

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**И.М. ТАЮПОВА, И.В. САХАУТДИНОВА,
Т.П. КУЛЕШОВА, А.Р. ХАЙБУЛЛИНА, С.Ю. МУСЛИМОВА**

ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Учебное пособие



**Уфа
2014**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**И.М. Таюпова, И.В. Сахаутдинова,
Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина, С.Ю. Муслимова**

ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Учебное пособие

**Уфа
2014**

УДК 618.6/7(075.8)
ББК 57.162.3я7
Ф50

Рецензенты:

Профессор, доктор медицинских наук Г.О. Гречканев
Профессор, доктор медицинских наук Т.М. Соколова

Физиология и патология послеродового периода: учебное пособие/ сост. И.М. Таюпова, И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина, С.Ю. Муслимова – Уфа: БашНИПИнефть. – 2014. – 59с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с типовой программой по дисциплине «Акушерство и гинекология» (М., 2010г.) на основании рабочей программы (2013г.), действующего учебного плана (2011г.) и в соответствии с требованиями ФГОС ВПО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» для изучения дисциплины «Акушерство и гинекология».

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в рамках реализации профессиональных компетенций.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ.

УДК 618.6/7(075.8)
ББК 57.162.3я7
Ф 50

ISBN

© И.М. Таюпова, И.В. Сахаутдинова,
Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина,
С.Ю. Муслимова

© БашНИПИнефть, 2014

Содержание

Список сокращений	4
Введение	5
Изменения в половой системе после родов	8
Изменения в молочных железах, становление лактации после родов	10
Основные клинико-лабораторные показатели в послеродовом периоде	10
Влияние анемии на течение послеродового периода	13
Клиническое течение и ведение послеродового периода	17
Патологическое течение послеродового периода	21
Кровотечения в послеродовом периоде	21
Послеродовые инфекционные заболевания	30
Этапы послеродовой инфекции	31
Послеродовый лактационный мастит	42
Повреждения лонного сочленения	45
Психические расстройства во время и после родов	48
Приложение. Тестовые задания, ситуационные задачи	51
Эталоны ответов	56
Список рекомендованной литературы	58

Список сокращений

НЬ – гемоглобин

RBC – эритроциты

АД – артериальное давление

ДВС-синдром – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания

ДЖ – дефицит железа

ЖДА – железодефицитная анемия

КРГ – кортикотропный рилинг-гормон

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПИОВ – преждевременное излитие околоплодных вод

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ССС – сердечно-сосудистая система

УБТ – управляемая баллонная тампонада

УЗИ - ультразвуковое исследование

Введение

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель после родов. Если начало пуэрперального периода можно установить точно, но совершенно определенных признаков его окончания не существует. Причина этого заключается в том, что процесс обратного развития всех органов и систем (инволюция) происходит не с одинаковой быстротой и зависит от целого ряда факторов, связанных как с конституциональными особенностями каждого организма, так и с различными внешними условиями (покой, уход, питание и др.). В течение нескольких недель происходит инволюция органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью и родами. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в эндокринной, половой системах и молочных железах.

Первые 2 часа после рождения последа называется ранним послеродовым периодом.

Изучение данной темы направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций:

ОК-1 - Способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественно-научных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

ОК-8 - Способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

ПК-3 - Способность и готовность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности.

ПК-5 - Способность и готовность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.

ПК-10 - Способность и готовность применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций (акушерско-гинекологический, педиатрический сельский врачебный участок) в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья женщин.

ПК-17 - Способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по

органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.

ПК-19 - Способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять опасные для жизни нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия.

ПК-20 - Способность и готовность назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению физиологической беременности, приему родов.

В результате изучения темы «Физиология и патология послеродового периода» студент должен **знать**:

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний;
- особенности организации и объем врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации;
- организацию акушерской и гинекологической помощи населению, диагностику беременности, методы ведения беременности и принятия родов;
- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации.

Уметь:

- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациентки в соответствии с ситуацией: скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретной больной при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины).

- оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического здоровья пациентки;
- сформулировать диагноз – синтезировать информацию о пациентке с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
- оказывать первую помощь при неотложных состояниях.

Владеть:

- основными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- правильным ведением медицинской документации;
- методами общеклинического обследования;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- алгоритмом развернутого диагноза.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОВОЙ СИСТЕМЕ ПОСЛЕ РОДОВ

Во время беременности матка значительно увеличивается в размерах и массе за счет накопления коллагена, гипертрофии и гиперплазии гладкомышечной ткани.

В послеродовом периоде размеры матки резко уменьшаются из-за сокращения ее мускулатуры, снижения кровоснабжения матки, что приводит к ее физиологической инволюции (обратному развитию). Значительная часть мышечных клеток, сосудов, нервных структур и соединительной ткани подвергаются распаду и перерождению. В послеродовом периоде в матке происходит интенсивная резорбция коллагена, она осуществляется под действием коллагеназы, после чего фрагменты коллагеновых фибрилл фагоцитируются клетками и лизируются в лизосомах [16,17]. Максимальное повышение активности лизосомных ферментов приходится на 4-й день после родов и сопровождается интенсивным распадом коллагена (до 85%) [20]. В резорбции коллагена активное участие принимают гладкомышечные клетки, которые секретируют в межклеточное пространство протеиназы, активируют проколлагеназу и могут самостоятельно синтезировать коллагеназу. Незначительная часть коллагена резорбируется внутриклеточно путем фагоцитоза и последующего лизиса в фаголизосомах. Интенсивный внеклеточный катаболизм соединительной ткани происходит в основном благодаря гладкомышечным клеткам, тогда как внутриклеточный лизис коллагена осуществляется, как правило, макрофагами и фибробластами [16].

Размеры и масса матки после родов быстро уменьшаются. Непосредственно после родов масса матки составляет около 1000 г, к концу 1-й недели пуэрперия уменьшается до 500 г, к концу 2-й недели до 300 г, к 3-й неделе — до 200 г, а к 6-7-й неделе послеродового периода не превышает 50-70 г. К концу первых суток дно матки находится на уровне пупка 14-16 см над лоном, в последующие дни высота стояния дна матки уменьшается на 1-2 см в сутки, и на 5-е сутки пуэрперия оно находится на середине расстояния между лоном и пупком, к 10-м суткам — у лона. К концу 2-й недели она находится за лоном.

Инволюция шейки матки происходит менее интенсивно, чем тела. Сразу после родов шейка матки имеет вид тонкостенного дряблого «мешка» с диаметром внутреннего зева 10-12 см, а весь шейный канал свободно пропускает в полость матки кисть акушера. Раньше всех других отделов в шейке матки начинает сокращаться внутренний маточный зев. Через 10-12 часов после родов он определяется в виде толстой каймы и пропускает 2-3 пальца. Канал шейки матки в связи с этим приобретает воронкообразную форму. Через 3 суток внутренний

зев проходим для одного пальца, что связано с сокращением его циркулярных мышечных волокон. Формирование шеечного канала происходит значительно медленнее - оно заканчивается к концу 10-х суток. К этому моменту полностью закрывается внутренний зев. Наружный маточный зев смыкается к концу 3-й недели и принимает щелевидную форму. Первоначально округлая форма наружного зева не восстанавливается из-за боковых надрывов шейки в родах, что имеет немаловажное значение в судебно-медицинской экспертизе для подтверждения факта родов.

При УЗИ матки для оценки скорости и характера инволюционных процессов в динамике измеряют длину, ширину, переднезадний размер ее тела, а также размер ее полости. Ранее (около 100 лет назад) для определения длины полости матки производили ее зондирование. Биометрические показатели матки в послеродовом периоде представлены в табл. 1 [17].

Таблица 1. Биометрические показатели матки в послеродовом периоде (см)

Размер матки, см	1-е сутки	3-й сутки	5-е сутки	7-е сутки
Длина	14,68±0,13	13,41±0,12	12,41±0,14	10,71±0,13
Передне-задний размер	7,99±0,09	8,17±0,06	7,81±0,06	7,51±0,07
Ширина	11,81±0,09	11,29±0,1	10,70±0,09	9,81±0,10

У рожениц, перенесших слабость родовой деятельности, сократительная активность послеродовой матки снижена в 2,8 раза, а после кесарева сечения - в 3 раза по сравнению с физиологическими родами. Послеродовая инволюция матки происходит быстрее у кормящих матерей, что объясняется воздействием окситоцина, выделяемым гипофизом и ответ на раздражение сосков молочной железы во время кормления ребенка (маммарно-маточный рефлекс).

В течение первых двух недель в маточных трубах уменьшается кровенаполнение и отек, и они приобретают исходный вид. Связочный аппарат матки восстанавливается к концу третьей недели. Влагалище сокращается, укорачивается, восстанавливается слизистая оболочка в местах трещин и разрывов. Оно становится шире и менее сомкнутым. Мышцы промежности приобретают нормальный тонус к 10-12 дню послеродового периода.

При физиологическом течении послеродового периода первые 3-4 дня полость матки остается стерильной. В очищении внутренней поверхности матки большая роль принадлежит фагоцитозу и внеклеточному протеолизу. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови, слизь и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой раневой секрет, называемый

лохиями (от греч. *lochía* — роды). Лохии имеют своеобразный прелый запах, нейтральную или щелочную среду. За 7 дней пуэрперия количество лохий составляет примерно 300-500 мл. Количество и характер лохий зависят от процессов эпителизации и регенерации раневой поверхности в матке. В первые 2 дня после родов лохии имеют ярко-красный цвет (*lochía rubra*), с 3-го дня их цвет изменяется и становится буровато-красным с коричневым оттенком (*lochía fusca*), с 7-8-го дня из-за обилия лейкоцитов они становятся желтовато-белыми (*lochía flava*, *lochía serosa*), с 10-го дня — белыми (*lochía alba*).

При физиологическом течении послеродового периода сократительная активность, тонус матки и последовательные изменения толщины ее стенок обеспечивают поддержание формы матки, способствующей активному оттоку лохий от дна к шейке матки.

После родов в составе микрофлоры родовых путей происходят значительные изменения. В 1-е сутки после родов в полости матки, цервикальном канале, влагалище и на коже промежности количество микроорганизмов значительно снижено. Однако достаточно быстро существенно увеличивается состав большинства групп бактерий, включая *Bacteroides spp.*, *Esherichia coli*, *Streptococcus B* и *D spp.* [7].

ИЗМЕНЕНИЯ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ, СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ ПОСЛЕ РОДОВ

Во время беременности наступает максимальная функциональная активность молочных желез. Изменения в молочной железе и становление лактации обусловлены гормональными процессами под влиянием эндокринной системы матери (гипофиз, щитовидная железа, яичники, надпочечники, поджелудочная железа).

Основным гормоном, контролирующим образование молока, является пролактин, который синтезируется лактоферами гипофиза и секретируется эпизодически с интервалами 30-40 мин., а его концентрация достигает максимума через 6-8 часов после начала сна. Пролактин помимо регуляции лактации выполняет множество функций: участвует в синтезе протеинов молока (казеина, лактоглобулина, α -лактальбумина), регулирует синтез лактозы (основного углеводного составляющего молока), способствует отложению и мобилизации жира, усиливает реакцию инсулина на глюкозу и др. Скорость секреции молока в молочной железе составляет в среднем 1-2 мл на 1 г ткани в сутки.

Способствует лактации раннее прикладывание ребенка к груди, которое стимулирует высвобождение пролактина и окситоцина. Стресс и страх

уменьшают синтез и выделение пролактина за счет повышенного синтеза дофамина (ингибитора пролактина). Секрет молочных желез, вырабатывающийся в первые 2-3 дня после родов, называется *молозивом*, а секрет, выделяющийся на 3-4-й день лактации, называется *переходным молоком*. В среднем, к 4-5 дню пуэрперия переходное молоко превращается в зрелое грудное молоко. В течение первых 2-3 дней после родов происходит нагрубание и болезненность молочных желез, так как альвеолы растягиваются молозивом.

Основными компонентами молока являются белки, лактоза, жиры, минералы, витамины, вода. Количество и соотношение основных ингредиентов, входящих в состав женского молока, наиболее адаптированы для новорожденного. При кормлении ребенка грудным молоком формируется его иммунная защита против инфекций. Иммунологические аспекты грудного вскармливания представлены иммуноглобулинами G, A, M, D.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

При ведении раннего послеродового периода наблюдают за общим состоянием родильницы, измеряют пульс, АД, t° тела, оценивают консистенцию и размеры матки, характер кровяных выделений из половых путей, осматривают послед и проводят профилактику кровотечения.

Важными показателями течения послеродового периода являются температура (t°) и пульс родильниц. Колебания t° тела в послеродовом периоде не должны превышать $37,5^{\circ}\text{C}$.

Причины повышения t° выше $37,5^{\circ}\text{C}$:

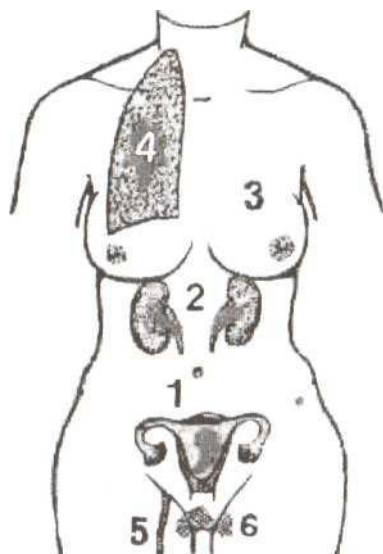
- возможное начало развития инфекционного процесса,
- задержка лохий, приводящих к всасыванию продуктов лизиса,
- следствие патологического нагрубания молочных желез (лактостаза).

Непосредственно после родов у некоторых родильниц наблюдаются приступы озноба, который объясняется большим физическим и эмоциональным напряжением организма во время родов.

Существует мнение, что физиологическое повышение температуры может наблюдаться на 3-4-й день после родов, что связано с началом лактации. Следует помнить также о том, что именно в эти дни бактерии влагалищной флоры поднимаются в матку, поэтому повышение температуры в эти дни можно трактовать как инфекцию или интоксикацию. Связь повышения температуры с нагрубанием молочных желез (так называемая «молочная лихорадка») в настоящее время большинством авторов отвергается.

