

Клиническое течение трех периодов родов.

Родовые изгоняющие силы.

Родовые изгоняющие силы – это сократительная деятельность матки в родах. Родовые силы традиционно разделяют на *схватки* и *потуги*.

Схватки – это произвольные, ритмические и нередко болезненные сокращения маточной мускулатуры в первом периоде родов. Основным их клиническим признаком является их периодичность, т.е. ритмичность, что и позволяет отличать их от схваток-предвестников; именная ритмичность сокращения мускулатуры матки позволяет определить истинное начало родов.

Потуги – это сокращения мускулатуры матки и одновременно присоединяющиеся к ним ритмичные сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы, мышц тазового дна, а также плечевого пояса и ног. Потуги возникают при полном раскрытии шейки матки (во 2 периоде родов), когда предлежащая часть плода опускается на тазовое дно.

Роды – это этапный физиологический процесс, в ходе которого происходит изгнание плода, а также выделение околоплодных вод, плодных оболочек и плаценты через естественные родовые пути.

Срочными считаются роды на 37–42-й неделе беременности, **преждевременными** – роды до 37-й недели беременности. Роды после 42-й недели беременности называют **запоздалыми**.

1. Периоды родов

Период раскрытия – это первый период. Он начинается с первой схваткой. Они частые, интенсивные, длительные. Во время схваток шейка матки сглаживается и раскрывается. Первый период делится на две фазы – фазу медленного раскрытия и фазу быстрого раскрытия. Во время первой фазы шейка матки раскрывается до 4 см, во время второй – от 4 до 10 см. Переход от схваток к потугам и отхождение околоплодных вод завершает первый период.

Второй период (изгнания) характеризуется изгнанием плода. В это время раскрытие шейки полное, схватки переходят в потуги. Второй период заканчивается рождением ребенка.

Третий период (последовый). Начало – момент рождения ребенка, окончание – отделение плаценты и рождение последа.

Критерии оценки родов проводят на основании сглаживания и раскрытия шейки матки и продвижения предлежащей части плода. При этом не следует проводить частые влагалищные исследования, чтобы избежать инфицирования плода и не доставлять роженице неприятные ощущения.

Первый период родов

Продолжительность его у первородящих составляет около 12 ч, при повторных родах – примерно 7 ч.

Сразу после начала схваток необходимо контролировать ЧСС плода. На гипоксию плода (начавшуюся или угрожающую) может указывать внезапное увеличение ЧСС (более 140 в минуту) или урежение (менее 120 в минуту).

Амниотомия производится по следующим показаниям:

- 1) многоводие, плоский плодный пузырь, краевое предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты;
- 2) необходимость непосредственного доступа к плоду для инвазивных процедур;
- 3) родовозбуждение и родостимуляция.

Родостимулирующее действие оказывает только амниотомия, произведенная в фазе быстрого раскрытия. Амниотомия, произведенная позже или раньше, как правило, не влияет на течение родов.

Осложнения при амниотомии могут быть в виде разрыва сосудов, проходящих в оболочках. При этом плод может погибнуть от кровопотери. Также при этой манипуляции возможно выпадение пуповины, что требует немедленного оперативного родоразрешения. Амниотомия проводится только после вставления головки плода в малый таз и образования пояса соприкосновения с целью предупреждения выпадения пуповины. Выпадение пуповины возможно при самопроизвольном разрыве плодного пузыря.

Второй период родов

Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. Длительность второго периода у первородящих примерно около часа, у повторнородящих он короче в 2 раза. В этом периоде появляются потуги. В некоторых случаях этот период у первородящих по ряду причин может удлиняться до 2 часов и более.

2. Родоразрешение через естественные родовые пути

Рождение головки. При потугах половая щель растягивается головкой плода. Сначала отмечается врезывание головки – головка показывается в половой щели лишь во время потуг, исчезая с их прекращением. Далее головка показывается все больше и уже не исчезает обратно в промежутках между потугами, вульва не закрывается, головка прорезывается, вульварное кольцо при этом растягивается. Далее происходит прорезывание лба, лица и подбородка.

