

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/361059>

Тип работы: ВКР (Выпускная квалификационная работа)

Предмет: Акушерство

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 6

1.1. Преэклампсия: определение, классификация 6

1.2. Этиология, патогенез преэклампсии 6

1.3. Клиническая картина, осложнения преэклампсии 10

1.4. Диагностика преэклампсии 14

1.5. Лечебно-профилактическая тактика 15

ГЛАВА 2. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ 23

2.1. Организация исследования 23

2.2. Результаты исследования 23

2.3. Роль акушерки в лечебно-профилактическом процессе при преэклампсии 30

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 34

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 39

Оценка состояния беременных женщин с преэклампсией.

Клиническое обследование: анамнез (большая прибавка веса, нестабильное артериальное давление), измерение артериального давления на обеих руках, пульсовое и среднее АД, профиль артериального давления каждые 4 часа, выявление отеков (измерение окружности лодыжек, ежедневный контроль прибавки веса, ежедневное измерение диуреза), консультация офтальмолога с осмотром глазного дна, консультация терапевта (кардиолога) со снятием электрокардиограммы, ультразвуковая диагностика брюшной полости.

Лабораторные исследования.

Клинический анализ крови.

Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, протромбиновый индекс, МНО, Д-димер, эндогенный гепарин, антитромбин III.

Биохимия крови: общий белок и его фракции, билирубин прямой и непрямой, печеночные трансаминазы (АСТ, АЛТ), ЛДГ, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, мочевины, креатинин, электролиты крови (К, Na), глюкоза крови. Общий анализ мочи, тест Нечипоренко, тест Зимницкого, суточный белок в моче, суточный объем мочи, почасовой объем мочи. Проба Реберга, посев мочи на бактериальную флору и чувствительность к антибиотикам показаны при наличии патологии почек.

Обследование плода: кардиотокограмма, УЗИ (измерение плода, индекс амниотической жидкости), картирование плода, доплерометрия (маточной и пупочной артерии, аорты, средней мозговой артерии). Признаки ПЭ и плацентарной недостаточности, начавшейся до 32-34 недель беременности, являются независимыми критериями подтверждения тяжелой ПЭ.

Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга рекомендуется, если приступ произошел до 20 недель беременности или в первые два дня после родов; если эклампсия устойчива к лечению сульфатом магния с тяжелыми очаговыми неврологическими симптомами, гемипарезом; или если кома сохраняется в течение 24 часов после прекращения седации и есть неврологические симптомы или нарушения зрения.

1.5. Лечебно-профилактическая тактика

Женщины необходимо госпитализировать:

- при наличии биохимических маркеров холестаза и зуде кожных покровов;
- если зуд усиливается, несмотря на нормальные биохимические маркеры;
- если пациентка находится в группе риска по развитию холестаза;
- если есть симптомы холестаза и угроза выкидыша;

если есть признаки плацентарной недостаточности или задержки роста плода;

- для проведения лечения при помощи эфферентной терапии.

Единственной тактикой лечения преэклампсии на данном этапе акушерства и гинекологии является родоразрешением.

Ведение родов у женщин с умеренной ПЭ:

1. На сроке до 37 недель беременности, при отсутствии реакции на лечение в течение 7 дней – досрочное родоразрешение;
2. На сроке беременности 37 недель и более – родоразрешение в течение 2 дней.

Метод родоразрешения

Во всех случаях ПЭ (включая тяжелую ПЭ), если нет абсолютных показаний для КС и состояние плода удовлетворительное, следует рассмотреть возможность родоразрешения через естественные пути.

Окончательный выбор способа родоразрешения должен основываться на клинической ситуации, состоянии матери и плода, возможностях учреждения, опыте медицинской бригады и информированном согласии пациентки.

Тяжелая ПЭ при беременности на доношенном сроке является показанием к родоразрешению. Умеренная ПЭ на доношенном сроке беременности или гестационная гипертензия являются показанием для индукции родов (если нет других противопоказаний).

