

## УКАЗАНИЯ ЗА ПРОСЛЕДЯВАНЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ГРИЖИ В ПОСЛЕРОДОВИЯ ПЕРИОД

### Използвани съкращения:

*RICU* – инструментална ревизия на маточната кухина

*БТЕ* – белодробен тромбемболизъм

*ВТЕ* – венозен тромбемболизъм

*ЖСК* – желязосвързващ капациет

*ЗПЧ* – задържани плацентарни части

*МБИ* – микробиологично изследване

*НСПВ* – нестероидни противовъзпалителни

*ПКК* – пълна кръвна картина

*УЗД* – ултразвукова диагностика

*ЦС* – цезарово сечение

### ВЪВЕДЕНИЕ

Послеродовият период или пуерпериумът започва от раждането на плацентата и обхваща времето необходимо за възстановяване на организма на родилката след бременността и раждането. Този период продължава средно 6-8 седмици. Налице са процеси на обратно развитие- инволюция и регенерация, които засягат целия организъм. Успоредно с процесите на обратно развитие и възстановяване, през пуерпериума протичат процеси на развитие, засягащи главно млечните жлези и психиката на жената.

По литературни данни 60% от майчината смъртност настъпва в пуерпералния период, като в 45% от случаите това се случва в първите 24 часа след раждането. Грижата за родилката жена се разделя на такава в здравното заведение и след изписването ѝ. След изписване от болницата се препоръчва един клиничен преглед в периода 4-6 седмици след раждането за оценка възстановяването и откриване на възможни усложнения.

Базисни теоретични познания, на които се основава проследяването в послеродовия период

Влагалището всекидневно се стеснява и на 8-ми ден е вече оформен и стегнат канал. Маточната шийка остава цилиндрична, като вътрешният ѝ отвор се затваря след 10-я ден, докато външният е напълно затворен след 4 седмици. Маточното тяло, под въздействието на контракциите, интензивно променя големината си. Критерий за инволюция на матката е височината на фундуса ѝ над симфизата. На първия ден след раждането фундусят е на нивото на пъпа и всеки ден слиза надолу с по 1 – 1.5 см / един напречен пръст/. В края на втората седмица той е на нивото на симфизата. 4 – 6 седмици след раждането ендометриумът е напълно регенерирал и готов за функция. Лохиите (изтичащ от гениталиите раневни секрет) динамично се променят по количество и характеристика в ранния пуерпериум. Нормално лохиалното изтичане преустановява до 4 (6) седмици след раждане. Яйчниците възстановяват цикличната си дейност и първата овулация след раждане

може настъпи в рамките на 7-11 седмици. За родилките, които не кърмят, менструалният цикъл се възобновява най-често до 6 (8) седмици след раждане. При родилките, които кърмят, в голям процент (около 80%) се наблюдава лактационна аменорея, която не е абсолютна и пациентките трябва да бъдат предупредени за възможността за забременяване.

В първите дни след раждането хемоглобинът и хематокритът флукуират умерено, като изследването им рутинно се препоръчва на трети – четвърти ден. За една седмица след раждането обемът на кръвта достига нивото преди забременяването. Промените в кръвосъсирващите фактори персистират за различно време. Повишеното ниво на фибриногена се поддържа 7 – 10 дни. По време на раждането и в първите 24 часа след него може да се наблюдава значителна левкоцитоза (до 25 x10<sup>12</sup>/L) и тромбоцитоза без това да означава наличие на инфекция. Уринарният тракт се характеризира с повишена диуреза, частична задръжка на урината и възстановяването продължава 2 – 8 седмици. Има условия за уринарни инфекции. Храносмилателната система се възстановява по-бързо, но спонтанна дефекация се появява към 3 (5) ден. След раждането гърдите секретират коластра, която постепенно за няколко дни преминава в мляко. Докато лактогенезата е предимно хормонален процес, то поддържането на лактацията през периода на кърмене (галактопоеза) е свързано с рефлекс на сукане.

### ПЛАНИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО И ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА СЪСТОЯНИЕТО НА ПАЦИЕНТКИТЕ В ПОСЛЕРОДОВИЯ ПЕРИОД

Болничното наблюдение на родилката се осъществява в родилна зала първите два (4 или 6 часа при наличие на сърдечно-съдова патология или усложнения) часа след нормално раждане или в реанимационно отделение в първите 12/24 часа след цезарово сечение, след което тя се превежда в послеродово отделение. При липса на усложнения пациентките се превеждат в послеродово отделение, като преди това се оценяват лохиите и инволюцията на матката се определя чрез палпация през корема.

