

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

Интернет

Лекция №3

Уход за беременными с осложнениями беременности

для обучающихся по специальности
34.02.01– Сестринское дело

Дударь В. Л.

Красноярск 2018

План лекции

1. Основные виды осложнений беременности.
Степени риска

2. Роль инфекции в развитии осложнений для матери и плода

3. Методы диагностики, лечения и профилактики невынашивания и патологии плаценты

4. Медикаментозные средства для лечения гестозов (преэклампсия, эклампсия)

5. Течение беременности и родов при заболевании сердечно-сосудистой системы, мочеполовых путей, Rh-отрицательный фактор

В случае несоблюдения гигиены, диеты, либо при экстрагенитальной патологии беременность нередко приобретает патологический характер. Поэтому в женских консультациях и акушерских стационарах у каждой беременной оценивают степень риска возникновения осложнений, связанных с беременностью.

Группы риска

1 группа- практически здоровые перво- повторнородящие (2-3роды), в анамнезе не более 1 аборта и нормальное течение настоящей беременности.

2 группа (среднего риска) - беременные с гестозом, предлежанием плаценты, анатомически суженным тазом 1 ст., крупным плодом, после оперативного вмешательства на матке, абортос с осложнениями, с экстрагенитальной патологией, первородящие старше 30 лет.

3 группа (высокого риска) - в анамнезе массивные акушерские кровотечения, тяжелые экстрагенитальные заболевания (СН, ревматические и септические эндокардиты, ГБ второй и третьей степени, легочная гипертензия, обострение системных заболеваний соединительной ткани, болезни крови), тяжелое течение гестоза.

Выявление беременных групп высокого риска проводят при первом обращении, за 2-3 недели до предполагаемого срока родов, в родах, так как перераспределение групп риска возможно на любом этапе.

Осложнения беременности

- невынашивание беременности;
- ранние гестозы;
- поздние гестозы;
- заболевания сердечно –сосудистой системы и беременность;
- заболевание почек и беременность
- беременность и rh-конфликт.

Причины невынашивания беременности

1. Эндокринные причины:

- недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла;
- дисфункция коры надпочечников (гиперандрогенемия-прерывание беременности происходит по типу выкидыша в три месяца - ИЦМ);
- либо в 26-24 и 28-32 недели наступает прерывание в результате плацентарной недостаточности.

2. Внутриутробное инфицирование, или антенатальное инфицирование:

- острые и хронические бактериальные, вирусные инфекции;
- ЗППП (TORCH-комплекс: токсоплазмоз, краснуха, ЦМВ, герпетическая инфекция, хламидиоз, листериоз, сифилис)
- При инфицировании в критический период развития (3-7 недель) - аномалии развития.

3. Анатомические причины

- Аномалии развития матки (одно, двуорогая матка, перегородка в матке),
- ИЦМ - неполноценность циркулярных мышц внутреннего зева (функциональная, органическая),
- опухоли матки и придатков,
- травматические повреждения эндометрия.

4. Аутоиммунные причины - во время беременности повышается уровень гормонов в организме и развивается состояние физиологической иммуносупрессии и обострение аутоиммунных заболеваний (антифосфолипидный синдром).

5. Экстрагенитальная патология - не формируется активная бластоциста, не происходит полноценной имплантации, развития хориона.

6. Хромосомные аномалии - до 6 недель беременности являются причиной выкидышей в 70 %.

7. Социальные причины (психогенные факторы)

Риск НБ увеличивается при курении, алкоголизме в 4 раза

Классификация НБ.

Выкидыш может быть:.

