

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 2

Тема: Сестринский уход при патологическом течении беременности.

Доврачебная помощь при неотложных состояниях.

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии
3.1. Сестринское дело в акушерстве

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

Обучающийся должен знать:

- понятие о выкидыше, причины, классификацию, симптомы, особенности сестринского ухода;
- преждевременные роды: причины, симптомы, особенности сестринского ухода;
- причины, симптомы распознавания при предлежании плаценты;
- причины, симптомы распознавание ПОНРП;
- особенности сестринского ухода при патологии плаценты;
- классификацию гестозов;
- причины, основные симптомы, методы диагностики токсикозов первой половины беременности;
- особенности сестринского ухода при токсикозах первой половины беременности;
- понятие «претоксикоз», диагностика претоксикоза;
- причины, симптомы, методы диагностики при гестозах второй половины беременности;
- особенности сестринского ухода при второй половине беременности;
- оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях.

Содержание:

1. Кровотечения в I и II половине беременности. Причины. Клиника, диагностика, методы лечения.
2. Ранние гестозы. Этиология, патогенез, принципы лечения.
3. Поздние гестозы. Классификация. Этиология, патогенез, принципы лечения.
4. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях.

1. Кровотечения в I и II половине беременности. Причины. Клиника, диагностика, методы лечения.

Основные виды осложнений беременности.

Осложнения при беременности могут принести неприятности любой женщине, даже совершенно здоровой.

Давайте вместе рассмотрим самые распространенные виды осложнений, причины их появления, уровень влияния на развитие ребенка, способы лечения и методы профилактики.

Вовремя поставленная диагностика позволит избежать неприятных последствий для матери и ее малыша. Тяжесть осложнений при беременности может стать причиной самопроизвольного аборта, привести к маточным кровотечениям, нарушениям развития и даже гибели ребенка.

Причины возникновения осложнений беременности многочисленны, разнообразны по своему характеру и еще не полностью выяснены.

Причинами возникновения пороков развития и заболевания плода могут быть:

- вредные факторы внешней среды,
- генетические факторы,
- сочетание действия наследственных и ненаследственных факторов.

Основные проблемы, которые могут возникнуть во время беременности:

- [Осложнения беременности.](#)
- [Пороки развития](#), заболевания, которые приводят к внутриутробной смерти плода.
- [Аномалии](#) развития элементов плодного яйца.

- Кровотечения в первой половине беременности.
- Гестоз первой половины беременности.

Особенности сестринского ухода при кровотечениях в первой половине беременности.

Среди различных акушерских осложнений, возникающих во время беременности, родов, раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест.

Акушерские кровотечения – это основная причина материнской смертности.

Классификация:

I. Кровотечения в первой половине беременности:

1. Кровотечения, не связанные с патологией плодного яйца: "ложные менструации", псевдоэрозия, полипы и рак шейки матки, травмы влагалища, варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища.

2. Кровотечения, связанные с патологией плодного яйца: выкидыш, прервавшая внематочная беременность, пузырный занос.

II. Кровотечения во второй половине беременности.

1. Преждевременные роды.

2. Предлежание плаценты (полное, частичное, низкое).

3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

III. Кровотечения в родах.

IV. Кровотечения в раннем послеродовом периоде.

V. Кровотечения в позднем послеродовом периоде.

Кровотечения, связанные с патологией плодного яйца.

Выкидыш (аборт) — самопроизвольное прерывание беременности до 22 недель.

Делят на *самопроизвольные* (или спонтанные), *искусственные* (произведенные в медицинских учреждениях по желанию женщины, по социальным показаниям до 22 недель и по медицинским показаниям в любой срок), *криминальные* (внебольничное вмешательство).

Самопроизвольный выкидыш является самым частым осложнением беременности. Причины его многообразны:

- недоразвитие и пороки развития половых органов,
- воспаление и опухоли половых органов беременной,
- нарушение функции яичников,
- инфекционные и паразитарные заболевания (грипп, токсоплазмоз и др.),
- несовместимость крови беременной и плода,
- истмико-цервикальная недостаточность,
- тяжелые токсикозы беременных,
- физические травмы,
- психологические травмы,
- воздействие на организм женщины вредных факторов окружающей среды (ионизирующее излучение и др.),
- предшествующие искусственные аборты и др.

При самопроизвольном выкидыше плодное яйцо (развивающийся организм, окруженный околоплодными водами и плодными оболочками) отслаивается от стенки матки и под влиянием сокращений ее мускулатуры изгоняется из полости матки.

Самопроизвольные аборты делят на:

- угрожающий аборт,
- начавшийся аборт,
- аборт в ходу,
- неполный аборт,
- полный аборт,
- инфицированный аборт,
- септический аборт.

В начальной стадии выкидыша (угрожающий выкидыш) наблюдаются ноющие, иногда схваткообразные, боли в низу живота и в области поясницы.

При потере связи плодного яйца со стенкой матки (начавшийся аборт) появляются кровянистые выделения из половых путей. Количество этих выделений увеличивается по мере прогрессирования отслойки плодного яйца, нередко возникает обильное маточное кровотечение, приводящее к резкому малокровию (анемии).

Вместе с кровью из половых путей выходит плодное яйцо (аборт в ходу), после чего матка сокращается и кровотечение прекращается. В большинстве случаев в матке остаются части плодных оболочек и плаценты (неполный аборт). При этом матка не сокращается и из ее зияющих сосудов продолжается кровотечение, которое иногда бывает очень обильным, угрожающим жизни. Кроме того, остается приоткрытым канал шейки матки, соединяющий полость матки и влагалище, что создает благоприятные условия для проникновения из влагалища в матку микроорганизмов и может привести к развитию воспалительных заболеваний матки и ее придатков (инфицированный аборт).

Иногда задержавшиеся в матке элементы плодного яйца очень малы и кровотечение может прекратиться, но в последующем из этих элементов формируется полиповидное образование, препятствующее заживлению раневой поверхности матки и приводящее к длительным кровянистым выделениям из половых путей.

После 14-й недели беременности самопроизвольный выкидыш происходит обычно по типу родов: возникают схваткообразные боли в низу живота вследствие сокращения мускулатуры матки, сглаживается и раскрывается шейка матки, разрываются плодные оболочки, изливаются околоплодные воды, рождается плод, а затем послед — плацента и плодные оболочки.

Маточное кровотечение в эти сроки беременности при отсутствии осложнений, как правило, не обильное — кровопотеря не превышает 200—250 мл. Так же, как и при выкидыше в ранние сроки беременности, нередко в матке остаются части последа.

Возникновение во время беременности незначительных болей внизу живота должно послужить поводом для немедленного обращения к акушеру-гинекологу.

При выявлении угрожающего выкидыша в первые 3 мес. беременности лечение по разрешению врача может проводиться на дому. Назначают постельный режим, успокаивающие средства (например, настойка валерианы) и препараты, расслабляющие мускулатуру матки: но-шпу или папаверин по 1 таблетке (0,04 г) 2—3 раза в день. Запрещаются резкие движения, половая жизнь, прикладывание к животу теплой грелки, пузыря со льдом или холодной водой.

Эти рекомендации применимы и в тех случаях, когда нет возможности в ближайшие 1—2 дня обратиться к врачу. Исчезновение болей в животе является хорошим признаком, указывающим на прекращение сокращений мускулатуры матки.

Если же боли в животе не стихают, лечение, направленное на сохранение беременности должно быть продолжено в условиях стационара.

При угрожающем выкидыше во второй и последней трети беременности лечение проводится только в стационаре.

В случае появления во время беременности выраженных болей в низу живота или болей в животе (даже незначительных) в сочетании с кровянистыми выделениями различной интенсивности из половых путей следует вызвать скорую помощь и госпитализировать женщину.

Доставка беременной в стационар при ранних стадиях выкидыша (когда плодное яйцо еще связано со стенкой матки) позволяет провести необходимые лечебные мероприятия и сохранить беременность. В поздних стадиях выкидыша, а также при задержке в матке частей плодного яйца лечение оперативное.

В ранние сроки беременности (обычно до 14 нед.) матку опорожняют и выскабливают ее стенки с помощью специальных инструментов. В более поздние сроки, когда выкидыш протекает по типу родов, и сохранить беременность невозможно, для ускорения изгнания плода вводят средства, усиливающие сокращения мускулатуры матки, или извлекают плод через разрез стенки матки.

Срочная госпитализация показана и при свершившемся выкидыше. Если в этом случае имеется обильное кровотечение, во время транспортировки беременной в стационар к ее животу можно приложить пузырь со льдом или холодной водой с целью ускорения сокращения матки и уменьшения кровопотери. В случае самостоятельно прекратившегося кровотечения госпитализация также обязательна. В стационаре проводят ультразвуковое исследование матки для объективной оценки степени ее опорожнения, задержавшиеся в матке части плодного яйца удаляют.