Причины повышения температуры в послеродовом периоде [19]

1. Матка;
2. Почки;
3. Молочная железа;
4. Легкие;
5. Тромбоз вен малого таза;
6. Промежность



Наиболее частыми причинами повышения температуры после родов являются заболевания гениталий (матка, наружные половые органы), мочевыделительной системы, молочных желез, тромбофлебит, воспалительный процесс в области промежности, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), воспаление легких и др.

Очень важное значение имеет наблюдение за пульсом рожениц. В раннем послеродовом периоде пульс может быть несколько учащен вследствие значительного физического напряжения и психоэмоционального стресса. Необходимо помнить, что частота пульса зависит как от множества объективных (объем кровопотери в родах, t° , частота сердцебиения до родов), так и субъективных (темперамент женщины, ее психоэмоциональный фон, состояния новорожденного и др.) причин. Если частота пульса превышает 100 уд/мин, то следует подумать о кровотечении (гиповолемический шок, анемия) или инфекции.

Даже при неосложненном течении родов могут возникнуть патологические состояния, требующие серьезных вмешательств. В связи с этим приобретает большое значение исследование периферической крови с учетом особенностей данного периода.

В первые сутки после родов в периферической крови отмечается снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина, у ряда рожениц уменьшается средний объем эритроцитов, повышена СОЭ, увеличивается количество лейкоцитов. Наблюдаются изменения в лейкоцитарной формуле, выражающиеся в повышении содержания нейтрофилов и уменьшении числа эозинофилов, снижении относительного количества лимфоцитов. Гематологические показатели стабилизируются после 7-х су-

ток. Даже при неосложненном течении пуэрперия до 5-7-х суток после родов в крови родильниц сохраняется повышенное количество лейкоцитов (до $10-11 \times 10^9/\text{л}$), и только к 8-м суткам оно стабилизируется и может достигать величин, характерных для здоровых небеременных женщин ($<8,3 \times 10^9/\text{л}$). В лейкоцитарной формуле в первые 3-4 суток после родов отмечается выраженный нейтрофилез, у большинства родильниц повышена СОЭ.

Таблица 2. Некоторые показатели гемограммы при неосложненном течении послеродового периода

Показатель	Беременные	Послеродовый период			
		1-е сутки	3-е сутки	5-е сутки	7-е сутки
Гемоглобин	121,5±5,9	115,7±3,7	113,1±2,8	115,2±3,5	127±3,1
Гематокрит	0,38±0,05	0,34±0,08	0,3±0,02	0,35±0,04	0,37±0,01
Эритроциты	3,6±0,33	3,88±0,3	3,75±0,2	4,08±0,5	3,98±0,3

Таким образом, в первые сутки после неосложненных родов в периферической крови родильниц по сравнению со здоровыми небеременными женщинами имеются значительные изменения, формально характерные для инфекционного процесса (например, лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг, повышение СОЭ), однако это не говорит о развитии осложнений, а отражает реакцию организма на инволюционные процессы в матке. После отделения последа внутренней поверхности матки наносится значительная механическая травма, сопровождающаяся кровотечением и появлением большого количества нежизнеспособных тканей (остатки децидуальной ткани, гравидарной слизистой оболочки, фрагментов плодных оболочек), поэтому лабораторные показатели отражают картину первой фазы раневого процесса - фазы воспаления как комплекс местных реакций на повреждение. Эти реакции характеризуются повышением проницаемости капилляров, местной вазодилатацией и скоплением лейкоцитов.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Железодефицитная анемия (ЖДА) – клинико-гематологический симптомокомплекс, характеризующийся нарушением образования Нв вследствие дефицита

железа в сыворотке крови и костном мозге, а также развитием трофических нарушений в органах и тканях [18, 21].

Каждая беременность сопровождается развитием дефицита железа, который усугубляется в послеродовом периоде. Причиной ЖДА является повышенная потребность фетоплацентарного комплекса в железе при недостаточном поступлении его в организм матери. ЖДА обычно диагностируется во второй половине беременности. Клиническая картина зависит от степени ДЖа, недостаточности Hb и симптомов, вызванных дефицитом железосодержащих ферментов.

В практической деятельности чаще применяют следующую классификацию анемии по степени тяжести: легкая степень – Hb от 90 до 109 г/л, умеренная – Hb от 70 до 89 г/л, тяжелая – Hb менее 70 г/л [18].

Среди беременных, страдающих анемией, преобладают в основном женщины молодого возраста, как правило, повторнородящие.

В своем развитии ЖДА проходит два периода: скрытого дефицита и явной анемии, вызванных дефицитом железа. В период скрытого ДЖ многие субъективные жалобы и клинические признаки, характерные для ЖДА, не выражены или отсутствуют вовсе. По мере прогрессирования заболевания появляется слабость, головокружение, головная боль, сердцебиение, одышка, обмороки, снижение работоспособности, бессонница. Следует заметить, что эти симптомы не специфичны для ЖДА и могут наблюдаться при анемиях другой этиологии. Патогномичным для ЖДА можно считать изменения кожи, ногтей, волос, мышечную слабость, быструю утомляемость, соответствующую степень анемии, потерю аппетита, извращение вкуса, склонность к простудным заболеваниям. Нередко пациентки ошибочно относят эти проявления дефицита железа к раннему токсикозу.

Кожа становится более бледной, сухой, на ней появляются трещины, нередко наблюдается желтизна рук и треугольник под носом вследствие нарушения обмена каротина. Возникает ангулярный стоматит: трещины в углах губ. Изменяется форма ногтей: они уплощаются, становятся ломкими. Появляется покраснение и болезненность языка, при атрофии его сосочков развиваются явления глоссита (чаще он встречается при В₁₂-дефицитной анемии). Волосы становятся сухими, ломкими, начинают выпадать. Нередко у больных отмечается синеватость склер, которая объясняется просвечиванием сосудистых сплетений. Возможно нарушение функции сфинктеров и вследствие этого непроизвольное мочеиспускание, мышечная слабость.

Печень и селезенка при ЖДА не увеличены. Наблюдаются симптомы поражения ССС: сердцебиение, одышка, боли в груди, иногда отеки на ногах. АД может быть снижено. У многих больных выслушивается систолический шум на верхушке сердца и в точке проекции легочной артерии. При тяжелой форме ЖДА развивается анемическая миокардиодистрофия.

Скрытый ДЖ устанавливается на основании изучения содержания трансферрина и коэффициента насыщения трансферрина железом.

Происходят нарушения и в иммунной системе: снижается уровень лизоцима, В-лизинов, комплемента, некоторых иммуноглобулинов, происходит снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, что способствует высокой инфекционной заболеваемости при ЖДА. При длительном и тяжелом течении анемии страдает функция печени. На фоне гипоксии возникает гипоальбуминемия, гипопротромбинемия, гипогликемия.

Анемия, вызывающая гипоксию, и ДЖ, приводящий к увеличению концентрации норэпинефрина в плазме, могут вызвать стресс организмов матери и плода, что совместно стимулирует синтез КРГ. В свою очередь, его повышенные концентрации – главный фактор риска преждевременных родов, гестоза и ПИ-ОПВ. КРГ усиливает выброс кортизола плодом, что может ингибировать рост плода. ДЖ также увеличивает рост инфекционных осложнений у матери, что приводит к стимуляции выработки КРГ, замыкая порочный круг [11,13].

ЖДА оказывает неблагоприятное влияние на развитие сократительной деятельности матки, что может привести как к слабости родовой деятельности, так и к чрезмерной маточной активности и, как следствие, к быстрым и стремительным родам. Анемия в послеродовом периоде, не сопровождающаяся медикаментозной коррекцией, может привести к понижению физической активности организма роженицы, снижению качества жизни, сокращению сроков лактации (в среднем 3,5 мес.), увеличению риска развития гнойно-септических заболеваний 3 раза, связанных со снижением иммунитета. ДЖ может привести к развитию кровотечений в результате нарушения коагуляционных свойств крови, что является причиной массивных кровопотерь. При этом ее объем кровопотери пропорционален тяжести анемии. Клинический опыт показывает, что при экстренном родоразрешении анемия является фактором высокого риска в плане возникновения гнойно-септических заболеваний и увеличения объема реанимационно-анестезиологической помощи. Часто возникающие при этом шок и коллапс имеют свои особенности, характеризуются быстротой развития и глубиной даже при сравнительно небольшой кровопотере, трудностью выведения больного из этого состояния [3,4].

Изменения при ЖДА, приводящие к волемическим, гормональным, иммунологическим нарушениям у беременных, также способствуют развитию акушерских осложнений, частота которых находится в прямой коррелятивной зависимости от степени тяжести анемии [9].

Таким образом, при ЖДА гестационного периода происходят значительные гемодинамические сдвиги, изменения газового обмена и кислотно-щелочного баланса, способствующие нарушению маточно-плацентарного кровообращения,

дисфункции фетоплацентарного комплекса. Этим факторами в значительной мере и объясняется большая частота различных осложнений беременности и родов [3].

Как справедливо замечено Шифман Е.М. и соавт. [22], после родов еще в течение нескольких недель железо теряется с кровянистыми выделениями из половых путей.

В послеродовом периоде гемопоз характеризуется, с одной стороны, интенсификацией суточного эритропоза, а с другой – гемолизом эритроцитов. Длительность жизни эритроцитов укорочена в связи с тем, что недостаточно зрелые эритроциты разрушаются быстрее. Усиление гемолиза эритроцитов создает в организме рожениц анемическое состояние. В настоящее время показана целесообразность применения препаратов железа и в послеродовом периоде.

Анемия осложняет течение беременности и родов. Часто (40-50%) присоединяется гестоз, преимущественно отеочно-протеинурической формы, преждевременные роды наступают у 11-42%, гипотония и слабость родовой деятельности отмечается у 10-15%, кровотечения в родах возникают у 10% рожениц, послеродовый период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12% и гипогалактией у 38% рожениц [4].

Неблагоприятное влияние анемия беременных оказывает и на внутриутробное состояние плода, способствует развитию фетоплацентарной недостаточности, появлению и прогрессированию синдрома задержки развития плода. Тяжелые формы ЖДА могут стать причиной перинатальной заболеваемости и смертности [6].

Установлено, что ДЖ у беременных приводит к развитию ЖДА у новорожденных, что неблагоприятно сказывается на умственном и моторном развитии ребенка, может стать причиной серьезных нарушений иммунного статуса в раннем неонатальном периоде. Внутриутробная гипоксия плода наблюдается у 19,5-22,7% пациенток с анемией; от 8,3 до 35,8% новорожденных рождаются с признаками асфиксии различной степени тяжести; у 19,7% доношенных новорожденных диагностируется гипотрофия плода; у 45,7% детей отмечаются признаки внутриутробного инфицирования [19].

У новорожденных, матери которых больны ЖДА, наблюдаются большая потеря массы тела и более длительное ее восстановление, запоздалое отпадение пуповинного остатка и отсроченная эпителизация пупочной ранки. Повышена частота гнойно-септических заболеваний по сравнению с детьми, матери которых имели нормальные показатели Hb [1, 2].

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

После рождения последа родившая женщина называется родильницей. Она утомлена и в то же время возбуждена, увидев младенца и услышав его крик, что связано с тяжелой физической нагрузкой и психоэмоциональным напряжением.

Выключение маточно-плацентарного круга кровообращения, понижение внутрибрюшного давления, изменение положения сердца отражаются на функции ССС. У родильниц несколько урежается пульс, снижается АД, t° тела обычно нормальная. Возможны однократное повышение t° (не выше $37,5^{\circ}\text{C}$), познабливание в связи с перенесенным нервным и физическим напряжением.

Так как кровотечение в родах является частым и довольно грозным осложнением, то с целью его профилактики в последовом и раннем послеродовом периодах сразу после рождения ребенка внутривенно вводят 0,02% метилэргометрин 1 мл, реже окситоцин 5 ЕД, разведенный в 20 мл 40% раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия.

После рождения последа необходимо убедиться в целостности плаценты, обратив внимание на возможную патологию (инфаркты, гематомы, кисты, добавочные дольки, место разрыва околоплодных оболочек, их наличие, прикрепление пуповины, дефекты плаценты, патология сосудов пуповины и др.). Необходимо определить размеры плаценты, ее массу, толщину. Следует определить длину пуповины, обратить внимание на наличие истинных и ложных узлов пуповины, ее строение, толщину. Послед отправляется на гистологическое исследование.

Первое прикладывание здорового ребенка к груди здоровой родильницы при самопроизвольных родах рекомендуется осуществить в родильном зале через 15-20 мин. после рождения. Раннее прикладывание ребенка к груди способствует лактации, сокращению матки, восстановлению прерванной родами психологической связи между матерью и ребенком.

При подозрении на дефект плаценты показано ручное обследование матки. Ручное обследование стенок полости матки показано также при кровотечении из матки. Сразу после рождения последа внимание врача (акушерки) должно быть направлено на контроль кровопотери из половых путей, особенно из матки. Матка должна быть хорошо сокращена, плотная при пальпации, округлой формы, примерно 10 см в диаметре, ее дно должно находиться немного ниже уровня пупка. При отсутствии разрывов мягких тканей родовых путей и шейки матки кровотечение останавливается, если матка хорошо сократилась. Затем врач осматривает с помощью зеркал шейку матки и влагалище, и, если

имеются разрывы шейки матки, влагалища, вульвы, промежности, их зашивают под внутривенным обезболиванием или местной инфильтрационной анестезией.

Первые 2 часа после рождения последа родильницу оставляют в родильном зале, наблюдая за ее общим состоянием, пульсом, АД, состоянием матки, характером кровяных выделений из половых путей каждые 15 мин, а по показаниям чаще. Если все обстоит благополучно, родильницу на каталке переводят из родильного зала в послеродовое физиологическое или наблюдательное отделение, написав соответствующий дневник в истории родов.