- 1. Искусственный:
 - медицинский до 12 недель
 - криминальный
- 2. Самопроизвольный
 - ранний до 12 недель
 - поздний после 12 недель

Классификация по клинике:

- Угрожающий аборт. Клиника - чувство тяжести, ноющие боли внизу живота. Прогноз благоприятный.
- Начавшийся аборт. Клиника - схваткообразные боли, мажущие кровянистые выделения. Прогноз - сохранение беременности возможно.
- Аборт «входу» - плодное яйцо полностью отслоилось, выталкивается через канал шейки матки. Клиника - схваткообразные боли, кровотечение. Сохранить беременность невозможно. Необходимо опорожнить матку.
- Неполная - задержка частей плодного яйца в матке.
- Полный – полный выход плодного яйца. Жалоб нет.
- Несостоявшийся аборт- плод погиб и остался в полости матки.

В том случае когда беременность прерывается до 28 недель – это аборт, или выкидыш, но, если ребенок, родившийся в срок 22-28 недель весом от 500 грамм до 990 граммов, родился живым, живет больше 1 недели, то он считается новорожденным, а выкидыш переходит в разряд ранних преждевременных родов.

Лечение

- Выяснить причину и воздействовать на нее
- Постельный режим, психологический и половой покой
- Спазмолитики
- Витамины
- Метаболическая терапия (витамин Е, С, глюкоза, эссенциале, курантил, трентал)
- Гормонотерапия по показаниям
- Компенсация экстрагенитальных заболеваний
- Физиотерапия (эндонозальный электрофорез, иглорефлексотерапия)

Гестозы

__Гестозы - патологические состояния, возникающие во время и всвязи с беременностью. Является одним из самых тяжелых осложнений беременности и ведущей причиной материнской и перинатальной смертности.

Гестоз рассматривается как процесс дезадаптации организма при воздействии экзо-и эндогенных дестабилизирующих факторов: экстрагенитальной патологии, внутриматочной инфекции, психоэмоциональных воздействий. Как следствие развивается острый и хронический стресс.

Классификация по сроку возникновения

```
graph TD; A[Классификация по сроку возникновения] --> B[РАННИЕ]; A --> C[РЕДКИЕ ФОРМЫ]; A --> D[ПОЗДНИЕ]; B --- B_desc[Развиваются в первой половине беременности (с первых дней до 12-14 недель)]; C --- C_desc[На любых сроках беременности]; D --- D_desc[Развиваются во второй половине беременности (после 20 недель)];
```

РАННИЕ

Развиваются в первой половине беременности (с первых дней до 12-14 недель)

ПОЗДНИЕ

Развиваются во второй половине беременности (после 20 недель)

РЕДКИЕ ФОРМЫ

На любых сроках беременности

Предрасполагающие факторы развития гестозов

- Экстрагенитальные заболевания (особенно заболевания ЖКТ и обмена веществ)
- Гормональные нарушения
- Болезни гениталий

К ранним гестозам относятся:

- Рвота беременной
- Слюнотечение (птиализм)

По степени тяжести рвота беременных подразделяется на 3 степени.

Рвота легкой степени (3 - 5 раз в сутки), в основном по утрам или после приема пищи. Общее состояние удовлетворительное.

АД неустойчивое, пульс слегка учащен, до 90 уд. в мин. ,масса тела не снижается, температура и диурез в пределах нормы.

Рвота умеренной степени (6 - 12 раз в сутки) независимо от приема пищи отмечается: общая слабость, снижение массы тела, снижение АД, учащение пульса до 100-120 уд в мин., снижение диуреза. Происходят изменения в углеводном, жировом, водно-солевом, электролитном обменах.

Чрезмерная рвота (до 25 раз в сутки) - сопровождается тяжелой интоксикацией организма.

Резко нарушаются все виды обмена веществ, АД снижено до 80 мм.рт.ст., гипертермия до 38 градусов Цельсия, тахикардия до 120 ударов в минуту, резко снижается масса тела, появляется запах ацетона изо рта, в моче белок.

Обнаруживаются признаки поражения ЦНС: бред, эйфория, кома.

Слюнотечение (птиализм) - редко возникает, как отдельная форма заболевания. Чаще сопровождается рвоту беременных.