Профилактика самопроизвольного выкидыша состоит в своевременном (при появлении первых признаков беременности) обращении в женскую консультацию. Обследование поможет выявить и начать лечение заболеваний, которые могут стать причиной самопроизвольного прерывания беременности.

Самопроизвольный выкидыш может возникать повторно (привычный выкидыш). Если у женщины произошло два и более выкидыша, необходимо тщательное ее обследование для установления причины невынашивания беременности. В период обследования и лечения следует тщательно предохраняться от беременности. В случае наступления беременности первые 3 мес. воздерживаются от половой жизни. Необходимо (особенно в первые недели беременности) исключить общение с инфекционными больными, по возможности не посещать места большого скопления людей, избегать волнений, переутомления, больше бывать на воздухе, обеспечить правильное и полноценное питание.

Обязательно проведение [медико-генетического консультирования](#).

Особенности ухода при кровотечениях во второй половине беременности.

Кровотечения во второй половине беременности, особенно в последние недели ее и во время родов, в большинстве случаев возникают в связи:

1. с аномалиями прикрепления и отделения детского места (предлежание плаценты, ПОНРП);
2. самопроизвольное прерывание беременности (преждевременные, самопроизвольные роды);
3. рак шейки матки;
4. травма половых органов;
5. варикозные узлы во влагалище.

Особенности ухода при преждевременных родах.

Преждевременными являются роды, которые произошли в 28 - 37 недель беременности, а масса плода при этом составляет от 1000 до 2500 г.

В настоящее время по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) если беременность прерывается при сроке 22 недель и более, а масса плода составляет 500 г и более, и новорожденный выживает в течение 7 дней, то роды считают преждевременными с экстремально низкой массой плода.

Причины преждевременных родов:

Факторами риска преждевременных родов являются:

- низкий социально-экономический уровень;
- неустроенность семейной жизни;
- молодой возраст;
- злоупотребление никотином, алкоголем, наркотиками;
- перенесенные ранее аборт, преждевременные роды и самопроизвольные выкидыши;
- инфекции мочевых путей;
- воспалительные заболевания половых органов;
- тяжелые соматические заболевания;
- нарушения строения и функции половых органов.

Важное значение в возникновении преждевременных родов играет и осложненное течение данной беременности. Особое внимание следует также уделять инфекционным заболеваниям, перенесенным во время данной беременности.

Преждевременные роды, которые происходят в 22-27 недель, составляет 5 % от их общего количества. В первую очередь эти роды обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью, инфицированием плодных оболочек их преждевременным разрывом. В этой ситуации легкие плода не достигают еще необходимой зрелости, что не позволяет в достаточной степени обеспечить дыхательную функцию новорожденного. Добиться ускорения созревания легких с помощью лекарственных средств, не всегда возможно. Вследствие этого исход родов для новорожденного в подобной ситуации наиболее неблагоприятный.

Преждевременные роды при сроке беременности 28-33 недели обусловлены более широким кругом причин. Легкие плода в эти сроки также еще не являются достаточно зрелыми, однако назначение определенных медикаментозных средств в целом ряде случаев позволяет добиться ускорения их созревания. В этой связи, соответственно, и исход родов для новорожденного в эти сроки беременности может быть более благоприятным. Прогноз более благоприятных исходов преждевременных родов увеличивается в сроки беременности 34-37 недель.

Симптомы преждевременных родов.

Различают угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды.

Для *угрожающих* преждевременных родов характерны непостоянные боли в пояснице и внизу живота на фоне повышенного тонуса матки. При этом шейка матки остается закрытой.

При *начинающихся* преждевременных родах обычно возникают схваткообразные боли внизу живота, сопровождающиеся регулярным повышением тонуса матки (схватки). Шейка матки при этом укорачивается и раскрывается. Нередко происходит и преждевременное излитие околоплодных вод.

Для преждевременных родов характерно:

- ✓ несвоевременное излитие околоплодных вод;
- ✓ слабость родовой деятельности, дискоординация или чрезмерно сильная родовая деятельность;
- ✓ быстрые или стремительные роды или, наоборот увеличение продолжительности родов;
- ✓ кровотечение из-за отслойки плаценты;
- ✓ кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах вследствие задержки частей плаценты;
- ✓ воспалительные осложнения, как во время родов, так и в послеродовом периоде; гипоксия плода.

Лечение беременных.

При возникновении симптомов указывающих на возможность преждевременных родов лечение должно быть дифференцированным, так как при начинающихся родах может

быть проведено лечение, направленное на сохранение беременности, а при начавшихся родах такое лечение уже не эффективно.

Для снижения возбудимости матки и снижения ее сократительной активности назначают:

- постельный режим;
- успокаивающие средства;
- спазмолитические препараты. Для снижения непосредственно сократительной активности матки назначают сульфат магния и адrenomиметики (партусистен, гинипрал);
- профилактика дыхательных нарушений (респираторного дистресс-синдрома) у новорожденных путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов. У недоношенных новорожденных дыхательные нарушения возникают из-за недостатка сурфактанта в незрелых легких. Сурфактант это субстанция, покрывающая альвеолы легких, способствующая их открытию при вдохе и препятствующая спаданию альвеол при выдохе. Небольшое количество сурфактанта продуцируется уже с 22-24 недель внутриутробной жизни, однако он очень быстро расходуется после преждевременных родов, а его более-менее адекватное воспроизведение возможно только после 35 недель под влиянием глюкокортикоидов, введенных беременной или, наблюдается ускорение синтез сурфактанта. Подобная профилактика дыхательных нарушений имеет смысл при сроках беременности 28-35 нед. Профилактику повторяют через 7 дней 2-3 раза.

Для лечения беременных, у которых отмечаются угрожающие преждевременные роды, можно использовать и немедикаментозные физиотерапевтические средства, такие как:

- ✓ электрорелаксация матки с помощью воздействия на нее переменного синусоидального тока с частотой в диапазоне от 50 до 500 Гц и силой тока до 10 мА.;
- ✓ иглоукалывание в сочетании с лекарственными средствами.

Ведение преждевременных родов.

В процессе ведения преждевременных родов обязательным является их адекватное обезболивание.

В связи с тем, что большинство осложнений при преждевременных родах, как у матери, так и у плода обусловлено нарушением сократительной деятельности матки, обязательным является постоянный мониторинг за сокращениями матки и состоянием плода. *Продолжительность преждевременных родов, как правило, меньше, чем своевременных, из-за увеличения скорости раскрытия шейки матки. В основном это связано с тем, что в подобных ситуациях чаще имеет место истмико-цервикальная недостаточность, а при малой массе ребенка не требуется высокой маточной активности и интенсивности схваток для его рождения. Если сократительная деятельность матки при преждевременных родах соответствуют норме, то при ведении родов применяют выжидательную тактику.*

Регулярно проводят профилактику гипоксии плода, используют перидуральную анестезию. С целью уменьшения родового травматизма в периоде изгнания оказывают пособие без защиты промежности.

Выявление преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности может быть несколько затруднено как из-за маловодия так и вследствие обильных выделений из-за сопутствующего кольпита. В этой связи целесообразно использование экспресс-метода - амниотест.

При преждевременном разрыве плодных оболочек обычно придерживаются выжидательной тактики, контролируя возможное развитие инфекции, так как наиболее важным фактом, который следует принимать во внимание в такой ситуации является, прежде всего, возможность инфицирования, что оказывает решающее влияние на ведение

беременности. Выжидательная тактика наиболее предпочтительна при малых сроках беременности.

При выявлении преждевременного разрыва плодных оболочек в случае недоношенной беременности беременную госпитализируют. Пациентке необходимы постельный режим с ежедневной сменой белья и полноценное питание.

Осуществляют строгий контроль за состоянием здоровья матери и плода. Измеряют длину окружности живота и высоту стояния дна матки над лоном, оценивают количество и качества подтекающих вод, определяют частоту пульса, температуру тела и частоту сердцебиений плода каждые 4 ч.

Необходимо каждые 12 ч определять содержание лейкоцитов с анализом лейкоцитарной формулы крови. Посев содержимого цервикального канала и мазки из влагалища контролируют каждые 5 дней.

Токолитические препараты обычно назначают при преждевременном разрыве плодных оболочек в случае угрожающих и начинающихся преждевременных родах.

Если родовая деятельность уже самостоятельно началась, то ее нецелесообразно подавлять.

Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек используют в случае опасности развития воспалительных осложнений, а также при длительном применении глюкокортикоидов, при истмико-цервикальной недостаточности, при наличии у беременной анемии, пиелонефрита и других хронических инфекционных заболеваний.

Кровотечение при предлежании плаценты.

