного зева завершается полностью на 3-й неделе после родов, причем он приобретает щелевидную форму. Таким образом, формирование шейки матки и ее канала происходит по направлению сверху вниз.

В результате сокращения матки и круговых мышц, расположенных вокруг внутреннего зева, обозначается граница между верхним и нижним сегментом матки. Дно ее в первые дни послеродового периода соприкасается с внутренней поверхностью брюшной стенки, между телом и шейкой матки образуется угол, открытый кпереди. В последующие дни дне матки нередко отклоняется кзади, чему способствуют расслабление связочного аппарата и лежание роженицы на спине.

В первые дни после родов подвижность матки повышена, что объясняется растяжением и недостаточным тонусом ее связочного аппарата. Матка легко смещается вверх и в стороны, особенно при переполнении мочевого пузыря и прямой кишки. Уменьшение размеров и массы матки происходит в результате ее сокращений и возникающих при этом морфологических изменений. Сокращающаяся мускулатура сдавливает стенки кровеносных и лимфатических сосудов; просвет сосудов суживается, многие из них закрываются и подвергаются облитерации. Возникающая при этом анемизация приводит к понижению питания мышечных элементов и соединительной ткани. Сложные изменения происходят в протоплазме и ядрах мышечных волокон, многие из них подвергаются регрессу, распаду и резорбции. В результате исчезают гипертрофия и гиперплазия мышечных элементов, возникшие во время беременности.

Одновременно происходит заживление внутренней (раневой) поверхности матки и постепенная регенерация элементов, образующих эндометрий. Под влиянием протеолитических ферментов происходят распад и отторжение задержавшихся в матке частиц отпадающей (децидуальной) оболочки и сгустков крови. В этом процессе участвуют лейкоциты, массовая миграция которых из глубоких слоев матки возникает в первые дни послеродового периода. В результате отторжения обнажаются более глубокие слои, содержащие донные остатки желез слизистой оболочки матки. Из эпителия этих остатков происходит регенерация эпителиального покрова матки (эпителизация раневой поверхности). Во время заживления раневой поверхности в ней образуется вал из лейкоцитов (грануляционный вал), препятствующий проникновению микробов из полости в стенку матки. Эпителизация внутренней поверхности матки заканчивается обычно к 9-10-му дню, восстановление слизистой оболочки матки - на 6-7-й неделе, а в области плацентарной площадки - на 8-й неделе после родов.

Быстрота инволюции может зависеть от ряда причин: общего состояния, возраста женщины, особенностей течения беременности и родов, кормления грудью и т. д. Инволюция замедлена у ослабленных и многорожавших женщин, у первородящих старше 30 лет, после патологических родов, при неправильном режиме в послеродовом периоде. У кормящих женщин матка сокращается значительно быстрее, чем у не кормящих.

Вопрос о проникновении микробов в полость матки при физиологическом течении послеродового периода окончательно не решен. Большинство исследователей полагают, что микробы, попадающие в полость матки, не проникают в ткани (грануляционный вал) и заболеваний не вызывают. По мнению некоторых авторов, полость матки при нормальном течении пуэрперального периода свободна от микрофлоры. К 3-й неделе в полости матки микробов нет.

В процессе заживления внутренней поверхности матки появляются послеродовые выделения - **л о х и и** (от *lochia* - роды), представляющие собой по существу раневой секрет. Характер лохий в течение послеродового, периода меняется в соответствии с происходящими процессами очищения и заживления внутренней поверхности матки. В первые дни лохии наряду с распадающимися частицами децидуальной ткани содержат значительную примесь крови; при микроскопическом исследовании отмечается преобладание эритроцитов (*lochia rubra s. cruenta*). С 3-4-го дня лохии приобретают характер серозно-сукровичной жидкости (*lochia serosa*) с преобладанием лейкоцитов. К 10-му дню лохии становятся светлыми, жидкими, без примеси крови (*lochia alba*). Постепенно уменьшается и количество лохий; с 3-й недели они становятся скудными (содержат примесь слизи из шеечного канала). На 5-6 неделе выделения из матки прекращаются.

С первых дней послеродового периода в лохиях обнаруживаются микроорганизмы, в том числе и кокковая флора (стафилококки, стрептококки). Среди стафилококков и стрептококков встречаются и патогенные штаммы.

Общее количество лохий в первые 8 дней послеродового периода достигает 500- 1500 мл, реакция их щелочная, запах специфический (прелый). При замедленной инволюции матки выделение лохий затягивается, примесь крови держится дольше. При закупорке внутреннего зева сгустком крови или в результате перегиба матки может возникнуть скопление лохий в полости матки — лохиометра.

