Фондова лекція

# ФІЗІОЛОГІЧНИЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

# *П Л А Н*

1. Ранній післяпологовий період
2. Ведення пізнього післяпологового періоду
3. Туалет породіллі.
4. Догляд за молочними залозами та сосками
5. Спостереження за функцією сечового міхура, кишківника.
6. Післяпологові ускладнення.

***Післяпологовий*** період починається після народження посліду і триває 6–8 тижнів.

Упродовж цього періоду в організмі жінки зникають зміни, пов’язані з вагітністю та пологами, зазнають зворотного розвитку (інволюції) статеві органи. **Винятком є молочні залози, які досягають розквіту своєї функції.** Найшвидше процеси інволюції відбуваються у перші 2 тижні після пологів.

# Ранній післяпологовий період -

це перші **2 години після народження посліду.** У цей час відбуваються процеси адаптації організму жінки до нових умов і найчастіше виникають ускладнення - післяпологові кровотечі різного генезу.

- **Ведення раннього післяпологового періоду:**
- огляд пологових шляхів у дзеркалах;
- відновлення цілісності промежини;
- контроль за скорочувальною функцією матки та кількістю кров´янистих виділень (кожні 15 хвилин протягом 2-х годин після пологів у пологовій залі),
- контроль  за станом породіллі-вимірюють АТ, підраховують частоту пульсу, колір шкіряних покривів, температуру тіла;
- своєчасне звільнення сечового міхура;
- спостереження за станом новонародженого , який перебуває біля матері;
- використання міхура з льодом на низ живота на ранньому післяпологовому періоді не застосовується.

# Інволюція матки

Відразу після народження посліду, матка зменшується в розмірах внаслідок різкого скорочення її мускулатури. Тіло матки має майже кулясту форму, зберігає більшу рухливість за рахунок зниження тонусу розтягнутого зв'язкового апарата. Шийковий канал вільно пропускає в порожнину матки кість руки. Дно її пальпується на 1-2 поперечних пальці нижче пупка. Через кілька годин тонус, що відновлюється, м'язів тазового дна й піхви зміщує матку догори. До кінця **першої доби** дно матки пальпується вже на рівні пупка.

4-5 доба - дно матки має знаходитись посередині між пупком та лоном.

9-10 доба–зникає за лоном і надалі через передню черевну стінку не пальпується.

На кінець післяпологового періоду довжина матки 8-9 см, маса така сама як до вагітності – 50 г.

Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями (згортки крові та інші тканинні елементи). Базальний шар, прилеглий до ендометрію, який містить ендометріальні залози, стає основою для регенерації нового ендометрію.

Регенерація ендометрію проходить протягом 3-х тижнів за виключення плацентарної ділянки, яка триває до 6 тижнів.

**1-3 доба** після пологів лохії мають **кров'янистий** характер, 4-6 доба – кров'янисто-серозні,

7-8 доба – серозно-кров'янисті,

з 10-ї доби – лохії світлі, серозні,

на 5-6 –ому тижні виділення припиняються.

# ШИЙКА МАТКИ

Після народження посліду шийка матки розкрита на 10-12 см. На 3 добу внутрішнє вічко пропускає один поперечний палець , на 7-9 добу воно закривається. Повністю шийка матки формується на третьому тижні після пологів: зовнішнє вічко закривається , набуваючи **щілиноподібної форми.** До 3-4 тижня після пологів відновлюється тонус зв´язкового апарату матки, м´язів тазового дна. Матка, маткові труби, яєчники займають фізіологічне положення. У жінок, що не годують груддю, відновлюється менструальний цикл.

# ВЕДЕННЯ ПІЗНЬОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Після неускладнених пологів стан породіллі задовільний. Температура тіла породілі нормальна. У першу добу після пологів допустиме одноразове підвищення температури тіла до 37,5 °С, внаслідок фізичного , емоційного перенапруження.

Протягом третьої години спостерігаємо за породіллею - кожні 30 хв., протягом наступних 3 годин - кожні 60 хвилин, далі– один раз на добу);

**В післяпологовому періоді необхідно слідкувати за :**

- загальним станом та самопочуттям породіллі (скарги, сон, апетит);
- температура тіла вимірюється у породіллі двічі на добу, при потребі термометрія через три години;
- вимірюється АТ,проводиться підрахунок пульсу;
- стан молочних залоз та сосків;
- проводиться визначення висоти стояння дна матки, її скорочення, болючість, кількість та характер лохій;
- стан зовнішніх статевих органів, наявність швів – ступінь загоєння;
- функція сечового міхура та кишківника.