Перед переводом в послеродовое отделение у родильниц опорожняют мочевой пузырь, измеряют АД, t° тела, пульс, определяют состояние матки, характер выделений из половых путей, записывают эти сведения в историю родов и проводят соответствующие назначения. В случае оперативных родов, массивного кровотечения в родах, нарушения кровообращения и другой патологии родильниц задерживают в родовом зале на более длительное время, а затем в зависимости от общего состояния переводят в общую палату или палату интенсивной терапии.

Основной задачей ведения послеродового периода является профилактика гнойно-септических заболеваний у родильницы и новорожденного, особенно если учесть, что сопротивляемость организма родильниц к инфекциям в первые дни после родов снижена.

Раневая поверхность матки, мелкие ссадины, трещины и разрывы мягких тканей родовых путей являются прекрасной питательной средой для патогенных и условно-патогенных микроорганизмов вплоть до угрозы развития послеродовой септической инфекции. Так же опасно проникновение инфекции в трещины сосков (особенно у первородящих женщин), что может вызвать воспаление молочной железы (мастит). Важность мер профилактики послеродовых заболеваний особенно возрастает потому, что они представляют опасность в отношении инфицирования новорожденного. Возбудители послеродовых заболеваний (чаще всего стафилококки) при малейших нарушениях санитарно-гигиенического режима родильного дома попадают на кожу и дыхательные пути новорожденных и вызывают у них различные заболевания инфекционной этиологии.

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 стерильны. При уходе за родильницами необходимо тщательно мыть и дезинфицировать руки, носить маски. Медицинский персонал должен соблюдать все правила личной гигиены. У каждой

родильницы должно быть индивидуальное судно, чистое постельное белье и достаточное количество подкладных пеленок. Палата должна быть просторными и светлыми, регулярно и тщательно проветриваться. На каждую материнскую койку положено не менее 7,5 м² площади.

В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат, т.е. в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних и тех же суток. Соответственно одномоментно следует производить и выписку родильниц домой. Это способствует цикличности заполнения палат, что имеет важное значение как для рационального использования коечного фонда, так и для проведения противоэпидемических мероприятий. Если по тем или иным причинам родильница не может быть выписана домой, то ее переводят в разгрузочную палату, а палату, где она находилась, моют и готовят для следующей партии родильниц. С учетом состояния матери и новорожденного целесообразно их совместное пребывание в послеродовом периоде, которое имеет ряд преимуществ перед отдельным пребыванием: снижаются заболеваемость внутрибольничными инфекциями новорожденных и родильниц. Акушер-гинеколог и неонатолог должны работать в тесном контакте и своевременно информировать друг друга об осложнениях у курируемых пациентов.

Надо учитывать также необходимость размещения в определенных палатах (обычно расположенных наиболее близко к посту дежурной акушерки) матерей, которые нуждаются в особом наблюдении и уходе. Это относится к родильницам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, после оперативных родов и др. Следует особо позаботиться о женщине, родившей мертвого ребенка. Ее надо поместить в послеродовом отделении так, чтобы она не была постоянной свидетельницей кормления новорожденных, разговоров других матерей о детях.

Большое значение имеют своевременное выявление и изоляция родильниц с повышенной t^o тела, гнойничковыми воспалительными заболеваниями, нагноением ран, признаками респираторных и других инфекций. Таких родильниц переводят в наблюдательное отделение. Туда же переводят родильниц, если заболевает ребенок.

Правильному течению послеродового периода способствует покой родильниц. Поэтому необходимо создать ей условия для нормального сна, оградить ее от волнений и других отрицательных эмоций.

У женщин после вагинальных родов часто отмечают отек промежности и болевой компонент, особенно после эпизиотомии или разрыва. С целью лечения используют пузырь со льдом в первые 24 часа после родов, нестероидные противовоспалительные средства, обезболивающие, местно спрей с ане-

стетиком. Женщины после родов часто жалуются на наличие болезненных геморроидальных узлов. Для лечения используют свечи с обезболивающими средствами, кремы с кортикостероидами, прокладки с мазью.

Пациенток с различной экстрагенитальной патологией (заболевания сердечно-сосудистой системы, мочевыводящих путей, крови, эндокринной системы и т.д.) в послеродовом периоде ведут совместно с терапевтом или другими специалистами. При необходимости проводится соответствующая коррекция.

После операции кесарева сечения при отсутствии противопоказаний, обусловленных состоянием матери и ребенка, если женщине не вводят антибиотики, кормление грудью можно разрешить на 3-и сутки, а при хорошем состоянии матери и ребенка - еще раньше.

В настоящее время акушеры и неонатологи предпочитают свободный режим кормления, зависящий от потребностей новорожденного, что возможно осуществить при совместном пребывании матери и ребенка.

Перед каждым кормлением мать надевает косынку, моет руки с мылом. Ребенка кладут на чистую пеленку со стороны молочной железы. При прикладывании ребенка к груди родильница берет рукой молочную железу ближе к околососковому кружку, большой палец кладет сверху, остальные снизу. Ребенок должен захватывать рот сосок и часть околососкового кружка. После окончания кормления мать слегка нажимает на подбородок ребенка, при этом он открывает рот и сосок легко выскальзывает изо рта.

После кормления остатки молока необходимо сцедить до полного опорожнения молочной железы для исключения застоя молока, что способствует улучшению лактации и является профилактикой нагрубания и инфицирования желез. После кормления соски следует осушить стерильной салфеткой. Полезны и необходимы для молочных желез воздушные ванны в течение 10-15 мин. после каждого кормления.

При респираторных заболеваниях и других проявлениях инфекции родильница должна кормить ребенка в маске.

В целях профилактики трещин сосков в первые дни после родов, пока не установилась лактация, кормить новорожденного грудью следует не более 3-5 мин. В последующие дни при установлении лактации кормление не должно превышать 15-20 мин. При нагрубании молочных желез ограничивают прием жидкостей, проводят сцеживание с использованием современных молокоотсосов («Лактопульс» (С.-Петербург), компании «Aventa», а также Lactina Electric Plus компании «Medela»), применяют мочегонные средства, за 40 мин до кормления назначают таблетки но-шпы 0,04 г и за 15 мин — инъекцию окситоцина 0,25 мл или 2-3 капли окситоцина в носовые ходы. Для торможения лактации

(при выраженном нагрубании) можно использовать парлодел 2,5 мг в течение 1-3 дней или достинекс.

ПРИНЦИПЫ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (ВОЗ/ЮНИСЕФ)

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц.
2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить выработку молока, даже если они временно отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.
7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.
8. Поощрять грудное вскармливание "по требованию младенца", а не по расписанию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски, пустышки).
10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

Соблюдение принципов успешного грудного вскармливания является ключевым компонентом плана по улучшению питания детей грудного и раннего возраста, формирования у ребенка здорового жизненного старта.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. Послеродовое кровотечение - это симптом, а не диагноз. Частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 до 8% [8, 15].

Кровотечением принято считать кровопотерю 500 мл и более, хотя такое определение во многом условно. Реакция женского организма на кровопотерю зависит от общего состояния, наличия анемии и ее выраженности, массы тела женщины и др.

Частота кровопотери более 500 мл, по данным многих авторов, колеблется от 5 до 14,5%, а у 5% женщин составляет более 1000 мл [15]. К сожалению, в акушерской практике кровопотеря часто определяется на глаз, обычно ее занижают.

В России по данным В.Е. Радзинского [14] за минувшее десятилетие доля материнских смертей от кровотечений составила 16,2%. В структуре кровотечений в цивилизованных странах преобладают гипотонические кровотечения (до 50%), а в развивающихся – травматического генеза. Приблизительная частота материнской летальности от кровотечений – 140 тыс. в год, или 1 материнская смерть каждые 4 мин. Проблема акушерских кровотечений привлекает пристальное внимание исследователей разных специальностей, обогащается новыми аспектами патогенеза и множеством научных разработок по данной тематике, но по-прежнему остается нерешенной.

Послеродовой гемостаз - сложный процесс, зависящий от многих факторов. С точки зрения акушерской клиники имеются два ведущих фактора - ретракция миометрия и процессы тромбообразования в сосудах плацентарной площадки. Интенсивная ретракция миометрия способствует сжатию, деформации венозных сосудов и втягиванию в толщу мышц спиралевидных маточных артерий. Одновременно начинается процесс тромбообразования, который обеспечивают факторы свертывания крови и ускоряют тканевые активаторы из элементов последа. Процесс тромбообразования протекает длительно, и надежный гемостаз с его участием достигается лишь спустя 2-3 часов, т.е. после формирования плотных фибриновых тромбов, прочно связанных со стенкой сосудов и закрывающих их просвет.

Нарушения влияния любого из двух факторов гемостаза могут привести к кровотечению в последовом и раннем послеродовом периодах.

Факторы, предрасполагающие к развитию кровотечений:

- перенесенные аборт,
- многорожавшая (более 3 родов),
- рубец на матке,
- опухоли и аномалии развития матки,
- тяжелый гестоз, ожирение (II-III ст.),
- многоплодная беременность,
- крупный плод, многоводие,
- слабость родовой деятельности
- тяжелые экстрагенитальные заболевания матери,
- применение токолитиков,
- мертвый плод,
- дефект гемостаза (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, хронический ДВС-синдром, лейкозы и т.д.).

Интранатальными факторами риска кровотечений являются затяжные, быстрые и стремительные роды, оперативные роды, чрезмерно активное ведение третьего

периода родов (грубые ручные приемы, массаж матки, попытки выделения неотделившегося последа).

Кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено задержкой частей последа в полости матки, гипо- и атонией матки, наследственными или приобретенными дефектами гемостаза, разрывом матки и мягких тканей родовых путей.

Классификация послеродовых кровотечений [23]

По времени возникновения:

- раннее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение первых 2 часов после родов;
- позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов.

По объему кровопотери:

- физиологическая кровопотеря – до 10% ОЦК или до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время кесарева сечения;
- патологическая кровопотеря – от 10 до 30% ОЦК или более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения;
- массивная кровопотеря – превышающая 30% ОЦК.

По степени тяжести кровопотери:

Критерии	Компенсация	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Степень тяжести	I	II	III	IV
Кровопотеря	500-1000 мл (10-15%)	1000-1500 мл (15-25%)	1500-2000 мл (25-35%)	2000-3000 мл (35-45%)
Изменение АД (сист.)	нет	Умеренное снижение (80-100 мм.рт.ст.)	Значимое снижение (70-80 мм.рт.ст.)	Выраженное снижение (50-70 мм.рт.ст.)
Симптомы	Учащенное сердцебиение, головокружение, тахикардия	Слабость, тахикардия, пототделение	Беспокойство, спутанность, бледность, олигурия	Коллапс, анурия, сонливость, нарушение дыхания

Различают два клинических варианта раннего послеродового кровотечения:

1) кровотечение с самого начала принимает обильный, массивный характер. Матка остается дряблой, атоничной, недостаточно отвечает на введение сокращающих средств, наружный массаж, ручное обследование стенок матки. Быстро прогрессирует гиповолемия, развиваются геморрагический шок, ДВС-синдром. Состояние роженицы может быстро перейти в необратимую фазу;

2) начальная кровопотеря небольшая, наблюдается типичная клиническая картина гипотонического состояния матки - чередование повторных кровопотерь с временным восстановлением тонуса миометрия и временным пре-

кращением кровотечения в ответ на консервативное лечение (наружный массаж, введение сокращающих средств). Кровь теряется порциями по 150-300 мл. Сравнительно небольшие размеры дробной кровопотери обеспечивают I временную адаптацию роженицы к развивающейся гиповолемии. АД остается в пределах нормы, отмечаются бледность кожных покровов, нарастающая тахикардия. Этот период временной компенсации часто остается незамеченным. При недостаточном лечении в раннем периоде гипотонии тяжесть нарушений сократительной функции матки прогрессирует, ответ на лечебные воздействия становится все менее эффективным и непродолжительным, объем кровопотери увеличивается. На определенном этапе кровотечение усиливается, часто сочетается с ухудшением общего состояния - быстро нарастают симптомы шока, развивается ДВС-синдром.

Важно не только распознать причину кровотечения, но также определить объем потерянной крови и реакцию женщины на кровопотерю (компенсированная, декомпенсированная, геморрагический коллапс). Нельзя оценивать тяжесть шока, базируясь только на цифрах АД или учтенной кровопотери.

СПОСОБЫ ПОДСЧЕТА КРОВОПОТЕРИ

Наиболее распространенный способ определения величины кровопотери - собирание крови, выделяющейся из половых путей, и измерение ее объема в градуированной колбе емкостью 1-2 л. К количеству крови, измеренной таким образом, прибавляют массу крови, излившейся на подкладные пеленки.

Более точно судить о величине кровопотери позволяет спектро-фотометрический метод.

Ориентировочная величина кровопотери при различных акушерских ситуациях и вмешательствах, мл (Лихачев В.К., 2010)

Физиологические роды	100-350
Операция наложения акушерских щипцов	150-450
Ушивание обширного разрыва влагалища	300-500
Ручное отделение плаценты	300-800
Кесарево сечение	600-1500
Предлежание плаценты	1000-2000
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	500-1500
Разрыв матки по рубцу	500-2000
Гипотония матки	800-2500

Нарушение свертываемости крови	1500 и более
Позднее оперативное вмешательство с целью остановки кровотечения	3000-5000

Определение величины кровопотери по «шоковому» индексу Альговера (% ОЦК) (Лихачев В.К., 2010)

Индекс Альговера	Объем кровопотери, % ОЦК
0,8 и менее	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
1,5 и более	40

Модифицированная формула Мооре:

$$КП = M \times 75 \times (H_{\text{исх.}} - H_{\text{ф}}) / H_{\text{исх.}}$$

Где КП – кровопотеря, мл

M- масса тела беременной, кг

H_{исх} – исходный гематокрит

H_ф. – фактический гематокрит

Определение величины кровопотери в зависимости от плотности и показателя гематокрита

Плотность крови, кг/л	Гематокрит, л/л	Объем кровопотери, мл
1057-1054	0,44-0,40	До 500
1053-1050	0,38-0,32	1000
1049-1044	0,30-0,22	1500
Менее 1044	Менее 0,22	Более 1500

Этиология.