С предлежанием и преждевременной отслойкой плаценты связано 50% кровотечений в третьем триместре беременности. Прогноз во многом зависит от своевременной диагностики этих осложнений.

Предлежанием плаценты называется прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки.

Кровотечение при этой патологии может возникнуть: вначале второй половины беременности, в последние недели беременности, во время родов.

Причины: изменения в самом оплодотворенном яйце, в матке (хроническое воспаление эндометрия, рубцовые изменения в эндометрии после аборта, операции на матке).

Факторы риска:

- возраст (у беременных в возрасте 35 лет предлежание плаценты встречается в 3 раза чаще, чем в возрасте 25 лет);
- большое количество родов;
- рубец на матке;
- предлежание плаценты в анамнезе;
- курение;
- многоплодная беременность.

Классификация:

1) Полное (центральное) предлежание плаценты (placenta praevia totalis) - внутренний зев полностью закрыт плацентой, при влагалищном исследовании плодные оболочки не обнаруживаются.

2) Частичное (боковое) предлежание плаценты (placenta praevia lateralis) - за внутренним зевом шейки матки наряду с плацентарной тканью находят плодные оболочки.

3) Низкое (краевое) прикрепление плаценты (placenta praevia marginalis s. placenta humilis) - нижний край плаценты располагается от внутреннего зева на расстоянии менее 5 см, но не захватывает внутренний зев.

Степень предлежания определяется при открытии шейки матки не менее чем на 4 см.

Основной клинический симптом - кровотечение из полости матки. Кровяные выделения во время беременности появляются внезапно без болевых ощущений,

могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Чем ниже располагается плацента, тем раньше, обильнее бывает кровотечение. Осложнения со стороны плода - [внутриутробная гипоксия](#).

Диагностика. В 95% случаев предлежание плаценты удается диагностировать с помощью УЗИ. Вначале производят абдоминальное УЗИ при полном мочевом пузыре. При подозрении на предлежание плаценты мочевой пузырь опорожняют и повторяют исследование. Затем проводят влагалищное УЗИ для уточнения расположения плаценты по отношению к шейке матки. Для подтверждения диагноза можно использовать МРТ.

Влагалищное исследование для диагностики предлежания плаценты проводится редко. К нему прибегают в случаях, когда после УЗИ диагноз остается неясным (например, при частичном предлежании плаценты), а у женщины не прекращаются кровянистые выделения из половых путей.

В связи с риском массивного кровотечения влагалищное исследование производят в условиях операционной, при наличии достаточного количества препаратов крови.

Данные влагалищного исследования при закрытом наружном зеве:

- ✓ при полном предлежании плаценты - в переднем, боковых сводах определяется мягкое массивное образование;
- ✓ при неполном предлежании - в правом или левом боковом своде.

При раскрытом маточном зеве:

- ✓ при полном предлежании - весь просвет внутреннего зева занят плацентарной тканью, пальпация усиливает кровотечение;
- ✓ при частичном предлежании - в пределах маточного зева обнаруживается плацентарная ткань и оболочки;
- ✓ при низком прикреплении - плацентарную ткань прощупать не удастся, оболочки плотные с шероховатой поверхностью.

Дифференциальная диагностика проводится с ссадинами, разрывом слизистой влагалища, псевдоэрозией шейки матки, полипами, раком шейки матки, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом варикозно-расширенных сосудов, начинающимся разрывом матки.

Тактика ведения.

Вызвать машину специализированной «скорой помощи».

Немедленная госпитализация в стационар.

Терапия консервативная, если во время беременности кровотечение не обильное, общее состояние удовлетворительное, систолическое АД больше 100 мм.рт.ст., содержание гемоглобина в крови не менее 10 г%.

Консервативное лечение включает следующие мероприятия:

- постельный режим (ограничение физической активности),
- поддержание гемоглобина на уровне не менее 100 г/л,
- введение анти-Rh (Д) иммуноглобулина женщинам с резус - отрицательной кровью,
- токолитическая терапия (проводят с осторожностью) - препаратом выбора является сульфат магния;
- кровоостанавливающие средства, переливание небольшими порциями СЗП,
- лечение гипоксии плода - 40% раствор глюкозы 20 мл, ККБ-100-200 мг, АТФ 1 мл, витамин С 5% раствор 2-3 мл; трентал 5 мл внутривенно, ингаляции увлажненного кислорода, курантил, теоникол, ноотропил, пирацетам.

Оперативное вмешательство.

Амниотомия - производится при наличии родовой деятельности, раскрытии маточного зева, частичном предлежании детского места.

Кесарево сечение - абсолютное показание для полного предлежания плаценты; при краевом, боковом предлежании операция выполняется когда кровотечение обильное, нарастает анемия, родовые пути не подготовлены или кровотечение умеренное на фоне анемии или каких-либо сопутствующих осложнений.

Осложнения: геморрагический шок; осложнения кесарева сечения, трансфузионной терапии; при предлежании плаценты может наблюдаться ее приращение. Риск особенно велик при наличии рубца на матке. Приращение плаценты может вызвать массивное кровотечение, при котором возникает необходимость в экстирпации матки.

Прогноз. Материнская смертность при предлежании плаценты близка к нулю. Перинатальная смертность не превышает 10%. Основная причина гибели детей - недоношенность. При предлежании плаценты высок риск врожденных пороков.

Профилактика. Борьба с абортами, предупреждение, лечение воспалительных заболеваний.

Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Причины:

1. Причины, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты –

- тяжелые гестозы,
- туберкулез, сифилис, малярия, другие инфекции;
- пороки сердца,
- тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь,
- хроническое воспаление матки, подслизистые узлы фибромиомы, пороки развития матки,
- гипо-, авитаминозы,
- перенашивание беременности,
- курение, наркомания, особенно кокаинизм, алкоголизм,
- многоводие, крупный плод, многоплодная беременность.

2. Причины, непосредственно вызывающие преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты:

- непосредственная травма - падение, удар в живот, наружно-внутренний поворот плода, грубое изнашивание;
- косвенная травма - короткая пуповина, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие вод при многоводии; быстрое рождение первого плода при многоплодии, нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом акте.

Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты объясняется разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается.

Если участок отслойки плаценты небольшой, то после образования ретроплацентарной гематомы тромбируются маточные сосуды и сдавливаются ворсины. Дальнейшая отслойка прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты и отложения солей, которые распознаются при осмотре плаценты после родов.

При обширном отделении плаценты наблюдается значительное кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре возрастает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая попадает в околоматочную клетчатку, даже в брюшную полость при нарушении целостности серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее кровотечение будет значительным.

Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, то кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище. Тогда налицо наружное кровотечение.

Кровь может попадать и в околоплодные воды (когда нарушена целостность плодных оболочек) и повышать давление в амниотической полости, выражающееся в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря.

Отслойка всей поверхности плаценты приводит к быстрой гибели плода. При значительной ретроплацентарной гематоме стенка матки пропитывается кровью, следовательно матка теряет сократительную способность, повреждается мышца матки, серозный слой. Пропитывание может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Пропитывание стенки матки кровью с повреждением мышцы матки, серозного покрова, с утратой сократительной способности при значительной ретроплацентарной гематоме называется **маткой Кувелера** (Кувелер - французский врач, описавший в 1912 г. два собственных наблюдения).

Отслоение до 1/3 площади плаценты может никак не проявиться - диагностируется после осмотра последа - на материнской поверхности вдавления, покрытые темными сгустками крови, в этих местах плацента тоньше.

При незначительной отслойке плаценты в конце I периода, во II периоде родов - возникает боль, симптомы кровотечения, ослабевает родовая деятельность, появляются признаки гипоксии плода.

Отслойка значительной части плаценты (более 50%) возникает внезапно:

- понижается АД, слабый, частый пульс (или замедление пульса),
- бледность кожных покровов,
- болевой синдром - в начале локализуется в месте отделения плаценты, затем распространяется по поверхности всей матки; боль сильная, тупая, постоянная, появляется рвота, наступает внутриутробная гибель плода, матка твердая, поверхность болезненная, определяется выпячивание матки в области отслоения плаценты эластической консистенции.
- Одновременно с симптомами внутреннего кровотечения появляется наружное кровотечение - часто незначительное.
- При влагалищном исследовании отмечаются кровяные выделения из матки, хотя этот симптом не всегда проявляется. Плодный пузырь постоянно напряжен.

Тактика.

1. При выраженной клинической картине, нарастающих симптомах внутреннего кровотечения производят операцию кесарево сечение.

2. При полном или почти полном открытии шейки матки и мертвом плоде производят плодоразрушающую операцию.

3. Во II периоде родов при наличии условий и живого плода роды заканчивают наложением акушерских щипцов, а при мертвом плоде - плодоразрушающей операцией.

