**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение**

**«ЧЕЛЯБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**Методическое пособие**

для студентов

**Тема: «Физиология послеродового периода**»

Челябинск

2016 г.

Обсуждено: на Утверждаю:

заседании ЦМК Зам. директора по УВР

«Акушерское дело»

………………Бадаева Н.Я. …………..Замятина О.А.

Протокол №.. от « »………2016 г. « »………. 2016 г.

Составлено в соответствии с ФГОС по специальности Акушерское дело.

Составитель: преподаватель Трифонова О.М.

**Методическое пояснение.**

Методическое пособие составлено для студентов всех специальностей: акушерское, лечебное, сестринское дело для дисциплин «Здоровый человек и его окружение. Раздел: Здоровье мужчин и женщин зрелого возраста», «Акушерство», «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии». Тема «Физиология послеродового периода» взята для изучения, так как акушерки, фельдшера и медицинские сестры должны четко представлять и знать особенности течения послеродового периода, его проявления, диагностику при развитии послеродовых акушерских осложнений. Продолжительность послеродового периода занимает 6 – 8 недель, следовательно большую его часть женщина проводит дома, вне акушерского стационара. В это время продолжаются процессы инволюции и лактации. Кроме репродуктивных органов, изменения происходят в других органах и системах. Поэтому для любого медицинского работника важно ориентироваться в нормальном течении послеродового периода, уметь осуществлять уход за родильницей, своевременно заподозрить послеродовые осложнения или предупредить их. В основном, акушерки наблюдают за родильницей в послеродовом отделении родильного дома и женской консультации. Но и фельдшер, и медицинская сестра могут осуществлять наблюдение и уход за женщиной после родов, консультирование родильницы по вопросам питания, гигиены, контрацепции, грудного вскармливания.

Методическое пособие рекомендуется использовать студентам для самоподготовки по данной дисциплине, для углубления знаний по физиологическому акушерству, для закрепления материала, полученного на теоретическом занятии. Методическое пособие может быть использовано преподавателями для проведения теоретического или практического занятия по данной теме.

**Тема: «Физиология послеродового периода».**

*Содержание учебного материала.*

1.Определение послеродового периода.

2.Механизмы, обуславливающие послеродовые изменения.

3.Инволюция репродуктивной системы.

4.Лактация.

5.Изменения, происходящие в других системах.

6.Ведение и уход после родов.

7.Гимнастика в послеродовом периоде.

8.Гигиена, питание родильницы.

9.Послеродовая контрацепция.

**Цели.**

*Учебная (дидактическая) цель:*

-Повторение и закрепление учебного материала, полученного на теоретических занятиях.

-Приобретение дополнительных знаний по теме.

*Развивающая цель:*

-Развитие памяти, познавательного и профессионального интереса к теме.

-Формирование профессионального взгляда на течение послеродового периода.

*Воспитательная цель:*

-Воспитание тактичного, доброжелательного, внимательного отношения к родильницам.

*По данной теме вы должны знать:*

* Изменения в организме родильницы
* Значение грудного вскармливания для матери и ребенка
* Роль медицинского работника в решении проблем, возникающих у родильницы после родов
* Роль мужа, семьи в исходе родов, течение послеродового периода, лактации
* Послеродовую контрацепцию.

*По данной теме вы должны уметь:*

* Определить проблемы родильницы
* Провести беседы: «Гигиена и диететика послеродового периода», «Контрацепция после родов».

*При изучении материала строго следуйте рекомендациям преподавателя.*

*Перед изучением материала повторите следующие понятия:*

1.Физиологические роды.

2.Своевременные и преждевременные роды.

3.Периоды родов.

4.Родовые силы.

5.Изменения в организме женщины при беременности.

*Приступайте к изучению учебного материала.*

**Послеродовым, или пуэрперальным, периодом** называется период, в течение которого у родильницы заканчивается обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью и родами. Обычно этот период, с учетом индивидуальных особенностей течения беременности и родов, продолжается от 6 до 8 недель. Исключением являются молочные железы, лактогенная и гормональная функции которых достигают в течение первых нескольких дней своего максимального развития. Инволюция всех органов и систем в послеродовом периоде в основном определяется гормональными изменениями после родов.

Эндокринные изменения в послеродовом периоде характеризуются резким понижением уровня плацентарных гормонов непосредственно после изгнания последа и прогрессивной активностью функции желез внутренней секреции, находящихся под влиянием этих гормонов. В яичниках в конце беременности имеются большие созревающие фолликулы, однако овуляции не происходит. Возобновление гипоталамо-гипофизарно-яичниковой цикличности с восстановлением менструальной функции колеблется в широких пределах и связано в основном с лактацией. Интервал между родоразрешением и овуляцией составляет примерно 49 дней(7 недель) у не кормящих и 112 дней(16 недель) - у кормящих родильниц, у которых в 40-50% случаев могут быть овуляторные циклы.

Уровень сывороточного пролактина непосредственно после родов обычно высокий. Спустя 48 часов он резко понижается даже у кормящих грудью, затем постепенно повышаясь к концу второй недели и сохраняясь в течение всего периода лактации на высоком уровне. Высокий уровень пролактина во время лактации сочетается с высокими значениями ФСГ, низкими концентрациями ЛГ и экстрадиола (высокие дозы эстрогенов блокируют лакгогенную активность пролактина и окситоцина). Прогестерон, выделяющийся в минимальных количествах, действует как антиэстрогенный фактор, способствует улучшению лактообразования.

В обратном развитии всех систем организма, измененных во время беременности, большую роль имеет инсулин, тиреоидные гормоны, глюкокортикоиды, минералокортикоиды, которые преимущественно влияют на общие процессы обмена веществ, включая процессы лактации.

Наиболее изученными механизмами гормональной регуляции являются те, которые связаны с послеродовой лактацией. Для начала лактации требуется воздействие на молочную железу эстрогенов, прогестерона, плацентарного лактогена, высокий уровень пролактина (ПРЛ), что зависит от функциональной активности фетоплацентарного комплекса и гипоталамо-гипофизарной системы матери во время беременности. Снижение после родов содержания эстрогенов и прогестерона обусловливает начало лактогенеза.

Секреция молока регулируется гипоталамо-гипофизарной системой и состоит из 2-х взаимосвязанных процессов: молокообразования и его выделения. Основными гормонами, ответственными за установление и поддержание лактации являются пролактин и окситоцин. Раздражение соска молочной железы сопровождается выбросом пролактина и окситоцина. Именно поэтому прикладывание новорожденного к груди в течение первого часа после рождения положительно влияет на становление лактации и сокращение матки. После установления лактации уровень пролактина с 6-10 суток послеродового периода постепенно снижается к 3-4-му, а иногда к 6-12-му месяцам, приближаясь к уровню у не кормящих менструирующих женщин. Лактация в этот период регулируется пролактином, концентрация которого стимулируется кормлением, превышая в 2 раза исходный (базальный) уровень. Женщины, часто прикладывающие ребенка к груди, имеют в крови высокую концентрацию пролактина; у них более выраженная и длительная лактация и более продолжительный период бесплодия, связанный с отсутствием овуляции. В механизме молокообразования наибольшее значение имеют не столько конституциональные особенности родильницы, сколько активность и полнота опорожнения молочной железы в результате кормления или сцеживания, влияющие рефлекторно на концентрацию пролактина. Для лактогенеза не обязательно, чтобы беременность заканчивалась в физиологические сроки родов. Если она прерывается досрочно, то лактация начинается и развивается также интенсивно.

