*План реферата:*

# **1.Изменения в организме родильницы**

1.1.Матка.

1.2 Трубы.

1.3.Связочный аппарат.

1.4.Яичники.

1.5.Влагалище, тазовое дно.

1.6.Брюшная стенка.

1.7.Молочные железы.

**2.Общее состояние родильницы.**

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

# **1.Изменения в организме родильницы**

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

**1.2. Матка.**

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

Сокращения матки происходят с убывающей силой в направлении от дна матки к нижнему ее отделу. Сократительная способность нижнего сегмента и шейки матки значительно меньше выражена, поэтому нижний отдел матки истонченный и дряблый. Влагалищная часть шейки матки свисает во влагали­ще широким раструбом, края ее истончены, часто с боковыми разрывами и поверхностными повреждениями (надрывы). Непосредственно после родов диаметр внутреннего зева равен 10—12 см; через зев в полость матки можно ввести руку. Внутренняя стенка матки после отделения плаценты и оболочек представляет собой обширную раневую поверхность; на ней местами остаются частицы децидуальной оболочки и сгустки крови; в области плацен­тарной площадки много тромбов, закупоривающих просвет сосудов. На внутренней поверхности матки имеются остатки, желез (донные отделы), из ко­торых впоследствии регенерирует эпителиальный покров матки и восстана­вливаются функционирующие железы эндометрия.

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

Остепени сокращения матки можно судить по уровню стоя­ния ее дна. В течение первых 10—12 дней после родов дно матки опускается ежедневно приблизительно на 1 см. На 1—2-й день дно матки находится на уровне пупка (в связи с повышением тонуса дно матки стоит выше, чем тот­час после родов), а при переполнении мочевою пузыря — выше пупка. Изме­рение сантиметровой лентой показывает, что на 2-й день дно матки распола­гается выше лобкового соединения на 12—15 см, на 4-й — на 9—11 см, на 6-й — на 9—10 см, на 8-й — на 7—8 см, на 10-й — на 5—6 см или на уровне лобка. К концу 6—8-й недели после родов величина матки соответствует раз­мерам небеременной матки (у кормящих даже может быть меньше). Масса матки к концу первой недели уменьшается больше чем на половину (350—400 г), а к концу послеродового периода составляет 50—60 г. Так же быстро фор­мируются внутренний зев и канав шейки матки. Если тотчас после родов внут­ренний зев был проходим для кисти руки, то через 24 ч он пропу­скает два пальца, а через 3 дня едва проходим для одного пальца. Формирование зева происходит вследствие сокращения циркулярной мускула­туры, окружающей внутреннее отверстие канала шейки матки. К 10-му дню после родов канал полностью сформирован, но наружный зев проходим еще для кончика пальца. Закрытие наружного зева завершается полностью на 3-й неделе после родов, причем он приобретает щелевидную форму. Таким обра­зом, формирование шейки матки и ее канала происходит по направлению сверху вниз.

В результате сокращения матки и круговых мышц, расположенных во­круг внутреннего зева, обозначается граница между верхним и нижним сег­ментом матки. Дно ее в первые дни послеродового периода соприкасается с внутренней поверхностью брюшной стенки, между телом и шейкой матки образуется угол, открытый кпереди (anteflexio uteri). В последующие дни дно матки нередко отклоняется кзади, чему способствуют расслабление связочно­го аппарата и лежание родильницы на спине. В первые дни после родов подвижность матки повышена, что объясняется растяжением и недостаточным то­нусом ее связочного аппарата. Матка легко смещается вверх и в стороны, особенно при переполнении мочевого пузыря и прямой кишки. Уменьшение размеров и массы матки происходит в результате ее сокращений и возни­кающих при этом морфологических изменений. Сокращающаяся мускулатура сдавливает стенки кровеносных и лимфатических сосудов; просвет сосудов суживается, многие из них закрываются и подвергаются облитерации. Возни­кающая при этом анемизация приводит к понижению питания мышечных элементов и соединительной ткани. Сложные изменения происходят в прото­плазме и ядрах мышечных волокон, многие из них подвергаются регрессу, рас­паду и резорбции. В результате исчезают гипертрофия и гиперплазия мышеч­ных элементов, возникшие во время беременности.