Раннее послеродовое кровотечение:

T (tone) – нарушение сокращения матки – гипо- или атония;

T (tissue) – задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;

T (trauma) – травма родовых путей, разрыв матки;

T (trombin) – нарушения свертывающей системы крови.

Позднее послеродовое кровотечение:

- остатки плацентарной ткани;
- субинволюция матки;
- послеродовая инфекция;
- наследственные дефекты гемостаза.

Меры остановки кровотечения:

- ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно);
- наружно-внутренний массаж;
- ушивание разрывов мягких родовых путей;
- назначение лекарственных средств для лечения атонии;
- коррекция нарушений параметров гемостаза.

Утеротонические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения

Препарат	Окситоцин	Метилэргометрин
Доза и путь введения	20 Ед на 1000 мл или 10 Ед на 500 мл физиологического р-ра или р-ра Рингера в/в, 60 капель в минуту.	0,2 мг в/м или в/в (медленно)
Поддерживающая доза	20 Ед/л или 10 Ед на 500 мл физиологического р-ра или р-ра Рингера в/в, 40 капель в минуту	Повторно 0,2 мг в/м через 15 минут. Если требуется повторно 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа
Максимальная доза	Не более 3л раствора, содержащего окситоцин	Суточная доза 5 доз (1,0 мг)
Противопоказания	Быстрое болюсное введение препарата	Гипертензия, заболевания сердца, преэклампсия

Противниками массажа матки на кулаке при ручном обследовании полости матки являются гемостазиологи. По их мнению, при этом большое количество тромбопластина поступает в кровоток матери, что в свою очередь ведет к нарушению функции свертывающей системы крови и усугубляет кровотечение.

Отсутствие эффекта от ручного обследования матки чаще всего свидетельствует о коагулопатическом характере кровотечения и необходимости перехода к оперативным методам лечения и срочной коррекции нарушений в системе гемокоагуляции.

Хороший кровоостанавливающий эффект достигается при введении 1 мл (5 мг) простагландина F_{2α} или 1 мл (1 мг) простагландина F₂ (простенон) в шейку матки.

Недопустимо повторно производить манипуляции, оказавшиеся неэффективными при их первом выполнении.

Следует отметить появление новой, клинически малоиспользуемой в нашем регионе методики, а именно применение управляемой баллонной тампонады (УБТ) матки.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности существующих хирургических методик по борьбе с послеродовыми кровотечениями и выявление роли УБТ матки в комплексе лечения родильниц с изучаемой патологией. Согласно вышеуказанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать данные историй родов по следующим параметрам: общее количество родоразрешений, наличие осложнений в виде послеродовых кровотечений, выявить характерные для данной патологии сопутствующие неблагоприятные факторы.
2. Изучить применяемые методы остановки кровотечений. Выработать показания для проведения УБТ.
3. Выявить наиболее неблагоприятные возрастные категории женщин для развития послеродовых кровотечений.

Для осуществления поставленных задач были проанализированы истории родов родильного дома № 3 за 2010-2011 гг.

Всего за указанный период было произведено 8720 родоразрешений, кесаревых сечений из которых 1640. В качестве профилактики послеродовых кровотечений во всех случаях применялась активная тактика ведения третьего периода родов, сопровождающаяся введением утеротонических средств. Наиболее клинически значимой патологией у родильниц явилось некупируемое медикаментозно послеродовое кровотечение, которое наблюдалось в 60 случаях (0,69%). Осложняющими предпосылками у данных родильниц были ПИОВ (26,6%), слабость родовой деятельности (13,3%), травмы родовых путей (6,7%), дефекты плодных оболочек и плаценты (5,0%), крупный плод (11,7%). На базе клиники освоены и применяются следующие методики остановки послеродовых кровотечений: УБТ, наложение компрессионных швов на матку.

Следует отметить, что применение УБТ является промежуточным звеном перед ведением радикальных вмешательств. Таким образом, использование баллона дает возможность женщине в перспективе сохранить репродуктивную функцию.

Техника тампонады матки включает в себя следующие этапы: 1) размещение резервуара на стойке, 2) заполнение резервуара трубки раствором, 3) закрытие клеммы на трубке, 4) введение баллонного катетера в полость матки, 5) соединение баллонного катетера с трубкой резервуара, 6) открытие клеммы, 7) пополнение убывающего раствора в резервуаре, 8) удержание баллонного катетера в по-

лости матки при открытой клемме и стабильном уровне раствора в резервуаре, 9) поэтапное снижение высоты размещения резервуара, 10) удаление баллонного катетера.

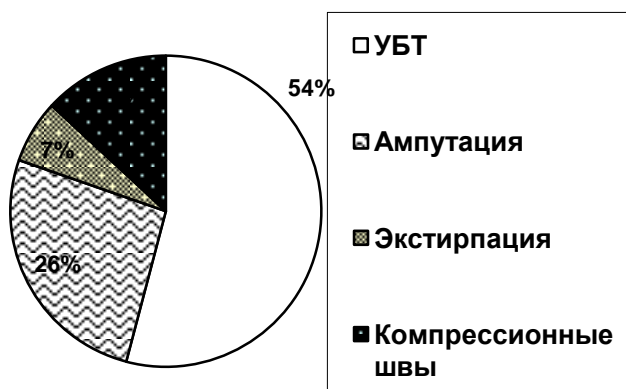


Рис.1 Доля эффективных методов остановки кровотечений в Родильном доме № 3 в 2010-2011гг.

В нашем исследовании использовались баллоны, произведенные фирмой ООО «Гинамед» Москва. Согласно инструкции, длительность нахождения баллона в полости матки должна составила до 1,5 часов.

Всего за период наблюдения было произведено 35 баллонных тампонад, 33 (94,3%) из которых завершились остановкой кровотечения, в трех случаях потребовалось проведение лапаротомии, завершившейся в 1 случае наложением компрессионных швов, в 2 оставшихся ситуациях была проведена ампутация матки.

Была рассмотрена возрастная структура родильниц с послеродовыми кровотечениями. По нашим данным наиболее критическим является возраст 18-22 и 36-40 лет. В этих возрастных периодах доля послеродовых кровотечений составила 31,7% и 23,3% соответственно.

Таким образом, УБТ представляет собой малоинвазивную и высокоэффективную методику остановки послеродовых кровотечений. Противопоказаниями к применению ее могут явиться выраженная коагулопатия и атония матки.

Первым этапом в хирургическом лечении является наложение компрессионных швов (по В-Линчу). Хирургическое лечение включает лапаротомию с перевязкой маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий или гистерэктомию.

Переход к наиболее радикальному методу лечения обосновывается величиной кровопотери (свыше 1200-1500 мл), интенсивностью кровотечения и общим состоянием родильницы (наличие признаков геморрагического шока). Как временное средство при транспортировке родильницы в операционную можно использовать прижатие аорты по Бирюкову. При кровопотере свыше 1000 мл лечебные мероприятия необходимо проводить в операционной.

Наиболее частая ошибка - запаздывание с операцией (худшие условия для ее выполнения). Вопрос об удалении матки следует поставить при продолжающемся кровотечении и кровопотере, составляющей около 30% ОЦК. Перед лапаротомией необходимо убедиться в отсутствии нераспознанного (неушитого) кровоточащего разрыва влагалища и/или шейки матки. В некоторых ситуациях, требующих обеспечения хирургического гемостаза на фоне развившейся коагулопатии, следует начать операцию с перевязки внутренних подвздошных артерий с последующим удалением матки. В этих условиях экстирпация матки выполняется на «сухом» фоне, что снижает общую величину кровопотери и уменьшает выброс тромбопластина. Ввиду большого количества функционирующих во время беременности коллатералей в малом тазу иногда для остановки кровотечения недостаточно удаления матки и лигирования подвздошной артерии. В таких случаях после ангиографии в тазовые сосуды капельно вводят вазопрессин или специальные препараты.

Позднее послеродовое кровотечение - это кровотечение, которое наблюдается спустя 24 часа и до 6 недель после родов. Наиболее часто кровотечение возникает между 5-м и 15-м днем послеродового периода, частота его составляет 1 на 900 родов. В силу того, что кровотечение часто возникает после выписки женщины из стационара, учитывать это осложнение довольно трудно.

Наиболее частыми причинами позднего послеродового кровотечения являются нарушение инволюции матки после родов и замедленная эпителизация плацентарной площадки; остатки плацентарной ткани (у 30% рожениц); нарушение свертывающей системы крови; послеродовой эндометрит.

Задержка плацентарной ткани наблюдается у женщин с нарушенной плацентацией, например при фетоплацентарной недостаточности, плотном прикреплении плаценты, ее добавочной доле, внутриутробной гибели плода у женщин с большим числом аборт в анамнезе, при наличии рубца на матке и др. У женщин с поздним послеродовым кровотечением, обусловленным остатками плацентарной ткани, цервикальный канал открыт, тело матки увеличено в размерах, в полости матки определяются сгустки и жидкая кровь. Кровотечение может быть умеренным и массивным, алой кровью и со сгустками. Для уточнения диагноза проводят УЗИ.

Для лечения опорожняют полость матки с помощью кюретажа или вакуум-аспирации, назначают гемостатическую терапию (дицинон, дюфастон, глюконат кальция), сокращающие средства (окситоцин, метилэргометрин и др.), антианемическую терапию (мальтофер, ферро-фольгама и др.), антибактериальную терапию. По показаниям вводят свежезамороженную плазму, компоненты крови.

При задержке плацентарной ткани окончательный диагноз устанавливают при гистологическом исследовании содержимого полости матки.

Причиной **позднего послеродового кровотечения** может быть нарушение свертывающей системы крови, в этом случае лечение должно быть направлено на коррекцию гемостаза.

Одной из причин позднего послеродового кровотечения является эндометрит, который встречается в 1-2% случаев. Наиболее частыми причинами эндометрита являются затяжные роды, длительный безводный промежуток, истмико-цервикальная недостаточность. Наряду с кровотечением у рожениц повышается t° тела (иногда до 40°C), наблюдаются общее недомогание, изменения в анализах крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, повышение СОЭ). Женщины жалуются на боли внизу живота, при влагалищном исследовании матка увеличена в размерах, тонус ее снижен, цервикальный канал открыт, появляются мутные кровянистые выделения. При УЗИ размеры матки и ее полость увеличены, в полости матки жидкая кровь и сгустки. Для лечения используют антибиотики, проводят инфузионную и антианемическую терапию. По показаниям производят опорожнение матки путем кюретажа или вакуум-аспирации.

Если позднее послеродовое кровотечение остановить не удастся, то прибегают к удалению матки.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Послеродовые заболевания – это заболевания, возникающие в послеродовом периоде (от момента родов до конца 6-й недели после родов) и связанные с беременностью и родами.

Инфекционные осложнения отмечаются у 1-10% рожениц и довольно часто являются причиной материнской смертности. Подавляющее большинство (60-80%) инфекционных заболеваний в послеродовом периоде приходится на рожениц после кесарева сечения.

Послеродовую инфекцию можно заподозрить, если в течение первых 10 суток после родов (за исключением первых 24 часов) температура тела на протяжении 2 суток подряд достигает 38°C при измерении температуры не менее 4-х раз в сутки [12].

Нередко тяжелое течение воспалительного процесса обусловлено наличием аэробно-анаэробных ассоциаций. В современном акушерстве возросла роль хламидийной и микоплазменной инфекций, грибов. Анаэробные грамположительные кокки не отличаются особой вирулентностью, тогда как грамотрицательные способствуют развитию тяжелой инфекции. Самым распространенным возбудителем акушерской инфекции является *E. coli*. Золотистый стафилококк вызывает раневую инфекцию и послеродовой мастит. В 90-е годы прошлого столетия доминирующими возбудителями стали стрептококки группы А, пневмококки, микобактерии туберкулеза, грамотри-

рицательные анаэробы и стафилококки [14]. Значительные изменения в биологических процессах вызывает бесконтрольное применение антибиотиков и антисептиков.

Возбудителями послеродового эндометрита являются аэробно-анаэробные ассоциации микроорганизмов. Среди возбудителей выделяют аэробные грамотрицательные палочки (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*), аэробные стрептококки (*Enterococcus spp.*, *Streptococcus agalact.*), анаэробные грамотрицательные палочки (*Prevotella bivia*, *Prevotella melaninogenica*, *Bacteroides fragilis*, *Fusobacterium spp.*), анаэробные грамположительные кокки (*Peptostreptococcus spp.*, *Peptococcus spp.*). Среди возбудителей после кесарева сечения преобладают золотистый стафилококк и кишечная палочка. Определенную роль в развитии послеродовой инфекции играют хламидии, микоплазма, уреаплазма, цитомегаловирус, гарднереллы, вирус простого герпеса).

В практическом акушерстве используется классификацией послеродовых инфекционных осложнений, предложенная С.В. Сазоновым и А.В. Бартельсом (Бартельс А.В., 1973), согласно которой различные формы послеродовой инфекции рассматривают как отдельные этапы единого инфекционного процесса.

ЭТАПЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

(по Сазонову-Бартельсу)

Первый этап – инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища и шейке матки), лохиометра, инфицирование послеоперационной раны на передней брюшной стенке после кесарева сечения.

Второй этап – инфекция распространяется за пределы раны, но остается локализованной в пределах малого таза: послеродовый эндометрит, параметрит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тазовый тромбофлебит, тромбофлебит вен ног), аднексит, пельвиоперитонит, абсцесс малого таза.

Третий этап – инфекция по клиническим проявлениям сходна с генерализованной: разлитой послеродовый перитонит, прогрессирующий тромбофлебит, анаэробная газовая инфекция.

Четвертый этап – генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия), септический шок.

К послеродовым инфекционным заболеваниям также относят послеродовый мастит, инфекцию мочевых путей (бессимптомную бактериурию, цистит, пиелонефрит), осложнения со стороны легких (ацинозные ателектазы и пневмонию) и сердца (сердечный эндокардит) [5].