За всяка родилка е необходимо изработване на индивидуален план на лечение и високо специализирани грижи, с промяна в терапевтичното поведение при възникнали усложнения. При постъпване в послеродовото отделение е необходимо да се направи цялостна оценка на бременността, раждането и придружаващите заболявания, както и да бъдат определени рисковите фактори, които биха довели до усложнения. Във всички случаи превантивните действия имат по-добър резултат, от тези след възникване на проблема. Основна цел е да се предостави най-ефективно и високо квалифицирано обслужване за родилките. Лекуващ

лекар е магистър по медицина, с придобита специалност по акушерство и гинекология, подпомаган от акушерки. При необходимост се провеждат консултации при усложнени случаи с Началник отделение, респективно Началник клиника. При нужда се назначава ЛКК. При наличие на интердисциплинарни проблеми се назначава консултация със специалист от съответна специалност. Уместно е да се уведоми родилката за физиологичния процес на възстановяване и моделите на емоционални промени, които могат да се наблюдават първите дни след раждането, както и за признаците и симптомите на потенциално животозастрашаващи състояния, които те трябва да съобщят незабавно на медицинския персонал. Пациентките е добре да бъдат насърчавани да съобщават, както и техните близки за текущи проблеми във връзка с тяхното физическо, психическо и социално здраве, което да доведе до съответни действия. На визитация лекуващият лекар се осведомява за състоянието на пациентката, осъществява клиничен преглед ежедневно и при констатирани отклонения се назначават изследвания и промяна в терапията при нужда. Проследяват се жизнените показатели (сърдечна честота, кръвно налягане, температура), отделянето на лохии, инволюцията на матката, възстановяването на перинеални дефекти (спонтанни разкъсвания, епизиотомия, перинеотомия), уриниране и дефекация, признаци на анемия.

Поставянето на лед на вулвата в първите часове след нормално раждане може да намали отока и перинеалния дискомфорт. При оплакване от силна болка и напрежение в перинеалната област скоро (часове) след раждането трябва да се изключи развиващ се хематом, а ако такава болка се появи трети четвърти ден след раждането, трябва да се търси локална ранева инфекция. Задължителен е оглед и палпация.

Родилката трябва да бъде инструктирана да поддържа добра лична хигиена (измиване на перинуума с топла вода и сапун, да сменя дамските превръзки всеки 4/6 часа); да се раздвижи активно и максимално рано; да започне кърмене и грижа за новороденото.

### **1. Симптоми, които изискват незабавна оценка:**

- значително вагинално кървене (честа смяна на 20-30 мин. на дамските превръзки в рамките на час два; експулсия на големи кръвни съсиреци);
- главоболие с проблеми в зрението, гадене, повръщане и световъртеж;
- затруднено или усетено дишане;
- треска с повишаване на телесната температура;
- значителна коремна или перинеална болка;
- билни и лошо мириришещи лохии;
- изпускане по малка нужда;
- горещи, зачервени или силно болезнени гърди.

Първите три седмици след раждането са отоварени с най-бързи и значителни промени в женския организъм, което води и до концентрация на възможни усложнения. Те са свързани

с отклонения в нормалното възстановяването, влошаване на съпътстващи заболяване или оперативен риск. В диагностично отношение се наблюдава често припокриване между нормални и патологични находки, което затруднява лечението.

### **2. Усложненията могат да се представят в няколко основни групи (подредени приблизително по време на появата им):**

- Състояния, свързани с голяма кръвозагуба по време и след раждането;
- Хипертензивни заболявания;
- Смущения в уринирането и дефекацията;
- Тромбоемболични заболявания;
- Смущения в кърменето;
- Възпалителни заболявания;
- Психични нарушения.
- Други

#### **2.1 Кръвотечение в послеродовия период**

Отделянето на лохии има динамично променяща се количествена и качествена характеристика. Обикновено 24-48 часа след раждането количеството на отделените лохии наподобява менструално кървене. Когато количеството е значително по-голямо се говори за вторично кръвотечение в послеродовия период (24 часа до 6 седмици след раждане), което може да бъде зголяма остра кръвозагуба или слабо, но продължаващо дълго време кръвотечение. И в двата случая е необходимо активно поведение за спиране на кръвоизлива с осигурен венозен път и готовност за обемно заместване и реанимационни мероприятия. Налага се оценка на общата кръвозагуба и инволюцията на матката. При появата на кръвоизлив трябва да се мисли за задържани плодни придатъци (плацентарни части или околоплодни мембрани) и/или развитие на инфекция (най-често ендометрит). Понякога възможна причина е недостатъчното обратно развитие на плацентарното място (или субинволюция на матката).