Алгоритм ведения родов

- При поступлении в родильное отделение: акушерке необходимо позвонить дежурному акушеру-гинекологу, анестезиологу и неонатологу. Заполнить карту интенсивной терапии.

- Обеспечить постановку инфузии через периферический внутривенный катетер (18G).

- Контролировать артериальное давление: при умеренной гипертензии – не реже одного раза в час. При тяжелой гипертонии – непрерывно.

- Прием антигипертензивных и противосудорожных препаратов (если они применялись ранее) следует продолжать в прежней дозе. В дальнейшем корректировать дозировки в соответствии с показаниями.

- Обеспечить адекватное обезболивание родов (медикаментозные и немедикаментозные методы).

- Не ограничивать продолжительность второй стадии родов, если состояние матери и плода стабильное.

Обезболивание в родах и при кесаревом сечении:

- При тяжелой ПЭ необходима предродовая (предоперационная) подготовка (если только не требуется экстренное родоразрешение, угрожающее жизни).

- Всем пациенткам с ПЭ, если ранее не проводился забор крови, необходимо определить количество тромбоцитов.

- Выбор анестезии должен зависеть от опыта и квалификации врача. У пациентов с ПЭ с количеством тромбоцитов менее $75 \times 10^9 / л$ и отсутствием признаков нарушения коагуляции предпочтительным методом является региональная анестезия или наркоз на фоне быстро снижающегося количества тромбоцитов и сопутствующего приема антикоагулянтов. Регионарная анестезия может быть проведена после периода покоя после профилактического (12 часов) или терапевтического (24 часа) приема низкомолекулярного гепарина.

- Рекомендуются раннее введение эпидурального катетера. Фиксированная водная нагрузка перед регионарной анестезией не рекомендуется.

- Региональная анестезия предпочтительнее общей анестезии во время КС, поскольку она не вызывает повышения артериального давления, в то время как ПЭ часто сопровождается трудной интубацией (из-за отека верхних дыхательных путей). Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия эффективна и безопасна у пациенток с тяжелой преэклампсией/эклампсией. [6]

- Если региональная анестезия противопоказана, следует использовать общую анестезию. Необходимо подготовиться к трудной интубации и позвать опытного анестезиолога.

На третьей стадии родов для предотвращения кровотечения вводят окситоцин 10 ЕД в/м или 5 ЕД в/в. При тяжелой ПЭ и эклампсии следует исключить алкалоиды спорыньи (эргометрин) из-за его гипертензивного эффекта. В качестве альтернативы для профилактики кровотечения у пациенток с ПЭ в настоящее время используется каберголин 100 мкг внутримышечно после родов или 100 мкг внутривенно после кесарева сечения. Это новый синтетический окситоцин длительного действия, который так же эффективен, как 2-часовая инфузия обычного окситоцина. Преэклампсия и ее осложнения должны рассматриваться как самый высокий риск акушерского кровотечения.

Неотложная помощь таким пациентам должна предусматривать подготовку к операции, местный и консервативный гемостаз и интенсивное лечение массивного кровотечения (компоненты крови, факторы свертывания, методы аутогемотрансфузии). Если существует риск развития коагулопатии, можно

использовать профилактически транексамовую кислоту: регулярный прием (500-1000 мг) перед оперативным родоразрешением с 100 мкг каберголина и плазменными факторами свертывания (II, VII, IX, X) в дозах, соответствующих коагулопатии (недостаток факторов, способствующих свертыванию крови). Профилактика тромбоэмболических осложнений показана при умеренной и тяжелой ПЭ с высоким риском (например, тромбофилия, ожирение, возраст >35 лет, постельный режим). Критериями для назначения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) являются признаки гиперкоагуляции в показателях коагулограммы; критериями для отмены НМГ является стабилизация показателей артериального давления, коагулограммы и отсутствие протеинурии в течение 5-7 дней. Продолжительность приема НМГ выбирается индивидуально, в среднем 7-10 дней при умеренной преэклампсии и до 30 дней при тяжелой преэклампсии.

4. Если состояние женщины стабильно с положительной динамикой, то после родов лактация не противопоказана. Если гипертензия прогрессирует, то необходимо прекратить грудное вскармливание.