4. При незначительной отслойке плаценты и мало выраженных симптомах при целом плодном пузыре - производят амниотомию.

5. После родоразрешения через естественные родовые пути, во всех случаях показано:

- ✓ ручное отделение последа, если его отслойка была неполной;
- ✓ ручное обследование полости матки для исключения нарушения целостности стенок ее и для удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови;
- ✓ осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал;
- ✓ вводят средства, сокращающие матку (окситоцин, метилэргометрин и др.);
- ✓ с целью предупреждения инфекции назначают антибиотики,
- ✓ при анемии - кровезаменители, СЗП, эритроцитную массу.

Осложнения: гемморагический шок, ДВС-синдром, обширное кровоизлияние в стенку матки - матка Кувелера, ишемические некрозы внутренних органов.

Прогноз. Преждевременную отслойку плаценты относят к тяжелым акушерским осложнениям. Перинатальная смертность достигает 30%.

Профилактика. Заключается в раннем выявлении, лечении гестозов беременности, гипертензивной болезни, хронических инфекций.

2. Ранние гестозы. Этиология, патогенез, принципы лечения.

Гестоз – это серьезное осложнение беременности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения.

Гестоз ведет к фетоплацентарной недостаточности и следовательно к гипоксии и гипотрофии плода. Даже легкий не пролеченный гестоз может вылиться в тяжелую форму и влечет за собой серьезные последствия для матери и плода. Такие как внутриутробная гибель плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эклампсия, отслойка сетчатки, кровоизлияние в головной мозг, острая почечная недостаточность.

Ни одна из ныне существующих [классификаций](#) не может считаться совершенной и вызывает множество дискуссий, так же как и теории возникновения гестоза.

Особенности сестринского ухода при гестозах первой половины беременности (рвота, слюнотечение).

Ранний гестоз, или токсикоз, беременных заболевания, которые бывают только у беременных и вызваны самой беременностью, т. е. гестацией, называют гестозами.

До этого такие состояния беременной называли токсикозами, учитывая те обменные нарушения и симптомы, похожие на отравления, которые при них наблюдаются.

Гестозы, или токсикозы, разделяют на ранние и поздние. Отдельно выделяют редкие формы гестозов.

К ранним гестозам, или ранним токсикозам, относят: рвоту беременных, слюнотечение.

Рвота беременных (emesis gravidarum) — самый распространенный вид ранних гестозов, или токсикозов, беременных. У большинства беременных в I триместре бывает тошнота и изредка рвота. Если при этом нет патологических изменений со стороны внутренних органов, не страдает общее состояние, работоспособность, то это не считается заболеванием и относится к признакам беременности (сомнительные или предположительные признаки беременности). Но у 5—7% беременных тошнота и рвота возникает ежедневно, вызывая осложнения.

Этиология.

Главным этиологическим фактором, способствующим развитию раннего гестоза, является наличие плодного яйца. Для того чтобы объяснить развитие этого осложнения, предложено несколько теорий.

Патогенез.

Некоторые моменты патогенеза были рассмотрены вместе с этиологией. При частой рвоте происходит большая потеря жидкости, которая приводит в конце концов к обезвоживанию, нарушению обмена веществ, нарушению гемодинамики, интоксикации.

Клиническое течение.

Основными жалобами являются тошнота, рвота, слабость, резко выражены вкусовые и обонятельные причуды, вплоть до полной потери аппетита, нарушения сна.

Объективно отмечается потеря веса, тахикардия, гипотония, повышение температуры, изменения в анализах мочи (в первую очередь появление ацетона, но в более тяжелых стадиях и другие нарушения) и в анализе крови (повышение концентрации остаточного азота, электролитные и другие нарушения).

Можно выделить три степени тяжести рвоты беременных.

И степень, или легкая форма рвоты. В связи с тем что субъективные изменения выражены более объективных, эту стадию называют также невротической, или аллергической. Общее состояние остается удовлетворительным. Тошнота в течение дня возникает очень часто. Рвота от 2 до 5 раз. Сильно выражены вкусовые и обонятельные изменения, непереносимость запахов, в том числе приготовляемой пищи. Аппетит и сон

обычно не нарушены. Потеря массы тела не превышает 2 кг за неделю. Может наблюдаться незначительное учащение пульса — не более 90 уд./мин и снижение АД до 110/60, 100/60 мм рт. ст. Температура и анализы в пределах нормы.

II степень, или рвота средней степени. В данном случае выражено нарушение обменных процессов. Эта стадия называется также токсической. Тошнота почти постоянная, рвота до 10 раз в сутки, пища и жидкость удерживаются очень незначительно. Аппетит снижен, сон нарушен. Состояние ухудшается. Потеря массы 3—5 кг в неделю. Субфебрилитет, гипотония до 100/60, 90/50 мм рт. ст., тахикардия — пульс учащается до 90—100 уд./мин. В анализе мочи обнаруживается ацетон (++).

III степень, или тяжелая форма рвоты, которая также называется неукротимой рвотой (hyperemesis gravidarum). В связи с тяжелыми нарушениями функций органов эту стадию называют дистрофической. Постоянная мучительная тошнота и рвота (вернее, постоянные позывы, так как желудок пустой), боли в эпигастральной области. Аппетита нет, пища и жидкость абсолютно не удерживаются, сон нарушен. Может быть апатия, нарушение сознания, мышечные боли, ломота.

Состояние женщины средней тяжести и иногда тяжелое; выраженное обезвоживание, сухость кожи, нарушение тургора тканей. На коже могут быть петехии, кровоизлияния в конъюнктиве вследствие постоянного напряжения и нарушений свертывания. Язык обложен, запах ацетона изо рта и от кожи. Температура повышена. Пульс учащается до 120 уд./мин и более, могут быть нарушения сердечного ритма. Выраженная гипотония (80/40 мм рт. ст.). В анализе мочи кетонурия (ацетон до ++++), в тяжелых случаях альбуминурия и уменьшение диуреза до полной анурии. В анализе крови увеличивается содержание билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина, нарушение белкового и водносолевого обмена.

Диагноз ставится на основании жалоб, клинических симптомов, данных дополнительного исследования.

Лечение и уход.

При любой степени тяжести женщине предлагается госпитализация. Однако при легкой степени гестоза возможно амбулаторное лечение (особенно при наличии дневного стационара).

В период эмбриогенеза к назначению лекарственных средств, особенно сильнодействующих, подходят крайне ответственно. При легкой форме рвоты обходятся минимальным количеством препаратов. При рвоте средней степени лечение интенсивное, при неукротимой рвоте показано прерывание беременности в связи с опасностью осложнений для женщины.

Если гестоз проявляется у беременной, не заинтересованной в беременности и настаивающей на прерывании, она имеет право на прерывание по медицинским показаниям, обследование проводят быстрыми темпами, чтобы не усугублять тяжесть состояния, выбор лекарственных средств более широкий.

Большое значение имеет уход: беременной нужна ненавязчивая забота, свежий воздух, индивидуальное питание, продолжительный сон. Для обеспечения сна можно назначать легкие успокаивающие средства, например валериану или пустырник, электросон, создавать условия для охраны сна и отдыха.

Рекомендуется принимать пищу малыми порциями, 6—8 раз в день, прохладную, жидкую, приятную по вкусу и виду.

В одной палате не должно быть двух женщин с гестозом, чтобы они не индуцировали друг друга, еще лучше отдельная хорошо проветриваемая палата со всеми удобствами.

Лекарственные средства.

В качестве противорвотных средств раньше часто применялся нейролептик аминазин, который обладает и противорвотным, и седативным действием. Назначается внутривенно 2,5% раствор аминазина (1 мл, разведенный в 500 мл 5% раствора глюкозы) или внутримышечно (1 мл вместе с 5 мл 0,25% раствора новокаина). При введении аминазина может быть резкое снижение артериального давления, введение препарата болезненное, есть риск образования абсцессов при внутримышечном введении и повреждения эндотелия сосудов при внутривенном. Противорвотным действием обладают также таблетки аминазина и другого нейролептика этаперазина, правда, при сильной рвоте прием таблеток затруднителен.

Применяется также нейролептический препарат из другой группы — дроперидол (0,25% — 0,5 мл внутримышечно). Дроперидол в большей степени, чем аминазин, обладает седативным и противорвотным действием, имеет меньше побочных действий, но также снижает артериальное давление, что у обезвоженной женщины может вызвать коллапс.

Выраженным противорвотным действием обладает препарат церукал, который оказывает регулирующее действие на функции желудочно-кишечного тракта. Применяется в таблетках по 10 мг внутрь 3 раза в день до еды (не разжевывая и запивая большим количеством воды). При невозможности принимать таблетки, церукал вводят внутримышечно по 2 мл (10 мг) или внутривенно 2 мл в 500 мл физиологического раствора.