К развитию инфекционного процесса предрасполагают многие осложнения беременности: ЖДА, гестоз, предлежание плаценты, истмико-цервикальная недостаточность, тяжелая экстрагенитальная патология (пиелонефрит, тонзиллит и др.), внутриутробное инфицирование плода, индуцированная беременность, ЭКО и ПЭ, урогенитальная инфекция. Важную роль играют осложнения в родах (длительный безводный промежуток, хориоамнионит, затяжные роды, большая кровопотеря, травмы родовых путей) и оперативные вмешательства (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, ручное вхождение в полость матки, кесарево сечение, прямая кардиоэлектрокардиография, амниоскопия и др.).

В послеродовом периоде внутренняя поверхность матки представляет собой раневую поверхность, а содержимое полости матки (лохии) являются благоприятной средой для развития инфекции за счет восхождения патогенной и условно-патогенной флоры из влагалища.

Эндогенные очаги инфекции в носоглотке, ротовой полости, почечных лоханках, придатках матки могут также служить источником воспалительных процессов половых органов. Определенную роль в развитии инфекции играет иммунодефицит к концу беременности, который выражается в снижении активности и абсолютного количества лимфоцитов, снижении уровня отдельных классов иммуноглобулинов (G, A, M).

Раневая инфекция

Раневая инфекция или послеродовая язва (**ulcus puerperale**) возникает вследствие инфицирования ссадин, трещин, разрывов слизистой оболочки влагалища и вульвы, травм шейки матки, ран после рассечения промежности, а также рапы брюшной стенки после кесарева сечения.

Заболевание обычно проявляется на 3-4-е сутки после родов. Родильницы часто жалуются на боль в области раны промежности или вульвы, дизурию, задержку мочи. При осмотре отмечают гиперемия, отек ткани, некротический или гнойный налет на ране, повышение температуры. Рана легко кровоточит. Разрывы влагалища могут быть инфицированы непосредственно или инфекция распространяется с промежности. Слизистая оболочка становится отечной и гиперемированной, и может произойти некроз или отторжение. При глубоких разрывах инфекция может распространиться на параметрий и широкие связки матки. Родильницы с раневой инфекцией подлежат переводу в наблюдательное отделение.

При раневой инфекции обычно местного лечения бывает достаточно. Если имеется воспалительный инфильтрат в области раны промежности, то швы следует снять, а рану раскрыть и обеспечить свободный отток отделяемого. При нагноении необходимо дренирование гнойных полостей и тщательное промывание их антисептическими жидкостями. При гнойном пропитывании и некрозе тканей последние должны быть иссечены. Для стимуляции формирования полноценных грануляций назначают протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), 10-20 мг препарата разводят в 25-50 мл 0,25% раствора новокаина и пропитанные этим раствором марлевые тампоны вводят в рану. Для очищения раны от нагноения можно использо-

вать 10% раствор хлорида натрия. Для более быстрого заживления ран применяют прокладки с мазью «Левомеколь». Прогноз благоприятный, эпителизация раневой поверхности обычно заканчивается к 10-12-м суткам. Антибактериальная и инфузионная терапия при послеродовой язве показана в случае развития интоксикации или лихорадки, особенно у ослабленных родильниц. Хорошее действие оказывают физиотерапевтические процедуры (электромагнитное поле СВЧ, УВЧ-индуктотерапия). После очищения раны от гнойного налета и появления грануляций в некоторых случаях прибегают к повторному наложению швов.

Протокол предоперационной подготовки к наложению вторичных швов при расхождении промежности (Ramin и Gilstrap, 1994):

- Антибактериальная терапия.
- Удаление швов, полное раскрытие раны.
- Седативная и обезболивающая терапия по показаниям.
- Обработка раны:
 - аппликации на рану 2% геля лидокаина;
 - удаление всех некротизированных тканей;
 - обработка антисептическими растворами (перманганат калия, повидон-йод, гипертонические растворы);
 - мазевые аппликации («Левомеколь» и др.);
 - протеолитические ферменты.
- Механическая подготовка кишечника перед хирургическим вмешательством, особенно при восстановлении разрывов промежности III степени.

Лохиометра

Лохиометра (**lochiometra**) - это заболевание, развивающееся вследствие задержки в матке выделений (лохий). Возникает чаще на 5-9-е сутки послеродового периода в результате закупорки канала шейки матки плодными оболочками, сгустками крови или вследствие резкого перегиба тела матки при ее плохой сократительной способности. У родильницы отмечаются скудные выделения из родовых путей или они отсутствуют, несильная боль внизу живота, может быть небольшое повышение температуры. Обычно в анализе крови отсутствуют лейкоцитоз и сдвиг в формуле белой крови. Диагноз лохиометры часто устанавливают без наличия клинической картины, как находка при плановом УЗИ матки, после родов и кесарева сечения (на 4-5-е сутки). Чем раньше установлен диагноз, тем раньше проводят лечение и получают хороший результат.

Окончательный диагноз можно установить при УЗИ, при котором определяется увеличение размеров матки, полость матки расширена и выполнена сгустками крови, децидуальной тканью, реже обнаруживаются кусочки плацентарной ткани и жидкое содержимое. В норме на 4-5-е сутки пуэрперия полость матки, по данным УЗИ, не должна превышать 1,5 см.

При обследовании матка увеличена в размерах. Применяют спазмолитики (но-шпа, папаверин и др.) 2 мл и через 15-20 мин - 0,02% метилэргометрин 1 мл, разведенный в 10-20 мл изотонического раствора хлорида натрия; проводят дезинтоксикационную терапию. Если лечение не дало эффекта, показано инструментальное опо-

рождение полости матки (кюретаж или вакуум-аспирация). Необходимо в течение нескольких дней назначить антибиотики (кефзол, аугментин). При лохиометре после кесарева сечения методом выбора при является инструментальное опорожнение матки под внутривенным наркозом после расширения цервикального канала.

Прогноз благоприятный. При несвоевременном лечении возможно развитие эндометрита.

Профилактика заключается в правильном ведении послеродового периода (наблюдения за сокращением матки и характером выделений).

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Послеродовый эндометрит (метроэндометрит, эндомиометрит) представляет собой воспаление слизистой оболочки матки, к которому обычно присоединяется воспаление ее мышечного слоя.

Послеродовой эндометрит является наиболее распространенной формой послеродовой инфекции (до 60% всех послеродовых инфекций). После самопроизвольных родов он встречается в 1-3%, после кесарева сечения — в 5-15%.

Эндометрит, развивающийся после родов на 1-е или 2-е сутки, часто вызывается стрептококками группы А, на 3-4-е сутки — энтеробактериями *E. coli* или анаэробными бактериями, позже 7-х суток — *Chlamydia trachomatis*. Эндометрит после кесарева сечения наиболее часто вызывается анаэробными грамотрицательными бактериями, особенно *Bacteroides species*.

Факторы риска послеродового эндометрита:

- кесарево сечение;
- длительный безводный период;
- затяжные роды;
- частые влагалищные исследования;
- многоплодие;
- анемия.

По клиническим проявлениям различают четыре формы эндометрита: классическую, абортивную, стертую и эндометрит после кесарева сечения.

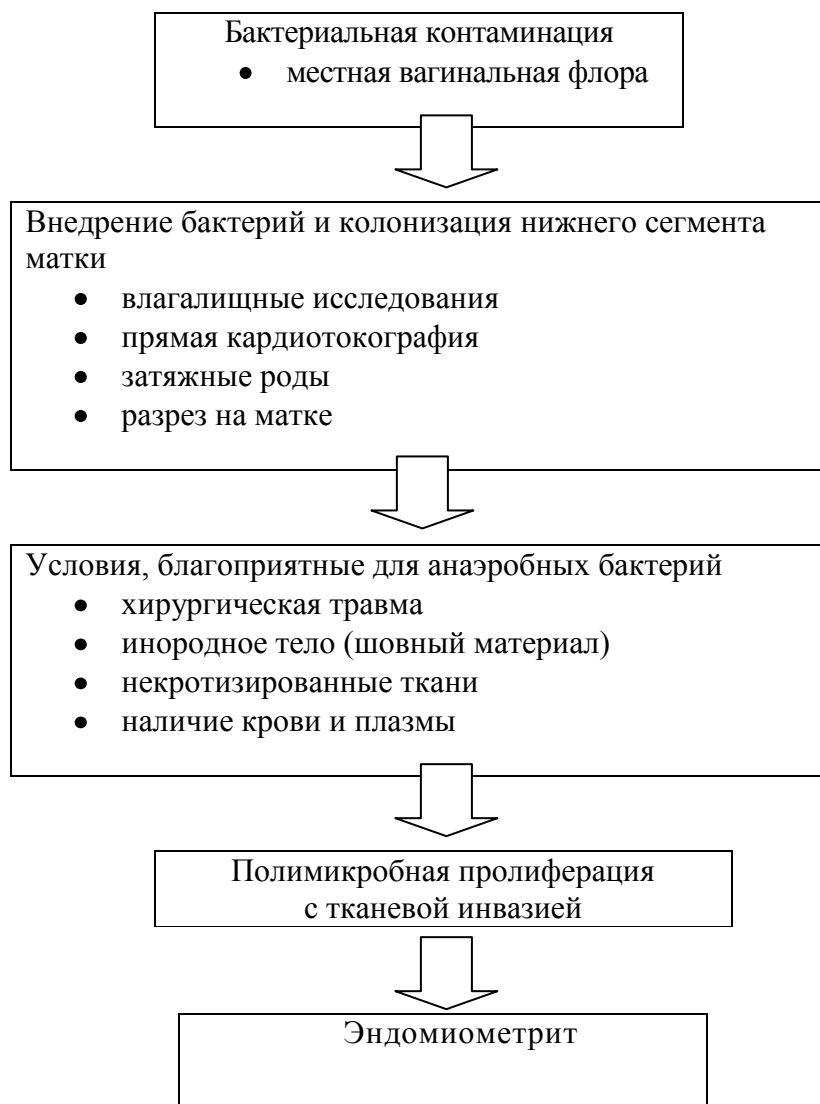
Эндометрит классический (типичной) формы начинается на 3-5 сутки после родов, проявляется симптомами общей интоксикации, увеличением размеров матки, чувствительностью ее при пальпации. Выделения из цервикального канала мутные, с характерным зловонным запахом, умеренные или обильные.

Для абортивной формы эндометрита характерно появление симптомов заболевания на 2-4 сутки послеродового периода. Особенностью этой формы является быстрое уменьшение и исчезновение симптомов заболевания благодаря интенсивной терапии.

Эндометриит стертой формы начинается на 5-7 сутки после родов, характеризуется затяжным, без четкой клинической симптоматики течением, часто рецидивирующим с возможной генерализацией инфекции.

Эндометриит после операции кесарево сечение начинается на 1-5-е сутки. Для него характерны как общие признаки интоксикации, так и местные проявления.

Схема 1. Патогенез развития метрита после кесарева сечения



Эндометриит после кесарева сечения чаще протекает в тяжелой форме. Родильницы жалуются на головную боль, слабость, потливость, нарушение сна, плохой аппетит, боли внизу живота, то тела повышена (38-39°C), часто отмечается озноб. Пульс обычно учащен (более 100 уд/мин). Лохии с характерным запахом, скудные. Матка увеличена в размерах, болезненная при пальпации, нередко отмечаются инфильтрация и болезненность в области операционного шва.

Диагноз послеродового эндометриита устанавливают на основании клинической картины, данных лабораторных, инструментальных и других методов исследования.

Гемограмма изменена: количество лейкоцитов увеличено от $14 \times 10^9/\text{л}$ до $30 \times 10^9/\text{л}$, отмечается нейтрофильный сдвиг формулы влево, СОЭ повышена. У большинства больных наблюдается анемия, которая часто обусловлена кровопотерей при операции.

Для уточнения диагноза послеродового эндометрита с успехом используют УЗИ, гистероскопию, бактериоскопическое и бактериологическое исследования. Трансвагинальная эхография позволяет с высокой точностью определить состояние полости матки, наличие содержимого и его характер (сгустки крови, децидуальная ткань, фрагменты плаценты), наличие газа, состояние миометрия, динамику инволюции матки и своевременно диагностировать воспалительный процесс, а также обосновать показания к гистероскопии и опорожнению полости матки. Наличие газа в полости матки указывает на анаэробный тип возбудителей инфекции.

Гистероскопия в послеродовом периоде позволяет видеть непосредственно внутреннюю полость матки и практически не имеет противопоказаний для ее выполнения. У рожениц после родов через естественные родовые пути на стенках матки определяются рыхлые фибриновые наложения, слизистая оболочка отечная, цианотичная, с множеством инфицированных, легкокровотокающих сосудов. Гистероскопическая картина к 9-10-м суткам послеродового эндометрита характеризуется наличием плотного фибринозного налета с примесью гноя грязно-белого или желто-зеленого цвета и отсутствием внутриполостных включений.

При эндометрите после кесарева сечения гистерографическая картина характеризуется наличием фибринозного налета с большим количеством гноя и очагов кровоизлияний в слизистую оболочку. Наиболее выраженные воспалительные изменения локализуются в области послеоперационной раны, при этом нередко определяется частичное расхождение швов, видны прорезывающиеся лигатуры со значительными фибриновыми и гнойными наложениями. После санации полости матки раствором антисептика можно видеть углубления без четких контуров - нишу, края которой с выраженной воспалительной реакцией в виде багрово-синюшной оболочки, вялыми грануляциями с фибринозным и гнойным налетом, что указывает на возможность формирования несостоятельного рубца на матке.

Лечение послеродового эндометрита включает общее и местное воздействие, в первую очередь на очаг инфекции - матку. При выявлении значительного количества содержимого в полости матки (остатки плацентарной ткани, децидуальная ткань с различной степенью некроза и лейкоцитарной инфильтрацией) его удаляют путем вакуум-аспирации или бережного кюретажа и промывают полость под гистероскопическим контролем. Для уменьшения всасывания продуктов рас-

пада и токсинов полость матки промывают растворами антисептиков и антибиотиков, затем внутривенно вводят сокращающие средства (0,02% метилэргометрин 1мл, разведенный в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия).

У женщин с частичной несостоятельностью шва на матке после кесарева сечения проводят лаваж охлажденными до 8-10°C растворами антисептиков (фурацилин, 0,9% р-р NaCl с добавлением 10-20 мл 1% раствора диоксидина и др.).