*Итак, послеродовым (пуэрперальным) периодом* называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток. Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как *ранний послеродовой период*. По истечении этого времени начинается *поздний послеродовой период*.

**Инволюция репродуктивной системы.**

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, несколько сплющенную в передне-заднем направлении. Ее дно находится на 12-15 см выше лона. Толщина стенок матки наибольшая в области дна (4-5 см). Постепенно уменьшаясь по направлению к шейке матки, наружный зев которой достигает 0,5 см. В полости матки находится небольшое количество сгустков крови. Поперечный размер матки составляет 12-13 см, длина полости от наружного зева до дна - 15-18 см, масса около 1000 г. Шеечный канал свободно проходим для кисти руки акушера (10 см). Вследствие быстрого уменьшения объема матки, стенки полости имеют складчатый характер, которые в дальнейшем разглаживаются. Матка сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. На остальной поверхности полости матки имеются части децидуальной оболочки, остатки желез, из которых впоследствии восстанавливается эндометрий. Сохраняются периодические сократительные движения маточной мускулатуры, преимущественно в области дна.

В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, состояния связочного аппарата, функции соседних органов. Поэтому переполненный мочевой пузырь может значительно поднимать матку вверх. В то же время при надавливании на дно матки при опорожненном мочевом пузыре можно опустить ее шейку до половой цели.

В течение первой недели за счет инволюции матки вес ее снижается до 500 г, к концу второй недели - до 350 г, третьей - до 250 г, к концу послеродового периода матка весит, как и вне беременности, - 50 г. Уменьшение в послеродовом периоде массы матки происходит за счет постоянного тонического сокращения мышечных волокон, что способствует снижению кровоснабжения миометрия и как следствие - его гипотрофии и даже атрофии отдельных волокон. Большая часть сосудов облитерируется.

О степени инволюции матки можно судить по уровню высоты стояния ее дна (ВСДМ). В первые сутки послеродового периода дно матки находится почти на уровне пупка. В течение первых 10-12 суток после родов дно матки опускается ежедневно приблизительно на 1, 5-2 см, скрываясь в течение этого периода за лоном в полости малого таза. На второй день дно матки находится на 15- 16 см выше лона, на третий - на 14-15 см, на четвертый - на 12-14 см. На пятый день дно матки пальпируется на 10-12 см выше лонного сочленения, на шестой - на 8-10 см, на седьмой - на 6-8 см, на восьмой - на 4-6 см, на девятый - на 2-4 см, на десятый - на 2 см выше или на уровне лонного сочленения. Определить ВСДМ можно в поперечных пальцах (1 палец соответствует 1,5- 2 см). Например, на третий день высота дна матки находится на 2 пальца ниже пупка, на четвертый - на 3 пальца, на пятый – располагается на середине между пупком и лоном, на седьмой – восьмой день - на 2 или 3 пальца выше верхнего края лона, на десятый - на уровне лонного сочленения. Через переднюю брюшную стенку матка теперь не определяется.

Степень инволюции шейки матки происходит несколько медленнее, чем тела. Через 10-12 часов после родов начинает сокращаться внутренний зев, сокращаясь до 5-6 см в диаметре. Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 суток внутренний зев пропускает один палец. Наружный зев за счет тонкой мышечной стенки остается почти прежним. Канал шейки матки в связи с этим имеет воронкообразную форму. Через сутки канал суживается до 4 см, а на третий день - до 2 см. Формирование шеечного канала заканчивается к 10 дню, внутренний зев закрывается к концу первой недели. Формирование наружного зева происходит медленнее, поэтому окончательное формирование шейки матки происходит к концу 2-3 недель послеродового периода. Первоначальная форма наружного зева не восстанавливается вследствие происходящего перерастяжения и надрывов в боковых отделах во время родов. Маточный зев имеет вид поперечной щели, шейка матки имеет цилиндрическую форму, а не коническую, как до родов.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии (раневой секрет). Эпителизация внутренней поверхности матки заканчивается к концу первой недели, за исключением плацентарной площадки, заживление которой происходит к концу 6-8 неделям. Остатки децидуальной оболочки и сгустки крови в послеродовом периоде с 4 по 10 дни под действиемпротеолитических ферментов отторгаются и расплавляются. Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки. Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов.

Отделяемое из матки (lochia - роды) в различные дни послеродового периода имеет различный характер. В первые 2-3 дня после родов - это кровяные ( lochia rubra ), с 3-4 дня до конца первой недели лохии приобретают коричневатый оттенок (lochia fusca), затем желтовато-белый цвет с большой примесью лейкоцитов (lochia alba), а с 10-го дня лохии становятся светлыми, водянистыми, скудными ( lochia serosa), к которым постепенно (с 3-й недели) примешивается слизь из шеечного канала. На 5-6-й неделе выделения из матки прекращаются. Общее количество лохий в первые 7-8 дней послеродового периода достигает 500-1500 г, реакция их щелочная, имеют специфический (прелый) запах. Если по каким-либо причинам происходит задержка лохий в полости матки, то образуется лохиометра. При присоединении инфекции может развиться воспалительный процесс - эндометрит.

Маточные трубы в течение первых двух недель освобождаются от избыточного кровенаполнения и отека и приобретают исходный до беременности вид.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Даже в конце беременности в яичниках можно обнаружить большие созревающие фолликулы. Однако овуляции не происходит, так как тормозящее действие на гипоталамо-гипофизарную систему оказывают гормоны фетоплацентарного комплекса. После родов тормозящее нейрогуморальное влияние оказывает функция молочных желез. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У не кормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит и желтое тело не образуется. Однако возможно наступление овуляции, а следовательно, и беременности в течение первых месяцев после родов.

Просвет влагалища у первородящих, как правило, к своему первоначальному состоянию не возвращается. Оно остается шире, складки на стенках выражены слабее. В первые недели послеродового периода объем влагалища сокращается, исчезает отечность, гиперемия, ссадины. От девственной плевы остаются миртовидные сосочки.

Связочный аппарат восстанавливается в основном к концу 3-й недели. Мышцы промежности, если они не травмированы, восстанавливают свою функцию уже в первые дни и приобретают обычный тонус к 10-12 дню послеродового периода. Мышцы передней брюшной стенки постепенно восстанавливают свой тонус к 6-й неделе послеродового периода.

К концу послеродового периода исчезает пигментация на лице, по белой линии живота, на сосках и околососковых кружках. Акромегалия (увеличение носа, ушей, губ, кистей рук, стоп) проходит через 1-2 недели после родов.

**Послеродовая лактация.**

Со стороны молочных желез в послеродовом периоде наблюдается 4 стадии их развития 1) маммогенез (развитие молочной железы); 2) лактогенез (инициация секреции молока); 3) галактопоэз (поддержание установленной секреции молока); 4) галактокинез (удаление молока из железы). Кровоток молочной железы значительно увеличивается в течение беременности и в дальнейшем в течение лактации.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к *нагрубанию* молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. 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, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком. Грудное молоко является наилучшим видом пищи для ребенка первогогода жизни.