Инфузионная терапия назначается для борьбы с обезвоживанием, для восполнения ОЦК и дезинтоксикации:

- солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера—Локка, «Дисоль», «Трисоль», «Ацесоль», «Хлосоль», «Лактосол»);
- 5% раствор глюкозы;
- гемодез;
- в тяжелой стадии помимо этого применяются белковые препараты (альбумин, протеин).

Хорошо себя зарекомендовали при лечении гестоза лекарственные средства:

— Спленин — препарат селезенки, относится к биогенным стимуляторам, обладает иммуностимулирующим действием, улучшает функции печени, нормализует изменения азотистого обмена, назначается по 1,0—2,0 мл внутримышечно.

— Эссенциале — комплексный препарат, содержащий фосфолипиды и витамины, улучшает иммунные процессы, функции печени (называется гепатопротектором), улучшает микроциркуляцию. Назначается по 2 капсулы 3 раза в день. Вводится по 5—10 мл внутривенно (в 500 мл 5% раствора глюкозы).

Физиотерапевтические методы.

Применяется эндоназальный электрофорез витамина В, гальванизация воротниковой зоны и солнечного сплетения.

Имеется опыт лечения рвоты беременных при помощи иглорефлексотерапии, гипнотерапии, но это требует привлечения специалистов редкой профессии.

При тяжелом течении токсикоза, не поддающегося лечению, предлагается прерывание беременности по медицинским показаниям.

Осложнениями рвоты беременных являются обезвоживание, нарушение функций жизненно важных органов, особенно сердца, печени и почек. Одним из наиболее тяжелых осложнений является острая желтая атрофия печени (наблюдается крайне редко, но может вызвать смертельные осложнения).

Часто на фоне тяжелого гестоза возникает прерывание беременности.

При благоприятном течении раннего гестоза явления его стихают не позднее 12 недель. Затяжное течение раннего гестоза свидетельствует о сочетанной патологии (обострение хронических заболеваний печени, панкреатит) или о наличии другого вида акушерской патологии (например, пузырный занос, редкий вид гестоза — гепатоз).

Дифференцировать рвоту беременных нужно со следующими заболеваниями: пищевые отравления, инфекционные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, сотрясение головного мозга.

Медицинская сестра должна заподозрить патологию, определить тяжесть состояния, сообщить врачу, в отсутствие врача оказать доврачебную помощь, обеспечить госпитализацию.

Под руководством врача медсестра обязана при данной патологии проводить уход, выполнять назначения по обследованию и лечению.

Медсестра должна способствовать устранению негативных факторов, способствующих ухудшению состояния, путем улучшения социальной и психологической помощи.

Гиперсаливация часто присутствует при рвоте беременных, но иногда может быть в виде самостоятельной формы раннего токсикоза беременных.

При выраженном слюнотечении потеря слюны за сутки может достигать 1 л и более. Обильное слюнотечение угнетающе действует на психику беременной, приводит к обезвоживанию, гипопроотеинемии, нарушению сна, снижению аппетита и массы тела. Иногда отмечается мацерация кожи и слизистой оболочки губ.

Лечение гиперсаливации целесообразно проводить в условиях клиники. При этом применяется атропин и местно настой вяжущих и антисептических трав (коры дуба, ромашки, шалфея).

Выраженная гипопроотеинемия является показанием к переливанию плазмы. Как вспомогательные методы используются гипноз и иглорефлексотерапия.

Редкие формы гестоза.

Особой формой **раннего гестоза** является **желтуха**, обусловленная холестазом (холестатическим гепатом). Эта форма токсикоза возникает редко, как правило, возникает в начале II триместра беременности и прогрессирует по мере увеличения ее срока. Характеризуется преимущественным поражением печени, нередко сопровождается зудом кожи, повышением уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы в крови при нормальной активности аланинаминотрансферазы.

Эта форма гестоза часто осложняется преждевременным прерыванием беременности, кровотечением в родах, формированием пороков развития плода.

При прерывании беременности желтуха исчезает, но может вновь повторяться при последующих беременностях.

Дифференциальный диагноз проводят с желтухой, возникшей во время беременности вследствие вирусного гепатита, желчнокаменной болезни, интоксикаций организма, гемолитической анемии.

Лечение проводится в соответствии с общими принципами лечения гепатитов. Назначается диета, витамины, глюкоза, белковые препараты и др. Учитывая крайне серьезное значение поражения печени при беременности в первую очередь для женщины, часто ставится вопрос о преждевременном ее прерывании.

Ранний токсикоз беременных может выражаться также в **некоторых формах дерматоза**. Наиболее часто встречается кожный зуд. Он может появляться в начале и в конце беременности, может быть локальным и ограничиваться областью вульвы или распространяться по всему телу. Зуд может быть выраженным и постоянным, что ухудшает самочувствие и настроение беременной. Возможно появление бессонницы, раздражительности.

При этой форме токсикоза необходимо исключить заболевания, сопровождающиеся кожным зудом. Необходимо исключить сахарный диабет, грибковые и паразитарные поражения кожи, трихомоноз, глистную инвазию, аллергическую реакцию и др.

Лечение сводится к назначению средств, регулирующих функции нервной системы, десенсибилизирующих средств, УФ-облучения.

3. Поздние гестозы. Классификация. Этиология, патогенез, принципы лечения.

Понятие «прегестоз».

Для профилактики и ранней диагностики гестоза необходимо учитывать факторы риска развития гестоза, возникновение прегестоза (понятие российской школы) и своевременная его коррекция.

Клиническая категория "прегестоз" введена акушерами российской школы. Она является собирательной и указывает на возможный неблагоприятный прогноз. При своевременном выявлении и коррекции данного состояния на ранних этапах с целью усилить адаптационные резервы организма матери, реализации прегестоза в гестоз может не произойти.

В группу высокого риска развития гестоза следует отнести беременных с экстрагенитальными заболеваниями:

- гипертоническая болезнь вне беременности - фактор риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
- заболевания почек (пиело-, гломерулонефрит) – гестоз с 24 – 26 недели;
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани;
- сосудистые заболевания (хроническая венозная недостаточность);
- первая беременность;
- многоплодная беременность;
- гестоз при предыдущих беременностях.

Для каждой беременной, взятой на учет в женской консультации, должен быть составлен индивидуальный план систематического наблюдения, предусматривающий

профилактику гестоза в виде лечения экстрагенитальных заболеваний и лечение гестоза на стадии прегестоза.

Для раннего выявления гестоза необходимо:

✓ Измерение артериального давления на обеих руках.

Критерии оценки:

- увеличение систолического АД на 30% и диастолического АД на 10-15% по сравнению с его исходной величиной;
- повышение диастолического давления по сравнению с исходными данными, не выходящее за пределы нормальных показателей. Превалирование повышения диастолического давления над систолическим;
- асимметрия АД (даже при нормальном его уровне), составляющая 10 мм рт.ст. и более, рассматриваются как прегестоз;
- снижение среднего пульсового давления до 30 мм рт. ст. и меньше.

В настоящее время для оценки и диагностики артериальной гипертензии общепринят такой критерий как среднее артериальное давление (САД), рассчитываемое по формуле

$$\text{САД} = (\text{АД}_{\text{сист}} + 2\text{АД}_{\text{диаст}}) / 3, \text{ мм рт.ст}$$

В норме САД составляет 90—100 мм рт. ст. Артериальная гипертензия диагностируется при уровне среднего артериального давления, равном или выше 105 мм рт. ст.

✓ Функциональные пробы для выявления мобильности сосудистого тонуса – измерение АД через 5 и 15 мин в положении лежа на левом боку, затем в положении на спине – немедленно и через 5 мин после изменения положения тела (проба с "поворотом"). Подъем диастолического давления на 20 мм рт. ст. позволяет отнести беременную в группу риска развития гестоза.

✓ Взвешивание беременной при каждом посещении женской консультации. При нормальном течении беременности прибавление массы тела не превышает 300-400 г в неделю. При задержке жидкости увеличение массы может достигать 1-2 кг в неделю. Если до беременности женщина имела дефицит массы тела, увеличение последней может быть более значительным, чем при нормально протекающей беременности, и не является признаком претоксикоза. Чаще всего такая прибавка массы тела сопровождается значительным повышением аппетита и жаждой.

✓ Контролирование отеков и склонности к отекам.