Профилактическая тактика:

Для беременных пациенток с высоким риском ПЭ рекомендуется пероральный прием ацетилсалициловой кислоты 150 мг/день на сроке от 12 до 36 недель беременности.

Для беременных пациенток с высоким риском ПЭ рекомендуется пероральный прием кальция в количестве 1 г/день при сниженном количестве кальция в рационе (600 мг/день).

Профилактическая тактика:

Антигипертензивная терапия

Целью является поддержание артериального давления в диапазоне, который позволяет сохранить нормальный маточно-плацентарный кровоток и кровоток плода и снизить риск развития эклампсии.

Антигипертензивная терапия всегда должна проводиться под мониторингом состояния плода, так как снижение плацентарного кровотока может привести к прогрессирующим нарушениям жизнедеятельности плода. Критерием для начала антигипертензивной терапии является артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. и выше.

Основные лекарственные средства, используемые для лечения АГ в период беременности:

- Метилдопа (допегит) — антигипертензивный препарат центрального действия, α_2 -адреномиметик (препарат первой линии);
- Нифедипин — блокатор кальциевых каналов (препарат второй линии);
- β -адреноблокаторы: метопролол, пропранолол, соталол, бисопролол;
- По показаниям: верапамил, клонидин, амлодипин.

3. Профилактика и лечение судорог

Сульфат магния 25% — основной препарат, используемый для профилактики и лечения судорог. Показанием к противосудорожной профилактике является тяжелая преэклампсия, когда существует риск развития эклампсии. При легкой преэклампсии риск кесарева сечения выше, а побочные эффекты встречаются чаще, поэтому решение о применении сульфата магния принимается индивидуально. Механизм действия магния связан с нарушением тока ионов кальция к гладкомышечным клеткам.

Следует также уделять внимание контролю баланса жидкости и при наличии олигурии и отека легких проводить их коррекцию для нормализации функции центральной нервной системы, реологических свойств крови и улучшения кровотока плода.

Алгоритм лечения эклампсии (лечение начинается на месте в момент приступа):

- Организация палаты интенсивной терапии в акушерском отделении (отделении скорой помощи) или экстренная госпитализация беременной в отделение анестезиологии и интенсивной терапии;
- Укладывают пациентку на левый бок на ровную поверхность, чтобы снизить риск аспирации содержимого желудка. Открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть, одновременно отсасывая содержимое полости рта (активная аспирация);
- Если сохраняется спонтанное дыхание, необходимо ввести воздуховод, зафиксировать кислородную маску и обеспечить подачу увлажненного кислорода
- Если развивается дыхательная недостаточность, немедленно начинают вентиляцию с помощью маски в принудительном режиме, используя 100% кислород и положительное давление в конце выдоха. Если судороги повторяются или сохраняется бессознательное состояние, следует интубировать пациентку, ввести седативные препараты (тиопентал, пропофол), миорелаксанты и перевести пациента на искусственную вентиляцию легких;
- Пока принимаются меры по восстановлению адекватного газообмена, следует провести катетеризацию периферической вены, ввести противосудорожные препараты (сульфат магния 4 г внутривенно в течение 5 минут, затем поддерживающая терапия (1-2 г/час); следует непрерывно мониторить артериальное

давление и частоту сердечных сокращений. Если судороги сохраняются, вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25%-ного раствора) внутривенно в течение 3-5 минут.

- Вместо дополнительной инъекции сульфата магния можно ввести медленно внутривенно диазепам 2 мл (10 мг) или тиопентал натрия (450-500 мг). Если приступ длится более 30 минут, то регистрируется эclamптический статус;

- Если диастолическое артериальное давление остается высоким (>110 мм рт. ст.), необходимо назначить антигипертензивное лечение;

- Проводится катетеризация мочевого пузыря (установка постоянного катетера, регистрация почасового диуреза и протеинурии);

- При эпилептическом или коматозном состоянии все операции (например, внутривенные, катетеризация мочевого пузыря, акушерские) должны проводиться под общей анестезией тиопенталом натрия. Кетамин не должен использоваться.