Рождение плечиков. Чаще всего плечики появляются сразу за наружным поворотом головки и рождаются самостоятельно. Переднее плечико появляется, фиксируется под симфизом, и над промежностью возникает заднее плечико, а затем рождается весь плечевой пояс. В случаях затруднения выведения плечиков указательным пальцем подтягивают плечико со стороны спинки, вводя палец в подмышечную впадину переднего плечика, а затем освобождают другое плечико. Следует соблюдать осторожность, так как чрезмерные потягивания с растяжением шеи плода могут травмировать плечевое сплетение или V и VI шейные позвонки. Эта патология называется спинальным параличом Эрба.

Прием родов при головном предлежании

Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Для предотвращения разгибания головки в родах во время потуги тремя пальцами правой руки необходимо придерживать головку. При сильных потугах нужна помощь второй руки: нужно очень осторожно сгибать головку плода, препятствуя ее быстрому прорезыванию. В перерывах между потугами левую руку оставляют на головке плода, а правой рукой производят заем тканей – головку плода осторожно освобождают от ткани малых половых губ и смещают в сторону промежности растянутую ткань вульварного кольца.

Выведение головки. После рождения затылка плода роженице советуют глубоко и ритмично дышать, чтобы сдерживать потуги.

Одновременно теменные бугры плода освобождают от ткани вульварного кольца, левой рукой медленно разгибают головку, а правой сводят ткань промежности с личика плода. Перинеотомия или эпизиотомия выполняется в ряде случаев, чтобы избежать разрыва промежности. Если есть обвитие пуповины вокруг шеи плода, сразу после рождения головки нужно попытаться снять пуповину или пересечь ее между двумя зажимами.

Освобождение плечевого пояса. Поворот головки лицом к бедру роженицы в правую или левую сторону происходит после ее рождения. Одновременно с этим плечики встают в прямом размере таза (внутренний поворот плечиков). Сначала рождается верхнее плечико. Его прижимают к лобковому симфизу, а затем снимают ткань промежности с нижнего плечика.

Рождение туловища. После освобождения плечиков ладони с обеих сторон помещают на грудь плода и направляют его туловище вверх. Происходит рождение нижней части туловища.

Первичная обработка новорожденного. Сразу же после рождения необходимо удалить слизь из полости рта и носа. После этого новорожденный укладывается на лоток, накрытый стерильной пленкой. Ребенок должен лежать на одном уровне с роженицей, ни в коем случае нельзя допускать натяжения пуповины.

Оценка состояния новорожденного проводится по шкале Апгар и направлена на определение адекватности процессов оксигенации и дыхания новорожденного, адаптации его во время родов. Шкала Апгар была создана для оценки степени асфиксии в период родов по определенным единым критериям. Оценка по Апгар проводится через 1–5 мин после рождения. Определяется в баллах от 0 до 10 по пяти признакам: ЧСС, глубина дыхания, мышечный тонус, состояние рефлексов и цвет кожных покровов. Сумма баллов по Апгар на 5-й минуте жизни показывает эффективность проведения реанимационных мероприятий и глубину асфиксии в родах.

Первичный туалет новорожденного. Веки ребенка обрабатываются стерильным ватным тампоном (отдельным для каждого глаза) и проводится профилактика гонобленнореи по методу Матвеева – Креде. Закапывают в каждый глаз (девочкам также в половую щель с целью профилактики гонореи) 30%-ный раствор альбуцида, повторяя закапывания через 2 ч после рождения.

Первичная обработка пуповины. На расстоянии 10–15 см от пупочного кольца после обработки пуповины 96%-ным этиловым спиртом на нее накладывают два стерильных зажима Кохера на расстоянии 2 см друг от друга. Затем ее перерезают между зажимами, а детский конец пуповины заворачивают вместе с зажимом в стерильную марлевую салфетку. После предварительного забора крови для определения АВО– и Rh-принадлежности крови ребенка, на материнский конец пуповины накладывают шелковую лигатуру или зажим.