- Проба Олдрича: внутривенно в предплечье или голень вводится 0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида и отмечается время, за которое образовавшийся волдырь полностью рассасывается. У здоровых беременных женщин волдыри рассасываются менее чем через 35 минут.
- Для выявления склонности к отекам 2 раза в месяц с 20 недели беременности измеряют суточный диурез при одинаковой физической и водной нагрузке. Повышение ночного диуреза более чем на 75 мл свидетельствует о склонности к образованию отеков, а снижение суточного более чем на 150 мл может сопровождаться наличием скрытых отеков

- Медперсонал обучает беременную контролировать скрытые отеки: ежедневное взвешивание и измерение выпитой и выделенной жидкости, проводить оценку «симптома кольца».
- ✓ Контроль общего анализа мочи: белка - в однократной порции и в суточной моче – более объективно. Однократную порцию можно получать с помощью катетера во избежания попадания в мочу влагалищных выделений, относительной плотности, суточного диуреза (снижение до 900 мл и меньше – претоксикоз).
- ✓ Биохимия крови (общий белок снижается до появления клиники) – 1 раз в месяц.
- ✓ Исследование микроциркуляции 1 раз в месяц – капилляроскопия сосудов ногтевого ложа и микроскопия конъюнктивы глаза

Оценка степени тяжести гестоза

Прегестоз –

Жалоб нет. Клинически - незначительная пастозность в области нижних конечностей, проходящая и исчезающая во время отдыха (или после сна, 12 часового нахождения в постели).

При использовании дополнительных методов исследования можно выявить: гиповолемию, спазм сосудов маточно-плацентарного комплекса и периферический сосудистый спазм – реография или доплер сосудов конечностей и матки, нарушения гемостаза – изменение коллоидно – осмотического состояния крови, хроническая или подострая стадия ДВС – синдрома.

Для предупреждения перехода претоксикоза в гестоз, профилактики его тяжелых форм необходимо целенаправленно проводить комплекс оздоровительных и лечебно – профилактических мероприятий.

Водянка беременных - это начальная стадия развития гестоза.

Основные симптомы: отеки, олигурия, патологическая прибавка массы тела. Субъективно общее состояние беременной и плода не нарушается, однако объективные исследования фиксируют нарушения в системе "мать – плацента – плод" и жизненно важных органах. В моче патологических изменений не обнаруживают.

Отеки – стойкие, разной локализации, волнообразного течения (периодическое увеличение и уменьшение отеков). Определяют при осмотре и взвешивании: общее и чрезмерное накопление жидкости в тканях после 12-часового отдыха в постели или увеличение массы тела на 500 – 700 г (американская школа 226,8 г или более) за одну неделю.

Степени водянки:

I степень - отеки голеней;

II степень - отеки нижних конечностей, стенки живота;

III степень - отеки нижних конечностей, стенки живота, лица;

IV степень - анасарка (общий отек).

Нефропатия беременных – следующая стадия гестоза.

Основные симптомы: триада Цангемейстера - отеки, гипертензия и протеинурия + олигурия. Классическая "триада" симптомов наблюдается не у всех беременных. У некоторых отмечаются малосимптомные, атипичные формы заболевания. Однако эти формы гестозов не менее опасны, чем осложнение с выраженными симптомами. Общее

состояния беременной и плода нарушается в связи с нарушением микроциркуляции в жизненно важных органах и фетоплацентарной системе.

Для оценки степени тяжести этого гестоза используют шкалу Виттлингера, по которой оценка осуществляется в баллах, общая сумма которых дает представление о степени тяжести нефропатии.

Принято различать три степени тяжести нефропатии.

Степень тяжести нефропатии	Параметры оценки				
	Отеки	Протеинурия	Гипертензия	Диурез, мл/сут	Дефицит выделенной жидкости
I степень	Отеки ног	До 1,0 г/л	Повышено на 25 - 30% от нормального – 150/90	больше 1000	До 15%
II степень	Выраженные отеки ног, брюшной стенки	От 1,0 до 3,0 г/л	Повышено на 40 % по отношению к начальному уровню - 170/100 мм рт. ст.	400 - 1000	До 25%
III степень	Выраженные отеки ног, брюшной стенки, лица	Более 3,0 г/л	Повышено более чем на 40% - выше 170/100 мм рт. ст.	меньше 400	25% и более

Деление не всегда оправдывает себя на практике. Иногда при нефропатии II и даже I степени тяжести возможны тяжелые осложнения и переход в преэклампсию и эклампсию.

Поэтому многие акушеры делят формы нефропатии на легкую и тяжелую. Тяжелая нефропатия может рассматриваться как преэклампсия; больные при этом нуждаются в интенсивной терапии, а при недостаточной ее эффективности — в немедленном родоразрешении.

Диагноз нефропатии ставят на основании анамнеза, клиники и результатов лабораторного исследования.

- Выяснить общую прибавку массы тела за время беременности. В неделю должна прибавлять 300 – 400 г. Умножаем на количество недель, прибавляем к исходной массе тела и получаем расчетную нормальную массу тела на данный срок беременности. Превышение расчетной массы – свидетельство скрытых отеков.
- Гипертензия – выяснить не страдает ли гипертонической болезнью, не было ли ранее заболеваний, сопровождавшихся гипертензией и в каком сроке впервые повысилось артериальное давление.
 - Измерять на обеих руках – чем выраженнее асимметрия, тем тяжелее протекает гестоз.
 - Значение имеют не абсолютные цифры максимального и минимального артериального давления, а повышение давления по сравнению с исходным, изучение его в динамике. Повышение систолического давления на 20-30%, а диастолического — на 10-15% по сравнению с исходным следует расценивать как выраженную гипертензию. Неблагоприятным прогностическим признаком является повышение диастолического давления даже при относительно невысоком уровне систолического (например, 135/105 мм.рт.ст.) и уменьшение пульсового

давления (разница между диастолическим и систолическим давлением) до 30 мм рт.ст. и ниже.

- Повышение артериального давления в ранних сроках беременности указывает на наличие соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, хронический нефрит). Если гестоз развивается на фоне этих заболеваний, то это – сочетанный гестоз. Сочетанный гестоз всегда протекает тяжелее.
- Консультация окулиста – сосудистые изменения на глазном дне: ангиопатия сосудов сетчатки, спазм артерий и расширение вен с прекапиллярным отеком, кровоизлияния в сетчатку и ее отек.
- После 32 недель беременности – еженедельно общий анализ мочи, при наличии протеинурии повторять каждые 3 – 4 дня. Исследовать белок в суточной порции мочи. Потеря 2 – 3 г в сутки – нетяжелая форма, потеря 5 г и более – тяжелая форма гестоза. При нарастании количества белка, появлении цилиндров – исследование биохимии крови
- Биохимия крови – остаточный азот, мочевины (норма 2,5 - 8,3 ммоль\л, если выше 7,5 ммоль\л – нарушение функции почек), креатинин (увеличение – нарушение азотовыделительной функции почек), электролиты, общий белок – снижается до 60 г\л и менее
- Моча по Зимницкому – исследование концентрационной функции почек (относительная плотность мочи). При нормальном состоянии почек ночной диурез не должен превышать 1/3 суточного, а различные величины относительной плотности в разных порциях мочи должны составлять не менее 8-10. В норме для утренних порций мочи у беременных характерна высокая относительная плотность (1020 и более). Устойчивая гипоизостенурия (1010—1015) утром, как правило, свидетельствует о нарушении концентрационной функции почек. Параллельно нарастанию тяжести гестоза снижается суточный диурез.
- Клинический анализ крови – гематокрит, более 0,42 л\л свидетельствует о тяжелой степени гестоза

Преэклампсия - это промежуточная стадия между нефропатией и эклампсией.

Длительность ее может быть от нескольких минут до нескольких часов. Жалобы на головную боль, головокружение, ощущение тяжести в области лба, шум в ушах, нарушение зрения (мелькание "мушек" перед глазами, туман, сетка), боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, бессоницу, различные степени нарушения сознания. Это проявления гипертензионной энцефалопатии, которые присоединяются к симптомам нефропатии. Они указывают на нарушение функций ЦНС, могут возникать периодически и быстро исчезать или носить стойкий патологический характер.

Объективно: отмечается заторможенность, вялость, сонливость или наоборот возбуждение, эйфория.

Происходит нарастание всех симптомов: АД повышается до 180/110 мм рт. ст. и более, увеличивается протеинурия, нарастают отеки. Достаточно действие любого раздражителя (яркий свет, громкий звук, боль) чтобы развился приступ эклампсии.

Диагноз преэклампсии ставят при артериальном давлении, превышающем 140/90 мм рт. ст. после 20 нед беременности на фоне отеков и/или протеинурии, при наличии субъективных симптомов, характеризующих гипертензивную энцефалопатию. Особенно

важно подчеркнуть, что преэклампсия и эклампсия развиваются и до 20 нед беременности в связи с наличием пузырного заноса.

Следует помнить, что подобная трактовка преэклампсии не отражает сущности заболевания, перечисленные симптомы не являются основной проблемой. Они являются лишь внешними и поздними проявлениями синдрома полиорганной и полисистемной недостаточности.