- После прекращения припадка необходимо скорректировать нарушения обмена веществ, водно-электролитного и кислотно-основного баланса, а также белкового обмена. Также необходимо провести более детальное клиническое обследование.

Объем обследования: консультация невролога и офтальмолога с осмотром глазного дна. Базовое клиническое обследование: клинический анализ крови, коагулограмма, биохимия, анализ мочи с определением суточной протеинурии. Постоянный мониторинг артериального давления, почасовое определение темпа диуреза, оценка показателей витальных функций. Аускультация легких всегда должна проводиться в конце приступа для своевременного выявления аспирации. Также необходимо подключить постоянный мониторинг КТГ. Родоразрешение показано после наступления стабилизации.

Таким образом, преэclamпсия – это тяжелое осложнение беременности, которое возникает после 20 недель беременности и характеризуется полиорганным поражением, в основном центральной нервной системы, и предшествует эclamпсии. Ее проявлениями являются головная боль, тошнота, рвота, нарушения зрения, астеничность (сонливость, вялость). Диагноз ставится по результатам ежедневного измерения артериального давления, анализа мочи и результатов коагулограммы. Лечение включает инфузионную терапию, противосудорожные препараты, антигипертензивные средства, антикоагулянты и мембраностабилизаторы. Если лечение неэффективно, необходимо провести экстренное кесарево сечение.

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Акушерство: национальное руководство / под редакцией Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского; Российское общество акушеров-гинекологов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080 с
3. Акушерство: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с.
4. Ведение беременных с преэclamпсией в женской консультации/ Киселева Н.И., Занько С.Н., Арестова И.М., Сидоренко В.Н.// Охрана материнства и детства. - 2019 - №1 (27).
5. Гуськова, Н. А. Акушерство: учебник для средних медицинских учебных заведений. / Н. А. Гуськова, М. В. Солодейникова, С. В. Харитоновна. - 3-е изд.: СпецЛит, 2014. - 372 с.
6. Дуда, И. В. Клиническое акушерство / И. В. Дуда, В. И. Дуда. - Мн.: Выш.шк., 2015. - 500 с.
7. Курочка М.П., Гайда О.В., Буштырева И.О. Прогностические критерии преэclamпсии. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(2):59-63.
8. Линева, О. И. Акушерство: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / О. И. Линева, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. - 272 с.
9. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии/ В.Н. Серов, И.И. Баранов, О.Г. Пекарев, А.В. Пырегов, В.Л. Тютюнник, Р.Г. Шмаков - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с.
10. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии/ под ред. С.-М. А. Омарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с.
11. Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс]: руководство для врачей / Э. К. Айламазян и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 384 с.
12. Неосложненная преэclamпсия/ Ветров В.В., Воинов В.А., Иванов Д.О. — 2020.
13. Неотложная помощь при преэclamпсии и её осложнениях (эclamпсия, HELLP-синдром). Клинические рекомендации (протоколы лечения). - 2019
14. Преэclamпсия. Возможности профилактики/ Оломпиева Т.М., Олина А.А.// Сборнике трудов конференции

«Два сердца как одно». – 2019.

15. Помощь на догоспитальном этапе при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии: учебно-методическое пособие-Краснодар: Изд-во КубГМУ 2020 г. – 77 с.
16. Преэклампсия и эклампсия: современная классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение и неотложная помощь: учебно-методическое пособие / В. Н. Сидоренко – Минск: БГМУ, 2017. – 20 с.
17. Руководство для акушерок фельдшерско-акушерского пункта / под ред. В.Е.Радзинского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496с.
18. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих, В. Н. Прилепской [и др.]. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1136 с.
19. Савельева Г. М. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 320–327
20. Славянова, И. К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: практикум: учебное пособие / И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. - 313 с.
21. Юсупова З.С., Новикова В.А., Оленев А.С. Современные представления о преэклампсии — патогенез, диагностика, прогнозирование. Практическая медицина. 2018. Том 16, № 6, С. 45-51

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/361059>