Вторичная обработка пуповины. Новорожденного, завернутого в стерильную пленку, укладывают на обогреваемый пеленальный столик. Пуповинный остаток обрабатывается 96%-ным этиловым спиртом и перевязывается толстой шелковой лигатурой на расстоянии 1,5–2 см от пупочного кольца. Лигатуру завязывают на одной стороне пуповины, а затем на противоположной. Пуповину перерезают на расстоянии 2–3 см выше места перевязки стерильными ножницами. Поверхность разреза промокают стерильным марлевым тампоном и, убедившись в отсутствии кровотечения, при правильном наложении лигатуры обрабатывают 5–10%-ным спиртовым раствором йода или 5%-ным раствором калия перманганата. Вместо лигатуры можно использовать скобку Роговина. Перед наложением скобки пуповину рассматривают под источником света, обрабатывают 96%-ным спиртом и выжимают двумя пальцами вартонов студень, после чего накладывают скобку. После пуповинный остаток обрабатывают 5%-ным раствором перманганата калия. Пуповину отсекают на 0,4 см выше скобки, промокая сухим марлевым тампоном.

В дальнейшем уход за пуповинным остатком осуществляют открытым способом.

При Rh- и ABO-несовместимости между кровью матери и ребенка пуповину обрабатывают другим способом. После рождения ребенка необходимо срочно пережать пуповину, не ожидая прекращения пульсации сосудов. Оставляют участок пуповины длиной 8–10 см, предварительно перевязав его, так как не исключена необходимость обменного переливания крови. При родах двойней материнский конец пуповины необходимо перевязать, так как при монозиготной двойне еще не родившийся плод будет иметь кровопотерю.

Сыровидную смазку удаляют стерильной ватой, смоченной в стерильном вазелиновом масле.

После завершения первичного туалета новорожденного определяют его массу, длину тела, окружность головки и плечиков. На руки надевают браслеты из стерильной клеенки, где фиксируют фамилию, имя и отчество родильницы, номер истории родов, пол ребенка, массу и длину тела, дату рождения. Ребенка заворачивают в теплое стерильное белье и оставляют на обогреваемом пеленальном столике на 2 ч, после этого переносят в палату для новорожденных.

Эпизиотомия – рассечение вульварного кольца во время родов. Это является наиболее часто применяемым оперативным методом в акушерской практике. После рассечения промежность заживает быстрее, чем после разрыва, так как края после рассечения более ровные и ткани менее травмируются. Выделяют срединную (в отечественной практике – перинеотомию) и срединно-латеральную эпизиотомию, т. е. рассечение промежности по срединной линии или латеральнее нее. Эпизиотомия производится при угрозе разрыва промежности, необходимости бережного для плода родоразрешения при тазовом предлежании, крупном плоде, преждевременных родах, для ускорения родов при акушерской патологии, острой гипоксии плода, при оперативных влагалищных родах. Операцию производят под поверхностной, пудендальной или спинномозговой анестезией в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3–4 см. Ткани промежности поднимают над головкой плода и во время очередной потуги рассекают их по направлению к анальному отверстию. При низкой промежности целесообразно произвести эпизиотомию.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Семь основных движений плода в родах

Биомеханизм родов заключается в процессе адаптации положения головки плода при прохождении через различные плоскости таза. Этот процесс необходим для рождения ребенка и включает семь последовательных движений. Отечественная школа акушеров выделяет при переднем виде затылочного предлежания четыре момента механизма родов. Эти моменты соответствуют 3-, 4-, 5- и 6-му движениям плода во время родовой деятельности (согласно американской классификации).

Вставление головки – это расположение головки при пересечении плоскости входа в малый таз. Нормальное вставление головки называется осевым, или синклитическим. Оно осуществляется при перпендикулярном положении вертикальной оси по отношению к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов при этом находится приблизительно на одинаковом расстоянии от мыса и лобкового симфиза. При любом отклонении от расстояния вставление будет считаться асинклитическим.

Продвижение. Первое условие для рождения ребенка – прохождение плода по родовым путям. Если вставление головки плода уже произошло к началу родов (у первобеременных), продвижение можно наблюдать до начала второго периода родов. При повторных родах продвижение обычно сопровождает вставление.

Сгибание головки происходит в норме, когда опускающаяся головка плода встречает сопротивление со стороны шейки матки, стенок таза и тазового дна. Это считается первым моментом биомеханизма родов (согласно отечественной классификации). Подбородок приближается к грудной клетке.

При сгибании головка плода предлежит своим наименьшим размером. Он равен малому косому размеру и составляет 9,5 см.

При внутреннем повороте головки предлежащая часть опускается. Поворот завершается при достижении головкой уровня седалищных остей. Движение состоит из постепенного поворота затылка кпереди по направлению к симфизу. Это считается вторым моментом механизма родов (согласно отечественной классификации).

