

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС (Я) "ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"

Допущен(а) к защите
Зам. директора по УР



Иванова М.Н.

БОСИКОВА МАРИЯ ГЕННАДИЕВНА
**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.02. - Акушерское дело

студент отделения "Акушерское дело"

гр. АД-31

Руководитель - преподаватель акушерства и гинекологии

Босикова М.Г.

Новикова А.А.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальное гипертензии

АД – артериальное давление

ПЭ – преэклампсии

ЯКГБ АРО – якутская городская клиническая больница акушерского отделения

ИВЛ – искусственная вентиляция лёгких

ОРИТ – отделения реанимации и интенсивной терапии

КТГ - кардиотокография

УЗИ – ультразвуковое исследование

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. ПОНЯТИЕ О ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ	7
1.1. Преэклампсия беременных.....	7
1.2. Этиология, патогенез, факторы риска и формы преэклампсии.....	9
ГЛАВА II. ТАКТИКА АКУШЕРКИ ПРИ ВВЕДЕНИИ РОДОВ С ПРЕЭКЛАМПСИИ В ЯКГБ ЯРО.....	18
2.1 Тактика акушерки и базовая терапия при преэклампсии.....	18
2.2 Выявление по статистическим данным и историям родов случаи преэклампсии беременных в ЯКГБ ЯРО за период с 2015-2017.....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	29
ВЫВОДЫ.....	31
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	33

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Помимо того, что беременность — это прекрасное событие в жизни матери, которое является источником новой жизни, она может сопровождаться различными осложнениями, в том числе и смертельными. Одним из таких осложнений является преэклампсия (ПЭ), которая является основной причиной смертности матери и плода в развитых странах. Преэклампсия затрагивает от 3 до 5 % матерей, а значит, любой беременной женщине необходимо знать о ее симптомах.

Преэклампсия беременных — это не заболевание, а осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Это сложный нейрогуморальный патологический процесс, проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также нарушением ряда обменных процессов, иммунного ответа и других функций организма беременной.

Преэклампсия ведет к фето-плацентарной недостаточности и, следовательно, к гипоксии и гипотрофии плода. Даже преэклампсия умеренной степени 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.

Преэклампсия относится к наиболее сложным и важным проблемам, научного и практического акушерства. Несмотря на определенные успехи в лечении и профилактике преэклампсии до настоящего времени остается одной из основных причин материнской смертности, перинатальной заболеваемости и перинатальной смертности. При этом отмечен существенный рост тяжелых и атипичных форм преэклампсии. В настоящее время внимание многих медицинских

работников привлечено к проблеме сохранения здоровья женщины в период беременности и родов. Это не случайно. На фоне ухудшения экологической обстановки, повышения мобильности многих социальных групп, увеличения стрессовых факторов, важное значение имеют успехи в эндокринологии, фармакологии, гинекологии. Они позволяют по-новому взглянуть на многие аспекты физиологии репродуктивной системы, вовремя отследить те изменения, которые сигнализируют об отклонениях от нормы, назначить соответствующее лечение.

Признаки и симптомы преэклампсии. Преэклампсия влияет как на мать, так и на новорожденного. У беременных женщин общие симптомы преэклампсии включают: Высокое артериальное давление, увеличение содержания белка в моче, задержка воды в организме и отек рук, ног и конечностей, интенсивные головные боли, боль в тазовой области или в животе, быстрое увеличение веса (например, от 1 до 3 кг или даже больше в течение одной-двух недель) головокружение, усталость, тошнота и рвота, снижение количества мочи, разделение плаценты и матки (так называемая отслойка плаценты).

Состояние чаще встречается у первородящих и может представлять серьезную опасность для жизни беременной и плода. Чаще преэклампсией страдают беременные женщины, склонные к повышению артериального давления и болезням кровеносных сосудов. Более тяжелой формой данного заболевания является эклампсия, которая, как правило, сопровождается судорогами или даже комой. Если лечение не начато своевременно, то эклампсия может иметь даже летальный исход. Риск развития преэклампсии, как правило, повышается на втором и третьем триместре беременности, а ее опасность состоит в нарушении функционирования плаценты. В результате этого, плод не может получить кислород и необходимые питательные вещества в достаточном количестве, что может спровоцировать развитие гипотрофии и гипоксии. Данное заболевание может

свидетельствовать о серьезных нарушениях в женском организме, поэтому будущая мама обязательно нуждается в диагностике и необходимой терапии.