Увеличение продукции молока, обычно, достигается путем увеличения частоты кормления, включая кормление в ночное время, а в случае недостаточной сосательной активности новорожденного, использованием сцеживания после каждого кормления до полного опорожнения молочной железы. Часто полезным оказывается уменьшение стрессовых воздействий, возбуждения, которые нарушают рефлекс молокоотделения. Имеются данные о снижении лактации укурящих женщин, так как никотин снижает количество пролактина, высвобождаемое в ответ на сосательные стимулы.

Состав молозива, переходного и зрелого грудного молока в различные сроки лактации (в %)



Количество и соотношение основных ингридиентов, входящих в состав женского молока, обеспечивает оптимальные условия для их переваривания и всасывания в желудочно-кишечном тракте ребенка.

Белки женского молока — легкоусвояемые сывороточные белки под названием альбумины и глобулины. Более грубый белок, казеин, появляется только с 4-5-го дня, и его будет гораздо меньше сывороточных — в пропорции 20 : 80. Белки створаживаются в желудке ребенка в виде рыхлого сгустка с большой поверхностью, легкодоступной действию пищеварительных соков.

Жиры грудного молока усваиваются на 90-95 %. Это очень тонкая эмульсия, состоящая из мельчайших жировых шариков. Специальный расщепляющий их фермент, липаза, — тоже составная часть материнского молока. В жирах высока концентрация жирорастворимых витаминов А и Е, необходимых для нормального роста и развития детского организма. Содержание жира меняется в течение дня, возрастая к вечеру. Первые порции молока вмещают меньше жира, а последние (так называемое «заднее» молоко) — больше, что также соответствует потребностям ребенка.

Углеводы женского молока — в основном молочный сахар лактоза. У лактозы бифидогенные свойства — они стимулирует рост в кишечнике новорожденного полезной микрофлоры бифидум-бактерий. Большая часть лактозы расщепляется в тонком кишечнике, но небольшое количество попадает в толстый кишечник, где под влиянием бифидум-бактерий преобразуется в молочную кислоту, а она в свою очередь подавляет болезнетворные бактерии и защищает организм.

Состав минеральных веществ в грудном молоке оптимален для роста и развития ребенка. Кальций и фосфор находятся в легкоусвояемой форме и в идеальном соотношении (2 : 1). Все минеральные вещества усваиваются из материнского молока идеально. Витамины в женском молоке полностью удовлетворяют требования детского организма.

Защитные факторы (специальные иммунологически активные вещества и клеточные элементы) — тоже уникальное свойство женского молока. В нем есть вещество лизоцим, уничтожающее вредные микробы во рту и в кишечнике малыша. Вдобавок, лизоцим женского молока в 100 раз активнее, чем лизоцим коровьего.

Различие между женским и коровьем молоком (наиболее часто используемым для кормления ребенка при отсутствии грудного молока) весьма существенно. Белки женского молока относятся к идеальным, биологическая ценность которых равна 100%. В состав грудного молока входят белковые фракции, идентичные сыворотке крови. В белках женского молока содержится значительно больше альбуминов, в то время как в коровьем молоке больше казеиногена. Отношение альбумин-казеиноген в женском молоке составляет 2/3, а в коровьем 1/4. Кроме того, молекула казеина женского молока меньше (30 нм), чем коровьего (102 нм). В грудном молоке в 6-7 раз больше, чем в коровьем молоке присутствуют иммуноглобулины.

Состав человеческого молока изменяется в зависимости от стадии лактации, времени дня, в течение каждого приема пищи и даже отличается в каждой молочной железе. Поэтому трудно определить истинные количества компонентов человеческого молока. Различия в содержании жира наиболее значительны. Концентрация жира стабильно повышается к концу каждого кормления и имеет значительные суточные колебания с наименьшей концентрацией около 6 ч. утра и наибольшей в 10 ч. утра. Эти различия могут достигать 15-30 г/л. Концентрация жира человеческого молока возрастает с увеличением периода лактации до 84 дня послеродового периода, покрывая повышенные калоражные требования растущего ребенка. Поступление жира в состав пищевого рациона женщины так же влияет на содержание жира в молоке. Так до 30% жирных кислот молока имеют источниками жир, потребляемый с пищей матерью.

Период лактации влияет на содержание белка, карбогидратов, минералов. Изначально концентрация белка и солей высокие, но их уровни снижаются на 10-25% в течение 1-ой недели с момента установления секреции молока и затем снижаются более медленно с увеличением периода лактации. Влияние пищевых белков на содержание белков в молоке ограничено. Поступление протеинов с пищей скорее влияет на общее количество продуцируемого молока, чем на содержание в нем белка. Концентрация лактозы быстро увеличивается в течение 1-ой недели с последующим замедлением скорости секреции и составляет всреднем от 57-70 г/л к концу 1-го месяца до 79 г/л к концу 6 месяцев.

После преждевременных родов концентрация белка и небелкового азота в молоке выше, а концентрация лактозы ниже, чем у женщин, родивших в срок. Это различие сохраняется в течение 3-5 недель. Потребность в белке преждевременно рожденного ребенка выше, чем доношенного и, следовательно, материнское молоко лучше обеспечивает его потребности, чем сцеженное зрелое молоко. Молоко при преждевременных родах содержит более высокие концентрации необходимых длинноцепочечных и полиненасыщенных жирных кислот, чем в молоке при родах в срок. Эти количества достаточны для поддержания роста мозга у преждевременно рожденных детей. Молоко после преждевременных родов и зрелое молоко содержат высокие концентрации небелкового азота, включая все необходимые аминокислоты. "Преждевременное" молоко так же содержит таурин, глицин, лейцин, дистеин, которые абсолютно необходимы для недоношенного ребенка.

Молочные железы являются также частью иммунологической системы, специфически адаптированной для обеспечения иммунологической защиты новорожденного против инфекций желудочно-кишечного и респираторного тракта. Основное количество клеточного состава молока, около 70-80%, составляют моноциты, которые дифференцируются в макрофаги. Общее количество лейкоцитов в молоке в первые дни лактации составляет около 1-2 миллионов в I мл. Затем их концентрация снижается, но вследствие увеличивающегося объема молока их общее количество остается таким же. Таким образом, человеческое молоко предотвращает развитие воспаления кишечника и респираторного тракта. Экспериментальные и клинические данные подтверждают роль иммунологических факторов молозива и молока в предупреждении так же аллергических заболеваний.

**Функция щитовидной железы.**

В период беременности объем железы увеличивается примерно на 30% и возвращается к нормальным размерам в течение 12 недель послеродового периода. Тиреоидные гормоны Т4 и ТЗ, концентрации которых увеличивается в период беременности, возвращаются к нормальному уровню в течение 4 недель после родов. В настоящее время установлено, что в течение послеродового периода женщина подвергается высокому риску развития аутоиммунного тиреоидита.

 **Изменения сердечно-сосудистой системы и системы крови.**

После родоразрешения объем плазмы уменьшается примерно на 1000 мл. К третьему дню послеродового периода объем плазмы увеличивается на 900-1200 мл, вследствие перехода внеклеточной жидкости в сосудистое русло. Общий объем крови к 3-ему дню снижается на 16% по отношению к дородовому объему. Происходящие изменения объема крови не зависят от метода родоразрешения, но у женщин, родивших через естественные родовые пути, как правило, отмечается повышение гематокрита на 5%, а после кесарева сечения снижается на 6%, что определяется величиной кровопотери. К 8-ой неделе послеродового периода количество эритроцитов возвращается к нормальному, характерному для небеременных.