Разгибание головки начинается, когда область подзатылочной ямки (точка фиксации) подходит к лобковой дуге. Затылок при этом находится в непосредственном контакте с нижним краем лобкового симфиза (точкой опоры), вокруг которого головка разгибается. Согласно отечественной классификации, это третий момент биомеханизма родов.

При разгибании из половых путей последовательно рождаются теменная область, лоб, лицо и подбородок.

Разворачиванию темени в направлении половой щели осуществляется изгоняющими силами схваток и мышц брюшного пресса вместе с сопротивлением мышц тазового дна.

Наружный поворот головки и внутренний поворот туловища.

Родившаяся головка возвращается в исходное положение. Затылок снова занимает сначала косое положение, переходя затем в поперечную позицию (левую или правую). При этом движении поворачивается туловище плода, и происходит установка плечиков в переднезаднем размере выхода таза, что составляет четвертый этап механизма родов (согласно отечественной классификации).

Изгнание плода. Рождение переднего плечика под симфизом начинается после наружного поворота головки, промежность вскоре растягивает заднее плечико. После появления плечиков происходит быстрое рождение ребенка.

Ведение третьего периода родов

Последовый период (третий период родов) начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. Обычно плацента отделяется самостоятельно в течение 5–20 мин после рождения плода. Нельзя пытаться выделить послед до отделения плаценты. Последовый период характеризуется появлением последовых схваток, которые приводят к постепенному отделению плаценты от стенок матки. Отделение плаценты от стенок матки может происходить двумя способами – с центра (центральное отделение плаценты) и с периферических участков плаценты (краевое отделение плаценты). При центральном отделении плаценты кровь, излившаяся из маточно-плацентарных сосудов, скапливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому. Образование ретроплацентарной гематомы вместе с нарастающими по силе и частоте последовыми схватками способствуют отделению плаценты и оболочек от стенок матки и рождению последа. Краевое отделение плаценты начинается с ее периферических участков, в результате чего кровь, излившаяся из маточно-плацентарных сосудов, не образует гематомы, а сразу же стекает между стенкой матки и околоплодными оболочками наружу. Ко времени полного отделения плаценты и оболочек от стенок матки и опускания последа в нижний маточный сегмент

и влагалище матки у роженицы появляются потуги, в результате которых в течение 2–3 мин рождается послед. При отделении плаценты с центра послед рождается плодовой поверхностью наружу, при отделении с периферии снаружи будет расположена материнская поверхность плаценты. В некоторых случаях плацента может отделиться от стенки матки, но не выделиться из родовых путей. Отделившаяся плацента продолжает оставаться в матке, препятствуя тем самым ее сокращению. Отделившуюся плаценту следует удалить при помощи наружных приемов, но предварительно необходимо установить, отделилась ли плацента.

Тактика ведения последового периода. Основной принцип: «руки прочь от матки!».

Признаки отделения плаценты. Перед проверкой контактных признаков необходимо проверить бесконтактные:

- 1) удлиняется пуповинный остаток (положительный признак Альфельда);
- 2) втягивается пуповина при глубоком вдохе (признак Довженко);
- 3) дно матки принимает округлую форму, становится более плотным на ощупь и поднимается выше и вправо от пупка (признак Шредера);
- 4) появляются кровянистые выделения из половых путей;
- 5) удлиняется наружный отрезок пуповины;
- 6) при надавливании ребром ладони на брюшную стенку несколько выше лобка пуповина не втягивается во влагалище, а, наоборот, еще больше выходит наружу.

После отделения плаценты производят бережный массаж дна матки при одновременном потягивании за пуповину. Рекомендуется использовать прием Брандта – Эндрюса: после опорожнения мочевого пузыря через катетер одной рукой потягивают за пуповину, другой сдвигают переднюю стенку матки в противоположную сторону (для предупреждения выворота матки).

Кровотечение в последовом периоде, может возникать в результате нарушения отделения плаценты и выделения послета.

Нарушение процесса отделения плаценты. Оно может быть связано со слабостью родовой деятельности, с плотным прикреплением и истинным приращением плаценты.

Прикреплением плаценты считается плотным, если ворсины хориона не выходят за пределы компактного слоя децидуальной оболочки. Бывает полным или неполным в зависимости от протяженности.