Кроме местного лечения очага инфекции необходима интенсивная общая терапия. В повседневной работе используют принцип раннего назначения антибиотиков широкого спектра действия, как правило, не менее 2 антибиотиков в максимальных дозах с учетом чувствительности микрофлоры. Однако на начальных этапах, до получения результатов бактериологического исследования лечение начинают с препаратов широкого спектра действия.

Антибиотики поступают в грудное молоко, поэтому родильницам, кормящим грудью, противопоказаны стрептомицин, тетрациклин, рифампицин и левомицетин. На время лечения рекомендуется прекратить кормление ребенка грудью.

Учитывая роль анаэробной инфекции и анаэробно-аэробных ассоциаций микроорганизмов, показаны цефалоспорины (цефотаксим, цефметазон), комбинация гентамицина с клиндамицином, полисинтетических пенициллинов с макролидами. Одновременно с антибиотиками назначают противомикробные сульфаниламидные препараты (10% раствор этазола натрия по 10 мл 2 раза в сутки внутривенно), препараты нитрофуранового ряда (фурадонин, фуразолидон по 0,4 г 2 раза в сутки), метронидазол по 0,25 г 2 раза в сутки. Метронидазол применяют внутривенно против анаэробов в комбинации с гентамицином с ампициллином.

Для профилактики кандидоза и дисбактериоза в схему лечения включают антимикотические препараты (орунгал, пимафуцин и др.)

Целесообразно применение иммунных препаратов (иммуноглобулин, лизоцим, диуцифон, левамизол, тималин), а также средств пассивной иммунизации: гипериммунной стафилококковой плазмы, стафилококкового анатоксина, стафилококкового γ -глобулина.

Для устранения гиповолемии, осуществления детоксикации и коррекции сопутствующих нарушений коллоидно-осмотического состояния проводят многокомпонентную гидратационную терапию. Объем вводимой жидкости при ненарушенной выделительной функции почек должен составлять 30 мл на 1 кг массы тела в сутки. При повышении температуры тела на один градус необходимо добавлять 5 мл на 1 кг веса в сутки. Следовательно, общий объем вводимой за сутки жидкости при нормальной функции почек должен составлять

2500-3000 мл. Показано введение 5%, 10%, 20% растворов глюкозы объемом 1000-1500 мл.

Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов равно 1:1. Программу гидратационной терапии составляют следующим образом: 400 мл раствора реополиглюкина, 200 мл свежезамороженной плазмы крови, 200 мл 10% раствора глюкозы, 250 мл раствора Рингера. Белковые препараты необходимо назначать из расчета 1-1,5г нативного белка на 1 кг массы тела больной. Альбумин вводится внутривенно капельно в виде 5%, 10%, 20% раствора по 200-500 мл, плазма крови – по 200-500 мл. При нарастании явлений интоксикации следует проводить коррекцию минерального обмена (раствор калия).

Показано назначение десенсибилизирующих средств, препаратов кальция, витаминов С и группы В (В₁, В₆, В₁₂), средств, сокращающих матку и спазмолитиков для улучшения оттока лохий.

При эндометрите нарушаются реологические и коагуляционные свойства крови, что ведет к развитию хронической формы ДВС-синдрома, поэтому применяют антиагреганты (курантил, трентал, микродозы аспирина), а в тяжелых случаях проводят гепаринотерапию (фрагмин, фраксипарин, клексан) под контролем гемостазиограммы.

Своевременная диагностика и лечение послеродового эндометрита составляют основу профилактики септического процесса у родильниц.

Необходимо проводить профилактику послеродового эндометрита после кесарева сечения, при этом эффективно однократное внутривенное введение антибиотика после пережата пуповины во время операции. Частота эндометрита после кесарева сечения во многом зависит от техники выполнения операции. Риск развития эндометрита после родов составляет менее 3%, поэтому нет доказательств необходимости проведения профилактики.

Послеродовый эндометрит следует дифференцировать с вирусной инфекцией, острым (обострение) пиелонефритом, циститом, раневой инфекцией, пневмонией, нагноением гематомы, тромбозом тазовых сосудов и др.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ И ЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Тромбофлебит (**thrombophlebitis**) – заболевание вен, характеризующееся воспалением венозной стенки и тромбозом.

Механизм возникновения тромбоэмболических осложнений в значительной мере связан с нарушениями свертывающей системы крови, но определенное значение могут иметь также изменения состояния сосудистой стенки и

особенности кровотока в сосудах. На все эти 3 фактора беременность оказывает свое влияние. При беременности повышается адгезивность тромбоцитов и снижается фибринолитическая активность крови. Также тромбообразованию может способствовать застой в венах малого таза и ног, обусловленный сдавливанием маткой при беременности нижней полой вены. Существенную предрасположенность к тромбообразованию (при наличии других факторов) обуславливает физиологическое повышение свертываемости крови у беременных, направленное на предотвращение кровотечений. Беременность и особенно роды создают нагрузку на гемостатические механизмы, увеличивают таким образом риск возникновения тромбоэмболических осложнений у женщин.

Нарушения физиологических адаптивных механизмов гемостаза можно рассматривать как преморбидный фон для развития данных осложнений [19]. Частота тромбоэмболических осложнений среди беременных в 5-6 раз выше, чем вне беременности, а в послеродовом периоде тромбозы возникают в 3-6 раз чаще, чем у беременных.

У женщин старше 40 лет тромбоэмболические осложнения встречаются в 10 раз чаще и составляют 7-10%. Также играет роль избыточная масса тела, при которой в послеоперационном периоде тромбозы возникают в 2 раза чаще. Факторами риска тромбоэмболических осложнений беременности являются гестоз, анемия. При активации родовой деятельности, кесаревом сечении, других оперативных вмешательствах риск тромбоэмболических осложнений значительно возрастает. Причиной тромбоэмболических осложнений в послеродовом и послеоперационном периодах является острая кровопотеря, при которой происходит внутрисосудистая активация системы гемостаза, индуцирующая внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов и диссеминированное свертывание крови. При этом чем больше кровопотеря, тем более выражены изменения в системе гемостаза. При патологических кровотечениях тромбофлебиты встречаются в 4 раза чаще, чем при нормальной кровопотере.

Тромбоэмболические осложнения могут представлять серьезную опасность для жизни беременных и родильниц. Наиболее часто у беременных наблюдаются тромбофлебиты поверхностных вен ног, тромбофлебиты и тромбозы глубоких вен ног и тазовых вен, а также эмболии легочной артерии, реже встречаются тромбоэмболии в других сосудистых бассейнах (мозговом, почечном, мезентериальном).

Тромбофлебит поверхностных вен. Острый тромбофлебит проявляется болью по ходу пораженной вены. Чаще всего поражается большая подкожная вена голени и бедра, реже - малая подкожная вена голени. Относительно часто как осложнение после внутривенных инъекций, катетеризации или взятия крови, при наличии вари-

козного расширения вен поражаются подкожные вены предплечья и плеча, подключичная вена.

Родильницы жалуются на местное ощущение жара, покраснение и болезненность по ходу подкожной вены. При осмотре видны красная полоса и выбухание на коже над пораженной веной. Вена пальпируется в виде плотного болезненного шнура с утолщениями в области образования тромбов. Гиперемия может распространяться за границы уплотнения вены, может появиться инфильтрация тканей в этой зоне, увеличиваются регионарные лимфатические узлы (в случае тяжелого течения). Температура тела остается нормальной или незначительно повышается. Лечение определяется локализацией заболевания. В комплекс медикаментозной терапии наряду с антикоагулянтами должны быть включены препараты, улучшающие реологические свойства крови, микроциркуляцию и оказывающие ингибирующее влияние на адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов (трентал, ацетилсалициловая кислота, троксевазин, индометацин, курантил), обладающие неспецифическим противовоспалительным (реопирин, бутадилон), десенсибилизирующим (диазолин, супрастин) свойством. Целесообразны местное применение гепарин-содержащих мазей (лиотон, лавенум и др.), эластическое бинтование пораженной конечности.

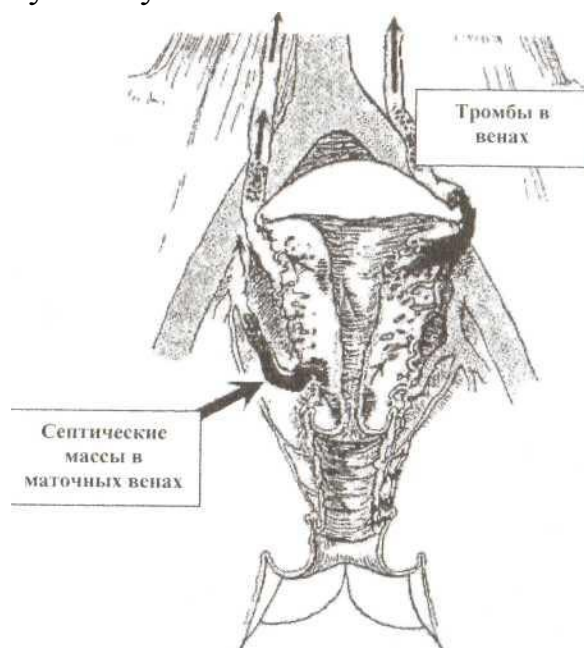
Тромбофлебит глубоких вен. Частота возникновения тромбозов глубоких вен у беременных составляет в среднем 0,42%, а в послеродовом периоде — 3,5%. Чаще всего поражаются вены нижних конечностей. Тромбоз 1-2 глубоких вен голени при сохраненной проходимости остальных вен может не вызывать серьезных гемодинамических нарушений и проявляется только болью в икроножных мышцах, усиливающейся при движении или пальпации. Отек голени может отсутствовать или быть незначительным. При тромбозе всех глубоких вен голени резко выражены боль, чувство распирания конечности, иногда появляется цианоз голени и стопы. При тромбозе глубокой бедренной вены боль, отек и чувство напряжения преобладают во всей нижней конечности. При тромбофлебите глубоких вен могут наблюдаться лихорадка, лейкоцитоз в крови.

Ультразвуковая доплерография в сочетании с дуплексным ультразвуковым сканированием позволяет точно определить локализацию несостоятельных перфорантных вен и мест венозного рефлюкса. Необходимо также исследование гемостазиограммы, которое включает определение содержания фибриногена, АЧТВ, протромбинового индекса (ПИ), агрегацию тромбоцитов, содержание растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ).

При подвздошно-бедренном тромбозе клиническая картина развивается стремительно, иногда в течение нескольких часов. Возникает резкая боль в ноге, усиливающаяся при движении. Быстро и до высоких цифр повышается температура тела. Пораженная нога значительно увеличена в объеме, иногда отечны и половые губы,

кожные покровы бледные или цианотичные, напряжены. Пальпация кожных покровов резко болезненна, в первые 2-3 дня появления

Септический тромбофлебит тазовых вен. Бактериальная инфекция при эндометрите попадает в венозный кровоток, поражает эндотелий сосудов и способствует образованию тромбов. Тромбы являются средой для размножения анаэробных бактерий. Часто в процесс вовлекаются вены яичника, чаще с одной стороны и обычно справа. Тромбы могут проникать в нижнюю полую или левую почечную вену.



При септическом тромбофлебите наблюдается миграция мелких тромбов в легочную циркуляцию, которая при больших тромбах может привести к летальному исходу.

Септический тромбофлебит тазовых вен обычно сопровождается эндометритом. При септическом тромбофлебите тазовых вен температура часто выше 38°C, отмечается тахикардия. Если вовлечены легкие, наблюдаются тахипноэ и стридорозное дыхание.

Терапия септического тромбофлебита тазовых вен введение гепарина и антибиотиков. Под контролем гемостаза гепаринотерапию проводят в течение 7-10 дней. Антибиотикотерапия включает гентамицин, клиндамицин, III поколение цефалоспоринов, ампициллин, сульбактам.

Профилактика тромбофлебита состоит в правильном и своевременном лечении тех заболеваний, которые могут ими осложняться. Следует не допускать обезвоживания организма в предоперационном и послеоперационном периодах, бережно относиться к тканям во время операции, своевременно назначать антикоагулянты и средства, улучшающие функцию ССС.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ

Лактационный мастит - воспаление молочной железы (преимущественно одностороннее) во время лактации в послеродовом периоде. У первородящих мастит наблюдается в 2 раза чаще, чем у повторнородящих. Крайне редко мастит развивается у беременных и грудных детей (мастит новорожденных).

Частота лактационного мастита колеблется от 0,5 до 6% к числу родов [12, 17].

У 90% больных возбудителем мастита является золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), а также *St. epidermalis*, реже - *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Haemophilus influenzae* и др.

Факторами риска возникновения мастита являются трещины сосков и лактостаз. Причинами появления трещин на сосках могут быть пороки развития сосков (уплощенные, втянутые, субконические и др.), позднее прикладывание ребенка к груди, неправильная техника кормления ребенка грудью, кормление более 20 мин, грубое сцеживание молока, отсутствие функциональной подготовки сосков к кормлению, индивидуальная лабильность эпителиального покрова сосков, слишком активное или вялое (у недоношенных) сосание, умеренно или чрезмерно выраженный лактостаз, нарушение санитарно-эпидемиологических норм послеродового периода.

Дольчатое строение, множество естественных полостей, обилие жировой ткани, интенсивное кровообращение, широкая сеть молочных протоков и лимфатических сосудов способствуют быстрому распространению воспалительных процессов в молочной железе.

Клиническая картина лактостаза прежде всего характеризуется нормальной или несколько повышенной температурой при общем хорошем состоянии роженицы; роженица ощущает тяжесть в железе, при пальпации обнаруживается хорошо отграничивающееся продолговатое образование с как бы зернистой поверхностью.

Повышение температуры при лактостазе иногда рассматривают физиологическое явление («молочная лихорадка»), однако если температура сохраняется дольше 24 часов, ее следует расценивать как проявление инфекции. При лактостазе не следует ограничивать прием жидкости, а также использовать мочегонные и слабительные средства. По мнению ряда авторов, лактостаз следует рассматривать как латентную стадию мастита.

Различают острые и хронические маститы.