ЧСС, ударный объем и сердечный выброс увеличивается в период беременности. Сразу после родов эти параметры остаются повышенными и, в некоторых случаях, даже еще более высокими в течение первого часа. К 8-10 неделе послеродового периода определяются исходные значения сердечного выброса. Во время родов и в период 1 дня послеродового периода наблюдается транзиторное повышение систолического и диастолического давления примерно на 5%, затем оно нормализуется.

Количество тромбоцитов увеличивается в течение 2 недель после родов. Фибринолитическая активность увеличивается в первые 1-4 дня послеродового периода и возвращается к нормальному уровню в течение 1-ой недели. Концентрация фибриногена постепенно уменьшается в течение 2 недель. Изменения гемостаза в сочетании с травматизацией сосудов и малоподвижностью представляют высокий риск развития тромбоэмболических осложнений в послеродовом периоде, особенно после оперативного родоразрешения.

 **Функция почек.**

Сразу после родов наблюдается гипотония мочевого пузыря и снижение его вместимости. Функция мочевого пузыря не зависит от веса ребенка и проведения эпизиотомии. Однако, длительные роды и применение эпидуральной анестезии временно снижает функцию мочевого пузыря после родов. Иногда в течение первых дней после родов имеютсятрудности рефлекторного характера с мочеиспусканием.

Клубочковая фильтрация, увеличенная на 50% с ранних сроков беременности и сохраняющаяся на том же уровне до родоразрешения, возвращается к нормальным параметрам к 8 неделе послеродового периода. Клиренс эндогенного креатинина, увеличенный при беременности, так же к 8 неделе возвращается к нормальное уровню. Почечный кровоток, повышающийся на 25% в ранние сроки гестации, постепенно снижается к 3-ему триместру и продолжает снижаться ниже границ нормы в течение послеродового периода. Нормальный же уровень окончательно устанавливается в среднем через 10 – 12 месяцев после родов. Причины длительной регрессии почечного кровотока неизвестны. Почечный плазмоток снижается к 5 дню послеродового периода, в то время как другие параметры функции почек остаются повышенными.

**Функция органов пищеварения.**

Аппетит у родильниц обычно хороший. Самостоятельный стул появляется на третьи сутки после родов. Вследствие некоторой гипотонии гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта могут наблюдаться запоры, которые исчезают при рациональном питании и активном образе жизни. Появляющиеся нередко после родов геморроидальные узлы, если они не ущемляются, мало беспокоят родильниц.

**Ведение послеродового периода.**

Основной задачей ведения послеродового периода является профилактика гнойно-септических заболеваний у родильницы и новорожденного. В связи с этим при организации ухода за родильницей особенно важное значение имеет соблюдение правил асептики и антисептики. Проникновение инфекции в половые пути и молочные железы представляют большую опасность для здоровья родильницы и новорожденного. Поэтому перед заполнением отделения палаты и мебель тщательно моют дезинфицирующим раствором, матрацы, подушки и одеяла подвергают обработке в дезинфекционной камере. Помещения проветриваются и облучаются бактерицидными лампами. Кровати застилают чистым бельем. Все инструменты, материалы и предметы ухода также должны быть стерильными, предпочтительнее одноразового использования.

Первые 2 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер, акушерка внимательно следят за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производит осмотр тканей мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а *максимальная* физиологическая - не более 0,5% от массы тела родильницы.

Спустя 2 часа родильницу на каталке перевозят в физиологическое послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов, являются физиологическими, поэтому ее следует считать здоровой женщиной. Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности в матке на месте плацентарной площадки, снижением защитных сил матери. Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. Этот принцип состоит в том, что в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних и тех же суток. Соблюдение *цикличности* облегчается наличием небольших палат (2-3 местных), а также правильностью их профиля, т.е. выделением палат для родильниц, которые по состоянию здоровья вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы. При возможности следует отдавать предпочтение *совместному пребыванию матери и ребенка*. Такое пребывание значительно снизило частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний детей. Мать активно участвует в уходе за новорожденным ребенком, что ограничивает контакт ребенка с персоналом акушерского отделения, создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери, снижает возможность инфицирования новорожденного госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов. При таком режиме в любое время после родов новорожденный ребенок при удовлетворительном состоянии может быть приложен к груди матери. Туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра отделения и мать. Медицинская сестра обучает последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребенка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 8-12 часов) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка (медицинская сестра). Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие *нагрубания*. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. По консистенции матка должна быть плотной и безболезненной. Перед измерением высоты стояния дна матки сантиметровой лентой мочевой пузырь должен быть опорожнен. У кормящих грудью родильниц инволюция матки происходит быстрее, чем у не кормящих. При болезненных схватках могут быть назначены болеутоляющие и спазмолитические средства.

Оценивают характер и количество *лохий*. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозно-сукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются. Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Со второго дня родильницам назначают гимнастические упражнения, повышающие тонус организма, улучшающие функцию органов кровообращения, дыхания, кишечника, мочевого пузыря и способствующие инволюции матки. С третьего дня можно принимать душ.

Физиологический послеродовый период характеризуется хорошим общим состоянием женщины, нормальной температурой, частотой пульса и артериальным давлением, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и качеством лохий, достаточной лактацией. В послеродовом периоде может быть задержка мочеиспускания (атония мочевого пузыря), стула, выделений из матки *(лохиометра)*, замедленное обратное развитие матки *(субинволюция)*, нагрубание молочных желез (*лактостаз)*, трещины и ссадины сосков, инфекционные заболевания и осложнения. Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены. Палаты в послеродовом отделении должны быть просторными. На каждую койку положено не менее 7,5 кв.м площади. В палатах не менее двух раз в сутки проводят влажную уборку и проветривание, ультрафиолетовое облучение палат проводят 6 раз в сутки. После выписки родильниц палату тщательно убирают (мытье и дезинфицирование стен, пола и мебели). Кровати и клеенки также моют и дезинфицируют. После уборки стены облучают ртутно-кварцевыми лампами. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции. Ежедневно родильницы принимают душ, им производят смену стерильных рубашек. Через 3 суток производят смену постельного белья. Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом. При наличии швов на промежности производят их обработку раствором кожного антисептика 2 - 3 раза в сутки. Перед кормлением родильница должна вымыть руки с мылом, обмыть молочные железы теплой водой с мылом или без мыла, желательно надеть на голову косынку, маску, положить на колени стерильную пеленку, на которой находится новорожденный во время кормления. Все процедуры по уходу за молочными железами направлены на профилактику мастита. Рекомендуется обмывать их теплой водой с мылом не менее 2-х раз в сутки, начиная от соска и заканчивая подмышечной впадиной, просушивать стерильным полотенцем. После кормления необходимо остатки молока сцедить до полного опорожнения для исключения застоя молока (это способствует улучшению лактации и является профилактикой нагрубания желез и инфицирования). Соски после каждого кормления и сцеживания обрабатывают грудным молоком. Начиная с 3-х суток родильница может пользоваться бюстгалтером для предупреждения чрезмерного нагрубания молочных желез. При появлении значительного нагрубания, что бывает нередко на 3-4 сутки после родов, ограничивают питье, назначают слабительные и диуретические средства. Первое прикладывание к груди здоровой родильнице здорового ребенка рекомендуется в первый час после родов. В последующем кормление проводится не менее 6 раз в сутки.

Совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное (по требованию ребенка) вскармливание способствуют быстрой адаптации обоих в послеродовом периоде и ранней выписке из стационара. Выписку родильниц из стационара при неосложненном течении послеродового периода производят на 5-6 сутки. Возможна более ранняя выписка на 2 – 4 сутки. Через 7 – 10 дней после выписки из родильного дома необходимо посетить женскую консультацию. Половая жизнь исключается в течение 6 – 8 недель после родов, а затем рекомендуется послеродовая конрацепция. Важное значение в течение послеродового периода имеют гимнастика, гигиена и питание.

**Послеродовая восстановительная гимнастика.**

Гимнастика в послеродовом периоде действительно хорошо помогает процессу восстановления. Важно только соблюдать темпы увеличения нагрузки и разнообразность упражнений. Одинаковые упражнения и утомительные тренировки, напротив, могут вызвать реакцию, противоположную ожидаемой.

Ниже описаны четыре комплекса упражнений восстановительной гимнастики, при выполнении которых рекомендуется следовать дополнительным указаниям:

Все указанные упражнения сохраняют актуальность в течение всего послеродового периода, их можно и желательно делать в течение 10-12 недель. Лучше всего начать заниматься уже в первые дни после родов. Упражнения нужно выполнять регулярно, несколько раз в день, лежа на плоской поверхности. Движения выполнять медленно, не концентрируясь, плавно. Помещение должно быть хорошо проветрено, оптимальной считается температура 18-20 градусов. Заниматься необходимо в удобной, нестесняющей движения одежде. Не забудьте перед тренировкой посетить туалет. Тренироваться лучше после кормления. Поднимайтесь из положения «лежа» всегда поворотом через сторону.

Лежать большую часть времени лучше на животе, тем самым поддерживая инволюцию матки и уменьшение послеродовых выделений. Раннее вставание после родов и ходьба поддерживают восстановительные процессы.

*1-й комплекс упражнений*

Упражнения для профилактики тромбозов. Можно приступать к занятиям в первый день после родов.

Исходная позиция: лежа на спине, обе ноги согнуты в коленях. Выпрямляем ноги так, чтобы колени своими боковыми частями не отрывались друг от друга. 10 раз медленно и сильно сжимаем пальцы ног («втянуть коготки») и опять отпускаем. Выпрямим одну ногу. 10 раз медленно и сильно потянем носок на себя, а затем обратно. Поменяли ногу. Сделаем предыдущие упражнения обеими ногами, не поднимая их, а просто вытянувшись на спине.

Дополнение: Если у вас во время беременности было варикозное расширение вен или боли в ногах, воспользуйтесь специальными эластичными гетрами или чулками.

*2-й комплекс упражнений*

При выполнении этих упражнений необходимо дышать низом живота. Приступать к занятиям можно в первый день после родов.

Исходная позиция: лежа на спине, обе ноги согнуты в коленях. Руки положены на низ живота.

Медленно вдыхаем носом, и затем так же медленно выдыхаете ртом на «хааааа». Живот во время вдоха поднимается, затем во время выдоха слегка помогаем ему руками, ведя ладони по направлению от лобковой кости к пупку. Не давим, а просто протягиваем руками понизу живота.

Затем повернемся на бок. Голова, грудная клетка и таз лежат на одной линии (можно воспользоваться маленькой подушечкой или валиком под шею), колени слегка согнуты. Верхняя рука лежит на нижней части живота. И опять повторяем дыхательные упражнения животом, протягивая рукой при выдохе по направлению от лобковой кости к пупку.

Затем перевернулись на живот. Положим под нижнюю часть живота маленькую плотную подушечку. Важно, чтобы давление на грудь было минимальным или вообще отсутствовало. Дышим низом живота. И опять при выдохе (на «хаа», «пфф» или «пух») снова совершаем движение тазом вперед.

*3-й комплекс упражнений*

Основная нагрузка этих упражнений направлена на мышцы промежности и дна таза, поэтому при выполнении упражнений соблюдать осторожность, либо перейти к более легкому комплексу.

Одной их функций мускулатуры дна таза является поддержка внутренних органов: матки, мочевого пузыря, кишечника. Во время родов сильно растягиваются «удерживающие» мышцы уретры, входа во влагалище и прямой кишки. Сфинктеры слабеют и начинаются проблемы с контролем над мочеиспусканием и дефекацией. Если во время родов была проведена эпизиотомия, то желательно этот комплекс упражнений не выполнять до заживления шва, потому что нагрузка может оказаться очень сильной. В этом случае желательно выполнять комплекс «мягких» упражнений, лежа на животе.

Лежа на кровати или сидя в кресле пробуем поочередно напрягать мышцы влагалища и ануса, как бы «моргая». Поначалу может создаться впечатление, что поочередное сокращение невозможно, но это не так. Скоро у вас получится разделять напряжение мышц. Как только научимся разделять «моргание», попробуем мышцами провести «волну» от ануса к лобковой кости. Это упражнение также является помощником в лечении и профилактике геморроя. И во время выполнения упражнений нужно обязательно следить за мышцами рта. Язык, небо, губы должны быть расслаблены. Это вам поможет в ответ расслабить промежность и сделать дыхание мягким.

Следующее упражнение лучше делать полусидя или сидя. Пытаемся медленно, напряжением мышц промежности и таза, пропустить волну снизу вверх, через лобковую кость до пупка, совершая медленное движение тазом вперед. Медленно вверх, а потом спокойно обратно. При этом нужно дышать ровно, не задерживая вдохи и выдохи. Не старайтесь дать своим мышцам увеличенную нагрузку. Упражнения должны выполняться легко, как бы играючи.

*4-й комплекс упражнений*

В нем контроль за дыханием и нагрузка на дно таза дополняются тренировками мышц живота. Обратите внимания — все упражнения делаются на выдохе и мягком напряжении мышц таза.

Исходное положение: лежа на боку, голова, грудная клетка и таз лежат на одной линии. Колени согнуты. Одна рука согнута в локте и лежит под головой. Второй рукой упираемся в кровать на уровне пупка. Ладонь лучше всего сжать в кулак. На выдохе чуть-чуть приподнимаем таз, упираясь на кулак. Повторить несколько раз, затем это упражнение сделать лежа на другом боку.

Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Носочки подтянуты вверх. Во время выдоха начинаем тянуться носками к себе, приподнимая обе руки поочередно к правой или левой стороне. Поднимать грудь, или отрывать пятки от плоскости не нужно.

Исходное положение: стоя на четвереньках (упражнение можно так же выполнять в кровати). Голова, верхняя часть туловища и таз находятся на одной линии. Колени расставлены на небольшое расстояние. Во время выдоха втягиваем живот, и усиливаем напряжение тем, что слегка приподнимаем левое колено и правую ладонь. Затем поменяли «диагональ» (приподнимаем уже правое колено и левую ладонь). Далее стоя на четвереньках, стопы плоско лежат, на выдохе стараемся как можно больше выпрямить колени, не сгибая спину, стараясь сохранить ее возможно прямой. Основная масса тела при этом упражнении будет давить на ладони и тыльную сторону стопы.

Исходное положение: лежа на боку, колени согнуты. Верхняя рука лежит спокойно вдоль тела, нижняя создает упор на плоскости. Во время выдоха подтягиваем живот, и приподнимаем туловище. Затем упражнение повторяем на другой стороне. Обратите внимание — с одной стороны живот будет выпирать больше, чем с другой, это нормальная ситуация (зависит от внутриутробного положения ребенка). На той стороне, где «свисание» больше — упражнение стоит выполнять чаще.