При истинном приращении – ворсины проникают в мышечную оболочку матки вплоть до серозной оболочки и иногда являются причиной разрыва матки. Встречается 1 случай на 10 000 родов. Бывает полное и неполное в зависимости от протяженности.

При полном истинном приращении и полном плотном прикреплении кровотечения не наблюдается, так как вся плацентарная площадка примыкает или врастает в мышечную стенку.

При истинном частичном приращении плаценты часть ее может отделяться, и тогда возникает кровотечение в последовом периоде.

При задержке частей последа также может развиваться кровотечение в послеродовом периоде, когда часть плаценты отделяется и выделяется, но остается несколько долек или кусочек оболочки, что мешает сокращению матки.

Нарушение выделения последа возникает при спазме внутреннего зева, гипотонусе матки. Спазм может явиться результатом нерационального использования сократительных средств в последовом периоде.

Если возникает кровотечение в последовом периоде, то первая задача акушера – определить, есть ли признаки отделения плаценты.

Если есть признаки отделения плаценты, необходимо немедленно выделить послед наружными приемами, оценить кровопотерю, ввести или продолжить введение утеротоников, положить лед и тяжесть на живот, уточнить состояние роженицы и объем кровопотери; осмотреть послед и целостность его тканей.

Если кровопотеря остается в пределах нормы, необходимо следить за состоянием роженицы и вводить утеротоники еще на протяжении 30–40 мин.

Если кровопотеря патологическая, то необходимо:

- 1) уточнить состояние женщины;
- 2) провести возмещение кровопотери:
 - а) при кровопотере 400–500 мл ввести желатиноль, солевой раствор, окситоцин внутривенно;
 - б) при кровопотере больше 500 мл возникают гемодинамические нарушения, надо переливать кровь.

Если нет признаков отделения плаценты, необходимо:

- 1) оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери;
- 2) дать внутривенный наркоз и начать или продолжить введение утеротоников, проведя перед этим наружный массаж матки;
- 3) приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

Ручное отделение плаценты и выделение последа производится при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин после анестезии. Осложнения инфекционного характера после этого вмешательства бывают достаточно редко.

Техника операции. Придерживая одной рукой тело матки, другой рукой в перчатке проникают в полость матки и аккуратно отделяют плаценту от ее стенок, затем удаляют послед и через переднюю брюшную стенку проводят массаж дна матки, чтобы уменьшить кровотечение.

Осмотр последа. Плаценту осматривают на наличие всех ее долек, осматривают оболочки. Если присутствуют оборванные сосуды, возможно наличие добавочных долек, которые остались в полости матки. Производят осмотр пуповины в случаях отсутствия одной пупочной артерии, возможны и другие аномалии. В случаях патологических изменений плаценту направляют на гистологическое исследование.

Дальнейшая тактика зависит от результата операции.

При остановке кровотечения во время операции необходимо оценить количество кровопотери и начать ее восполнение, действуя, как при нормальных родах.

В случаях продолжения кровотечения вследствие приращения, прикрепления плаценты и прочего это кровотечение переходит в ранний послеродовой период.

До ручного отделения плаценты ни по каким признакам нельзя поставить диагноз – плотное прикрепление или истинное приращение плаценты. Окончательный диагноз можно поставить только при оперативном вмешательстве.

В случаях плотного прикрепления плаценты можно отделить рукой децидуальную оболочку от подлежащей мышечной ткани, при истинном приращении это невозможно. Необходимо быть очень осторожными во избежание сильного кровотечения.

При истинном приращении возникает необходимость удаления матки путем ампутации, экстирпации в зависимости от расположения плаценты, акушерского анамнеза. Операция является единственной возможностью остановки кровотечения.

Профилактика гипотонического кровотечения. Причинами кровотечения в послеродовом периоде могут стать гипотония и атония матки. Для профилактики гипотонии и атонии используют бережный массаж матки и введение окситоцина, последний вводят либо при рождении переднего плечика (10 ЕД внутримышечно), либо, что лучше, после рождения последа (20 ЕД в 1000 мл 5%-ного раствора глюкозы внутривенно капельно, со скоростью 100 капель в минуту). При внутривенном введении окситоцин может вызывать выраженную артериальную гипотонию. В случаях неэффективности окситоцина вводят метилэргометрин – 0,2 мг внутримышечно. Метилэргометрин противопоказан при артериальной гипертонии, а также при артериальной гипотонии (сужение периферических сосудов при гиповолемическом шоке может сопровождаться тяжелыми осложнениями). Если кровотечение продолжается, назначают карбопроста прометамин – 0,25 мг внутримышечно.

