

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД И ЕГО ПАТОЛОГИЯ

2012.

Послеродовой, или
пуэрпиральный
период, начинается
сразу после отделения
плаценты и выделения
последа.

В этот момент начинается инволюция тех органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью.

Исключением являются

- ⦿ МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
- ⦿ ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА

Функции которых достигают в первые несколько дней послеродового периода своего максимального развития и продолжается в течении периода лактации

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА:

- ⦿ Продолжается в течение 6 недель (42 дня)
- ⦿ Максимально выраженные изменения в органах и системах подвергшихся изменению в связи с беременностью и родами происходят в первые 8-12 суток после родов
- ⦿ Происходит расцвет функции молочных желёз в связи с лактацией

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА:

- Первые 2-4 часа - ранний послеродовый период
- Далее начинается поздний послеродовый период

- В англоязычной литературе послеродовый период делят на:
 - немедленный (первые 24 часа после родов)
 - ранний (первые 7 дней после родов)
 - поздний (до 6 недель после родов)

Хронологическое деление на периоды весьма условно.

Оно связано с тем, что осложнения, вызванные нарушением сократительной функции матки после родов и сопровождающиеся кровотечением, обычно развиваются в первые часы.

АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ РОДИЛЬНИЦЫ

В послеродовом периоде происходят изменения в половых органах (матке, влагалище, яичниках, маточных трубах), на тазовом дне и в молочных железах, а также во всех системах организма (эндокринной, пищеварительной, кровообращения, мочеотделения, и т.д.)

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА

- Резкое понижение плацентарных гормонов
- Восстановление функции желез внутренней секреции
- Возобновление гипоталамо-гипофизарно-яичниковых связей (Зависит от лактации)

Интервал между родами и появлением овуляторных циклов зависят от лактации:

- У некормлящих - через 42 дня
- У кормящих - через 112 дней

МАТКА

- После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения её мускулатуры.
- Тело матки имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счёт понижения тонуса растянутого связочного аппарата.
- На 2-3 сут пуэрперия тело матки обычно находится в состоянии перегиба кпереди (*anteversioflexio*). На положение матки в малом тазу влияет и состояние соседних органов (мочевого пузыря, кишечника).

- Темпы инволюции матки зависят от многих факторов. Наибольшее влияние на контрактильность матки оказывают паритет, степень растяжения во время беременности (масса плода, многоводие, многоплодие), грудное вскармливание с первых часов.
- Реальные размеры матки и скорость её инволюции можно определить при УЗИ.
- В процесс инволюции матки вовлечены мышечные клетки, межмышечная соединительная ткань и сосуды миометрия.

Шейка матки

имеет вид тонкостенного мешка с широко
зияющим наружным зевом с надорванными
краями и свисающего во влагалище.

Шеечный канал свободно пропускает в
полость матки кисть руки.

ФОРМИРОВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ:

- ⦿ Инволюция ш.м. происходит медленнее чем тела
- ⦿ Начинается с внутреннего зева: ч\з 10-12 ч. уменьшаясь до 5-6 см в d
- ⦿ через 3 суток пропускает один палец
- ⦿ Формирование шейечного канала заканчивается к 10 дню, внутренний зев закрывается полностью
- ⦿ Наружный зев смыкается к 3 неделе

ВЛАГАЛИЩЕ

- Стенки влагалища приобретают прежний тонус через 3 недели
- Слизистая влагалища становится тонкой, понижается секреция желёз (гипоэстрогения)
- Тонус мышц промежности восстанавливается к 10-12 дню

ЗАЖИВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ НАЧИНАЕТСЯ С РАСПАДА И ОТТОРЖЕНИЯ ОБРЫВКОВ ГУБЧАТОГО СЛОЯ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ, СГУСТКОВ КРОВИ.

В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3-4 ДНЕЙ ПОЛОСТЬ МАТКИ ОСТАЁТСЯ СТЕРИЛЬНОЙ. ЭТОМУ СПОСОБСТВУЕТ ФАГОЦИТОЗ И ВНЕКЛЕТОЧНЫЙ ПРОТЕОЛИЗ.