Клиничният преглед установява кървене от матката и отворен цервикален канал. Диагнозата се подпомага от лабораторен контрол (ПКК) и ултразвуков преглед. Наличие на ехопозитивна (ехогенна) маса в ендометриалната кухина е най-чувствителния показател за ЗПЧ. Установяването чрез доплерово сканиране на циркулация в съмнителния за задържани плацентарни части участък в много от случаите (но не винаги) подкрепя диагнозата „резидуа“. Ендометриална дебелина под 10мм се определя за нормална находка. Само разширената маточна кухина без наличие на ясно маркирана ехогенна ендометриална маса много по-често се среща в случаите на липса на задържани части. Ехографската оценка на задържани плацентарни части не винаги е еднозначна, тъй като често задържаните кръвни съсиреци дават подобен ехографски образ. При обосновано съмнение за задържани плацентарни части трябва да се предприеме или вакуум аспирация, или много внимателна инструментална ревизия на маточната кухина, задължително съпроводени с антибиотично покритие (веноз-

но, група на избор – синтетични пеницилини/цефалоспорици). Кюретажът носи риск от усложнения като перфорация на матката, латерации (разкъсвания) на маточната шийка, възможни последващи синехии на маточната кухина. Хистологично само при 30-45% от кюретираните се доказват плацентарни части.

Спешни мероприятия са необходими при внезапна или обилна загуба на кръв, съпроводена с някой от признаците и симптомите на шок, включително тахикардия, хипотония, хипоперфузия и промяна в съзнанието.

Към групата на кръвоизливните състояния принадлежат и пуерпералните хематоми, които се развиват обикновено в първите 24 часа след естествено раждане. Основните симптоми са свързани с острата и понякога голяма кръвозагуба, както и със персистираща значителна болка в перинеалната област. Задължителен е гинекологичен преглед, УЗД и лабораторен контрол на хемоглобина. Пуерпералните хематоми налагат хирургична ревизия и хемостаза.

## 2.2. Хипертензивни състояния

Мониторингът на артериалното налягане започва и се документира в рамките на 6 часа от раждането. При персистиращи повишени стойности (130/80 mmHg за родилките с предхождаща хипертония и 120/80 mmHg за общата популация) се започва антихипертензивно лечение (често с комбинация от медикаменти) и се препоръчва оценка на протеинурия. Персистиращо главоболие, зрителни нарушения, повръщане, недостиг на въздух, болки в гърдите са показатели за незабавно изследване и активно лечение от мултидисциплинарен екип. Особено нестабилно е кръвното налягане първите две седмици след раждане при жените с хипертензивни нарушения през бременността (хронична хипертония, гестационна хипертония и прееклампсия). Кръвното налягане при тях трябва да бъде интензивно наблюдавано поне за 6 седмици след раждане, което е и периода за избор на терапевтична комбинация. За оптимално кръвно налягане при тези жени се смята 130/80 mmHg. Повторна хоспитализация се налага в случаите на кръвно налягане над 160/100 mmHg.

## 2.3 Смущения в уринирането - пикочна задръжка или инконтиненция

Обикновено след раждането пикочният мехур има повишен капацитет и относителна слаба чувствителност на интравезикалното налягане. По често смущенията се наблюдават след вагинално раждане, като по-вероятно е това да бъде задръжка.

а) Задръжката на урина е обусловена от травматичната увреда на инервацията на пикочния мехур, прекомерно бързото напълване на мехура с урина, наличието на значителен оток на меките тъкани около уретрата, както и е свързана с промяна в сетивността и възможността за изпразване (и двете намалени) след приложение на локалната аналгезия. Задръжката на урина и преразтягането на пикочния мехур са чести състояния след раждане и трябва

активно да се профилактират и търсят. Ранното раздвижване и вертикализация, достатъчен и дозиран прием на течности (главно вода), както и подканянето за уриниране с рефлекторни прийоми обикновено дават резултат. В случаите, когато потвърдено с абдоминална ехография пикочният мехур не се изпразва ефективно (или изобщо не се изпразва) за повече от 6 (8-10) часа след раждане (или сваляне на уретрален катетър при Ц.С.), се налага поставянето на постоянен уретрален за поне 24 часа. За възстановяване на сетивността и нормалния тонус на пикочния мехур се препоръчват още 12-24 часа мехурна гимнастика преди окончателното сваляне на катетъра. Има случаи, когато състоянието не може да бъде преодоляно с краткотраен престой на уретралния катетър и се налага подълга употреба (10-15 дни и повече), като лечението трябва да бъде осъществено от уролог.

б) Пикочна инконтиненция - незадържане на урина. В пуерпериума 3 – 26 % от родилките съобщават за инконтиненция в период от 3 – 6 месеца след раждането. Дължи се на протрирано раждане, едър плод, оперативни интервенции. Най-често се среща травма на мускулните влакна в и около уретрата. Изпускането на урина е спонтанно и в малки количества. Инконтиненцията обикновено е преходна и изчезва пак спонтанно след 7 – 14 дни. Удачно е да се препаръча на родилката да започне упражнения стягащи тазовото дъно.

Според международната литература рехабилитацията на тазовото дъно при асимптоматични жени за предотвратяване на уринарна или анална инконтиненция в средносрочен или дългосрочен план не се препоръчва. Рехабилитация с помощта на упражнения за контракция на мускулите на тазовото дъно се препоръчва за лечение на персистираща уринарна инконтиненция 3 месеца след раждането, независимо от вида на инконтиненцията. Послеродова рехабилитация на тазовото дъно се препоръчва за лечение на анална инконтиненция, но не и за лечение или предотвратяване на пролапс или диспареуния.