Общее количество слюны в некоторых случаях достигает от 500 до 1000мл. Это приводит к обезвоживанию организма, мацерации кожи лица, образованию трещин в углах рта, отрицательно влияет на психику беременной.

Уход за беременной с рвотой беременной

Условия необходимые для беременной:

1. Светлое хорошо проветриваемое помещение.
2. Частая смена белья.
3. Поддержание гигиенического состояния кожи и полости рта.
4. Питание дробное, небольшими порциями (5-7 раз в сутки).
5. Если пища не удерживается, проводится интенсивная инфузионная терапия, питательные клизмы. Перед питательной клизмой обязательно освобождают прямую кишку с помощью очистительной клизмы.
6. По назначению врача ректальное введение лекарственных средств, также после очистительной клизмы.
7. Контроль за диурезом.
8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача

Лекарственные препараты:

Противорвотные препараты:

- дроперидол, церукал ,торекан.

Белковые препараты: плазма, альбумин

Инфузионная терапия раствором гемодеза, смесью аминокислот, полиглюкином, в/в.

Седативные и снотворные препараты:

- раствор димедрола, раствор дипразина в/м

Витамины группы В: В1, В2 ,В6, витамин С, кокарбоксилаза

Лечение слюнотечения

**аналогично лечению рвоты беременных
плюс (-с целью уменьшения секреции
слюнных желез) назначают :**

- 0,1% раствор атропина по 1,0 в/м.
- Частое полоскание полости рта раствором шалфея ,ромашки, коры дуба, 1% раствором ментола.

Показания к прерыванию беременности на ранних сроках

- отсутствие эффекта от проводимой терапии;
- прогрессирование заболевания на фоне лечения

Поздний гестоз (ОПГ)

Поздний гестоз – это осложнение физиологически протекающей беременности, характеризующийся глубоким расстройством функции жизненно важных органов и систем, развивающееся, как правило, после 20 недель беременности и в первые 2-3 дня послеродового периода, которое обусловлено нарушением структуры, микроциркуляции и функции плаценты.

.

Актуальность проблемы

- Частота гестоза от общего количества беременных и рожениц составляет 22%.
- Третье место в структуре материнской смертности в РФ.
- Основная причина заболеваемости новорожденных и перинатальной смертности.
- Проблема носит социальный характер.
- Недооценка степени тяжести.
- Несвоевременная диагностика и запоздалое родоразрешение.

Классификация гестозов

- Отеки
- Гестоз различной степени тяжести:(оценивается по таблице степени тяжести гестоза)
 - легкой степени (до 7 баллов)
 - среднетяжелой степени (8-11 баллов)
 - тяжелой степени(12 баллов и более)
- Преэклампсия
- Эклампсия

Все гестозы можно подразделить на
«чистые» и «сочетанные»

- «Чистый» – возникает у беременных среди полного здоровья и отсутствия экстрагенитальной патологии (20-30%).
- «Сочетанный» - возникает на фоне экстрагенитальной патологии (эндокринопатий, заболеваний почек, печени, гипертонической болезни, гипотонии, нарушений жирового обмена).

Отеки беременных

Основные симптомы:

- отеки, не исчезающие после ночного сна
- патологическая прибавка массы тела
- олигурия

Факторы, предрасполагающие к развитию гестоза

Социально-биологические:

- беременность моложе 18 и старше 30 лет;
- профессиональные вредности;
- вредные привычки;
- несбалансированное питание;
- нежелательная беременность;
- незарегистрированный брак;
- социальное неблагополучие.

Акушерско-гинекологический анамнез:

- ранний гестоз при настоящей беременности;
- аборт в анамнезе;
- гестоз при предыдущей беременности;
- многоводие;
- многоплодие;
- изоиммунизация по АВО системе и резус фактору.