РАСПАДАЮЩИЕСЯ ЧАСТИЦЫ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ, СГУСТКИ КРОВИ И ДРУГИЕ ОТТОРГАЮЩИЕСЯ ТКАНЕВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ОБРАЗУЮТ ЛОХИИ.

Лохии (греч. Lochia — послеродовые отчищения) — послеродовые выделения (кровь, слизь, продукты распада мышечных клеток и децидуальная ткань).

В течение 6 нед выделяется около 500-1500 мл лохий, рН их нейтральный или щелочной.

В первые 2-3 дня лохии кровянистые, в их составе преобладают эритроциты (lochia rubra).

На 3-4 сут лохии принимают кровянисто-серозный вид.

В их составе преобладают лейкоциты
(*lochia serosa*).

Спустя неделю после родов в маточном отделяемом появляются слизь, децидуальные клетки и клетки плоского эпителия, а эритроциты почти исчезают
(*lochia alba*).

При физиологическом течении послеродового периода лохии имеют своеобразный прелый запах, их выделение обычно прекращается через 5-6 нед.

ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПО УЗИ

- 1-й -----
- 2-й 134*71 мм
- 3-й 124*71 мм
- 4-й 117*69 мм
- 5-й 113*66 мм
- 6-й 109*64 мм
- 7-й 106*64 мм
- 8-й 103*63 мм

- Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам.
- Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза.
- Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников.
- Мощный рефлекс реализуется при акте сосания.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

- Физиологическая кровопотеря во время родов не должна превышать 0,5% (300-400 мл) от массы тела
- Минутный объем сердца сразу же возрастает на 80%

Это связано с:

- выключением плацентарного кровотока
- возврата внесосудистой жидкости в кровотоки
- увеличением венозного возврата

МОЧЕВЫВОДЯЩАЯ СИСТЕМА (ОСОБЕННОСТИ):

- За счет длительного сдавливания мочевого пузыря головкой плода- слизистая мочевого пузыря отекает
- Сниженный тонус за счет неполного опорожнения во время беременности, в 1-е сутки может наблюдаться задержка мочи.
- Расширение мочеточников, почечных лоханок (риск)
- Восстановление морфофункциональных взаимоотношений к 6 неделе после родов

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Восстановление к 6 неделе после родов:

- сниженная моторика ЖКТ
- возвращается к исходному уровню синтез белков в печени

ОБМЕН ВЕЩЕСТВ:

- На 2-3 день снижается концентрация глюкозы - снижается потребность в инсулине у больных СД
- Снижение массы тела за счет уменьшения жидкости и электролитов, накопленных во время беременности (в среднем 4 кг в послеродовом периоде)
- Потеря жидкости в первые 7 дней - 2л, в последующие 5 недель - 1,5л

- ⦿ Экскреция жидкости происходит за счет межклеточной жидкости.
- ⦿ Также происходят различные изменения в содержании гормонов альдостерона и прогестерона.

- Маммогенез - развитие молочной железы
- Лактогенез - инициация секреции молока
- Галактопаэз—поддержание секреции молока
- Галактокинез - удаление молока из железы

ЛАКТАЦИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ДВУМЯ ПРОЦЕССАМИ:

- Секрецией молока под влиянием пролактина
- Опорожнением железы под влиянием окситоцина

НЕ СУЩЕСТВУЕТ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ
СРЕДСТВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ
ЛАКТАЦИЮ

- ⦿ Не синтезированы аналоги пролактина
- ⦿ Единственный способ запуска и сохранения лактации - сосание

- Молозиво обеспечивает физиологическую контаминацию микрофлорой матери организма ребёнка
- Молозиво обеспечивает подготовку ЖКТ ребёнка к усвоению «зрелого» молока

СОСТАВ И ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОЗИВА:

- Молозивные тельца
- Лейкоциты
- Молочные шарики
- Эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков
- Реакция - щелочная
- Молозиво богаче «зрелого» молока белками, и минералами но беднее углеводами. Количество жиров одинаковое
- Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями зрелого молока и сыворотки крови
- Постоянный состав молоко приобретает к 2-3 неделе

ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАЛЬНОГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА:

- Удовлетворительное состояние
- Нормальная температура тела
- Нормальная частота пульса, АД
- Правильная инволюция матки
- Нормальное количество и состав лохий

- Сразу после родов у роженицы может быть озноб в течении 5-10 мин.