## 2.4 Тромбоемболични състояния

Бременността е състояние на балансирана повишена съсирваемост, което се запазва и няколко седмици след раждането. Повишената съсирваемост се дължи на повишено ниво на фибриногена и някои други фактори на кръвосъсирването и на намалено ниво на естествени антикоагуланти като протеини S и C. Поради това, че тенденцията към хиперкоагулация се запазва и след раждането, първите 6 седмици след него са по-рискови за венозен тромбоемболизъм, отколкото самата бременност.

Рискови фактори за венозен тромбоемболизъм през бременността и в пуерпериума, както и детайлна препоръка за профилактика са подробно описани в препоръките на БДАГ, глава „Превенция на венозния тромбоемболизъм по време на бременност и в пуерпериума“.

Не трябва да се забравя, че широк кръг от фактори преди бременността (варикоза, затлъстяване, тютюнопушене и др), свързани с нея

(тежка преклампсия, IVF) и свързани с раждането (ЦС, голяма кръвозагуба, кръвопреливане, предтерминно раждане, мъртвораждање) водят до повишен риск от тромбоемболизъм в пуерпериума, когато към изброените се добавя дехидратация, имобилизация, инфекции и не добро изпразване на тазовите резервоари. Липсата на рискови фактори не изключва вероятност за тромбоемболия. Всички родилки трябва да бъдат насърчавани да се раздвижат възможно най-скоро след раждането.

Родилките с обременена лична и фамилна анамнеза, заболявания с ускорено кръвосъсирване, затлъстяване, диабет, обездвижване, възраст над 39г., предшествващи или по време на бременността оперативни процедури са изложени на по-висок риск от тромбоемболия и трябва да получат антикоагулантна терапия и индивидуални грижи. При пациентки с варикоза на долните крайници тромбoproфилактиката с компресионни чорапи трябва да започва преди ЦС и да се поддържа поне 7 следоперативни дни с добавяне на нискомолекулни хепаринови производни (Фраксипарин, Клексан и др).

Тромбозите по-често засягат повърхностните и дълбоки вени на долните крайници, но може да се локализируют и във вените на малкия таз. Проявяват се чрез ливидно – червен цвят на крайника, с изразена болезненост и оток. Пулсът се учестява при нормална температура. Родилки с тези оплаквания трябва да бъдат изследвани за дълбока венозна тромбоза и при наличие на такава да бъдат лекувани с имобилизация на крайника и хепаринова перфузия при консултация и контрол от съдов хирург. Поради опасност от емболия е необходимо активно наблюдение и лечение в пълен размер. Като най-тежко животозастрашаващо тромбоемболично усложнение е развитието на белодробен тромбоемболизъм – рискът за развитие на това усложнение в първите три месеца след раждане е значителен. Родилките, страдащи от недостиг на въздух или болка в гърдите, трябва да бъдат изследвани за белодробен тромбоемболизъм. В зависимост от интензитетът на оплакванията и в случай на леки до умерено изразени симптоми диагностиката може да започне с ЕКГ и рентгеново изследване на бял дроб. При изразени симптоми е наложителна реанимационна грижа и интензивно лечение, които в някои случаи не могат да предотвратят фатален изход. Показана е компютърнотомографската ангиография на белодробните артерии. Изследването на D- dimer не е патогномично, тъй като те могат да бъдат повишени и в нормално състояние.

Редки тромбоемболично състояния – овариална венозна тромбоза (0,05% - 0,18% от всички раждания) с изява главно вдясно; основна клинична симптоматика е коремна болка локализирана предимно вдясно и температура; образен диагностичен метод на избор е компютърната томография СТ. Тромбоза на мозъчен венозен синус – рискът за появата на състоянието е повишен главно в първите две седмици след раждане. Клиничните симптоми

варирают от персистиращо главоболие до локален неврологичен дефицит или кома. Образен метод на избор за диагноза на състоянието и на степента на увреда е магнитния резонанс.

## 2.5 Смущения в кърменето

Освен, че е най-здравословният начин на хранене и естествен защита от много инфекции, кърменето е свързано с по-добро когнитивно развитие на децата вероятно поради комбинация от различни фактори основни, от които са биологичните характеристики на кърмата и взаимодействието между майка и дете. Продължителността на кърменето и това, че то е основен начин на хранене за пеленачето засилва тези ефекти. Препоръчва се кърменето да продължи поне 4-6 месеца, като това би могло да предотврати много заболявания на новороденото в краткосрочен и дългосрочен аспект.