Экстрагенитальная патология:

- гипертоническая болезнь;
- артериальная гипотония;
- пиелонефрит;
- гломерулонефрит;
- заболевания печени и желчных путей;
- сахарный диабет;
- токсоплазмоз;
- листериоз.

Лабораторно – инструментальные исследования (обязательные методы обследования)

- измерение динамики массы тела;
- измерение АД на обеих руках и пульса;
- контроль диуреза;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- анализ суточной мочи на белок;
- биохимический анализ крови;
- анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко;

Клиника гестоза легкой степени (начавшийся)

Клиника стерта, прибавка в весе несколько больше нормы (50 грамм в день, 350 грамм в неделю), небольшая пастозность конечностей, транзиторное повышение артериального давления, но не более 30% от исходного, САД 95-110 мм рт. ст., диурез снижен на 15%, суточная потеря белка- 0,1-0,3 грамма, нерезко выраженные признаки плацентарной недостаточности.

Клиника гестоза средней степени тяжести (развившийся)

Повышение артериального давления на 35-40 % (но не выше 160) САД 111-120 мм рт. ст. Диурез снижен на 40%, нарушена концентрация функций почек (проба Зимницкого), протеинурия 0,7-3 грамма в сутки, протеинемия, диспротеинемия, умеренная гиперкоагуляция, выраженная плацентарной недостаточностью, задержка роста плода на 1,5-2 недели.

- Плод отстает в развитии на 1-2 недели;
- Хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- Преждевременное созревание плаценты;
- Любой провоцирующий фактор (стресс, боль, нарушение питания, водная и солевая нагрузка, неадекватное лечение) могут привести к развитию преэклампсии и эклампсии
- Необходимо лечение и решение вопроса о возможном родоразрешении

Клиника тяжелого гестоза:

- Отеки (до массивных), САД 121-130, олигоурия, дефицит диуреза более 40%, резко снижена процентная функция почек (гипоизостенурия), увеличение процента креатинина, в моче белок, цилиндры, суточная потеря белка, выше 3 грамм, снижена функция печени, жировой гепатоз, прогрессирует плацентарная недостаточность, плод отстает в развитии более 2 недель, признаки гипоксии плода.

Изменение сетчатки глаза:

- при легкой и средней степенях - ангиопатия первой и второй степени
- тяжелая форма — ангиопатия третьей степени, нейроретинопатия.

Лечение позднего гестоза

Немедикаментозное лечение (диета, водный режим, учет диуреза и ежедневной прибавки массы тела, разгрузочные дни, отдых в постели до 2-3 ч в дневное время).

В терапии гестоза патогенетически обоснованным золотым стандартом является в/в введение 20 мл 25% сульфата магния, белковых препаратов.

Дополняют терапию гипотензивными препаратами, седативными препаратами, антикоагулянтами, а, также, используют антиоксиданты и диуретики.

Преэклампсия - критическое, но обратимое состояние, которое предшествует самой тяжелой форме гестоза -эклампсии.

Преэклампсия клиническое течение:

- состояние тяжелое;
- генерализованные отеки;
- артериальное давление 170/110 и выше;
- выраженная протеинурия;
- кожные покровы бледные, иногда отмечается мраморность кожи, кожный геморрагический синдром в виде петехий;
- заторможенность, вялость, сонливость или эйфория;

- головная боль, головокружение, ощущение тяжести в области лба, затылка, шум в ушах;
- тошнота, рвота;
- боли в эпигастральной области;
- диурез снижен (600 мл и ниже);
- тахикардия 120-130 уд/мин;
- нарушение зрения («мелькание мушек» перед глазами, туман, сетка);
- нарушение сна;
- немедленное родоразрешение.

Эклампсия — это конечная стадия тяжелого гестоза, которая характеризуется потерей сознания, отсутствием реакции на внешние раздражители и быстрое развитие судорожного синдрома. Течение приступа делится на 4 периода: предсудорожный, тонических судорог, клонических судорог, период разрешения судорог.