Это связано с резким выбросом в кровь регрессивных продуктов обмена веществ в мышечных клетках, а также микроэмболией ОВ.

Температура тела может быть до субфебрильной в двух случаях:

- ⦿ при нагрузке всей мускулатуры во время родов**
- ⦿ при массивном восходящем проникновением микроорганизмов из влагалища в матку (2-3 день).**

В случае повышенной температуры в течении нескольких дней, тахикардии, изменения в анализах крови и мочи следует насторожиться.

- ⦿ В первые часы может сохраняться слабость.
- ⦿ Усталость, ощущение ссаждения растяжения вульвы и влагалища, но исчезают в первые дни послеродового периода.
- ⦿ Родильница нуждается в отдыхе, покое, глубоком сне

У многих родильниц усиленное потоотделение, следовательно- усиление жажды.

Расслабление и растяжение передней брюшной стенки ведет к гипотонии кишечника - задержка стула в первые дни послеродового периода

Длительное сдавление головкой мочевого пузыря приводит к его атонии - задержка мочи, отсутствие позывов, даже при его переполнении.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

ЦЕЛИ ПОСЛЕРОДОВОГО НАБЛЮДЕНИЯ:

- Максимально быстрое возвращение роженицы к нормальной жизни, формирование навыков исключительно грудного вскармливания
- Профилактика послеродовых осложнений
- Сохранение здоровья новорождённого и предотвращение его заболеваний

- ⦿ Нахождение в родзале после родов 2-4ч.
- ⦿ Соблюдение принципа цикличности заполнения палат
- ⦿ Активное ведение послеродового периода (раннее вставание - через 4-6ч)

- ⦿ Строго следить за соблюдением гигиены, половых органов и молочных желез.

Омывание молочных желез начиная от соска, заканчивая подмышечной впадиной.

- ⦿ Уход за промежностью, особенно со швами.
- ⦿ Обработка швов

Для профилактики генитального пролапса назначается комплекс упражнений:

- Медленное сжатие
 - Сокращения
 - Выталкивание
-
- После восстановления тонуса мышц промежности нужно начинать восстанавливать тонус мышц брюшного пресса.

Питание

Здоровая родильница возвращается к привычному для неё рациону питания.

Для восстановления тонуса кишечника :

- ◉ Продукты, богатые клетчаткой
- ◉ Кисло-молочные продукты
- ◉ Кислородные коктейли

Исключить :

- ◉ Сахар, кондит.изделия, крупы
- ◉ Облигатные аллергены (цитрусовые, шоколад, мед, грибы, ягоды, морепродукты)

ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕОБХОДИМО:

- Немедленное прикладывание ребёнка после рождения к груди матери
- Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме
- Исключение всех видов питья и кормления, кроме грудного молока
- Недопустимость применения сосок, рожков и пустышек, ослабляющих оральную моторику новорожденного
- Кормление ребёнка грудью по первому требованию, без ночных интервалов
- Максимально ранняя выписка из родильного дома

АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ:

- Употребление наркотиков и алкоголя
- Т- клеточная лейкемия
- Рак молочной железы
- Герпетическая сыпь на сосках
- Активная форма туберкулёза лёгких
- Приём химиотерапевтических средств при онкологических заболеваниях
- ВИЧ -инфекция
- Галактоземия у ребёнка

ОСОБЕННОСТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МОЛОКО ОТДЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ

- Алкоголь хорошо переходит в молоко, что может вызвать поражение ЦНС новорожденного.
- Сильно пахучие и пряные вещества могут дать молоку неприятный запах и вкус (лук, чеснок)
- Жирорастворимые вещества более легко проникают в молоко чем водорастворимые

- При благоприятном течении послеродового периода в роддоме родильницу выписывают на 4-6 сутки с рекомендациями:
 - Половой покой 1,5 мес.
 - Явка в ЖК через 1 мес
 - Грудное вскармливание
 - Личная гигиена, сцеживание

- ⦿ **Контрацепция:экслютон, чарозетте, микролют (прогестины) по 1 т х 1 р\д ежедневно без перерыва при кормлении грудью**
- ⦿ **при прекращении грудного вскармливания обратиться к гинекологу для назначения КОК**
- ⦿ **При повышении температуры тела, появлении неприятных выделений из половых путей, болях внизу живота, ухудшении общего самочувствия срочно обратиться к гинекологу!**

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

1. Кровотечение в раннем послеродовом периоде.
2. Не воспалительного характера (гипогалактия и агалактия)
3. Послеродовые инфекционные осложнения
 - ⊙ Мастит O 91
 - ⊙ Эндомиометрит N71.0
 - ⊙ Перитонит O 85
 - ⊙ Сепсис O 85
 - ⊙ Послеродовый гипопитуитаризм (синдром Шихана)

Кровотечение в раннем послеродовом периоде м\б обусловлено:

- ⊙ Гипотонией и атонией матки
- ⊙ Задержкой части последа в полости матки
- ⊙ Наследственными или приобретенными дефектами гемостаза
- ⊙ Разрывом матки и мягких тканей родовых путей.

ГИПОГАЛАКТИЯ. АГАЛАКТИЯ.

ГИПОГАЛАКТИЯ И АГАЛАКТИЯ. ПРИЧИНЫ:

- Заболевания органов внутренней секреции
- Возрастные первородящие
- Инфантилизм
- Заболевания ССС
- Поздние гестозы
- Массивные кровопотери в родах и раннем послеродовом периодах
- Травматические акушерские операции
- Послеродовые инфекции
- Трещины сосков, маститы
- Нерациональный режим и диета кормящей матери
- Физическое и психическое переутомление
- Позднее прикладывание ребёнка к груди
- Недостаточность сосательного рефлекса у новорождённого

КЛАССИФИКАЦИЯ:

ПО ЭТИОЛОГИИ:

- Первичная или ранняя, Г. встречается редко и выявляется сразу после родов; бывает обычно у первородящих инфантильных женщин при аномалиях развития молочных желёз, а также после тяжёлых токсикозов беременности истощающих заболеваний, оперативных вмешательств при родах. Иногда Г. является результатом позднего прикладывания недоношенного или больного ребёнка к груди.

- Вторичная, или поздняя, Г. связана обычно с редким, беспорядочным кормлением ребёнка грудью, плохим сцеживанием остатков молока после кормления. Причинами её могут быть также недостаточное количественное и качественное питание, переутомление, психические травмы, недостаточный сон и недостаточное пребывание на свежем воздухе.

- Профилактика: массаж молочных желёз, при втянутых и плоских сосках — их вытягивание по 4—5 раз в день через марлю; после родов — прикладывание ребёнка к груди. В последующем — кормление с равными промежутками в течение 15—20 мин в определенное время суток с обязательным 6- часовым ночным перерывом; сцеживание молока после кормления.
- Лечение: при первичной Г. — стимулирующие лактацию и общеукрепляющие препараты; при вторичной — правильный режим, рациональное питание, витаминотерапия, физио- и психотерапия.

АГАЛАКТИЯ ---- Полное отсутствие выделения
молока из груди у родивших женщин
встречается крайне редко.

СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ:

- ПРОЛАКТИН (малоэффективен)
- СУЛЬПИРИД и его аналоги (ингибиторы дофамина)
- ОКСИТОЦИН (малоэффективен)
- Электростимуляция тканей молочной железы
- Рефлексотерапия, акупунктура
- Декомпрессия молочных желёз (вакуум, давление и растяжение)

- ⦿ Активный патронаж родильницы и новорожденного в 1е сутки после выписки из род. дома
- ⦿ Первое посещение ж/к через 6-8 недель после родов

КОНТРАЦЕПЦИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ:

- Контрацепция связанная с кормлением грудью (условия: кормление не реже чем каждые 3-4 часа днём и 1 раз ночью, сохранение аменореи, возраст ребёнка менее 6 мес.)
- КОК (не ранее 2-3 недель после родов с предварительным контролем свёртываемости крови) сразу после окончания кормления грудью или через 6 мес. после родов
- Гестагены (мини - пили) - через 6 недель после родов у кормящих и через 3 недели у не кормящих
- ВМК (в первые 10мин после рождения последа или 48ч после родов - в род. доме; через 4-6 недель после родов - в ж/к
- Хирургическая стерилизация (через 1-2 дня после родов)

ТРЕЩИНЫ СОСКОВ

Трещины сосков - это мелкие разрывы на коже груди и сосках, которые появляются, как правило, у кормящих матерей.

Существует несколько причин появления трещин сосков, вот некоторые из них:

- Несоблюдение правил гигиены:
недостаточный уход за кожей сосков
- Использование в уходе за кожей груди средств, которые сушат кожу и снижают ее эластичность (например спирт, зеленка).
- Неправильное прикладывание ребенка к груди, когда во рту малыша оказывается только сосок.
- Насильственное отнятие груди, когда малыш не открыл ротик, также способствует появлению трещин на груди.
- Гиповитаминоз

ПРОФИЛАКТИКА ТРЕЩИН СОСКОВ

- Профилактику трещин сосков рекомендуется начинать еще во время беременности.
- рекомендуется носить хлопчатобумажные бюстгальтеры, которые подходят по размеру и не натирают кожу.
- После ежедневного душа рекомендуется в течение минуты осторожно массировать кожу вокруг сосков мягким махровым полотенцем и смазывать детским кремом

Основным средством профилактики образования трещин сосков является правильное прикладывание ребенка к груди. Кормящая мама должна следить за тем, чтобы ребенок правильно сосал грудь, захватывая не только сосок, но и ареолу. Когда ребенок приложен к груди правильно его подбородок касается груди, а верхняя губа практически полностью скрывает ареолу.

Не рекомендуется вынимать сосок изо рта младенца, если ребенок его не отпускает.

Для того чтобы он разжал ротик достаточно вставить в уголок рта малыша мизинец.

Также после кормления рекомендуется смазать кожу в области соска ланолиновым маслом

- ◉ *Лечение трещин сосков заключается в устранении причин появления трещин, назначения витаминов для повышения эластичности кожи и лекарств, смягчающих кожу груди.*

ЛЕЧЕНИЕ

Основные средства, применяемые в лечении трещин сосков преимущественно состоят из витамина группы В - дексапантенола, который обладает ранозаживляющим действием на кожу.

- Мазь и крем от трещин сосков Бепантен - содержит витамин группы В, который способствует быстрому заживлению трещин на коже груди. Мазь от трещин Бепантен наносят на кожу в области трещин после каждого кормления грудью.

- Спрей **Пантенол** также содержит витамин группы В. Спрей распыляют на кожу в области тещин с расстояния 10-20см после каждого кормления.
- **Корнегегель** это лекарственное средство, применяемое в лечении трещин сосков в виде геля. Гель от трещин сосков наносят на кожу после каждого кормления.
- **Ланодерм** - средство содержащее чистый Ланолин, защищают кожу от высыхания, делает ее более эластичной и прочной. Кремы содержащие ланолин наносят на кожу сосков легкими массирующими движениями после каждого кормления.