Началото на лактацията в много случаи е сериозно предизвикателство за родилките, както и за обгрижващия ги персонал. Значителната болка, която съпътства урегулирането на кърменето, както и първоначалното набъбване (подуване) на гърдите са стресиращи и демотиращи фактори, които някои родилки не могат да преодолеят сами. Трябва да се има в предвид, че кърменето не предпазва от развитието на следродилна депресия.

а) Рагидите на гърдните зърна са най-честата патология на млечните жлези. Представяват нарушения на епитела на гърдните зърна. Родилките се оплакват от болки при кърмене и нарушенията са видими при преглед. Появяват се 3 – 5 ден след раждането, по-често при първешкини. Дължат се, както на анатомични особености на гърдните зърна, на грешки в техниката на кърмене и неправилна хигиена на гърдните зърна. Лечението е локално (ланолин, протектори на зърната), а при по-тежки случаи и общо с антибиотици.

б) Рязко набъбване на млечните жлези втори трети ден след раждане - и двете гърди са твърди и болезнени, възможно е повишаване на температурата. Използването на студени компреси след кърмене или топли компреси непосредствено преди началото на сукане; по-често поставяне бебето на гърда, както и внимателно ръчно изцеждане на гърдите облекчават състоянието. Набъбването и болката затихват след 24 - 48 часа.

в) Пуерпералният мастит представлява паренхиматозна инфекция на гърдните жлези. Честотата на заболяването е между 0.5 – 20%. Гноен мастит рядко може да се появи първата седмица след раждането, като правило се диагностицира след трета или четвъртата седмица от началото на кърменето. Основният причинител на следродовия мастит са стафилококите (*Staphylococcus aureus*). Инфекцията прониква в млечната жлеза най-често по лимфен път през рагиди и фисури на гърдните зърна. По-рядко микроорганизмите проникват през млечните каналчета (интраканаликуларно). Заболяването започва остро със студени тръпки, болки в млечната жлеза и покачване на температурата (39°C). Появява се зачервяване, увеличават се

лимфните възли. В инфилтративния стадий симптомите се засилват, опипва се добре ограничен инфилтрат, силно болезнен. В стадия на нагнояване състоянието се влошава. Диагнозата изисква микробиологично изследване на мляко (изцежда се върху стерилен тампон) от засегнатата гърда, най-добре преди началото на антибиотично лечение. Формирането на абсцес се наблюдава при около 10% от жените с мастит. Диагнозата се поставя клинично и с помощта на ултразвук при абсцес. Лечението е в зависимост от стадия до образуване на абсцес е консервативно. Налага се незабавно лечение с антибиотик покриващ стафилококовия инфекциозен спектър и изпразване на гърдата.

г) Преустановяване на лактацията при необходимост е медикаментозно. Дълги години, а и днес в България бромкриптинът (Bromocriptine 2,5mg) беше медикамент на избор, но днес се смята, че потенциалните рискове най-значителен, от които е рязкото понижаване на кръвното налягане, ограничават употребата му. Обикновено лечебният курс: 2 пъти по 1 табл. за 10 дни, осигурява трайно спиране лактацията. Алтернативна възможност е каберголинът (Dostinex 0,5mg), който има по-слабо проявени подобни странични ефекти, но и също по-слаб терапевтичен ефект. Препоръчителната дозировка за потискане /предотвратяване/ на лактация (2 пъти по 1 табл. първия ден след раждане) и за преустановяване на вече започнало отделяне на кърма (по 1/2 табл. на 12 часа за 2 дни) често се налага да бъде повторена.

## 2.6 Инфекциозни усложнения

Обикновено (в случаите, когато не се касае за много вирулентен причинител) първата клинична изява на инфекция се случва 4-5 дни след раждане, повишаване на температурата над 38°C за поне 24 часа (или двукратно повишаване) в повечето случаи е показателна. Инфекция след раждане може да се развие на различни места: раневи повърхности, маточна кухина, млечни жлези, уринарен тракт и други по-редки локализации. Най-чести причинители са: *Streptococcus pyogenes* група А, *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*, *Proteus mirabilis*, *E.coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides spp*, *Prevotella*, и др.. Диагностицирането на инфекция в пуерпериума е сериозно усложнение, тъй като при наличие на предразполагащи и рисковни фактори може бързо да прогресира до сепсис. Вероятни за развитие на инфекция са случаите с лош здравен статус преди раждането, неадекватна хигиена, съществували преди бременността сексуално-трансмисивни заболявания, анемия, продължително и усложнено раждане, чести прегледи по време на раждането, манипулации в маточната кухина, задържани плацентарни части. Освен клиничната оценка, диагнозата се поставя чрез лабораторни (кръвни и микробиологични изследвания) и образни изследвания. Налага се антибиотично лечение адекватно дозирано, често в комбинация на два или три медикамента и антикоагулантна терапия, както и хирургично лечение, когато е показано.