Предсудорожный период

Появляются мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, спускающиеся на мышцы шеи и верхних конечностей, веки закрываются, иногда выглядят белки глаз, происходит потеря сознания. Продолжительность до 30 секунд.

Период тонических судорог

Наблюдаются судорожные сокращения мышц всего тела, тело вытягивается, напрягается, голова несколько откидывается назад (тоническая судорога), дыхание прекращается, пульс на периферических сосудах не определяется, развивается периферический цианоз. Продолжительность 30-40 секунд.

Период клонических судорог

Появляются сильные судорожные сокращения всех групп мышц лица, туловища, конечностей. Через 40 секунд судороги ослабевают и прекращаются. Восстанавливается хриплое, судорожное дыхание, тахипное, изо рта отделяется пена, окрашенная кровью за счет прикусывания языка, слизистых оболочек губ во время приступа.

Период разрешения приступа

Происходит полное прекращение судорог, иногда восстанавливается сознание, чаще отмечается переход в коматозное состояние или следующий судорожный приступ.

Оказание неотложной помощи в периоде преэклампсии.

- Вызвать врача.
- Уложить больную на ровную поверхность.
- Дать масочный наркоз - закись азота с кислородом.
- Под прикрытием наркоза по назначению врача, создается состояние нарколепсии, в/в введением 1 мл 2% промедола в сочетании с 2мл 0,5% раствора седуксена или 1мл 2,5% пипольфена..
- Срочное оперативное родоразрешение!

Оказание неотложной помощи при возникновении тонических, клонических судорог:

- Уложить больную на ровную поверхность, удерживать её.
- Повернуть голову в сторону.
- Восстановить дыхание (роторасширитель, языкодержатель, воздуховод).
- Аспирировать содержимое полости рта, верхних дыхательных путей.
- После судорожного припадка немедленно начать вспомогательную вентиляцию (с помощью аппарата Амбу) или перевести на ИВЛ.
- Внутривенно, под прикрытием наркоза, по назначению врача ввести седуксен 0,5% раствор 4 мл, дроперидол 0,25% раствор 2 мл, эуфиллин 2,4% раствор 10 мл, пипольфен 2,5% раствор 2 мл; внутривенно, капельно 50 мл 25% раствора сульфата магния на 200 мл реополиглюкина.
- Немедленное родоразрешение.

Показания к госпитализации

- Отеки 1 степени – амбулаторно в условиях ЖК.
- Отеки 2-4 степени, гестоз легкой, средней степени - лечение в стационаре.
- Гестоз тяжелой степени, преэклампсия, эклампсия госпитализация в перинатальные центры или стационары многопрофильных больниц, имеющие реанимационные отделения и отделения для выхаживания недоношенных детей.

Редкие формы гестозов

- гепатопатия,
- дерматозы,
- хорея,
- тетания беременных,
- артропатия,
- остеомалация,
- бронхиальная астма.

Заболевания сердечно – сосудистой системы и беременность.

Среди всех заболеваний внутренних органов у беременных первое место занимает патология сердечно – сосудистой системы.

В основном это приобретенные пороки сердца ревматического происхождения, гипертоническая болезнь, артериальная гипотония, оперированное сердце, варикозное расширение вен, тромбофлебит. Эти беременные с заболеваниями ССС относятся к группе повышенного риска и дополнительно наблюдаются кардиологом и подлежат 3-х кратной госпитализации:

I – до 12 недель для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания беременности;

II – 28-32 недели (период наибольшей нагрузки на сердце) – наблюдения, по показаниям - лечение;

III – в 37-38 недель – для подготовки к родам и родоразрешениям.

При ухудшении состояния госпитализируется вне зависимости от срока беременности.