Объект исследования: Женщины у которых заболевание - преэклампсия.

Предмет исследования: Преэклампсия второй половины беременности, которой сопровождается клиникой нарушения церебрального кровообращения, артериальной гипертонией в сочетании с поражением печени и почек.

Цель исследования: Изучение тактики ведения беременности у женщин с преэклампсией.

Задачи:

1. Изучить по литературным данным преэклампсии у беременных женщин и факторы риска возникновения осложнения.
2. Изучить тактику акушерки в родильном отделении при введении беременной женщины с преэклампсией.
3. Проанализировать статистические данные по развитию преэклампсии у беременных женщин за последние 3 года (2015 – 2017) по данным акушерского отделения ЯКГБ ЯРО.

ГЛАВА I. ПОНЯТИЕ О ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ

1.1. Преэклампсия беременных

Гипертония может быть у женщины как до беременности, так и во время нее. При этом, в случае, если высокое артериальное давление появилось во время беременности, то в этом случае нужно чаще контролировать его, чем тем женщинам, у которых АД было повышено еще до беременности. Причиной этого является то, что гипертония во время беременности – это признак преэклампсии, довольно серьезного состояния, которое может перейти в эклампсию.

Обычно у женщин артериальное давление снижается во втором триместре беременности. К концу беременности оно возвращается к прежним показателям. Но у некоторых женщин отмечается выраженное повышение АД во втором и третьем триместре беременности. Обычно такая гипертония требует лечения, но после рождения ребенка она обычно проходит сама. Беременные женщины должны регулярно наблюдаться у врача и обязательно измерять артериальное давление, чтобы вовремя определить признаки преэклампсии. При высоком артериальном давлении отмечается нарушение плацентарного кровообращения, в результате чего плод получает меньшее количество крови, следовательно, кислорода и питательных веществ.

Это может привести к недоразвитию плода. Кроме того, гипертония повышает риск преждевременных родов и мертворождений.

Преэклампсия – это патологическое состояние при беременности, которое характеризуется появлением отеков, повышением кровяного давления и протеинурией (наличием белка в моче). Чаще преэклампсией страдают беременные женщины, склонные к повышению артериального давления и болезням кровеносных сосудов. Более тяжелой формой данного заболевания является эклампсия, которая, как правило, сопровождается судорогами или даже комой. Если лечение не начато своевременно, то эклампсия может иметь даже летальный исход. Риск

развития преэклампсии, как правило, повышается на втором и третьем триместре беременности, а ее опасность состоит в нарушении функционирования плаценты. В результате этого, плод не может получить кислород и необходимые питательные вещества в достаточном количестве, что может спровоцировать развитие гипотрофии и гипоксии.

Данное заболевание может свидетельствовать о серьезных нарушениях в женском организме, поэтому будущая мама обязательно нуждается в диагностике и необходимой терапии.

1.2. Этиология, патогенез, факторы риска и формы преэклампсии.

Причина развития преэклампсии неясна. Настоящая время заболевание рассматривают как генетически обусловленную патологию, при котором нарушается адаптация (приспособление) организма женщины к условиям функционирования при беременности.

В развитии заболевания определяющую роль играет спазм сосудов. Он возникает из-за нарушения выработки гормонов, регулирующих тонус сосудов (ангиотензин, протациклин, тромбоксан), или в связи с аномалией чувствительности к ним. Кроме того повышается вязкость и свертываемость крови.

Основная причина преэклампсии — спазм периферических сосудов. Во время нормально протекающей беременности локальные вазоконстрикторы разрушаются ферментами плаценты. У беременных с преэклампсией найдена их недостаточность.

Симптомы преэклампсии:

- Повышение артериального давления.
- Обнаружение белка в моче.
- Отеки лица и конечностей.
- Быстрый набор веса, связанный с задержкой жидкости в организме.
- Нарушение зрения (мелькание мушек перед глазами, ослабление зрения).
- Головная боль, не поддающаяся купированию анальгетиками (болеутоляющими средствами).
- Боль в верхней части живота.
- Тошнота, рвота.
- Симптомы поражения центральной нервной системы: вялость, раздражительность, снижение памяти, апатия (безразличие), сонливость или бессонница.

- Олигурия (снижение объема выделяемой мочи).
- Желтуха, проявляющаяся изменением цвета кожи (пожелтением) и потемнением мочи. Связана с нарушением функционирования печени.
- Тромбоцитопения (снижение содержания тромбоцитов) клеток крови, отвечающих за свертываемость и образование тромбов (сгустков) в крови.