Доклиническое оказание первой помощи в домашних условиях, в условиях женской консультации и во время транспортировки беременной.

С установлением диагноза преэклампсии оказание помощи должно начинаться сразу на месте, и проводится в течение всего времени до поступления женщины в ближайшее родовспомогательное учреждение.

При появлении симптомов преэклампсии в домашних условиях больную необходимо уложить, оградить от внешних раздражителей и вызвать бригаду СМП.

Для оказания экстренной помощи в женской консультации должен быть набор необходимых лекарственных средств: дроперидол, диазепам (седуксен), дипразин (пипольфен), димедрол, сульфат магния, ганглиоблокаторы, коргликон и др

При появлении симптомов преэклампсии у беременной на приеме в женской консультации необходимо:

1. Больную уложить, по возможности оградить от внешних раздражителей (звуковых, зрительных, световых - на глаза положить пеленку сложенную в 3-4 слоя).
2. Вызвать врача акушер-гинеколога, бригаду специализированной «скорой помощи».
3. Дать масочный наркоз - закись азота с кислородом.
4. До прихода врача оценить общее состояние больной: цвет кожных покровов, измерить АД (манжетку с руки не снимать), определить пульс, выслушать сердцебиение плода.
5. Приготовить и под прикрытием наркоза по назначению врача, внутривенно ввести: дроперидол 0,25% раствор 2 мл, седуксен (диазепам) 0,5% раствор 4 мл, глюкозу 40% раствор 20 мл, эуфиллин - 2,4% раствор 10 мл; внутримышечно - раствор сульфата магния 25% 20 мл.
6. По прибытии машины специализированной "скорой помощи" повторно измерить АД, выслушать сердцебиение плода, сделать запись в направлении госпитализацию (время введения лекарств, артериальное давление до и после введения, диагноз) и в обменной карте (выдается беременной в 28 недель беременности).
7. Больная на каталке транспортируется в машину "скорой помощи" и госпитализируется в ближайший родильный дом.

Транспортировка больных может быть осуществлена только после предварительно полученной у больной нейролептической реакции.

Машина специализированной "скорой помощи" должна быть оснащена соответствующей аппаратурой для проведения в необходимых случаях закисно-кислородного наркоза и перевода больной на управляемое дыхание, т.к. прогрессирующий гестоз с длительным нарушением микроциркуляции в конечном счете

приводит к развитию внутричерепной гипертензии, острым нарушениям мозгового кровообращения, появлению судорожной готовности, развитию эклампсии, коматозного состояния с нарушением функции дыхания и развитием острой дыхательной недостаточности.

При поступлении в родильный дом беременной или роженице сразу же в приемном покое применяется кратковременный наркоз, под которым проводятся необходимые манипуляции и исследования: санитарная обработка, инъекции, катетеризация мочевого пузыря, влагалищное исследование. Беременная на каталке переводится в палату интенсивной терапии. По назначению врача акушер-гинеколога, анестезиолога - реаниматолога проводится интенсивная терапия. Если эффект положительный - терапия продолжается. При отсутствии эффекта от терапии решается вопрос о досрочном родоразрешении.

Эклампсия - это клинически выраженный синдром полиорганной недостаточности, на фоне которого развивается один или более судорожных припадков, этиологически не имеющих отношения к другим патологическим состояниям (эпилепсия, нарушение мозгового кровообращения) у беременных, рожениц и родильниц с гестозом.

Самая опасная стадия гестоз, т.к. во время припадков эклампсии может произойти кровоизлияние в сетчатку глаз и в мозг или другие жизненно важные органы, в связи, с чем возможны потеря зрения и летальный исход. Плод может погибнуть от гипоксии из-за нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

Традиционно при эклампсии различают:

- ✓ единичный судорожный припадок,
- ✓ серию судорожных припадков, следующих друг за другом через короткие интервалы времени (эклампсический статус),
- ✓ утрату сознания после судорожного припадков (эклампсическая кома),
- ✓ внезапную утрату сознания без приступа судорог ("эклампсия без эклампсии", или "coma hepatica").

В клиническом течении эклампсии различают четыре этапа:

- 1-й этап - предсудорожный. У беременной появляются мелкие фибриллярные подергивания мышц век, распространяющиеся на мышцы лица и верхние конечности. Взгляд фиксирован. Дыхание сохранено. Этот период длится около 20-30 с;
- 2-й этап - тонических судорог. Лицо бледное, челюсти сжаты, зрачки расширены. Сознания нет. Дыхание прекращается, пульс неощутим. Продолжительность периода 20-30 с;
- 3-й этап - клонических судорог. Судороги следуют друг за другом и распространяются сверху вниз. Сознания нет. Дыхание отсутствует, пульс не определяется, лицо становится багрово-синим. Постепенно судороги прекращаются. Продолжительность периода от 30 с до 1 мин и более;
- 4-й этап - разрешение припадков. Восстанавливается дыхание, изо рта выделяется пенистая слюна с примесью крови вследствие прикусывания языка. Лицо принимает розовую окраску, суживаются зрачки, определяется пульс, вначале частый и нитевидный. После припадков больная находится в коматозном состоянии, затем постепенно приходит в сознание. О припадках не помнит, жалуется на головную боль, слабость, разбитость.

Чем больше судорожных припадков и чем длительнее после них коматозное состояние, тем серьезнее прогноз. Прогноз ухудшается, если появляются: высокая температура тела, тахикардия, гипотензия при уменьшении диуреза. Эти симптомы могут указывать на кровоизлияние в мозг. Эклампсический статус и утрата сознания без приступа судорог часто заканчивается смертью женщины.

В настоящее время эклампсия редко развивается у беременных с гестозом в условиях стационара, так как внедрение методов интенсивной терапии позволило достаточно эффективно предупреждать развитие судорожной стадии. Однако больные могут поступить в акушерский стационар с клинической картиной эклампсии, которая в таком случае остается довольно частой причиной материнской смертности.

Оказание неотложной помощи при эклампсии.

Для купирования начавшегося судорожного эклампсического припадка (1 период предсудорожный) необходимо:

- вызвать врача;
- уложить больную на ровную поверхность;
- дать масочный наркоз - закись азота с кислородом;
- под прикрытием наркоза по назначению врача, внутривенно ввести 1 мл 2% промедола в сочетании с 2 мл 0,5% диазепамы (седуксена) или 1 мл 2,5% дипразина (пипольфена). Сочетанное применение указанных нейротропных средств позволяет сразу вызвать состояние нарколепсии, при этом приступ эклампсии или резко ослабляется или не развивается совсем.
- интенсивная терапия

При возникновении тонических, клонических судорог:

- уложить больную на ровную поверхность избегая повреждений и повернуть голову в сторону;
- удерживая женщину быстро освободить дыхательные пути, осторожно открыть рот с использованием шпателя или ложки;
- аспирировать содержимое полости рта и верхних дыхательных путей;
- восстановить дыхание (роторасширитель, языкодержатель, воздуховод);
- при сохраненном и быстром восстановлении спонтанного дыхания после судорожного припадка дать кислород;
- при длительном апноэ начать вспомогательную вентиляцию легких (с помощью аппарата Амбу) или перевести на ИВЛ; своевременный перевод на ИВЛ может предупредить развитие дальнейших приступов;
- внутривенно, под прикрытием наркоза, по назначению врача ввести седуксен (сибазон) 0,5% раствор 4 мл, дроперидол 0,25% раствор 2 мл, эуфиллин 2,4% раствор 10 мл, дипразин (пипольфен) 2,5% раствор 2 мл; внутривенно, капельно 50 мл 25% раствора сульфата магния на 200 мл реополиглюкина;
- интенсивная терапия (лучше через подключичный катетер);
- при остановке сердца - параллельно с ИВЛ проводят закрытый массаж сердца и осуществляют приемы сердечно-сосудистой реанимации;
- немедленное родоразрешение.

Notabene! Возможность остановки дыхания и сердечной деятельности при передозировке сульфата магния как при внутривенном, так и при внутримышечном его

введении, в основном при условии неконтролируемого или неадекватного диуреза (меньше 30 мл/ч). Для предупреждения этого осложнения необходимо внимательно следить за степенью угнетения коленных рефлексов, уровнем сознания и частотой дыхания.

Для быстрого устранения явлений передозировки необходимо внутривенно ввести глюконат кальция, усилить диурез и начать вспомогательное дыхание или кислородотерапию. При остановке дыхания показана срочная интубация трахеи.

АД быстро и резко не снижать! Опасность развития необратимых повреждений головного мозга по ишемическому типу. Удерживать величину САД в пределах 80-100 мм рт. ст.

Исходы гестоза.