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

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

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

В процессе заживления внутренней поверхности матки появляются после­родовые выделения — *лохии* (от lochia — роды), представляющие собой по существу раневой секрет. Характер лохий в течение послеродового периода меняется в соответствии с происходящими процессами очищения и заживле­ния внутренней поверхности матки. В первые дни (рис. 119, а) лохии наряду с распадающимися частицами децидуальной ткани содержат значительную примесь крови; при, микроскопическом исследовании отмечается преоблада­ние эритроцитов (lochia rubra s. cruenta). С 3—4-го дня лохии приобретают характер серозно-сукровичной жидкости (lochia serosa) с преобладанием лей­коцитов*.* К 10-му дню лохии становятся светлыми, жидкими, без примеси крови (lochia alba). Постепенно уменьшается и количество лохий;

с 3-й недели они становятся скудными (содержат примесь слизи из шеечного канала). На 5—6-й неделе выделения из матки прекращаются. С первых дней послеродового периода в лохиях обнаруживаются микроорганизмы, в том

числе и кокковая флора (стафилококки, стрептококки). Среди стафилококков и стрептококков встречаются и патогенные штаммы.

Общее количество лохий в первые 8 дней послеродового периода дости­гает 500—1400 г, реакция их щелочная, запах специфический (прелый). При за­медленной инволюции матки выделение лохий затягивается, примесь крови держится дольше. При закупорке внутреннего зева сгустком крови или в ре­зультате перегиба матки может возникнуть скопление лохий в полости матки — лохиометра.

**1.2. Трубы.**

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

**1.3.Связочный аппарат.**

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

**1.4.Яичники.**

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

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

**1.5.Влагалище, тазовое дно.**

В послеродовом периоде восстанавливается то­нус стенок влагалища, сокращается его объем, исчезают отечность и гипере­мия. Заживают ссадины, трещины, разрывы, возникшие во время родов на шейке матки, стенках влагалища и на промежности.

Постепенно восстанавливается тонус мышц тазового дна. Если были разрывы, восстановление замедляется. При неправильном наложении швов архитектура тазового дна нарушается, что способствует в дальнейшем опусканию стенок влагалища и матки.

**1.6.Брюшная стенка.**

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

**1.7.Молочные железы.**

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

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

Отделение молока начинается на 2—3-й день после родов. Обычно в это время молочные железы нагрубают, становятся чувствительными. При силь­ном нагрубании бывают распирающие боли в молочных железах, отдающие в подмышечную область, где иногда прощупываются чувствительные узел­ки — набухшие рудиментарные дольки молочных желез. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздей­ствий. Процесс образования молока регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин, лютеотропный гормон) гормоном гипофиза. Этот гор­мон вызывает секрецию молока после подготовки паренхимы молочной железы в период беременности эстрогенами (развитие выводных протоков)

и прогестероном (пролиферация в альвеолах). Известное стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, влияю­щие через гипофиз. Функция молочных желез в значительной мере зависит от рефлекторных воздействий, связанных с актом сосания. Возможно, в мо­лочных железах, кроме молока, образуется вещество, которое усиливает со­кратительную способность матки и способствует ее инволюции в послеродо­вом периоде. Сокращения матки возникают также рефлекторно вследствие раздражения нервных элементов сосков при сосании груди ребенком. Рефлек­торное сокращение матки во время кормления нередко ощущается родильни­цей в виде схваток.

Молоко — белая жидкость, представляющая собой взвесь (эмульсию) мельчайших капелек жира, находящихся в сыворотке. Молоко имеет щелочную реакцию, при кипячении не свертывается. Состав его сле­дующий: вода 87—88%, белок 1,5% (альбумины, глобулины, казеин), жир 3,5—4,5%, углеводы (лактаза) около 6,5—7%, соли 0,18—0,2%. Молоко, как и молозиво, содержит витамины, ферменты и антитела.

***2.Общее состояние родильницы.***

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

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

В послеродовом периоде восстанавливается обычная возбудимость коры большого мозга, подкорковых центров и спинного мозга. Функции желез вну­тренней секреции постепенно приобретают характер, бывший до беременно­сти. Из организма выводятся гормоны, вырабатываемые в плаценте (реакции на хориальный гонадотропин становятся отрицательными к концу 1-й неде­ли), в гипофизе исчезают изменения, возникшие в связи с беременностью.

Обмен вещества первые недели послеродового периода повышает­ся, в дальнейшем становится нормальным. Основной обмен достигает обыч­ного уровня на 3—4-й неделе послеродового периода.

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

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

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

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

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

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

*Список литературы:*

* В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин, А.П. Кирющенков /Акушерство/ М., Медицина, 1986 г.
* Н.Грин, У. Стаут, Д.Тейлор /Биология 3 т./ М., Мир, 1996 г.