## *ТУАЛЕТ ПОРОДІЛЛІ*

Лохії, що виділяються із статевих шляхів, забруднюють ділянки промежини, що сприяє інфікуванню породіллі та утруднює загоєння розривів, тому ретельний туалет зовнішніх статевих органів є дуже важливим.

Впродовж перших трьох діб його проводять тричі на добу, за необхідністю - частіше, надалі – двічі.

У першу добу туалет проводить акушерка, а згодом породілля робить це сама.

При проведенні туалету в ліжку під таз породіллі підкладають зігріте індивідуальне судно, пропонують жінці випустити сечу.

Акушерка заповнює кухоль Есмарха теплим фурациліном 1:5000, відваром ромашки і обмиває зовнішні статеві органи породіллі у напрямі згори вниз, використовуючи окремий для кожної жінки стерильний ватний тампон на стерильному корнцанзі. Після туалету зовнішні статеві органи просушують, підкладають стерильну пелюшку.

- Ретельно контролюють стан скорочення післяпологової матки. При виникненні сповільнення цього процесу ( субінволюцій матки) застосовують скорочувальні засоби (окситоцин, метилергометрин, настойку кропиви, водяного перцю, арніки.) Для контролю стану порожнини матки використовують сонографічне дослідження.
- Правильному скороченню матки сприяє своєчасне спорожнення сечового міхура, прямої кишки.

**Догляд за молочними залозами та сосками**

Молочні залози повинні міститися в бездоганній чистоті. Перед годуванням породілля повинна обмивати молочні залози теплою водою з милом. Спочатку обмивають сосок, потім всю залозу, потім обсушують її стерильною серветкою або марлею. Після годування сосок необхідно обсушити стерильною ватою.

Дуже важливо дотримувати техніку годування грудьми. Якщо дитина, вгамувавши голод, затримує в роті сосок, не слід виймати його силою. Достатньо легко пальцями стискувати ніздрі дитини, і він відпускає сосок.

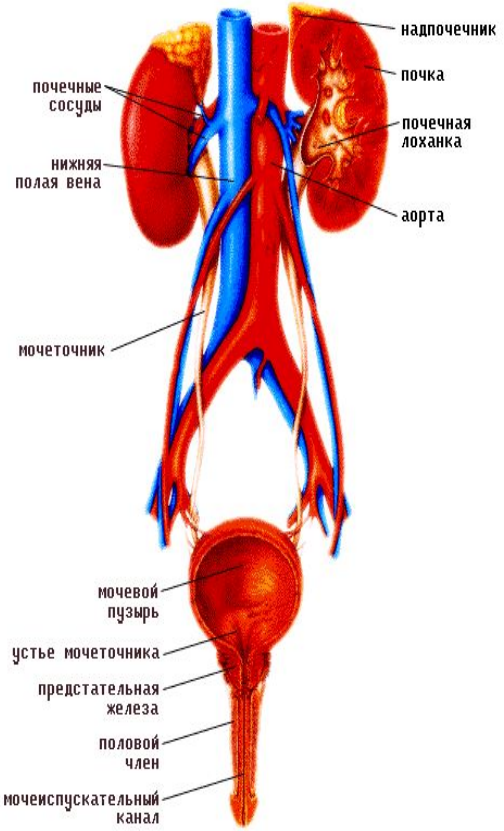
Якщо після годування в молочній залозі залишається молоко, його необхідно зцідити, заздалегідь вимивши руки з милом.

Зціджування проводять без всяких зусиль не більше 15 хвилин після кожного годування залежно від ступеня спорожнення молочної залози. У деяких жінок молоко виділяється мимоволі, рекомендується накладати сухі стерильні марлеві прокладки і часто міняти їх.