После перенесенной эклампсии женщине угрожают нарушения как со стороны центральной нервной системы (психоз, паралич, вегетативные нарушения, эпилепсия, головная боль, ослабление памяти и др.), так и всех других систем и органов (печени, почек, сердца, легких). Осложнения также характерны для плода и маточно-плацентарного барьера (отслойка плаценты, инфаркт плаценты, острая гипоксия и внутриутробная гибель плода, спонтанные преждевременные роды).

Принципы терапии гестозов.

Терапия гестоза, носит комплексный характер и в основе представляет из себя управляемую гемодилюцию и управляемую артериальную гипотонию. Она направлена на:

- ✓ создание лечебно-охранительного режима по Строганову (беременную помещают в отдельную палату с индивидуальным медицинским постом – врач акушер-гинеколог, медицинская сестра (акушерка), врач анестезиолог-реаниматолог, затемненную, хорошо проветриваемую, не допускается шум, лишние движения персонала. По назначению врача и под контролем вводится седуксен 4 мл 0,5% р-р, дроперидол 2 мл 0,25% р-р;
- ✓ устранение сосудистого спазма – папаверин 2% р-р 2-4 мл, но-шпа 2% р-р 4 мл внутримышечно или внутривенно ;
- ✓ снижение артериального давления – эуфиллин 2,4% р-р 10 мл, дибазол 1% р-р 4-6 мл внутривенно;
- ✓ магниевая терапия – 25% р-р сульфата магния вводится внутривенно капельно в объеме зависящего от исходного АД и под контролем общего состояния (контроль АД и мочи, сухожильные рефлексы, частота дыхания не менее 14), при изменении показаний проинформировать врача;
- ✓ нормализацию осмотического и онкотического давления – лазикс, верошпирон, маннитол, при отсутствии эффекта с целью дегидротации и детоксикации используется изолированная ультрафильтрация, плазмоферез;
- ✓ устранение гипоксии и метаболических нарушений – липостабил, липофундин, эссенцеале-форте, комплекс витаминов, оксигенотерапия;
- ✓ улучшение реологических свойств крови и нормализацию системы гемостаза – трентал, курантил, аспирин, гепарин;

- ✓ поддержание функции жизненно важных органов проводится инфузионная терапия (р-р реополиглокина 400 мл, свежемороженая плазма 200 мл, гемодез 200-400 мл, глюкоза-новокаиновая смесь – глюкоза 20% р-р 200 мл + новокаин 0,5% р-р 2000 мл);
- ✓ профилактику и лечение гипоксии и гипотрофии плода – постоянная или прерывистая подача кислорода через носовые катетеры, 100-200 мг ККБ, АТФ – 1 мл, витамин С 5% р-р 2-3 мл, дополнительно – партусистент, алулент, гинипрал.

Родоразрешение – как единственное быстрое лечение гестоза

Показания для родоразрешения.

1. Легкое течение заболевания и готовность шейки матки в 38 недель гестации.
2. Тяжелое течение заболевания - планировать родоразрешение в 32-34 недели беременности. Проводить лечение дистресс-синдрома у плода кортикостероидами.

Способ родоразрешения.

- I. Через естественные родовые пути предпочтительней (избегается дополнительная нагрузка хирургического вмешательства, экстренная подготовка не увеличивает риск для матери), исследовать подготовленность шейки матки к родам, роды вести агрессивно, с определением конечного срока родов в течение 24 часов после принятия решения о родоразрешении. При подготовленной шейке амниотомия и родовозбуждение, при неподготовленной – аппликация простагландинового геля на шейку.

Ведение родов и послеродового периода:

- раннее вскрытие плодного пузыря,
- адекватная гипотензивная и инфузионно-трансфузионная терапия - не более 500 мл,
- поэтапная длительная анальгезия, включая эпидуральную анестезию,
- продолжение эпидуральной анестезии во II периоде родов,
- профилактика кровотечения,
- адекватное восполнение кровопотери в III и раннем послеродовом периодах,
- инфузионно-трансфузионная терапия не менее 3 – 5 суток в послеродовом периоде, до регресса симптомов патологического процесса и под контролем клинико-лабораторных данных.

- II. Путем операции кесарева сечения.

Показаниями к производству операции при гестозе являются:

- Отсутствие эффекта от интенсивной комплексной терапии в течение 1 – 2 часов при эклампсии и 3 – 5 часов при преэклампсии у беременных в первом периоде родов (отсутствие снижения АД, диастолическое давление на уровне 110 мм рт.ст., протеинурия 0.3 г\л и более в сутки, олигурия, увеличение креатинина и мочевины, уратов и снижения клиренса креатинина, быстрое развитие генерализованных отеков, отсутствие исчезновения субъективных симптомов).
- Отсутствие эффекта от родовозбуждения в течение суток
- Тяжелое состояние женщины при неподготовленной шейке матки и наличии показаний к досрочному родоразрешению
- Осложненное течение родов (нарушение сократительной деятельности матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая

гипоксия плода, острая почечная недостаточность, нарушение мозгового кровообращения, коматозное состояние и др.).

- Эклампсия в родах при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути (нет условий для наложения акушерских щипцов)
- Наличие HELLP-синдрома; острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ).

Послеродовая реабилитация родильниц.

1. комплексная интенсивная терапия в условиях стационара не менее 2 недель под контролем АД, суточного диуреза и результатов лабораторных исследований:
 - устранить капилляроспазм,
 - улучшить микроциркуляцию и периферическое кровообращение,
 - повысить коллоидно-осмотическое давление,
 - нормализовать нейродинамические процессы (лечебно-охранительный режим, нейролептанальгезия - промедол, дроперидол; спазмолитики, ганглиоблокаторы, сульфат магния);
 - улучшить функцию почек (эуфиллин);
 - откорректировать метаболический ацидоз (щелочные растворы, поливитамины, кокарбоксилаза, ингаляции кислорода);
2. При отсутствии эффекта в течение 10 дней родильница подлежит переводу в специализированный стационар (кардиология, урология, неврология и др.).
3. После выписки из стационара наблюдение в женской консультации и поликлинике (на учете у терапевта, окулиста, невропатолога, нефролога).
4. В детскую поликлинику телефонограмма о необходимости особенно тщательного наблюдения за новорожденным.

Профилактика гестоза беременных включает:

- обследование женщин для выявления экстрагенитальной патологии и санации очагов инфекции до беременности;
- формирование групп риска в связи с экстрагенитальной патологией с противопоказанием к беременности;
- формирование группы риска по гестозу во время беременности;
- выявление, взятие на особый учет женщин с претоксикозом и предотвращение у них развития истинного гестоза путем назначения соответствующего режима (достаточно продолжительный сон, прогулки, проведение ФППП беременных к родам, устранение источников отрицательных эмоций, рациональное питание, разгрузочные дни 1 раз в 7-10 дней, гипохлоридная диета, ограничение приема жидкости) и своевременной терапевтической коррекции;
- проведение четырех курсов медикаментозной терапии беременным группы риска и с претоксикозом:
 - I курс в 14-16 недель беременности;
 - II курс в 23-24 недели беременности;
 - III курс в 26-29 недель беременности;
 - IV курс в 34-36 недель беременности.

Назначаются поливитамины для беременных с микроэлементами, средства улучшающие маточно-плацентарный барьер (курантил, теоникол, трентал), седативные препараты, кислородный коктейль, эуфиллин, эссенциале.

Для нормализации общей и регионарной гемодинамики используют ультразвук или микроволновую терапию сантиметрового диапазона на область почек.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. Перечислите виды осложнений беременности?
2. Расскажите классификацию акушерских кровотечений?
3. Особенности сестринского ухода при выкидыше?
4. Перечислите симптомы преждевременных родов?
5. Виды предлежания плаценты?
6. Дайте характеристику основному клиническому симптому при предлежании плаценты?
7. Обоснуйте понятие «преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты»?
8. Дайте характеристику основному клиническому симптому при ПОНРП?
9. Назовите основные клинические проявления рвоты беременных?
10. Перечислите клинические проявления гиперсаливации?
11. Расскажите об редких формах ранних гестозов, или токсикозов?
12. Расскажите об особенностях ведения беременной с претоксикозом, или прегестозом?
13. Какими симптомами проявляется водянка беременных?
14. Какими симптомами проявляется нефропатия беременных?
15. Какими симптомами проявляется преэклампсия?
16. Какими симптомами проявляется эклампсия?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 164 – 174, 262 - 309.
2. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для Вас». Ростов н\Д: Феникс, 2001., с. 152-169.
3. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с. 109-117, 122-124.
4. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 273-292, 335-351.
5. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н\Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 61-90.
6. ПРИКАЗ от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВОИ ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХРЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)"
7. www.consultant.ru
8. <http://www.rosminzdrav.ru/>