Классификация острых маститов:

- серозный;
- инфильтративный;
- гнойный:
 - инфильтративно-гнойный (диффузный, узловый);
 - абсцедирующий (фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, ретромаммарный абсцесс);

- флегмонозный (гнойно-некротический);
- гангренозный.

В группе хронических маститов различают гнойную и негнойную формы. Хронический гнойный мастит встречается довольно редко и чаще всего является следствием неправильно леченного острого мастита. К негнойной форме хронического мастита относят плазматический перидуктальный мастит, при котором определяются инфильтраты, имеющие большое число блуждающих плазматических клеток вокруг млечных протоков.

Для *серозного мастита* характерно острое начало, обычно на 2-4 неделе послеродового периода, т.е. после выписки из стационара. Появляется тяжесть и боль в молочной железе, t° тела повышается до 38-39 $^{\circ}$ C, появляется озноб, ухудшается общее состояние (головная боль, слабость), боли в молочной железе усиливаются, особенно при кормлении ребенка или сцеживании молока. Молочная железа увеличена в объеме, отмечается гиперемия кожи, при пальпации определяются болезненность, умеренная инфильтрация тканей без четких границ. Обследование молочных желез проводят обязательно в положении роженицы лежа, причем обнажают и обследуют обе молочные железы, как заболевшую, так и здоровую, их соски. В первую очередь обследуют здоровую молочную железу.

При запоздалом или неэффективном лечении серозный мастит в течение 1-3 дней переходит в *инфильтративный*. При этом нарастают явления общей интоксикации: усиливаются боли в молочной железе, ухудшается состояние роженицы, нарастает слабость, появляются озноб, гипертермия в пределах 38-40 $^{\circ}$ C, нарушается сон. Молочная железа напряжена, увеличена в объеме, отмечаются гиперемия и отечность кожи. Прощупывается плотный, резко болезненный инфильтрат, увеличиваются подмышечные лимфатические узлы, СОЭ повышается до 30-40 мм/ч, лейкоцитоз нарастает до 10-20 $\times 10^9$ /л. Продолжительность данной стадии составляет 5-8 дней. Если инфильтрат от проводимого лечения не рассасывается, то происходит его нагноение.

Для *гнойного мастита* характерны высокая температура тела (39 $^{\circ}$ C и выше), озноб, нарушение сна, слабость, потеря аппетита, усиление местных симптомов воспаления, значительное увеличение и деформация молочной железы. Инфильтрат молочной железы резко болезненный при пальпации, и если он располагается неглубоко, то при нагноении определяется участок размягчения и возникает флюктуация, такой мастит называют *абсцедирующим*. Все клинические признаки прогрессируют: СОЭ достигает 50-60 мм/ч, лейкоцитоз 15-18 $\times 10^9$ /л, Нв снижается. Для постановки диагноза важное значение имеет бактериологическое исследование грудного молока, гноя, а при высокой t° тела и ознобе - крови. Применяют также УЗИ и термографию (реже пункцию инфильтрата), которые позволяют обнаружить начальные изменения (расширенные протоки и альвеолы, окруженные зоной инфильтрации - «пчелиные соты»), следить за динамикой процесса, своевременно выявить переход инфильтративной стадии в гнойную.

В тех случаях, когда в молочной железе имелось несколько инфильтратов, подвергшихся нагноению, мастит называют *флегмонозным*. Температура при этом нередко повышается до 40 $^{\circ}$ C, наблюдается повторный озноб, резко ухудшается общее со-

стояние, симптомы которого напоминают сепсис. Молочная железа резко увеличена, болезненна, пастозна, хорошо выражена поверхностная венозная сеть, инфильтрат занимает почти всю железу, кожа над пораженным участком отечная, блестящая, красная с синюшным оттенком. Часто по поверхности пораженной железы тянутся красные полосы воспаленных лимфатических сосудов (лимфангит). В крови обнаруживаются высокий лейкоцитоз (до $15-20 \times 10^9/\text{л}$), резкий сдвиг формулы белой крови влево, лимфопения, снижение уровня Нв. При флегмонозном мастите возможна генерализация инфекции с переходом в сепсис. Особенно опасно возникновение септического шока.

Наряду с типичным течением лактационного мастита в последние годы наблюдаются стертые и атипично протекающие формы заболевания. Инфильтративный мастит может протекать с субфебрильной температурой, без озноба, при котором картина заболевания не соответствует истинной тяжести процесса. Увеличение стертых субклинических форм затрудняет диагностику и обуславливает недостаточность терапевтических мероприятий.

Лечение следует начинать при появлении первых признаков заболевания, что в значительной мере способствует предотвращению развития гнойного воспаления. Грудное вскармливание при мастите противопоказано ввиду реальной угрозы инфицирования ребенка, поступления в его организм антибиотиков и других лекарственных препаратов, применяемых для лечения матери. При серозном и инфильтративном мастите проводится антибактериальная терапия в основном антибиотиками широкого спектра действия. Используют цефалоспорины, сочетание синтетических антибиотиков с метронидазолом.

Больным инфильтративным и гнойным маститом проводят инфузионную терапию используя реополиглюкин, гемодез, альбумин, раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия, 4% раствор кальция хлорида, 4-5% раствор натрия гидрокарбоната и др. Комплексное лечение мастита даже при положительном результате следует проводить в течение 7-10 дней.

В комплексной терапии используют антигистаминные препараты – супрастин, димедрол. Показано исключать лактацию у рожениц с гнойным маститом в анамнезе и многочисленными рубцами на молочной железе, при протезировании молочных желез, гиперпролактинемии и др.

При отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии серозного и инфильтративного мастита в течение 2-3 суток и при гнойном мастите показано хирургическое лечение в специализированных хирургических отделениях. Вскрывают абсцесс (делают радикальный разрез), эвакуируют гной, удаляют некротизированные ткани, в рану вводят дренаж, применяя антисептические средства. Местно для очищения раны используют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), позже мажевые повязки с «Левомеколем».

Профилактика заключается в строгом соблюдении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в акушерском стационаре, борьбе со стафилококковой инфекцией в родильном доме.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Повреждением лобкового симфиза (лонного сочленения) считается расхождение лонных костей более чем на 0,5 см.

Классификация

Выделяют расхождение и разрыв лонного сочленения.

Этиология и патогенез:

Факторами риска повреждения лонного сочленения являются:

- крупный плод,
- большое число родов,
- стремительные или быстрые роды,
- сильная родовая деятельность,
- анатомически и клинически узкий таз,
- предыдущие травмы тазового кольца в анамнезе,
- наложение акушерских щипцов,
- прием Кристеллера,
- извлечение плода за тазовый конец,
- плодоразрушающие операции.

Во время беременности иногда происходит чрезмерное размягчение сочленений таза вследствие усиленного кровенаполнения и серозного пропитывания хрящей и связок, и оперативные вмешательства или чрезмерное давление головки плода на костное кольцо таза приводят к расхождению или разрыву лонного сочленения.

Расхождение лонного сочленения

Различают три степени расхождения лонного сочленения, устанавливаемого рентгенографически:

- при I-й степени лонные кости расходятся на 5-9 мм, пациентки обычно жалоб не предъявляют;
- II-ая степень характеризуется расхождением костей на 10-20 мм, женщины жалуются на боли в области симфиза и крестца;
- при расхождении III-й степени кости расходятся более чем на 20 мм, а боли при этом настолько сильные, что женщина не может ходить, переворачиваться на бок, двигать ногами.





Растяжение симфиза (рентгенограмма)

Разведение ног резко обостряет боли. Походка роженицы, когда ей разрешают встать, переваливающаяся («утиная»), бедра при этом немного повернуты кнаружи, колени согнуты.

При II и III степенях расхождения лобковых костей в послеродовом периоде главное - добиться сближения концов лобковых костей и удерживать кости таза в определенном положении. Это достигается постельным режимом (в течение от 2 до 6 недель после родов нельзя вставать и ходить), а также использованием бандажа или тугого бинтования. В первые сутки после родов используется холод, в дальнейшем - физиотерапевтические процедуры на область лонного сочленения. Для анальгезии используют парацетамол, нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, кетанол, опиаты). Применяются препараты кальция, витамины группы B, при присоединении воспаления (симфизит) назначается антибактериальная терапия, диета с повышенным содержанием кальция.

По истечении срока проводится рентгенологический контроль, после чего женщина начинает носить бандаж. В настоящее время используют специальные корсеты, которые помогают удерживать кости таза в определенном положении, что позволяет расширить постельный режим. Обычно через 3-5 дней постельного режима в корсете женщина уже может вставать и ухаживать за ребенком. Корсет носят от 3 до 6 месяцев.

Разрыв лонного сочленения

Симптомы разрыва лонного сочленения могут отмечаться до родов, во время родов и спустя 24-48 часов после родов. Характерными симптомами совершившегося разрыва лонного сочленения являются боль над лоном, напряжение, отек, иррадиация боли в спину, ноги, крестец. Если разрыв лонного сочленения происходит в родах, то можно услышать характерный хруст. При пальпации определяется выемка (диастаз) над лонным сочленением, которая выявляется при наружном или влагалищном исследовании.

Клиника разворачивается чаще всего на 2-3 день после родов. Родильница не может поднять ног (симптом «прилипшей пятки») и повернуться на бок, в постели принимает вынужденное положение: бедра несколько повернуты наружу и вместе с тем развернуты при слегка согнутых коленях (симптом Н.М. Волковича - «поза лягушки»). При пальпации как спереди, так и со стороны влагалища определяется выраженная болезненность и подвижность лобковых костей и западение из-за их широкого отстояния друг от друга.

Лечение заключается в соблюдении постельного режима, для снятия боли применяют анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, новокаиновую блокаду, криоаналгезию, эпидуральную аналгезию, используют стягивающие приспособления, послеродовой бандаж, специальные гимнастические упражнения. При расхождении симфиза необходима консультация травматолога для решения вопроса о применении «гамачка» и специальной укладки для лучшего репонирования разошедшихся костей.

Обычно расхождение лонного сочленения ликвидируется в течение 3-10 нед. С целью контроля за состоянием лонного сочленения проводят рентгенологическое или магнитно-резонансное исследование. Если имеется остаточная боль, проводят физиотерапевтические процедуры. При выраженных повреждениях крестцово-подвздошного сочленения выздоровление может принять затяжную форму. У некоторых родильниц, особенно при раннем вставании, может остаться стойкое расстройство походки (утиная походка).

При наличии гематомы и ее инфицировании необходимо применение антибиотиков, сульфаниламидов, а при нагноении - вскрытие. При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии прибегают к хирургическому лечению. Хирургическая фиксация тазового кольца при сильной тазовой боли и боли в спине дает удовлетворительные результаты

Профилактика травм лонного сочленения заключается в мероприятиях, обеспечивающих правильное развитие женского организма (физкультура, рациональное полноценное питание и др.), выявлении групп риска, выбора оптимального метода родоразрешения, бережном ведении родов и грамотном ведении послеродового периода.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

В отечественной литературе публикации по данному вопросу практически отсутствуют. Вместе с тем, беременность и пуэрперий являются стрессовыми факторами и могут способствовать проявлению существующих ранее или являться началом новых заболеваний. Стрессовым фактором является наличие в анамнезе психических заболеваний.

Этиологическими факторами послеродовых психических нарушений считаются резкие гормональные сдвиги в организме женщины после беременности, соматические осложнения в родах, а также психосоциальный стресс, который часто сопутствует деторождению. Много зависит от того, насколько благоприятен брак, каким было отношение супругов к наступившей беременности, какие ожидания связывают они с появившимся на свет ребенком. Чем хуже отношения в браке и менее желательной была беременность, тем выше частота послеродовых психических расстройств.

Существует широкий спектр психопатологических реакций на беременность и роды. Это может быть легкая эмоциональная подавленность («послеродовое подавленное настроение»), которое встречается после 50% родов, обычно возникает на 2-3 день пуэрперия и длится 1-2 недели. Причинами депрессии при беременности являются юный возраст, беременность вне брака, курение, использование некоторых лекарств, чрезмерная рвота и др.

Значительная депрессия отмечается в среднем у 10% женщин, вплоть до крайней реакции в виде суицидальных мыслей и попыток (приблизительно 1 случай на 2000 родов). Ранние симптомы депрессии являются сонливость, снижение самооценки, раздражительность, неустойчивость настроения. Более тяжелые симптомы включают анорексию, чувство угрозы, панику, бред. Самый тревожный симптом - отчужденное отношение матери к младенцу.

Послеродовой психоз - наиболее изученное и тяжелое послеродовое психическое заболевание. Женщины с послеродовым психозом теряют связь с реальностью, у них нарушена ориентация, наблюдается токсикоз или делирий. Факторами риска являются молодой возраст, первые роды, психические заболевания в семье, биполярные или шизоаффективные расстройства, тяжелые условия жизни. Примерно у 1/4 женщин эпизоды послеродового психоза появляются при последующей беременности. Пик начала психических симптомов - 10-14 дней после родов, но риск остается и спустя 2-3 месяцев после родов.

При маниакально-депрессивном и шизоаффективном психозе выздоровление наступает спустя 6 мес. Требуется фармакологическое лечение и в большинстве

случаев госпитализация. Имеются трудности, как поступить с ребенком. При тяжелых состояниях грудное вскармливание противопоказано.

Если в анамнезе у женщины были хотя бы малейшие эмоциональные проблемы, беременность и роды могут обострить старые и спровоцировать новые недуги этого плана, что иногда ставит под угрозу жизнь молодой матери или новорожденного. Если имеется полная информация о психических нарушениях, следует вместе с психиатром решить вопрос о возможности беременности. При невыраженных психических расстройствах беременная может рожать в обычном родовспомогательном учреждении.

При депрессивных расстройствах используют трициклические антидепрессанты амитриптилин, доксепин, имипрамин. Используют седативные ингибиторы моноаминоксидазы, которые очень эффективны как антидепрессанты.