Теперь упражнение на стабилизацию мышц живота и спины. Исходное положение: стать лицом к стене, ноги расставлены и слегка согнуты в коленях. Руки упираются в стену полными ладонями, локти также прижаты к стене. Во время выдоха мысленно перемещаем оба локтя к пупку. Потом изменяем упражнение: опять мысленно двигаем правым локтем и левым коленом друг к другу, затем левым локтем и правым коленом.

**Гигиена.**
Важное значение для правильного течения послеродового периода имеет соблюдение строжайшей чистоты. Родильница должна два раза в день (утром и вечером) умываться и чистить зубы. Особое внимание следует обращать на чистоту рук. Ногти должны быть коротко подстрижены, руки мыть с мылом и обязательно перед каждым кормлением ребенка.Мыться нужно под душем, принимать ванну и посещать баню в этот период не рекомендуется. Душ разрешен уже на сле­дующий день после родов. Мыться в ван­не можно на 10—12-й день после родов, но недолго, особенно если во время родов было произведено рассечение про­межности. Для мытья можно использо­вать любое мыло или гели для душа, лучше — обладающие смягчающим действием. Предпочтение следует отдать тем сред­ствам, которыми пользовались до родов и которые не вызовут аллергической реакции и раздражения кожи. Моющие средства следует тщательно смывать, так как при контакте с кожей малыша некоторые их компоненты могут вызвать раздражение и аллергическую реакцию.

*Гигиена половых органов****.***После каждого мочеиспускания и дефекации, а также утром и обязательно перед сном половые органы следует обмывать теп­лой водой. Не рекомендуется использовать для под­мывания высокощелочные (так называе­мые хозяйственные) сорта мыла, лучше использовать детское мыло или другие сорта туалетного мыла, не раздражающие кожу. Подмывать промежность нужно чисто вымытой рукой, в направлении от лобка к заднепроходному отверстию. Сначала обмывают наружные половые органы, потом кожу бедер и в последнюю очередь — область заднего прохода. Если после родов на промежность наложили швы, лучше не касаться их руками — дос­таточно направить на область швов струю воды. Обработка швов в роддоме проводится акушеркой послеродового отделения. При наличии такой проблемы, как геморроидальные узлы, не пользуйтесь туалетной бумагой, а после акта дефека­ции подмывайтесь прохладной проточной водой (ее температура должна быть около 30°С). После гигиенической процедуры используйте мази или ректальные свечи, которые вам порекомендовал врач. Кожу промежности после подмыва­ния следует просушить, прикладывая к ней чистое полотенце или лучше пеленку. Спринцевание влагалища не проводится.

После родов необходимо регулярно опорожнять мочевой пузырь, даже при отсутствии позывов на мочеиспускание. В первые 2—3е суток, пока не восстано­вилась нормальная чувствительность, хо­дить в туалет каждые 3—4 часа.

В послеродо­вом периоде предпочтительно носить удобное, не стесняющее движений и не прилегающее плотно к половым орга­нам белье из натуральных тканей (плотно прилегающее синтетическое белье создает условия, благоприятные для размножения болезнетворных мик­роорганизмов; кроме того, при наличии швов после эпизио- и перинеотомии тесное белье может вызывать болезненность в области швов). В первые недели пос­ле родов удобно пользоваться однора­зовым бельем.

В послеродовый период необходимо чаще, чем обычно, менять нательное и постельное белье. Трусы следует менять ежедневно, а при необходимости — чаще. Бюстгальтер меняют один раз в 3—5 дней. После родов удобно пользоваться про­кладками для бюстгальтера, которые сле­дует менять по мере промокания или после каждого кормления, иначе молоко попадет на белье и возникнет необходимость еже­дневной смены бюстгальтера. Ночную сорочку нужно переодевать ежедневно. Постельное белье меняют один раз в 5—7 дней.

Прокладки следует менять по мере пропитывания их выделениями, лучше после каждого посещения туале­та, не допуская их высыхания, что предупредит травмы кожи промежности. Не допускайте применения одной прокладки дольше 4 часов, удаляйте прокладки движе­нием спереди назад для предотвращения попадания микроорганизмов из заднего прохода во влагалище.

При уходе за молочными железами не следует обмывать их перед каждым кормлением, особенно с мылом, Достаточно после кормления сцедить несколько капель молока и дать ему засох­нуть; перед кормлением также необходимо сцедить несколько капель. Такой уход способствует профилак­тике трещин сосков.

**Питание родильницы.**

Питание женщины после родов должно соответствовать потребностям организма матери и ребенка. У здоровой матери, кормящей ребенка грудью, обычно хороший аппетит, и она не должна ограничивать себя в еде. Однако следует иметь в виду, что потребление пищи в чрезмерно больших количествах приносит вред, а не пользу.
Здоровая родильница не нуждается в назначении ей особой диеты. Все же в первые дни после родов, до опорожнения прямой кишки, пища должна быть легкой и удобоваримой, количество пищи должно быть ограничено. Родильница должна питаться молочными, мясными и растительными блюдами.

Постарайтесь каждый день пить молоко, кефир, простоквашу (не менее 0,5 л), есть творог или творожные изделия (около 100 г), мясо (около 200 г), овощи (600-800 г), яйца, масло (50 г), фрукты (не менее 500 г), хлеб (400-500 г). Рекомендуется употреблять в пищу растительное масло (20-30 г). Такая смешанная пища содержит необходимые для организма белки, жиры и углеводы, минеральные соли и витамины.
Нужно отметить очень большое значение витаминов для кормящей матери, так как содержание их в грудном молоке зависит от количества витаминов в пище кормящей женщины.
Нужно помнить, что организм человека не способен к самостоятельному образованию большинства витаминов и получает их с пищей, в особенности с растительной. Следовательно, кормящая мать должна употреблять больше овощей, фруктов, преимущественно в сыром виде. Каждый витамин оказывает особое, присущее только ему действие на организм. Помимо свойств, характерных для каждого из них, витамины обладают и общими свойствами, влияя на правильное использование организмом веществ, поступающих с пищей, и способствуя нормальному росту и восстановлению клеток и тканей. Гиповитаминозы прежде всего отражаются на общем состоянии. Для них характерно снижение сопротивляемости организма, нарушение обмена веществ, легкая утомляемость, раздражительность и т. д. Например, при недостатке витамина С заживление ран происходит более медленно. Недостаток витамина А в организме ведет к изменению покровных (эпителиальных) тканей, понижению их сопротивляемости и способности к восстановлению. Это не безразлично для родильницы. Очевидно, недостаток витаминов А и С в ее организме будет замедлять заживление родовых ран, а недостаток витамина А может способствовать образованию трещин сосков при кормлении ребенка.
Необходимо обращать внимание на содержание в пище витаминов. Витамины А, В1, В2, РР, С и D встречаются в пищевых продуктах реже, чем остальные витамины, и поэтому недостаток в них бывает чаще. Некоторые пищевые продукты содержат большое количество того или иного витамина. Для обеспечения родильницы витамином А ей рекомендуется употреблять сливочное масло, сметану, молоко, яичный желток, а также рыбий жир и печень животных. В растительных продуктах витамин А не встречается, но в некоторых из них имеется каротин, из которого в организме образуется витамин А. Из таких продуктов рекомендуется употреблять в пищу овощи — морковь, тыкву, шпинат, салат, томат, зеленый горошек, а также ягоды и фрукты — черную смородину, вишню, крыжовник, чернику, рябину, персики и абрикосы, в которых содержится каротин. Для обеспечения организма родильницы витамином В1, В2 и РР рекомендуется есть хлеб, выпеченный из муки простого помола, и пить дрожжи.
Для удовлетворения потребности в витамине С необходимо вводить в пищевой рацион овощи — помидоры, капусту, особенно квашеную, а также картофель. Хотя картофель содержит небольшое количество витамина С, однако он благодаря потреблению его в значительных количествах является важным продуктом, обеспечивающим значительную часть потребности организма в этом витамине. Кроме того, очень полезно есть яблоки (северные сорта), черную смородину, а также лимоны, апельсины, мандарины и пить настой из плодов шиповника. Небольшие количества витамина С содержатся и в животных продуктах. Витамин D родильница может получить с такими продуктами, как сливочное масло, молоко, яичный желток, печень, а также рыбий жир, который особенно богат этим витамином. Из приведенного перечня видно, какие продукты должны быть включены в пищевой рацион кормящей матери. При этом следует, однако, указать, что употребление жиров и яиц должно быть в ограниченном количестве, так как избыток их в пище может повести к нарушению обмена веществ и развитию желчнокаменной болезни.
В последние месяцы зимы и весной, когда употребление в пищу богатых витаминами продуктов (фрукты, ягоды) сокращается, а содержание витаминов в лежалых овощах снижается, целесообразно принимать препараты витаминов, которые широко выпускаются нашей витаминной промышленностью.