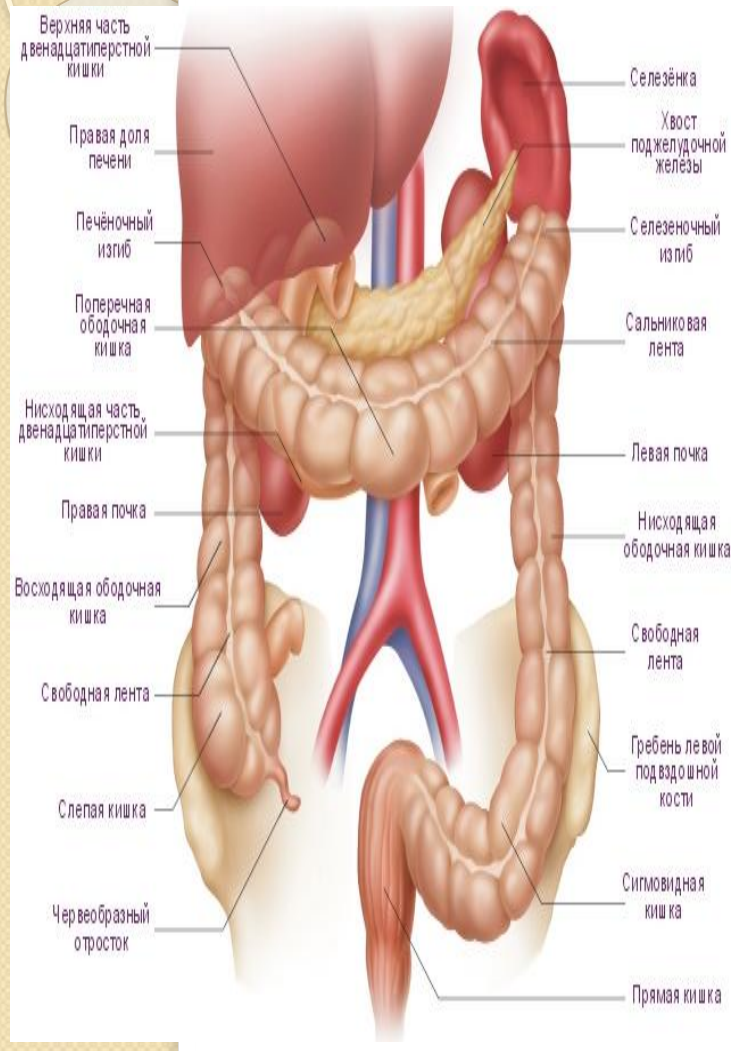
Зі всіх видів ускладнень в післяпологовий період найбільш частим є **мастит.** Профілактика маститу включає: завчасну підготовку молочних залоз до годування дитини ще під час вагітності, дотримання техніки годування і гігієнічних правил догляду за молочними залозами, носіння бюстгальтерів, недопущення переохолодження рук, своєчасне лікування тріщин сосків, дотримання загальногігієнічних правил.

# Спостереження за функцією сечового міхура

- Порушення сечовиділення найчастіше виявляється в тому, що породілля не відчуває позиву до сечовипускання навіть при переповнені сечового міхура. Іноді буває утруднення сечовипускання при наявності позивів, болючість при сечовипусканні (потраплянням сечі на тріщину або садну в ділянці зовнішніх статевих органів чи промежини.). Розлади можуть залежати від атонії сечового міхура або набряку його слизової оболонки, внаслідок травмування голівкою.



# Спостереження за функцією кишок




В післяродовому періоді часто спостерігаються закрепи. Атонії сприяють розслаблення черевного преса і постільний режим, зв’язаний з обмеженням рухів. Іноді спостерігаються гемороїдальні вузли, які завдають неприємності, при акті дефекації стають болючими, а іноді защемлюються, що приводить до різкої болі в ділянці прямої кишки.

# Режим породіллі

Загальний стан породіллі при фізіологічному перебігові післяпологового періоду не дуже й змінюється. Протягом перших годин після пологів відзначають сонливість, втомлюваність, що пов'язано з психоемоційним і фізичним навантаженням під час пологів. Температура тіла у межах норми.

Нині в післяпологовому періоду запроваджено активний режим породіль. Його суть зводиться до раннього вставання після неускладнених пологів (через 2 год після переведення до палати), самостійного виконання гігієнічних процедур.

Здорова породілля не потребує особливої дієти. Перші 3 доби породілля одержує рідку їжу, а надалі - звичайне харчування (сир, яйця, сметану, каші, солодкий чай, печиво). Їжа породіллі повинна містити білки, жири, вуглеводи, вітаміни, фрукти, овочі. Противопоказані гострі страви, консерви, алкогольні напої.

**Післяпологові ускладнення.**

(класифікація за С.В.Сазоновим та А.В.Бартельсом.)

**І етап** — інфекція обмежена післяпологовою раною — післяпологовий ендометрит та післяпологова виразка (на промежині, вульві, піхві, шийці матки).