Факторы риска преэклампсии. Чаще всего преэклампсия встречается у женщин, беременных впервые, а также у беременных в юном возрасте или в возрасте за 40 лет. Среди других факторов риска:

- Первобеременные;
- ПЭ в семейном анамнезе;
- ПЭ в анамнезе предыдущей беременности (10-15%);
- Риск повторного развития ПЭ при хронической гипертензии – 70%;
- Заболевания почек и гипертоническая болезнь;
- Сахарный диабет;
- Патология плаценты.

Профилактика преэклампсии.

Поддержание адекватного внутрисосудистого объема (расширение питьевого режима, достаточное потребление поваренной соли). Следует помнить, что ограничение соли в период беременности может способствовать уменьшению объема циркулирующей крови, нарушению перфузии плаценты.

Восполнение дефицита кальция у беременных с низким его потреблением (35 кг/м² при постановке на учет; семейный анамнез ПЭ; многочисленные беременности).

Прием низких доз аспирина (75 мг в день) с 12 до 32 недель беременности при условии низкого риска желудочно-кишечных кровотечений:

- женщинам с высоким риском ПЭ: АГ во время предыдущей беременности; хронические болезни печени;
- аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром и др.); сахарный диабет 1 или 2 типа; хроническая АГ;
- женщинам с более чем одним фактором умеренного риска ПЭ: первая беременность; возраст старше 40 лет; интервал между беременностями более 10 лет; ИМТ >35 кг/м² при постановке на учет; семейный анамнез ПЭ; многочисленные беременности.

Вопросы культурологии

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Культурология

Критерии диагностики преэклампсии

Критерии артериальной гипертензии во время беременности.

Критериями диагностики АГ являются: систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст.

Правила измерения АД:

1. Наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты).
2. Положение сидя в удобной позе, рука находится на столе на уровне сердца. Нижний край стандартной манжеты (ширина 12-13 см, длина 35 см) должен быть на 2 см выше локтевого сгиба. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки.
3. Момент появления первых звуков соответствует I фазе тонов Короткова и показывает систолическое АД; диастолическое АД рекомендуют регистрировать в фазу V тонов Короткова (прекращение).
4. АД измеряют в состоянии покоя (после 5 минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты; при разнице равной или более 5 мм рт. ст. производят одно дополнительное измерение при этом два последних значения усредняются.
5. АД измеряют на обеих руках, если оно разное, то ориентируются на более высокие значения.
6. У пациенток, страдающих сахарным диабетом, АД необходимо измерять в положении сидя и лежа.
7. Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

Классификация степени повышения уровня АД у беременных

Категории АД	САД		ДАД
Нормальное АД	<140	и	<90
Умеренная АГ	140-159	и/или	90-109
Тяжелая АГ	160	и/или	110

- Классификация степени повышения уровня АД у беременных может использоваться для характеристики степени АГ при любой ее форме (хронической АГ, гестационной АГ, ПЭ).

- Выделение двух степеней АГ, умеренной и тяжелой, при беременности имеет принципиальное значение для оценки прогноза, выбора тактики ведения, лечения и родовспоможения.

- Уровень САД \geq 160 мм рт. ст. и/или ДАД \geq 110 мм рт. ст. при тяжелой АГ ассоциируется с высоким риском развития инсульта.

Диагностировать АГ во время беременности следует на основании, по крайней мере, двух повышенных значений АД. В сомнительной ситуации желательно проведение суточного мониторирования АД (СМАД).

АД 140/90 мм рт. ст. считается пограничным, при этом не является заболеванием, а лишь указывает на необходимость тщательного наблюдения за состоянием матери и плода.

Клинически значимая протеинурия

Протеинурия - это потеря \geq 300 мг белка в сутки или свыше 1 г/л в любой порции мочи, а также наличие белка в анализах двух чистых проб мочи или проб, сохраненных с помощью катетера, с перерывом не менее 4 ч. Оценка уровня протеинурии по анализу одной порции мочи приводит к гипердиагностике ПЭ и заболеваний почек у беременных. Патологическая

протеинурия у беременных является первым признаком полиорганных поражений

Отеки

Отеки беременных - это чрезмерное нарастание массы тела беременной после 20 недель гестации в среднем на 400-500 г в неделю и более, совпадающее с уменьшением диуреза и повышенной гидрофильностью тканей или накопление жидкости в тканях, когда после 12-часового постельного режима остается след при надавливании на ткани. Более предпочтительным для диагностики отеков является определение окружности голено-стопного сустава: увеличение окружности более чем на 1 см в течение недели или более чем на 8-10% позволяет диагностировать отеки. Массивные, быстро нарастающие отеки (особенно в области поясницы), анасарка, скопление жидкости в полостях рассматриваются как один из неблагоприятных прогностических критериев тяжелой ПЭ.