Особое внимание обращайте на содержание железа в рационе. У кормящей матери потребность в пищевом железе составляет 30 мг в сутки.

Некоторые пищевые и вкусовые вещества должны быть исключены из рациона кормящей матери. Так, ей не следует употреблять жирную, трудно усвояемую пищу. Не рекомендуется употреблять горчицу, уксус, перец. Избегайте продуктов, которые могут вызвать аллергию у ребенка. Это мед, рыба, цитрусовые, клубника, шоколад, натуральный кофе, соленья, крепкий мясной бульон, консервированные продукты промышленного приготовления, избыток яиц и колбаса. Запрещается пить вино, пиво, так как алкоголь легко проникает с молоком матери в организм ребенка и отравляет его.
Кормящая женщина, как правило, испытывает сильную жажду, что объясняется повышенной потерей жидкости. Ограничивать питье не следует, но и не следует им злоупотреблять. Для питья можно рекомендовать некрепкий чай или кофе, а также молоко.
Повышению лактации способствуют мед, арбузы, грибные супы, пивные дрожжи, грецкие орехи, рыбные блюда. Следите за объемом потребляемой жидкости — он не должен быть менее 2-2,5 л в сутки с учетом всех жидких блюд. Очень полезно за 10-15 минут до кормления выпить стакан молока. Выработка молока увеличится также, если за 10-15 минут до кормления ребенка выпить стакан чая с молоком, кефир, компот или отвар шиповника. Увеличить количество молока помогут напитки из моркови, одуванчика, душицы, семян салата, укропа, тмина, аниса, фенхеля.

Морковный сок. Пейте по полстакана два-три раза в день. Чтобы было вкуснее, добавьте столовую ложку молока, сливок или какого-нибудь другого сока. Сок моркови с молоком. 2-3 столовые ложки натертой на мелкой терке моркови залейте стаканом молока или сливок. Процедите. Пейте по стакану два-три раза в день.

Напиток из семян листового салата. Разотрите 20 г семян в фарфоровой ступке, залейте стаканом кипятка и поставьте настаиваться 3 часа. Процедите. Пейте по полстакана два-три раза в день.

Тминный напиток. Семена тмина (15 г) залейте литром горячей воды, добавьте нарезанный лимон (или 2 г Лимонной кислоты), 100 г сахара и варите на очень слабом огне 7—10 минут. Охладите, процедите и принимайте по полстакана два-три раза в день.

Сливки с тмином. 2 стакана сливок и 2 столовые ложки семян тмина поместите в керамическую посуду, закройте крышкой и поставьте на 30-40 минут в духовку томиться на слабом огне. Пейте по полстакана дважды в сутки.

Настой семян укропа. Залейте столовую ложку семян стаканом кипятка, закройте и пусть настоится в течение 2 часов. Процедите. Пить настой нужно либо по полстакана два раза в день, либо по столовой ложке шесть раз в день.

Нередко у родильниц наблюдается снижение перистальтики кишечника, появляются запоры. Самостоятельного действия кишечника можно добиться, если в пищу будут входить свежие фрукты, овощи, гречневая каша, черный хлеб, пшеничный хлеб из муки простого помола, простокваша. Полезно есть натощак простоквашу, вареную свеклу, чернослив, яблоки. При стойких запорах нужно обратиться к врачу для консультации.
Без назначения врача нельзя принимать лекарства, в том числе и слабительные, так как многие из них передаются через молоко и могут причинить ребенку вред. В период кормления женщина не должна курить, так как никотин является сильнейшим ядом для ребенка.

**Послеродовая контрацепция.**

Послеродовая контрацепция имеет ряд особенностей. Грудное вскармливание обеспечивает ребенка наиболее полноценным питанием и в то же время является эффективным методом природной контрацепции (метод лактационной аменореи). [Этот метод](http://www.citycat.ru/contracept/spec/laktam.html)может использоваться женщинами только в первые 6 месяцев после рождения ребенка. Метод полезен для здоровья как матери, так и ребенка. Необходимо учитывать, что обязательным условием является отсутствие менструации (аменорея).

Другие контрацептивные методы могут применяться для усиления противозачаточного действия грудного вскармливания, а также в случае, если женщина прекращает кормить ребенка грудью. Но контрацептивные методы, используемые кормящими матерями, не должны оказывать вредного воздействия на кормление или здоровье ребенка. Поэтому существуют специальные рекомендации по контрацепции в послеродовом периоде. Очень часто незапланированная беременность наступает в первые несколько месяцев после родов. Послеродовая контрацепция имеет ряд особенностей.

Барьерные методы.

Применение [диафрагмы](http://www.citycat.ru/contracept/metod/mexanic/diafr.html), [колпачка](http://www.citycat.ru/contracept/metod/mexanic/kolpak.html) или [презерватива](http://www.citycat.ru/contracept/metod/mexanic/prez.html)не влияет на лактацию и здоровье ребенка. После родов следует уточнить размер диафрагмы и колпачка, поскольку может потребоваться больший размер, чем до родов. Желательно подождать окончания непосредственно послеродового периода (6-8ми недель после родов), прежде чем примерять диафрагму. Подбор и введение диафрагмы в первый раз должен провести врач. Использование спермицидов после родов решает проблему вагинальной сухости во время полового акта (частое явление у кормящих женщин).

Комбинированные оральные контрацептивы.

Кормящим женщинам не следует использовать [комбинированные оральные контрацептивы](http://www.citycat.ru/contracept/metod/gormon/kok.html). Они уменьшают количество грудного молока, сокращают продолжительность лактации и могут влиять на нормальный рост ребенка. Поэтому прием таблеток кормящие женщины могут начать после прекращения кормления ребенка грудью. Если женщина не кормит ребенка грудью, можно начинать использование комбинированных оральных контрацептивов спустя 3-4 недели после родов, так как в первые 2-3 недели высок риск тромбоза.