**ІІ етап** — інфекція поширюється за межі рани, але ще локалізована — міометрит, параметрит,сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт, обмежений тромбофлебіт.

**ІІІ етап** — інфекція, близька до генералізованої — загальний перитоніт, септичний шок і прогресуючиий тромбофлебіт.

**ІV етап** — генералізована інфекція — сепсис без метастазів та сепсис із метастазами.

## Післяпологова виразка

Виникає на післяпологових тріщинах, розривах. Раньова поверхня вкрита брудними сірими або сірожовтими нашаруваннями, при спробі знімання яких рана кровоточить, тканина навколо неї набрякла і гіперемійована. Загальний стан порушується мало, буває субфебрилітет.

**Лікування:** зняти шви, рану очистити перекисом водню, накласти пов'язку із гіпертонічним розчином хлориду натрію, фурациліном та ін. При очищенні рани накладають мазеві пов'язки (солкосеріл, **мазь Вишневського),** застосовують опромінення лазерамипри необхідності антибіотикотерапія.

- **Післяпологовий ендометрит**

Це запалення внутрішньої оболонки матки. Виникає на 3-5 добу після пологів. Підвищується температура тіла до 37-38°, прискорення пульсу. Загальний стан жінки порушується. Матка при цьому дещо болюча, відмічається її субінволюція. Лохії стають каламутними, іноді з неприємним запахом. Деколи виникає затримка лохій — лохіометра. Захворювання триває 8-10 діб.

**Лікування ендометриту:**

- **антибактеріальна терапію** (ампіциллін, ампіокс. цефазолін, цефтріаксон).
- **детоксикаційна терапія** (хлориду натрію 0,9% розчину, глюкози 5% розчину, інших сольових розчинів, гемодезу).

**десенсибілізуюча та імуностимулююча терапія** (декаріс (імуностимулятор) ).

**Сульфаніламідні препарати -** бісептол - 480, препарати нітрофуранового ряду – фурагін,

Із **протизапальних препаратів** призначають аспірин, анальгін, парацетамол.

Хороший ефект дає аспіраційно-промивне дренування порожнини матки антисептичними розчинами у поєднанні з антибіотиками та внутрішньоматкове опромінення лазером. При необхідності проводять вишкрібання порожнини матки.

- **Післяпологовий параметрит – запалення тазової клітковини.** Розпочинається на 5-10 добу. Температура тіла підвищується до 39-40° С. Скарги на болі внизу живота, при передньому параметриті – часте та болісне сечовипускання, при задньому – біль та затруднення під час дефекації.
- **При піхвовому дослідженні з обох боків від матки пальпуються болючі інфільтрати**. При нагноєнні інфільтрату може визначатись розм'якшення.
- **Лікування** гнійного параметриту (абсцесу навколоматкової клітковини) хірургічний (вскриття абсцесу).

- ***Післяпологовий сальпінгоофорит-*** ***з***апалення маткових труб – сальпінгит, яєчників – оофорит. Поширення відбувається в основному через лімфатичні шляхи, виникає на 10-12 добу. Початок захворювання гострий: погіршення загального стану, Т -38-40°С, прискорення пульсу, язик сухий, обкладений нашаруванням білого кольору.
- При бімануальному дослідженні у ділянці придатків визначається болюче ущільнення.
- Якщо гнійний вміст маткових труб – піосальпінкс. Часто інфікується яєчник, утворюється абсцес яєчника – піоваріум. Лікування при катаральнх формах – консервативне, у випадках гнійних форм – хірургічне.

- **Післяпологові тромбофлебіти** –можуть бути поверхневих або глибоких вен. Частіше розвиваються на 2-му тижні після пологів, їм передує тривала субфебрильна температура тіла.
- **Метротромбофлебіт** виникає на тлі ендометриту. Характерні висока температура, озноби, прискорення пульсу, субінволюція матки, сукровинні виділення. Під час вагінального дослідження можна виявити фасеткову поверхню матки, на ній можуть бути звивисті тяжі. При **тромбофлебіті вен тазу** підвищується температура тіла, з'являється озноб, прискорюється пульс, іноді буває біль у ділянці матки, блювання (внаслідок подразнення очеревини).

Вени промацуються спочатку, як звивисті щільні шнури згодом – як болісні інфільтрати.