Трубы. Быстро возвращаются в исходное положение (исчезает отечность, гиперемия и т. д.); по мере инволюции трубы вместе с маткой опускаются в полость малого таза и принимают обычное горизонтальное положение.

Связочный аппарат. Если в первые дни послеродового периода связки были в расслабленном состоянии, то затем они постепенно приобретают обычный тонус и к концу 3-й недели состояние их становится таким же, как до беременности.

Яичники. В послеродовом периоде яичники подвергаются существенным изменениям. Заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание, фолликулов. У большинства не кормящих женщин на 6-8 неделе после родов наступает менструация. У кормящих женщин менструаций может не быть несколько месяцев или в течение всего времени кормления грудью. У некоторых кормящих женщин менструальная функция возобновляется вскоре после окончания послеродового периода.

Первая менструация после родов чаще бывает «ановуляторной»; фолликул зреет, но овуляция не происходит и желтое тело не образуется. Фолликул подвергается обратному развитию и в это время начинаются распад и отторжение слизистой оболочки, в которой возникли процессы пролиферации (под влиянием эстрогенов), но отсутствует секреторная трансформация. В дальнейшем процесс овуляции возобновляется и менструальная функция восстанавливается полностью. Однако возможно наступление овуляции и беременности в течение первых месяцев после родов.

Влагалище, тазовое дно. В послеродовом периоде восстанавливается тонус стенок влагалища, сокращается его объем, исчезают отеки и гиперемия. Заживают ссадины, трещины, разрывы, возникшие во время родов на шейке матки, стенках влагалища и на промежности. Постепенно восстанавливается тонус мышц тазового дна. Если были разрывы, восстановление замедляется. При неправильном наложении швов архитектура тазового дна нарушается, что способствует в дальнейшем опусканию стенок влагалища и матки.

Брюшная стенка. Постепенно укрепляется, преимущественно за счет сокращения мышц и наиболее растянутых тканей вокруг пупка. Рубцы беременности становятся белесоватыми. Между прямыми мышцами живота иногда (главным образом у повторнородящих) остается щелевидное пространство.

Молочные железы. Во время беременности в молочных железах происходят изменения, подготавливающие их к секреции молока. Уже во время беременности из соска можно выжать каплю секрета - молозива. В послеродовом периоде начинается и достигает полного расцвета основная функция молочных желез, но в первые дни после родов из сосков выдавливается только молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость щелочной реакции, содержащая белок, жировые капельки, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков и «молозивные тельца» - большие округлые клетки, имеющие жировые включения.

Вопрос о происхождении этих клеток окончательно не решен. По-видимому, это лейкоциты, содержащие фагоцитированные капельки эмульгированного жира; возможно, часть их представляет собой эпителиальные клетки в состоянии жирового перерождения. Молозиво богато белками и солями; в нем меньше углеводов, чем в молоке. В молозиве есть витамины, ферменты, антитела.

Отделение молока начинается *на 3-4* день после родов. Обычно в это время молочные железы нагрубают, становятся чувствительными. При сильном нагрубании бывают распирающие боли в молочных железах, отдающие в подмышечную область, где иногда прощупываются чувствительные узелки - набухшие рудиментарные дольки молочных желез. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий. Процесс образования молока регулируется нервной системой и лактогенными (пролактин, лютеотропный гормон) гормонами гипофиза.

Эти гормоны вызывают секрецию молока после подготовки паренхимы молочной железы в период беременности эстрогенами (развитие выводных протоков) и прогестероном (пролиферация в альвеолах). Известное стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, влияющие через гипофиз. Функция молочных желез в значительной мере зависит от рефлекторных воздействий, связанных с актом сосания. Раздражение соска при сосании груди ребенком усиливает выделение окситоцина и, соответственно, усиливает сократительную способность матки и способствует ее инволюции в послеродовом периоде. Рефлекторное сокращение матки во время кормления нередко ощущается роженицей в виде схваток.

Молоко - белая жидкость, представляющая собой взвесь (эмульсию) мельчайших капелек жира, находящихся в сыворотке. Молоко имеет щелочную реакцию, при кипячении не свертывается.

Состав молока: вода 87-88 %, белок 1,5% (альбумины, глобулины, казеин), жир 3,5-4,5%, углеводы (лактоза) около 6,5-7%, соли 0,18-0,2%. Молоко, как и молозиво, содержит витамины, ферменты и антитела.

Общее состояние роженицы.