Чисто прогестиновые контрацептивы.

[Прогестиновые препараты](http://www.citycat.ru/contracept/metod/gormon/prog.html)не влияют на количество и качество грудного молока или продолжительность лактации, не влияют на здоровье ребенка. Следовательно, они являются наиболее удобной формой контрацепции для кормящих женщин, не желающих использовать негормональные методы. Прием таблеток можно начать через шесть недель после родов, а не кормящим женщинам - с четвертой недели после родов. При полном грудном вскармливании начало приема таблеток можно отложить до 6 месяцев после родов, если женщина применяет метод лактационной аменореи.

Внутриматочные средства.

[Внутриматочные средства](http://www.citycat.ru/contracept/metod/vms/vms.html) (ВМС) не влияют на лактацию или здоровье ребенка и особенно приемлемы в период лактации из-за высокой эффективности. При неосложненных родах и отсутствии противопоказаний внутриматочное средство может быть введено сразу после родов и в послеродовом периоде. Оптимальное время введения - спустя 6 недель после родов, что снижает число экспульсий (выпадение) ВМС. Кормящие женщины испытывают меньшую боль при введении, у них меньше побочных проявлений (например, кровотечение, боль). При наличии инфекции или подозрении на нее введение ВМС следует отложить до излечения.

Естественные методы планирования семьи.

[Естественные методы](http://www.citycat.ru/contracept/metod/estestv/estestv.html)(измерение ректальной температуры, календарный метод, исследование шеечной слизи) не рекомендуется начинать применять до восстановления регулярных менструаций, так как трудно определить срок овуляции и первой менструации после родов. Цервикальную слизь трудно оценивать до возобновления регулярных менструаций. Базальная температура тела изменяется, когда мать просыпается ночью для грудного кормления. Поэтому "ранние утренние" подъемы базальной температуры после овуляции не являются надежными.

Вазэктомия (мужская стерилизация).

[Вазэктомия](http://www.citycat.ru/contracept/metod/xirurg/man.html)может быть произведена супругу в любое время. Но этот метод контрацепции необратим и приемлем для тех, кто абсолютно уверен, что не захочет больше иметь детей. Метод не влияет на мужскую потенцию. При малейшем сомнении вазэктомию не следует применять.

Женская стерилизация.

[Женская стерилизация](http://www.citycat.ru/contracept/metod/xirurg/wom.html)(трубная окклюзия) наиболее эффективный метод предохранения от нежелательной беременности. Но этот метод контрацепции необратим и приемлем для тех, кто абсолютно уверен, что не захочет больше иметь детей. По законодательству, в нашей стране медицинская стерилизация как метод контрацепции может быть проведена только у тех, кто не моложе 35 лет и имеет не менее двух детей, либо по медицинским показаниям. Поэтому не следует принимать решение о применение метода под влиянием обстоятельств и эмоционального стресса.

Воздержание от половых сношений (абстиненция).

Абстиненция не влияет на грудное вскармливание. При воздержании 100 % эффективность защиты от беременности. Этот метод можно использовать в любое время. Но для некоторых пар длительные периоды послеродовой абстиненции труднопереносимы. Поэтому воздержание удобно использовать в качестве промежуточного метода.

*Изучив материал по теме «Физиология послеродового периода», для самоконтроля знаний ответьте на следующие вопросы:*

1.Что такое послеродовый период?

2.Как происходит инволюция тела и шейки матки?

3.Как называются послеродовые выделения?

4.Что входит в состав грудного молока?

5.Как осуществляется уход за молочными железами?

6.Как проводится наблюдение за родильницей?

7.Какие советы Вы дадите родильнице при выписке из роддома?

8.Особенности послеродовой контрацепции.

*После изучения материала для закрепления знаний выполните тестовый контроль.*

Тестовый контроль.

1. Физиологический послеродовый период продолжается

А) 5 – 6 недель. Б) 6 – 8 недель. В) 8 – 10 недель.

2. В послеродовом периоде в половых органах происходят изменения, которые называются А) инволюция. Б) субинволюция. В) контракция.

3.Сколько длится ранний послеродовый период?

4.Молозиво заменяется молоком А) на 5 – 6 сутки. Б) на 7 – 8 сутки. В) на 3 - 4 сутки.

5. Грудное вскармливание в настоящее время осуществляется А) по требованию. Б) через 3 часа без ночного перерыва. В) через 3 часа с ночным перерывом.

6. Послеродовый период может осложниться А) эндометритом. Б) эрозией шейки матки. В) циститом.

7. Воспаление молочных желез после родов называется А) мастопатия. Б) лактационный мастит. В) лактационная аменорея.

8.Дно матки на 2-ые сутки после родов находится А) на 2 см ниже пупка Б) на уровне пупка. В) на середине между пупком и лоном.

9.Слизистая оболочка в матке восстанавливается после родов А) ко 2-ой неделе. Б) к 4-ой неделе. В) к 6-ой неделе.

10.Укажите вес и длину матки к концу послеродового периода.

11.Как называются послеродовые выделения?

12.Характер послеродового секрета в 1-ые сутки после родов А) кровянистые. Б) сукровичные. В) слизисто-кровянистые.

13.К какому дню выделения становятся светлыми?

14.Установите соответствие ВДМ суткам послеродового периода

А) на уровне пупка А) 4-тые сутки

Б) на середине между пупком и лоном Б) 10-ые сутки

В) на уровне верхнего края лонного сочленения В) 1-ые сутки.

15.Что понимают под субинволюцией матки?

16.Для профилактики субинволюции назначают А) антибиотики. Б) окситоцин. В) ношпу.

17.Наружный зев шейки матки закрывается к концу А) 2 – 3 недели. Б) 1 недели В) 5 – 6 недели.

18.Родильнице разрешается вставать после родов обычно через А) 1 – 2 часа. Б) 6 – 8 часов. В) 24 часа.

19.Физиологический лактостаз развивается чаще на А) 2 – 5 сутки. Б) 1 – 3 сутки. В) 3 – 4 сутки.

20.Восстановите последовательность действий при удоде за молочными железами

А) приложить ребенка к груди. Б) обмыть молочную железу теплой водой. В) сцедить оставшееся молоко. Г) вымыть руки с мылом. Д) просушить стерильным полотенцем. Е) выдавить несколько капель молока. Ж) смазать сосок.

*Сверьте свои ответы с эталоном. При наличии ошибок вернитесь к изучению пособия.*

Эталон ответов.

1.Б; 2.А; 3. 2 часа; 4.В; 5.А; 6.А; 7.Б; 8.А; 9.В; 10. 50 г, 6-8 см; 11.лохии; 12.А; 13. К 10 дню; 14. А-В, Б-А, В-Б; 15.задержка обратного развития; 16.Б; 17.А; 18.Б; 19.В; 20.Г,Б,Д,А, В, Е, Ж.

**Использованная литература.**

1.Крюкова Д.А. «Здоровый человек и его окружение», учебное пособие – Ростов- на Дону, «Феникс», 2005.

2.Радзинский В.Е. «Акушерство», учебник - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2008.

3.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2007.

4.Гуськова Н.А. «Акушерство», справочник – Москва, 2006.

 5.Интернет – ресурсы.