**Тромбофлебіт вен нижніх кінцівок** починається гостро, з виникненням болю в нижній кінцівці. Може розвинутися набряк нижніх кінцівок, шкіра стає блідою, гладенькою, блискучою. Окружність хворої ноги збільшується, підвищується температура.

**Лікувальння:** антикоагулянти прямої дії (гепарин) під контролем тестів згортання крові, антибіотикотерапію, десенсебілізуючі, спазмолітики.

Місцево – троксевазинову, гепаринову мазі, еластичні бинти.

**Післяпологовий пельвіоперитоніт -** частіше виникає при переході інфекції на очеревину при нагноєнні швів на матці чи розривах гнійників маткових труб і яєчників. Супроводжується підвищенням температури до 39-40°С. Пульс частий, слабкого наповнення. АТ знижується. Дихання прискорене, поверхневе. Відмічається сухість язика, він обкладений нашаруваннями. Нерідко буває нудота, блювання. Напруження м'язів черевної порожнини виражені нечітко, симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний, перистальтика кишківника сповільнена, гази не відходять, випорожнення затримуються. У крові відмічається лейкоцитоз.

**Лікування перитоніту включає:**

**1.** Антибактеріальна терапія — застосування антибіотиків широкого спектру дії, сульфаніламідів, нітрофуранів.

**2.** Детоксикаційна терапія і корекція лужно-кислотного стану — внутрішньовенне введення поліглюкіну, реополіглюкіну, неокомпенсану, розчину Рінгер-Локка, 5% розчину глюкози, бікарбонату натрію.

**3.** Призначають засоби, що усувають парез кишок — прозерин, сорбітол.

**4.** При гіпопротеїнемії — вливання плазми, переливання крові, альбуміну.

**5.** Для підвищення реактивності організму — гаммаглобулін, тимолін, декаріс.

**6.** Серцеві препарати- корглікон, строфантину, тренталу.

При відсутності ефекту від консервативної терапії показане оперативне лікування.

**Септична інфекція: септицемія та септикопіємія**. При септицемії мікроорганізми відразу потрапляють у течію крові. Стан хворої важкий. Температура тіла може бути як дуже високою, так і не підвищуватись. Пульс прискорюється до 120-140/хв. Відзначається збільшення печінки та селезінки. Язик сухий, обкладений, живіт здутий, під час пальпації болючий, нерідко розвивається пронос токсичного походження. Діурез зменшений, спостерігається бактеріурія, у сечі виявляють білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри. У периферійній крові – лейкоцитоз із зсувом формули вліво, анеозинофілія, моноцитопенія. Виникає гемоліз з розвитком важкої анемії. Із крові можна висіяти збудника захворювання.

Виникнення гнійних метастазів свідчить про перехід сепсису у фазу септикопіємії. Перебіг септикопіємії затяжний. Інфекція локалізується у вигляді тромбофлебітів та численних дрібних септичних вогнищ, переважно в легенях, нирках, печінці, селезінці, кістках. Уражується серцево-судинна система – виникають септичні васкуліти та ендокардит. Захворюванню властиві ознобі, висока температура, сливна пітливість, біль у м’язах, порушення сну та апетиту, важка інтоксикація, нерідко з психічними розладами та поява септичних метастазів.

- **Лікування** сепсису має бут комплексним, складається з протиінфекційної, дезінтоксикаційної, десенсибілізуючої терапії та заходів, спрямованих на підвищення опірності організму. При септикопіємії хірургічне лікування зводиться до розкриття гнійних скупчень.
- Для профілактики післяпологових септичних захворювань необхідна правильна організація роботи жіночої консультації, пологового відділення, післяпологових палат, суворе дотримання всіх принципів асептики та антисептики під час пологів та догляду за породілею, негайна ізоляція жінок з ознаками септичної інфекції.

# *Список використаної літератури :*


- С.В. Хміль  Акушерство.- М. , 2008
- Е.Т., Михайленко, Г.М. Бублик-Дорняк Физиологическое акушерство. – К., 2004.
- Г.М. Савельева Акушерство.- М.: Медицина, 2008.
- Г.М. Серов, А.М.Стрижаков, С.А. Маркин Практическое акушерство. – М., 2007
- О. В. Степанківська, Гінекологія. – М. , 2010
- В. І. Грищенко, Акушерство. – М., 2009
- І. Б. Назарова, Фізіологічне акушерство. – М., 2009

# Д Я К У Ю
# З А
# У В А Г У !!!