ЛАКТОСТАЗ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- застой **молока** в **протоках** молочных желез. **Молочная железа** женщины среднем состоит из 15-25 **ацинусов**, в которых синтезируется молоко. Ацинусы соединены с соском **протоками**. Если какой либо ацинус в течение нескольких дней не освобождается своей продукции или один из протоков как бы пережимается – образуется **молочная пробка**, которая препятствует выделению секрета железы во внешнюю среду. Таким образом, возникает застой молока в одной или нескольких сегментах молочной железы. Длительно сохраняющийся лактостаз заканчивается неинфицированным маститом.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- Недостаточное опорожнение молочных желез, вследствие неправильного прикладывания ребёнка, как результат не все грудные доли опорожняются
- Придерживание молочной железы при кормлении «ножницами», то есть двумя пальцами, при этом указательный палец может передавливать некоторые протоки
- Нерегулярное и недостаточное опорожнение груди
- Тесный бюстгальтер,
- сон на животе

- Кормление ребенка из бутылочки.
- Узкие протоки молочных желез
- Чрезмерная выработка грудного молока молочной железой - гиперлактация
- Обезвоживание
- Стрессы, переутомление и недосыпание
- Травмы и ушибы груди
- Переохлаждение груди.

Симптомы лактостаза

- ⦿ Болезненные ощущения в молочной железе
- ⦿ Можно прощупать уплотнения (плотные комочки) в груди в некоторых местах
- ⦿ Иногда покраснение участков кожи на молочной железе
- ⦿ После или в процессе опорожнения груди возникают болезненные ощущения, дискомфорт.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

- ◎ 2-11% лактирующих женщин

КЛАССИФИКАЦИЯ:

По характеру поражения:

-патологический лактостаз (латентная стадия мастита)

-серозный

-инфильтративный

-гнойный:

*инфильтративно - гнойный (диффузный, узловой)

*абсцедирующий - (фурункулёз ореолы, абсцесс ореолы, абсцесс в толще железы, ретромаммарный абсцесс)

*флегмонозный (гнойно-некротический)

*гангренозный

По распространению:

-интерстициальный

-паренхиматозный

-ретроммаммарный

В международной практике выделяют:

- эпидемическую форму;

- эндемическую форму

ЭТИОЛОГИЯ:

- *S. aureus* (в 60-80%)
- Реже: стрептококки групп А и В, *E. coli*, *Bacteroides spp*
- При абсцедировании наряду с золотистым стафилококком чаще выделяют анаэробную флору

ПАТОГЕНЕЗ:

- Входные ворота: трещины соска
- Возможно интраканаликулярное проникновение микрофлоры при кормлении или сцеживании молока
- Предрасполагающие факторы:
 - лактостаз
 - структурные изменения молочных желёз (мастопатия, рубцовые изменения и др.)
 - нарушение гигиены и правил грудного вскармливания

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- Локальная болезненность
- Гиперемия
- Уплотнение молочных желёз
- Повышение температуры тела
- Отделяемое из соска (серозное, гнойное)

ДИАГНОСТИКА:

- Клиническая картина
- Лабораторные методы
- Данные осмотра

КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА:

- Лихорадка, температура выше 37,8 С
- Локальная болезненность, гиперемия, уплотнение и отёк молочных желёз
- Гнойное отделяемое из соска
- Лейкоциты в молоке более 10^6 /мл
- Бактерии в молоке более 10^3 КОЕ/мл

ЛЕЧЕНИЕ:

- Немедикаментозное лечение (дополнительные сцеживания молочных желёз, компрессы)
- Медикаментозное лечение: антибактериальная терапия (пенициллиновый ряд, цефалоспорины)
- Хирургическое лечение (при абсцедировании процесса). Частота - 4-10%. Для подавления лактации используют Каберголин (0,5мг внутрь 2 раза в сутки 1-2 дня), Бромкриптин (по 2,5мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней)

ЭНДОМИОМЕТРИТ – ИНФЕКЦИОННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ И МИОМЕТРИЯ

- N71.0 Острая воспалительная болезнь матки.
- Он встречается после естественных родов в 2-5% случаев, а после КС – в 10-15%.