а) Раневите инфекции – на перинеума (по-

често епизиотомии 7 – 15%) и оперативна рана след ЦС (3.4 – 5.8%) са лесни за диагноза – наблюдава се зачервяване, оток, болезненост, гнойни налепи. При всяка визитация, жените трябва да бъдат запитани дали имат отклонения в процеса на оздравяване на оперативните рани; това може да включва болка в областта на оперативен цикатрикс, перинеална болка, дискомфорт или парене, неприятна миризма или диспареуния. Лекарят трябва да направи оглед или акушерски преглед, ако пациентката има болка или дискомфорт в областта на перинеума и влагалището не само в посока търсене на инфекция, но и за вероятно развитие на хематом. Преди започване на антибиотичното лечение да се вземе раневи секрет за МБИ. Обикновено третирането е локално, като в зависимост от общотелесните симптоми (повишена температура, разтрисане, адинамия) антибиотична терапия може да бъде перорална или парентерална с двойна или тройна антибиотична терапия.

От възможните инфекции на матката и около нея: ендометрит; тазов тромбоза (и целулит); тазов перитонит; пелвичен абсцес или сепсис; най-често диагностициран е ендометритът. Честотата на пуерпериалния ендометрит зависи от начина на родоразрешение (два пъти по-чест е след ЦС) и от състоянието на околоплодния мехур. Клинични симптоми: висока температура с втрисане, болка ниско в корема и особено при палпация на маточното тяло, уголемена (несъответна инволюция за пуерпериалния ден) и мековата матка, често отворен цервикален канал, зловония или пурулентни лохии. Диагнозата се поставя въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания и микробиологичното изследване на лохиите. Необходимо е да се търсят задържани плацентарни части като една от най-вероятните причини, при установяване на такива е задължително почистване на маточната кухина, ако е възможно 24/48 часа след началото на венозната антибиотична терапия. Провежда се комбинирана (обикновено тройна) антибиотична терапия: цефалоспорици, аминогликозиди и метронидазолони препарати парентерално, както и антикоагулантна терапия за профилактика на тазови тромбози.

Най-тежки инфекции са послеродовия пелвиоперитонит, перитонит или пуерпериалния сепсис. Те се появяват най-често след Цезарово сечение. Лечението е комплексно, но преди всичко хирургично с отстраняване на изходното огнище (инфектирана матка, руптурирал пиосалпинкс, дехисценция на хирургичния шев на матката и др) Прилага се подходяща комбинация от антибиотици и активна инфузионна терапия.

### 2.6.1 Пуерпериални състояния с неинфекциозен характер, които често биват инфектирани.

- Недостатъчно обратно развитие на матката (субинволюция на матката) често се получава при много раждания, близнаци, едър плод или многоводие. Състоянието се определя като спряло или забавено маточна възстановяване.

Маточното тяло се намира по-високо от очакваното и е по-мековато. Наблюдава се удължено отделяне и атипични лохии, както и нерегулярни и понякога обилни маточни кръвотечения. Причини могат да бъдат също и задържани плацентарни части, ретроверзия на матката или нарушения в микцията и дефекацията. За лечение се използват средства, повишаващи маточния контрактилитет (Oxytocin, Methergine 0,2 mg, простагландини)

- Задръжка на лохиален секрет (лохиометра). Означава задръжка на лохии в матката поради липса или оскъдно изтичане. Причините са подобни на изброените по-горе. Клиниката се проявява с увеличение на матката, която е мека и чувствителна със забавена инволюция. Създават се условия за инфекция. За лечение се прилагат утеротоници (Oxytocin, Methergine 0,2 mg) в комбинация със спазмолитици. Прави се т.н. химически масаж (Buscolysin 1 или 2 ампули мускулно, след 30-40 мин Oxytocin 2 ампули мускулно, след 30 – 40 мин Methergine 0,2 mg 1 ампула мускулно). Ако ефектът от консервативното лечение не е достатъчен може да се направи, под обща анестезия, дилатация на цервикалния канал с последваща вакуумаспирация на маточното съдържимо. При нужда се прилага антибиотично лечение.

## 2.7 Психологически разстройства

Психичното здраве на родилката може да бъде нарушено след раждане и някои жени се сблъскват със значителни психологически (и психиатрични) разстройства в пуерпералния период, особено тези при които има анамнеза за проявени преди бременността разстройства в личностния спектър. Следродилната потиснатост е свързана с преживените тревоги по време на бременността; страховете, стрес и болка по време на раждането и началото на лактацията. Промяната в житейската роля вече на „майка“ и новите отговорности могат да доведат жената до известна степен на психологически дисбаланс, което всъщност е напълно нормално следродилно явление, особено при първа бременност.

**2.7.1 Синдром на потиснатост („the baby blues“)** в първите дни след раждането, който се самоограничава за две седмици. Характеризира се с чести промени в настроението, раздразнителност, плачливост и тревожност дали родилката ще бъде „добра майка“, както и безсъние, загуба на апетит и проблеми с концентрацията. Важно е да се знае, че с малко помощ и подкрепа обикновено състоянието преминава, но съществува вероятност да премине в депресия.