При нормальном течении послеродового периода общее состояние роженицы хорошее. Тотчас после родов бывает ощущение усталости и сонливости. При наличии травм мягких тканей родовых путей роженицы в первые дни отмечают непостоянные и слабые боли в области наружных половых органов и промежности (в местах разрывов и ссадин). Иногда возникают болезненные схватки, особенно во время кормления грудью. Болезненные схватки бывают чаще у повторнородящих (многогородящих).

Температура тела у роженицы обычно нормальная. В прежние годы полагали, что в послеродовом периоде возможны физиологические подъемы температуры (на 1-й и 3-й день), связанные с нервно-психическим напряжением во время родов и нагрубанием молочных желез («молочная лихорадка»). В настоящее время считают, что возможно однократное небольшое повышение температуры тела в связи с перенесенным нервным и физическим напряжением. Температура при физиологическом становлении лактации не повышается. Повышение температуры в послеродовом периоде (особенно повторное) обычно связано с проникновением микроорганизмов в матку.

В послеродовом периоде восстанавливается обычная возбудимость коры большого мозга, подкорковых центров и спинного мозга. Функции желез внутренней секреции постепенно приобретают характер, бывший до беременности. Из организма выводятся гормоны, вырабатываемые в плаценте (реакции на хориальный гонадотропин становятся отрицательными к концу 1-й недели), в гипофизе исчезают изменения, возникшие в связи с беременностью. Обмен веществ в первые недели послеродового периода повышается, в дальнейшем становится нормальным. Основной обмен достигает обычного уровня на 3-4-й неделе послеродового периода.

Сердце принимает обычное положение, что связано с опущением диафрагмы. Объем крови, проходящий через сосуды матки, уменьшается, так как выключено плацентарное кровообращение. В связи с этим облегчается работа сердца. Артериальное давление обычно бывает нормальным, пульс ритмичным, полным - 70-75 в минуту. Склонность к брадикардии (60 ударов в минуту и менее) наблюдается только у некоторых рожениц.

Емкость легких, в связи с опусканием диафрагмы, увеличивается. Дыхание в послеродовом периоде нормальное.

Постепенно исчезают изменения состава крови и кроветворения, возникающие в связи с беременностью. Однако в первые дни после родов нередко наблюдается небольшое увеличение числа лейкоцитов (до 10×10^9); эти изменения вскоре исчезают и состав крови становится обычным.

Почки работают нормально, диурез в первые дни после родов обычно повышен. Однако у многих женщин в первые сутки после родов (иногда и дольше) бывает задержка мочи. Родильницы не ощущают позывов на мочеиспускание или оно затруднено. Это связано с понижением тонуса мускулатуры, возникновением отечности и мелких кровоизлияний в шейке мочевого пузыря в результате сдавления его между головкой плода и стенками таза. При сужении таза возможно сдавление нервных элементов, что также ведет к нарушению акта мочеиспускания. Известную роль играет расслабление брюшной стенки, не оказывающей сопротивления переполненному мочевому пузырю, а также горизонтальное положение родильницы (нервно-психическое торможение). Попадание мочи на область разрывов и трещин вызывает ощущение жжения.

Органы пищеварения функционируют нормально. Аппетит обычно хороший, у кормящей матери может быть повышен. Нередко отмечаются запоры вследствие атонии кишечника. Понижение тонуса кишечника может быть связано с расслаблением брюшной стенки, ограничением движений при постельном режиме, нерациональным питанием.

Нередко наблюдается расширение геморроидальных вен, у некоторых рожениц образуются геморроидальные узлы. Расширение вен в дальнейшем исчезает, геморроидальные узлы, если они не ущемляются, мало беспокоят рожениц. При ущемлении узлы увеличиваются, становятся отечными, напряженными и болезненными.

При нормальном течении послеродового периода роженицу следует считать здоровой. Однако она нуждается в особом режиме, который способствует правильной инволюции половых органов, заживлению раневых поверхностей, нормальной функции всех органов и систем.

Режим роженицы и организация работы в послеродовом отделении основаны на результатах изучения физиологических особенностей организма роженицы. Большое значение имеют методы профилактики заболеваний среди рожениц и новорожденных.

При организации ухода за родильницей особенно важно соблюдение всех правил асептики и антисептики. Раневая поверхность матки, мелкие ссадины, трещины и разрывы мягких тканей родовых путей могут служить входными воротами для инфекции. Поэтому занесение инфекции в половые пути родильницы представляет реальную угрозу в отношении развития послеродовой септической инфекции. Так же опасно проникновение инфекции в трещины сосков, нередко образующиеся у родильниц; обычно это вызывает воспаление железы (мастит). Важность мер профилактики послеродовых заболеваний особенно возрастает потому, что они представляют опасность в отношении инфицирования новорожденных. Возбудители послеродовых заболеваний (чаще всего стафилококки) при малейших нарушениях санитарно-гигиенического режима родильного дома попадают на кожу и в дыхательные пути новорожденных и вызывают у них различные заболевания инфекционной этиологии.