⦿ КЛАССИФИКАЦИЯ

- ⦿ По клиническому течению послеродовой эндомиометрит делят на лёгкую, среднюю, тяжёлую, а также классическую и стёртую формы заболевания.
- ⦿ К сожалению, диагностические критерии перечисленных клинических форм не стандартизированы.

ЭТИОЛОГИЯ

- В 80-90% наблюдений этиологическим фактором служат ассоциации аэробных и анаэробных условнопатогенных микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры половых путей у женщин: *Escherichia coli* (17-37%), *Enterococcus faecalis* (37-52%), *Bacteroides fragilis* (40-96%). Реже возбудителями служат бактерии родов *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* (*S. aureus* – 3-7%) и др.

ПАТОГЕНЕЗ

- Предпосылки для развития послеродового эндомиометрита:
 - наличие раневой поверхности в матке после отделения последа;
 - скопление в полости матки крови — питательной среды для бактерий;
 - дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей;
 - снижение иммунитета роженицы, усугублённое кровопотерей в родах;
 - снижение сократительной способности матки при отказе от исключительно грудного вскармливания.
- Немаловажную роль играют также травмы родовых путей и фрагменты последа, задержавшиеся в полости матки.
- Преобладает восходящий путь инфицирования. Источниками инфекции служат влагалище и шейка матки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание манифестирует, как правило, на 3-4-е сутки после родов.

Больные жалуются на лихорадку до 38 °С, боли в гипогастральной области, гнойные лохии с ихорозным запахом.

ДИАГНОСТИКА

Патогномоничных признаков послеродового эндомиометрита нет.

Диагноз послеродового эндомиометрита ставят на основании клинической симптоматики и лабораторных методов обследования (клинический анализ крови, бактериологическое исследование аспирата матки).

АНАМНЕЗ

Факторы риска послеродового
эндомиометрита:

- оперативное родоразрешение (КС);
- большая продолжительность родов (в том числе, продолжительность безводного промежутка более 12 ч);
- низкий социальноэкономический статус пациенток;
- заболевания, вызывающие иммуносупрессию (ВИЧ, активные формы гепатита).

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Необходимо провести влагалищное исследование и оценить состояние матки (её размеры, подвижность, болезненность, а также характер маточных выделений).

С помощью физикального обследования обнаруживают:

- болезненность и пастозность слегка увеличенной матки;
- гнойные лохии;
- гиперемированную, утолщённую, иногда обложенную налётом фибрина шейку матки;
- экссудацию из маточного зева.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Клинический анализ крови при послеродовом эндомиометрите позволяет выявить лейкоцитоз $12 \cdot 10^9 / \text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (до 10% и более незрелых форм).
- Бактериологическое исследование выделений не играет решающей роли в диагностике (нет экспрессметодов, результат исследования обычно готов к 3-4-м суткам). Для оценки динамики инфекционно-воспалительного процесса используют показатели бактериальной контаминации тканей или экссудата (при благоприятном течении она не превышает 10^5 КОЕ/мл).

В связи с тем, что адекватная иммунотерапия улучшает исход острых воспалительных процессов, в рамках обследования при острых ВЗОМТ необходимо определять иммунный статус пациенток.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- УЗИ позволяет заподозрить данное заболевание по сочетанию признаков:

- субинволюция матки;
- расширенная полость матки со множеством точечных эхопозитивных включений (пузырьки газа);
- выраженный гипоэхогенный контур полости матки (инфильтрация).

С помощью УЗИ можно обнаружить фрагменты последа (эхопозитивные наложения на стенках матки).