Лечение должно проводиться на сугубо индивидуальной основе, в соответствии с особенностями каждой отдельной пациентки. Подавляющее большинство легких послеродовых депрессий устраняется лечащим и наблюдающим врачом совместно с другим больничным персоналом и работниками социальных служб. Не следует принуждать мать к общению с новорожденным, если она испытывает страх или отрицательные эмоции. В таких ситуациях совместно с клиническим психологом или психиатром проводится специальное лечение, включающее психо- и медикаментозную терапию антидепрессантами или карбонатом лития. Бензодиазепины применяются во время беременности у женщин с тяжелыми тревожными расстройствами. Диазепам вызывает длительную неонатальную неврологическую депрессию, когда вводится накануне родов.

Важно избрать адекватный метод родоразрешения. При ведении родов через естественные родовые пути показано обезболивание, лучше путем перидуральной аналгезии.

Нередко прибегают к родоразрешению путем операции кесарева сечения с адекватным обезболиванием в послеоперационном периоде. Если беременная или родильница принимает психотропные препараты, то следует решить вопрос о возможности грудного вскармливания, так как многие вещества проникают в грудное молоко.

В послеродовом периоде имеют значение, как протекали роды (болезненные, затяжные, оперативные, с большой кровопотерей), состояние детей после родов, семейные отношения между супругами, осложнения на работе, осложненное течение послеродового периода, наличие психических заболеваний после предыдущих родов и др. Депрессивные расстройства в течение 2-3 мес после родов развиваются примерно у 8-15% женщин.

Следует подумать о размещении женщины после родов, не следует помещать ее в отдельную палату. Ребенка необходимо содержать отдельно от матери.

При выраженных психических расстройствах необходим перевод родильниц в специализированные стационары.

В родильном доме необходимы постоянный мониторинг за состоянием женщин, проведение психотерапии, бережное отношение родственников и окружающих лиц из-за опасности суицида.

Таким образом, среди осложнений, связанных с беременностью и родами, неинфекционной и инфекционной этиологии значительное место занимают психические заболевания, требующие своевременной и адекватной терапии.

Невольно возникает вопрос, как влияет беременность и роды на здоровье женщины. Многие специалисты уходят от прямого ответа. Беременность и роды - это генетически детерминированное явление, но, как любое состояние, оно оставляет свой след. По нашему мнению, беременность и роды являются частицей здоровья матери. Поэтому нельзя сказать, что после родов здоровье становится лучше. Другой вопрос, что, родив ребенка, женщина получает новый стимул к жизни — становится матерью с ее радостями и заботами по воспитанию ребенка, которые нередко отодвигают негативные явления на задний план.

Хотя **беременность** и рождение ребенка обычно являются для женщины радостным временем, у некоторых пациенток они связаны со значительным эмоциональным дистрессом. Чтобы эффективно решать эти проблемы, важно своевременно выявлять факторы риска послеродовой депрессии и эффективно воздействовать на них. Приблизительно у 25% пациенток, имевших психические расстройства после предшествующих родов, возникают рецидивы после последующих родов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Тестовые задания

- 1. В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через**
 - 1) 8 недель
 - 2) 10 недель
 - 3) 16 недель
 - 4) 20 недель
 - 5) 2 недели

- 2. Молозиво отличается от грудного молока тем, что содержит**
 - 1) больше белка
 - 2) меньше жира
 - 3) меньше сахара
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного

- 3. Лохии - это**
 - 1) послеродовые выделения из матки
 - 2) раневой секрет послеродовой матки
 - 3) отделение децидуальной оболочки
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного

- 4. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем**
 - 1) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
 - 2) увеличения секреции пролактина
 - 3) снижения содержания эстрогенов
 - 4) всего перечисленного
 - 5) ничего из перечисленного

- 5. К препаратам, тормозящим лактацию, относятся**
 - 1) эстрогены
 - 2) парлодел
 - 3) барбитураты
 - 4) нитрофураны
 - 5) правильно а) и б)

- 6. Общее количество лохий в первую неделю послеродового периода составляет**
 - 1) 50 мл
 - 2) 100 мл
 - 3) 200 мл

- 4) 500-1000 мл
- 5) более 1000 мл

7. При нормально протекающем послеродовом периоде наружный зев цервикального канала формируется к концу

- 1) первых суток
- 2) вторых суток
- 3) 3-й недели
- 4) 4-й недели
- 5) 6-8 недели.

8. Инволюция матки замедляется при:

- 1) анемии
- 2) гестозе
- 3) сепсисе
- 4) ослабленном состоянии родильницы
- 5) при всех вышеперечисленных

9. Для послеродового мастита нехарактерно:

- 1) повышение температуры тела с ознобом
- 2) нагрубание молочных желез
- 3) наличие болезненного ограниченного инфильтрата в молочной железе
- 4) свободный отток молока
- 5) гиперемия молочной железы.

10. При лечении послеродового эндометрита не применяют:

- 1) антибиотики
- 2) аспирацию содержимого полости матки
- 3) инфузионную терапию
- 4) эстроген-гестагенные препараты
- 5) противовоспалительную терапию

11. Поздний послеродовый период составляет:

- 1) 5-6 дней
- 2) 2-3 недели
- 3) 6-8 недель
- 4) 8-10 недель
- 5) 10-12 недель

12. Секреторная активность молочных желез регулируется:

- 1) эстрогенами
- 2) прогестероном
- 3) окситоцином
- 4) лютеинизирующим гормоном
- 5) пролактином

13. Полное восстановление структур эндометрия после родов происходит на:

- 1) 10-15-й день
- 2) 2-3-й неделе
- 3) 4-5-й неделе
- 4) 6-8 неделе
- 5) 8-10 неделе

14. Ведущим механизмом прекращения кровотечения сразу после родов является:

- 1) гипертонус матки
- 2) тромбоз вен матки
- 3) тромбоз вен таза
- 4) дистракция эндометрия
- 5) спазм шейки матки

15. Наиболее частым гнойно-септическим осложнением, развивающимся в послеродовом периоде, является:

- 1) мастит
- 2) эндометрит
- 3) раневая инфекция
- 4) пиелонефрит
- 5) тромбофлебит

16. Перитонит после кесарева сечения может быть следствием:

- 1) инфицирования брюшной полости во время операции
- 2) несостоятельности шва на матке на фоне эндометрита
- 3) нарушения барьерной функции кишечника при его парезе
- 4) всего перечисленного выше
- 5) ничего из перечисленного выше

17. Особенности современного течения послеродовой инфекции:

- 1) полиэтиологичность
- 2) часто вызывается условно-патогенной флорой
- 3) стертость клинической картины
- 4) высокая резистентность к антибактериальной терапии
- 5) все перечисленное выше

18. Второй этап послеродовой инфекции включает в себя все, кроме:

- 1) послеродового эндометрита
- 2) параметрита
- 3) тазового тромбофлебита
- 4) лохиометры
- 5) абсцесса малого таза.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

На 4-е сутки после родов роженица 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38° С. В родах в связи с плодным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка чувствительная при пальпации, на 12 см выше лона. Молочные железы умеренно нагрудные.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

Задача № 2.

Роды в срок, в раннем послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение. Произведено ручное обследование полости матки. Кровопотеря составила 600 мл, гемотранфузия не производилась. На 3-и сутки послеродового периода состояние ухудшилось, температура повысилась до 38°С. Пульс 106 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие, безболезненные. Живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. Дно матки на 3 см ниже пупка. Лохии - кровянистые, мутные, с запахом. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено.

ОАК: гемогл.- 80 г/л, эр.- $2,8 \times 10^{12}$ /л, цв. пок.-0,8., лейкоц.- $9,1 \times 10^9$ /л, СОЭ 44 мм/час.

ОАМ: уд.вес-1010, кисл., белок- отр., л.-5-6 в п/зр., эп.пл.- един.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Выделите основные симптомы имеющейся патологии.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
5. Определите тактику врача.

Задача №3.

Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность роженицы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

Вопросы

1. Диагноз?

2. План ведения?

Задача №4.

Родильница В. 32 лет. Роды в срок. Родился плод массой 4350г. Роды осложнились 2-х сторонним разрывом шейки матки 1 ст. и разрывом промежности 1 ст. Разрывы ушиты. Первые трое суток после родов протекали без осложнений.

На 4-е сутки послеродового периода у роженицы появился озноб и повышение температуры до 39°C, общая слабость, головная боль, болезненность и нагрубание левой молочной железы.

Пульс 106 уд. в мин. ритмичный. Язык чистый, влажный. Отмечается нагрубание и болезненность левой молочной железы. Молочная железа увеличена в размерах. Определяется инфильтрат 6x4 см в верхне-наружном квадранте. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине между пупком и лоном. Лохии сукровичные, умеренные, без запаха. Швы на промежности и шейки матки в хорошем состоянии.

ОАК: гемогл. - 90 г/л, эр. - $3,1 \times 10^{12}$ /л, цв. пок. - 0,8, лейкоц.- $13,1 \times 10^9$ /л, СОЭ - 46 мм/час.

ОАМ: уд. вес - 1010, кисл., белок - отр., л. - 5-6 в п/зр., эп. пл. - един.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Выделите симптомы, характерные для данной патологии.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Тактика ведения родов.
5. Возможные осложнения для матери и плода.

Задача № 5

На третьи сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39°C. В родах по поводу частичного плотного прикрепления плаценты производилось ее ручное отделение.

В анамнезе: одни роды и два медаборта в сроки до 12 недель беременности, хронический пиелонефрит.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые гиперемированы. А/Д 120/60, 120/65, пульс 100 в одну минуту. Молочные железы умеренно нагрубшие.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, характерные для данного заболевания.
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте диагноз.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
5. Проведите лечение.

Эталоны ответов

Ответы на тесты

1 - 1	10 - 4
2 - 4	11 - 3
3 - 4	12 - 5
4 - 1	13 - 4
5 - 2	14 - 1
6 - 4	15 - 2
7 - 3	16 - 4
8 - 5	17 - 5
9 - 4	18 - 4

Ответы на задачи

Задача №1

1. Послеродовой эндометрит.
2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазки на флору, бак. посев из цервикального канала, УЗИ. Гистероскопия.

Задача №2

1. Послеродовой эндометрит. Анемия средней тяжести.
2. Температура 38°C, пульс 106 в мин., живот болезненный в нижних отделах, дно матки на 3 см ниже пупка, лохии кровянистые, мутные, с запахом.
3. Субинволюция матки, лактостаз.
4. УЗИ органов малого таза, гистероскопия, бакобследование, цитограмма лохий.
5. Консервативное лечение.

Задача №3

1. Беременность 39-40 недель. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок II ст.
2. План ведения:
 - 1) Введение утеротонических средств.
 - 2) Ручное обследование полости матки с массажем матки на кулаке.
 - 3) Одновременно начать инфузионно-трансфузионную терапию (с переливанием в/в капельно полиглюкина, переход к донорской крови). Развернуть операционную.
 - 4) При неуспехе массажа матки на кулаке – лапаротомия, удаление матки с трубами. Продолжить инфузионно-трансфузионную терапию до возмещения крово-

потери (в соответствии с учтенной кровопотерей и динамикой состояния родильницы).

Задача №4

1. Диагноз: Послеродовый левосторонний инфильтративный мастит. Анемия I ст.
2. На 4-е сутки после родов озноб, повышение температуры до 39°C, общая слабость, головная боль, болезненность и нагрубание левой молочной железы, в молочной железе определяется инфильтрат 4х6 см.
3. Серозный, гнойный мастит, опухоль молочной железы.
4. Консервативная терапия.
5. Гнойный мастит, сепсис.

Задача №5

1. Синдром интоксикации.
2. Бимануальное исследование, УЗИ, бактериологическое исследование аспирата из полости матки, клинические анализы крови и мочи.
3. Послеродовый эндометрит.
4. ОРЗ, мастит, обострение хронического пиелонефрита, лохиометра.
5. Вакуум-аспирация с гистероскопией, лаваж послеродовой матки растворами антисептиков, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия, инфузионно-трансфузионная терапия, иммуномодуляторы (виферон), витаминотерапия.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Геворкян М.А., Кузнецова Е.М. Анемия беременных: патогенез и принципы терапии// РМЖ. – 2011. - №20. – С.1265-1269.
2. Громова О.А., Ребров В.Г. Железо как жизненно необходимый нутриент// Эффективная фармакотерапия. Акушерство, гинекология. – 2012. – С. 46-52.
3. Железодефицитная анемия беременных. Современные методы диагностики и лечения: учебное пособие/ сост. У.Р. Хамадьянов, И.М. Таюпова, С.У. Хамадьянова. – Уфа, 2009. – 41с.
4. Клинические лекции по акушерству и гинекологии/ Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина. – 2004. – С. 185-227.
5. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц// Акушерство и гинекология. – 2012. - №1. – С.137-142.
6. Лебедев В.А., Пашков В.М. Патогенез и терапия железодефицитной анемии беременных// Трудный пациент. – 2011. - №2-3. – Т.9 –С.8-12.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Рук-во для врачей. – М.: ООО «МИА». – 2010. – С. 378-414.
8. Логутова Л.С., Ахвледиани К.Н., Петрухин В.А. Фетоплацентарная недостаточность и перинатальные осложнения у беременных с железодефицитной анемией// Российский Вестник акушера-гинеколога – 2009. - №5. – С.72-77.
9. Макаров О.В. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие/ Под ред. проф. О.В. Макарова. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С.367-447.
10. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия – М.: изд-во журнала StatusPraesens, 2011. – С.191-201, 452-487.
11. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г. Физиология и патология послеродового периода. – М., 2004.
12. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Ночевкин Е.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний в практической деятельности на современном этапе// Трудный пациент. – 2011. - №11. – Т.9. – С.26-40.
13. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период: руководство/ Чернуха Е.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 272с.
14. Шехтман М.М. Железодефицитная анемия и беременность// Гинекология. – 2004. – Т.6 - №4. – С. 204-210.

Учебно пособие

Таюпова Ирина Маратовна **Сахаутдинова** Индира Венеровна,
Кулешова Татьяна Павловна, **Хайбуллина** Альфия Рашитовна,
Муслимова Софья Юрьевна,

**МИОМА МАТКИ.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ**

Подписано к печати 23.10.2014.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 3,7
Тираж 20 экз. Заказ №919.

Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,
представленного авторами, в типографии ООО «БашНИПИнефть».
450006, г. Уфа, ул. Ленина, 86/1