**2.7.2 Следродилната депресия се развива в първите седмици след раждането,** често степента на депресията се подценява, което може да доведе до значително утежняване на състоянието (до степен на ступор). Основните симптоми са тъга, чест плач, загуба на самоувереност, непрекъснато безпокойство или пълна апатия към бебето, към което са добавени загуба на апетит и сън. За разлика от първоначал-

ната потиснатост тук симптомите продължават повече от две седмици и винги са с тенденция към задълбочаване. Налага се оценка на състоянието насочено към откриване на суицидни мисли или невъзможност за грижа за детето. Тежките форми на депресия могат да персистерат и да доведат до значителна инвалидизация на родилката. Единбургската скала за следродилна депресия (EPDS) е най-често използваният скринингов инструмент за послеродова депресия в света. Въпреки това, рутинната употреба не се препоръчва: за предпочитане е клинична среща, за да се улесни идентифицирането на рисковите фактори при жените. Следродилната депресия се повтаря в повечето случаи по време на следващата бременност. За подобряване на състоянието е важно да бъде осигурена спокойна среда, към родилката да се подхожда с разбиране и успокояване и да бъде оказана помощ в ежедневната грижа за бебето от семейството и близките. Умесна е консултация с психолог/психиатър. Може да се наложи и лечение с антидепресанти.

**2.7.3 Следродилна психоза се среща рядко,** началото на симптомите започват почти веднага след раждането. Наблюдават се симптоми като раздразнителност, резки промени в настроението, халюцинации, дезорганизирано и понякога виолентно поведение. В тези случаи е необходима незабавна консултация с психиатър и хоспитализация.

В послеродовия период жените трябва да бъдат разпитани за чувство на тревожност и понижено настроение. Може да се направи оценка за постпартална депресия. Пациентките се наблюдават и за признаци на апатичност, логорея, упорито безсъние. При установена агресивност е наложителна консултация с психиатър. Ако симптомите персистерат, пациентките се насочват за психиатрично лечение.

Жените трябва да бъдат насърчавани при изписване от болничното заведение да се грижат за психичното си здраве. Това включва двигателна активност, време за почивка, получаване на помощ при грижите за бебето, социални контакти и осигуряване на достъп до мрежи за социална подкрепа.

## 3. ДРУГИ СЪСТОЯНИЯ И ТЕМИ ИЗИСКВАЩИ ВНИМАНИЕ И ОБСЪЖДАНЕ В ПОСЛЕРОДОВИЯ ПЕРИОД

### 3.1. Анемия

За анемия след раждане в световната литература се говори, когато концентрацията на хемоглобинът (изследван поне 48 часа след раждане) е под 110 g/l. Заместителната терапия зависи от намерените стойности: перорална в случаите 110 – 90 g/l; инжекционно желязо, когато концентрацията е 90 – 80 g/l; хемотрансфузия се налага при стойности под 70 g/l и/или около 80 g/l и лош клиничен толеранс. Приемът на желязо (и фолиева киселина) може да продължи три месеца след ражданепри ежемесечен контрол на концентрацията на хемоглобина, ЖСК и феритин. В България е прието след

раждането (на 3-ти или по-късен ден) да бъде проведен лабораторен контрол (минимум ПКК), което ни позволява лесна идентификация на родилките, нуждаещи се от заместване.

### 3.2. Имунизация

Анти-D имуноглобулин трябва да бъде приложен при всяка Rh отрицателна жена в рамките на 72 часа след раждането на Rh положително бебе, когато е показана след лабораторни изследвания. Прилага се anti-D immune globulin 300 една ампула мускулно.

### 3.3. Болков синдром

Родилки, които са имали епидурална или спинална аналгезия, трябва да бъдат посъветвани да съобщават за всяко тежко главоболие, което се случва по време на вертикализация. Лечението на леко постпартално главоболие трябва да се основава на диференциална диагноза на типа главоболие, при нормални стойности на артериалното налягане трябва да се изключи дехидратация, след което могат да бъдат препоръчани препарати със съдържание кофеин. Единственото дефинитивно лечение на постпункционно главоболие (след епидурално обезболяване на раждането) е техниката „blood-patch“, която трябва да бъде приложена максимум 48 часа след раждането.

Значителна част от родилките съобщават, че преживяват (усещат) силна болезненост на мястото на оперативната рана, при маточните контракции, или остра перинеална болка, или такава при кърмене; без те да имат патологичен субстрат. Всяка от тези болки или всички заедно влошават общия и емоционален статус на пациентките. В световната литература са посочени различни мултимодални протоколи за обезболяване, като предпочитана е пероралната терапия. Целта им е да намалят максимално рискът от прекомерен прием на силни болкоуспокояващи медикаменти и превръщане на болката в персистираща. У нас широко разпространена е употребата на парацетамол (acetaminophen) и нестероидни противовъзпалителни средства приложени ректално, в краен случай венозна метикация и то оглавиено в първите 24-48 часа след раждането.