- Гистероскопия — точный способ диагностики ПЭ. С её помощью можно проводить и лечебные манипуляции (санация полости матки, введение антисептиков, биопсия и др.). Гистероскопические признаки ПЭ:

- расширенная полость матки со сгустками крови и налётами фибрина;
- в стенках матки множество петехиальных кровоизлияний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Дифференциальную диагностику следует проводить со всеми патологическими состояниями, сопровождающимися лихорадкой после родов.
- В большинстве случаев это послеродовые осложнения инфекционно-воспалительного характера, источником которых служит матка:пельвиоперитонит, несостоятельность швов на матке после чревосечения.
- Нельзя категорически исключать и острую хирургическую патологию – ОА, холецистит и прободную язву желудка. Развитие острого воспаления мочевыводящих путей также даёт схожую клиническую картину.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Послеродовой эндометрит — показание к экстренной госпитализации.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Основной принцип лечения – рациональная антибактериальная терапия в госпитальных условиях.
- Схемы лечения должны обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных возбудителей, прежде всего гонококков, хламидий, грамположительных кокков, неспорообразующих облигатных анаэробов, и снижение активности вирусных инфекций, необходимо учитывать возможную резистентность микроорганизмов к традиционным антибиотикам. При подборе терапии лучше ориентироваться на результаты чувствительности возбудителя к антибиотикам.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ:

- амоксициллин+клавулановая кислота (по 1,2 г внутривенно 3-4 раза в сутки);
- цефалоспорины II-III поколения [цефуросим (по 1,5 г внутривенно 3 раза в сутки) или цефтриаксон (по 2,0 г внутривенно 1 раз в сутки)] в сочетании с метронидазолом (по 500 мг внутривенно 3 раза в сутки).
- клиндамицин (по 900 мг внутривенно 3 раза в сутки) в сочетании с гентамицином (по 5-6 мг/кг на одно внутривенное или внутримышечное введение).

- Длительность терапии составляет 7-10 дней.
- Для профилактики кандидоза применяют флуконазол (150 мг однократно) в конце антибиотикотерапии, по показаниям — повторно через 3 дня.
- Для лечения трихомониаза используют метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки внутривенно струйно или капельно через каждые 8 ч).
- В комплекс лечебных мероприятий включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную и седативную терапию.
- Назначают средства, сокращающие матку, укрепляющие сосудистую стенку. Протеолитические ферменты потенцируют действие антибиотиков.
- При выраженной интоксикации проводят экстракорпоральную детоксикацию (плазмаферез), используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5% раствора глюкозы, декстранов, повидона (гемодез), белковых препаратов, общее количество переливаемой жидкости должно составлять 2,5 л.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- При наличии остатков плацентарной ткани, плодных оболочек, гемато- или лохиометре показана хирургическая санация матки (вакуум-аспирация, кюретаж).
- После тщательной санации проводят лаваж полости матки высокоэффективными антисептиками (например, полигексанидом) 2 раза в сутки в течение 2-3 сут. Для этого используют аспирационно-промывное дренирование, суть которого заключается в постоянном лаваже матки растворами антисептиков (хлоргексидин). Количество санирующей жидкости должно составлять до 3-3,5 л/сут. Лечение проводят в течение 1-3 сут.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Применяют локальную гипотермию (лёд на низ живота).
- По мере стихания воспалительного процесса обязательно используют физиотерапию для профилактики осложнений, активации иммунитета (ультрафиолетовое облучение крови, лазерное облучение крови, озонотерапия) и подавления спаечного процесса в малом тазу (диадинамотерапия, диадинамофорез йода, лечение синусоидальным модулированным током, флюктуоризация, электрофорез йода).
- Оказывая благоприятное воздействие на регионарную гемодинамику, процессы клеточного деления и рецепторную активность эндометрия, электротерапия способствует купированию клинических симптомов заболевания и восстановлению структуры тканей.

ПРОГНОЗ

- При адекватной антибиотикотерапии прогноз благоприятен.
- В ряде случаев (=2%) при неэффективном лечении возможна генерализация инфекционного процесса с развитием чрезвычайно тяжёлых осложнений — перитонита, тазовых абсцессов, тромбофлебита вен таза, сепсиса.