Послеродовой период - это заключительная стадия гестационного процесса, характеризующаяся в основном обратным развитием изменений, связанных с беременностью и родами. Начинается сразу после окончания родов, т.е. с момента изгнания последа, и длится 6-8 недель (42-56 дней). В течение этого периода репродуктивная, эндокринная, нервная, сердечно-сосудистая и другие системы возвращаются к тому состоянию, которое было до беременности, происходит становление функции молочных желез. Выделяют ранний послеродовой период, который длится 24 часа после родов, и поздний послеродовой период.

Изменения, происходящие в организме женщины после родов.

1. Матка. В течение 6-8 недель размеры матки уменьшаются, ее масса снижается с 1000 г сразу после родов, до 60-70 г, что больше связано со значительным уменьшением мышечных клеток, чем со снижением их общего количества. К концу первой недели послеродового периода матка весит 500-600 г, к 10-му дню после родов масса матки составляет 300-400 г, к концу третьей недели масса матки уменьшается до 200 г. Кормление грудью ускоряет инволюцию матки, так как при стимуляции сосков происходит выделение окситоцина из нейрогипофиза, что и вызывает сокращение миометрия. Сокращения матки происходят с убывающей силой в направлении от дна матки к нижнему её отделу.

О степени сокращения матки можно судить по уровню стояния её дна высота стояния дна матки уменьшается на 1-1,5 – 2 см в сутки:

- в 1-ый день дно матки находится на уровне пупка (на 13-15 см выше лобкового соединения), т.е. выше, чем сразу после родов, что связано с повышением тонуса матки;
- на 2-ой день – на 12-15 см выше лобкового соединения;
- на 4-ий день – на 9-11 см выше лобкового соединения;
- на 6-ой день – на 9-10 см выше лобкового соединения;
- на 8-ой день – на 7-8 см выше лобкового соединения;
- на 10-ый день – на 5-6 см выше или на уровне лобкового соединения;
- на 12-14-й день – дно матки скрывается за лоном
- к 6-8 ой неделе после родов величина матки соответствует норме.

Подвижность матки в первые дни после родов повышена, что обусловлено растяжением и расслаблением её связочного и фиксирующего аппарата и мышц тазового дна.

После родов внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность. Обратное развитие эндометрия сопровождается регенерацией эндометрия. Внеплацентарные участки внутренней поверхности матки эпителизируются к 9-10-му дню после родов. Слизистая оболочка полностью восстанавливается на 6-7-ой неделе, а в области плацентарной площадки эпителизация заканчивается на 8-ой неделе после родов.

В процессе заживления внутренней поверхности матки появляются послеродовые выделения, – лохии – которые содержат фрагменты децидуальной ткани, обрывки плодных оболочек, сгустки крови в первые дни после родов, микробную флору, в том числе и патогенные штаммы стрептококков и стафилококков. Характер лохий в течение послеродового периода меняется:

- красные лохии – в первые 2-3 дня, выделения с примесью крови;
- серозные лохии – с 3-4 дня, лохии бледнеют, становятся серозно-сукровичными, с преобладанием лейкоцитов;
- белые лохии – после 10 дня, лохии приобретают белый или желтовато-белый цвет, становятся жидкими.

Количество лохий постепенно уменьшается, с 3-й недели они становятся скудными.

Прекращаются выделения из матки на 5-6-ой неделе после родов.

Изменения в шейке матки:

- сразу после родов шейечный канал пропускает в полость матки кисть руки;
- через 24 часа шейечный канал проходим для двух пальцев; цервикальный канал имеет воронкообразную форму;
- через 3 дня шейечный канал пропускает один палец;
- к 10-му дню цервикальный канал сформирован, но наружный зев проходим для кончика пальца;

- на 3-й неделе после родов наружный зев полностью закрывается; шейка матки приобретает цилиндрическую форму (вместо конической, которая была до родов), наружный зев становится щелевидным в поперечном направлении.