Поэтому в послеродовом периоде приобретает особо важное значение строжайшая чистота палаты, постелей и предметов ухода. Все инструменты, материалы и предметы ухода, соприкасающиеся с половыми органами и молочными железами родильницы, должны быть стерильными. При уходе за родильницами необходимо тщательное мытье и дезинфекция рук, ношение маски. Медицинский персонал должен строго соблюдать все правила личной гигиены.

Питание. Здоровая родильница не нуждается в особой диете.

В первые дни после родов рекомендуется высококалорийная легкоусвояемая пища: булки, печенье, творог, сметана, манная каша, кисель, сладкий чай. кофе с молоком. С 3-го дня назначают обычное питание. В обычный рацион добавляют кефир (0,5 л), творог (200 г), сливочное масло, яйца, учитывая затраты, связанные с кормлением ребенка. Необходимо включать в рацион ягоды, фрукты и овощи, а также другие продукты, богатые витаминами. Можно назначать витамины С, В, А в виде препаратов, особенно зимой и в тех местах, где нет свежих фруктов и овощей. Не рекомендуются острые блюда, консервы и трудноперевариваемая пища (жирное масло, горох); алкогольные напитки запрещаются.

Необходимо проверять качество пищи, приготовляемой для родильниц, наблюдать за порядком кормления, следить за тем, какие продукты доставляются из дома.

Уход за родильницей. Главной целью ухода за родильницей является ограждение ее от инфекции и содействие нормальному течению послеродового периода. Особое значение имеет строгое соблюдение правил гигиены (уход за полостью рта, мытье рук, частая смена белья и др.). Родильницы, которым разрешено ходить, с 3-го дня могут принимать душ.

Большое внимание уделяют содержанию в чистоте наружных половых органов. Выделяющиеся из половых путей лохии загрязняют наружные половые органы и промежность и способствуют размножению микробов. Поэтому необходимо производить не реже 2 раз в день туалет наружных половых органов родильницы, соблюдая правила асептики и антисептики.

Родильниц с повышенной температурой, инфекциями верхних дыхательных путей, гнойничковыми воспалительными процессами на коже и другими признаками инфекции необходимо изолировать от здоровых во второе акушерское отделение, а в небольших родовспомогательных учреждениях - в отдельную палату. Уход за такими родильницами проводят в последнюю очередь.

Послеродовая контрацепция

В послеродовом периоде должна использоваться такие методы контрацепции, которые не оказывают негативного влияния на лактацию и регенеративные процессы в половых органах.

1. Чистые гестагены («Микролют», «Экслютон», «Чарозетта») – за неделю до предполагаемого начала половой жизни.
2. ВМС – не ранее, чем через 6 месяцев после родов.
3. Барьерная контрацепция.
4. Химическая контрацепция

Литература

Основная:

- 1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007

Дополнительная

- Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр. /В. В. Абрамченко. - СПб.: Спец. лит., 2003.-664 с.
- Акушерство и гинекология: Учебник /Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. /Пер. с англ. - М.: Мед. лит., 2004. - 548 с.
- Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник. - Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис», 2002. - 463 с.
- Жилияев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс /Н.И. Жилияев, Н. Жилияев, В. Сопель. - Киев: Книга плюс, 2002. - 236 с.

Учебно-методические пособия

- Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие /ред. А. И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева; Ред. А. Н. Стрижаков. - Москва: Медицина, 2004. - 621 с.
- Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии: Учебное пособие / Ред. Г. М. Савельева. - Москва: ООО "Мед. информ. агентство", 2006. - 720 с.
- Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учеб. пособ. /Ред. В.Е. Радзинский. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 576 с. -(Учеб. лит. для студ. мед. вузов)
- Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии/Ред. Ю. В. Цвелев, В. Г. Абашин. - СПб.: Фолиант, 2004. - 640 с.
- Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: Учеб. пособ. /В.Б. Цхай. - М.: Мед. книга; Нижн. Новгород: НГМА, 2003. - 414 с. - (Учеб. лит. для мед. вузов. и последипломного образования)
- Эталоны ответов на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии: Учеб. пособ./ В.Б. Цхай и др. - Красноярск: КаСС, 2003. - 100 с.