### 3.4. Констипация

Родилките трябва да бъдат попитани до 3 дни след раждането за възстановяване на дефекацията. На тези, които имат запек трябва да бъдат дадени слабители и да се направи преоценка на диетата и приема на течности.

### 3.5. Хемороидална болест

Жените с хемороиди трябва да бъдат посъветвани да вземат диетични мерки, за да се избегне запек и трябва да им се предложи локално лечение. Жените с тежко изразени хемороиди или при всяко ректално кървене трябва да бъдат преоценени.

При увреждания на аналния сфинктер трябва да се съблюдава хранителен режим, поддържане на добра локална хигиена и лаксативи за предотвратяване на запек.

### 3.6. Контрацепция

Родилките да бъдат информирани за опасностите от близко разположени бременности, както и трябва да им бъде предложена ефективна контрацепция, която да започне не по-късно от месец след раждането. С оглед следродилни риск от венозен тромбемболизъм, употребата на комбинирана хормонална контрацепция не се препоръчва преди 6 седмици след раждането.

### 3.7. Контролни прегледи

В края на послеродовия период (6 до 8 седмици след раждането) наблюдаващият лекар трябва да осигури преглед на физическото, емоционалното и социалното благосъстояние на жената. След внимателното проучване на епикризата от болничното заведение всички усложнения и придружаващи заболявания трябва да бъдат взети под внимание и при нужда да се осъществят други консултации. Пациентите преживели предтерминно раждане, гестационен диабет и хипертензивни състояния трябва да бъдат информирани, че в дългосрочен план се очаква тези състояния да се повторят включително и извън бременност. В случаи, че липсват оплаквания, АСОГ препоръчват контролен преглед акушер-гинеколог не по-късно от 12 седмици след раждане.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство. Учебник за студенти по медицина и специализанти. Под ред. на А. Димитров. С., МИ „АРСО“, 2020. ЧАСТ VII: ПОСЛЕРОДОВ ПЕРИОД (ПУЕРПЕРИУМ)
2. Препоръки на БДАГ, глава „Указания за лечение и грижи в послеродовия период“
3. Препоръки на БДАГ, глава „Превенция на венозния тромбоемболизъм по време на бременност и в пуерпериума“; К. Чачева, Димитрова В., Ибрям И.,
4. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/)
5. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=28797ACA5A26-CA683EAD63F667EA7107?sequence=1>
6. The sonographic and color Doppler features of retained products of conception S.M., Durfee, Sara M., M.C., Frates, Mary C., A., Luong, Angela, C.B., Benson, Carol B. Journal of Ultrasound in Medicine Opens journal info in a new tab 2005
7. Ultrasonographic evaluation of the postpartum uterus D.A., Edwards, Dr A., D.A., Ellwood, David A. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology Opens journal info in a new tab 2000
8. Examining postpartum anticoagulation practices: An international survey of healthcare providers E., Vlachodimitropoulou, Carrier M., Malinowski K., Cuker A., Kaplovitch E., Shehata N., Thrombosis Research 242 (2024) 109113

9. *Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. Obstet Gynecol.* 2023 Jun 01;141(6):1262-1288

10. *Postnatal Care: A Comparative Review of Guidelines.* Giouleka S., Tsakiridis I., Kostakis N., (...), Dagklis T. *Obstetrical and Gynecological Survey* Opens journal info in a new tab 2024

11. *Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale* J.L., Cox, John Lee, J.M., Holden, Jenifer M., R., Sagovsky, R. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* Jun;150:782-6.

12. *Pharmacologic stepwise multimodal approach for postpartum pain management. ACOG Clinical Consensus-Obstetrics A. S. Bryant, Miller R. S., CC Postpartum Pain Management No. 3, vol. 138, Sept, 2021; 507-516.*

13. *Optimizing postpartum care. ACOG Clinical Consensus No. 5. Obstet Gynecol.* May 2018, vol. 131, No. 5, May 2018; e140-e149.

14. *Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF).* M.-V. Se?nat et al. / *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 202 (2016) 1–8

15. *Puerperal complications: Pathophysiological mechanisms and main imaging findings.*

J. G. Prieto, Sanchez, J. A., E. Martinez Chamorro, Sanz, L. I., Nacenta S. B., *Radiologia* 63 (2021) 22---31

16. *Guideline-based venous thromboprophylaxis in postpartum women: An in-depth evaluation of ACOG and RCOG recommendations and real-life implementation.* U. Kayikci et al. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 299 (2024) 272–277

17. *Postpartum psychiatric disorders.* S. Meltzer-Brody et al., *Nature Reviews | Disease Primers*, vol. 4, article number 18022 | 1-15