2. Трубы. По мере инволюции трубы быстро возвращаются в исходное положение, опускаются вместе с маткой в полость малого таза, приобретают горизонтальное положение, исчезает их отечности, гиперемия.

3. Связочный аппарат. Тонус связочного аппарата, сниженный в первые дни после родов, постепенно восстанавливается к концу 3-й недели послеродового периода.

4. Яичники. Менструальный цикл. В гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе происходят сложные изменения. Прекращается тормозящее влияние на гипоталамус и гипофиз хорионического гонадотропина и высоких уровней половых стероидов фетоплацентарного происхождения, в результате чего восстанавливается выработка гонадотропинов в передней доле гипофиза, что приводит к возобновлению овогенеза в яичниках.

У некармливающих матерей менструальная функция обычно возобновляется в течение первых 6-8 недель после родов, при этом овуляция происходит на 2-4 неделе послеродового периода.

У кормящих матерей овуляция может произойти после 10-й недели послеродового периода. В связи с этим кормящие грудью матери должны знать, что обусловленный лактацией период контрацепции продолжается только 8-9 недель, после чего возможно возобновление овуляторного менструального цикла и наступление беременности.

5. Влагалище, тазовое дно. Тонус стенок влагалища восстанавливается, сокращается его объем, исчезают отечность и гиперемия, возможен отек промежности в 1-е сутки после родов. Мелкие повреждения мягких тканей родовых путей полностью эпителизируются в течение первых 7-9 дней. Тонус мышц тазового дна постепенно восстанавливается; при наличии разрывов восстановление замедляется.

6. Брюшная стенка. Тонус передней брюшной стенки восстанавливается, преимущественно за счет сокращения мышц и наиболее растянутых тканей вокруг пупка. Между прямыми мышцами живота иногда остается щелевидное пространство, в основном у повторнородящих. Стрии беременных сокращаются и бледнеют.

7. Молочные железы. В послеродовом периоде лактационная функция молочных желез достигает полного расцвета. Послеродовая лактация – это гормонально обусловленный процесс, осуществляемый рефлекторным путем через взаимодействие нейроэндокринных механизмов.

Во время беременности (особенно в конце беременности) и в первые 2-3 дня после родов молочные железы продуцируют молозиво – близкий к молоку экскрет, представляющий собой густую желтоватую жидкость щелочной реакции, свертывающуюся при кипячении, содержащую белок, жировые капельки, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков, молозивные тельца (округлые клетки с жировыми включениями).

С 4-5-го по 15-18-й день после родов молочные железы продуцируют «переходное молоко» и лишь после этого – истинное грудное молоко с относительно стабильным составом.

8. Послеродовая кровопотеря обычно составляет около 0,5% массы тела (допустимая кровопотеря). Кровопотерю, превышающую 1%, считают патологической.

Гипоксия внутриутробного плода - патологическое состояние, связанное с кислородной недостаточностью во время беременности и в родах. Эта патология относится к числу наиболее

распространенных среди перинатальной патологии и является одной из самых частых причин перинатальной заболеваемости (21-45% в структуре всей перинатальной патологии).

Причины гипоксии плода и асфиксии новорожденного общие и разделены на 4 группы:

1. Состояние матери.

2. Маточно-плацентарное кровообращение.

3. Состояние плода.

4. ГРУППА - единственная причина, характерна только для асфиксии новорожденных - частичная или полная закупорка дыхательных путей.

КЛИНИКА.

1. При гипоксии возникает тахикардия, брадикардия (при более глубокой ГВП), аритмия, приглушенность тонов. В норме сердцебиение 120-160 ударов в минуту.

2. Появление мекония в околоплодных водах.

3. В начале ГВП - учащение и усиление движений. При развитой ГВП - замедление и урежение движений.

Угрожающая ГВП требует профилактики, начавшаяся - лечения.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА.

1. Различные пробы (биохимические, функциональные, аппаратные).

2. Клинические данные - особенно сердцебиение.

Функциональные пробы:

- проба с физической нагрузкой заключается в изменении газового состава крови и воздухе.
- Тепловые пробы: горячий компресс или холод к животу.
- Введение атропина или окситоцина.

Эти пробы позволяют выявить компенсаторные возможности плода, пока не развилась гипоксия.