Принципы ухода за беременными с ССЗ

- беременной предоставляют функциональную кровать.
- физический и психологический покой, полноценный сон.
- диета, ограничение жидкости до 800 мл в сутки, соли до 3 грамм в сутки.
- ежедневное измерение температуры, АД, диуреза (записывают в историю родов).
- жалобы на нехватку воздуха, одышку, слабость могут свидетельствовать о сердечной недостаточности, покашливание – отёк лёгких. При появлении этих жалоб немедленно сообщить врачу.

Заболевание почек и беременность.

- Наиболее частым заболеванием является пиелонефрит – неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани почек и чашечно-лоханочной системы.
- Существовавший ранее пиелонефрит может обостряться и протекать в хронической или латентной формах. Либо возникнуть впервые – гестационный пиелонефрит. Источником инфекции может быть: нарушения уродинамики, воспалительные заболевания мочеполовой системы, кариес, фурункулы и прочее. Чаще пиелонефрит развивается во второй половине беременности (22-28 недель).

- **Лечение:** только в стационаре.
- **Клиника:** внезапное начало, высокая температура, ознобы, интоксикация организма, боли в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область, бедро.
- Основа лечения – антибиотикотерапия в зависимости от срока беременности, а также витамины, спазмолитики, антигистаминные препараты, инфузионная терапия.

Уход:

- Постельный режим в период высокой температуры.
- Позиционная терапия.
- Диета (обильное питье – до 2 литров в сутки, растительные диуретики и антисептики (почечный чай, хвощ, петрушка, клюква).
- Следить за ежедневным опорожнением кишечника.

Беременность и Rh-конфликт.

- Существует 2 вида изоиммунологической несовместимости:
- По Rh фактору (а/г гр «Д» (85%), «С», «Е»).
- По АВО а/г (реже).
- Чаще гемолитическая болезнь развивается в результате несовместимости по «Д» фактору.

Пути иммунизации:

- попадание фетальной крови (30мл) в кровотоки матери, в результате происходит иммунизация женщин с Rh(-) при беременности Rh(+) плодом (в родах, послеродовом, раннем послеродовом периоде)
- У женщин Rh(-), если I беременность протекает с гестозом, то даже если не идёт Rh конфликт, то идёт иммунизация.
- аборт
- переливание крови, без учета Rh принадлежности.
- вакцинации (из сывороток попадает a/m).

Тактика наблюдения и ведения беременной

- всем женщинам при поступлении на учёт определяют Rh фактор и Rh принадлежность полового партнера. Если у женщины Rh(-) и у мужчины Rh(-), то риск снижен, если у женщины Rh(-) и у мужчины Rh(+), то риск повышенный.
- титр антител исследуется каждый триместр беременности(при нормальном её течении) при осложнениях – в Iтр. - 1раз в месяц, до 32 недель - 2раза в месяц, с 32 недель – 1 раз в месяц.
- 3 курса неспецифической десенсибилизированной терапии по 10-12 дней (в 10-12 недель, 24-25 недель, 32-33 недели)
- дополнительные методы десенсибилизации (подсадка кожного лоскута мужа, плазмофорез, гемосорбция)
- досрочная госпитализация женщин с Rh-конфликтом в 34-35 недель, родоразрешение в 37-38 недель

Абсолютные показания к кесареву сечению

- Абсолютно узкий таз;
- Клинически несоответствие размеров таза и головки плода;
- Полное предлежание плаценты;
- Неполное предлежание плаценты при сильном кровотечении;
- Угроза разрыва матки;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Опухоли шейки матки и малого таза;
- Тяжелая экстрагенитальная патология;
- Грубые рубцы на матке и шейки;
- Выраженное варикозное расширение вен влагалища и вульвы;
- Беременность при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО)
- Тяжелые гестозы



Контрольные вопросы для закрепления

1. Причины и признаки невынашивания.
2. Методы диагностики, лечения и профилактики гестозов.
3. Течение беременности и родов при заболевании сердечно-сосудистой системы, мочеполовых путей, Rh-отрицательный фактор.
4. Медикаментозные средства для лечения гестозов.