Клинические проявления преэклампсии

- Со стороны центральной нервной системы: головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги
- Со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.
- Со стороны мочевыделительной системы: олигурия, анурия, протеинурия
- Со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота
- Со стороны системы крови: тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия
- Со стороны плода: задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель

Точная причина преэклампсии и эклампсии неизвестна, хотя некоторые исследователи указывают на неудовлетворительное питание, высокий уровень

жира в организме либо недостаточный кровоток в матке, как возможные причины. Стоит отметить, что гипертония и преэклампсия являются взаимосвязанными состояниями, но это несколько разные ситуации. Артериальное давление показывает, с какой силой давит кровь на стенки сосудов. Если это давление слишком высокое, говорят о высоком артериальном давлении или гипертонии. Если гипертония отмечается на 20-й неделе беременности, это может быть признаком преэклампсии.

Некоторые факты о преэклампсии. Преэклампсия начинается возможно по той причине, что плацента не прорастает как обычно своей сосудистой сетью в стенку матки. Это приводит к ухудшению кровотока в плаценте. Иммунная система материнского организма может реагировать со спермой отца ребенка, тканью плаценты или с самим плодом. Наличие артериальной гипертонии до беременности также повышает риск преэклампсии во время беременности. Заболевания, при которых отмечается артериальная гипертония, также могут повышать риск преэклампсии, например, ожирение, поликистоз яичников или сахарный диабет.

Преэклампсия может вызвать нарушение кровотока через плаценту, в результате чего новорожденный может появиться недоразвитым. Кроме того, преэклампсия – одна из основных причин преждевременных родов, а также патологии, сопутствующей им, включая эпилепсию, церебральный паралич и нарушения зрения и слуха.

Легкая и тяжелая форма преэклампсии. Внезапное повышение артериального давления является серьезным признаком. Обычно гипертония и преэклампсия выявляются в дородовом периоде. Поэтому так важно консультироваться у врача во время беременности. Регулярно нужно контролировать артериальное давление. Высокое артериальное давление во время беременности обычно не вызывает каких-либо признаков. Однако при резко выраженном высоком артериальном давлении могут отмечаться головная боль и одышка, либо нарушение зрения. Легкая форма преэклампсии также никак не проявляется. Однако преэклампсия может

вызвать быструю прибавку в весе и внезапные отеки рук и лица. При выраженной преэклампсии могут отмечаться симптомы поражения внутренних органов, такие как сильная головная боль и нарушение зрения, а также дыхания. Кроме того, могут быть боли в животе и снижение мочеиспускания.

Легкая преэклампсия. Объем лечения зависит от состояния беременной, параметров АД и наличия протеинурии. В случае соответствия состояния беременной критериям легкой преэклампсии при сроке беременности до 37 недель возможно наблюдение в условиях стационара дневного пребывания. Проводят обучение пациентки самостоятельному мониторингу основных показателей: измерению АД, контролю баланса жидкости и степени отеков, регистрации движений плода. Объем лабораторных исследований: общий анализ мочи, суточная протеинурия, креатинин и мочевины плазмы крови, гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов, коагулограмма, АлАТ и АсАТ, контроль состояния плода. Медикаментозную терапию не назначают. Не ограничивают употребление жидкости и кухонной соли. Показания для госпитализации: срок беременности более 37 недель; появление хотя бы одного признака преэклампсии средней тяжести; нарушение состояния плода. В случае стабильного состояния женщины в пределах критериев легкой преэклампсии — тактика ведения беременности выжидательная, роды ведут через естественные родовые пути.

Преэклампсия средней тяжести. Обязательна госпитализация, в сроке гестации 37 недель и более — плановая, для родоразрешения. При сроке беременности менее 37 недель, прогрессировании преэклампсии или нарушении состояния плода — безотлагательная госпитализация беременной в стационар крупного родильного дома. Охранительный режим — полупостельный, с ограничением физической и психической нагрузки; рациональное питание с повышенным содержанием белка, без ограничения

соли и воды, комплекс витаминов и микроэлементов, при необходимости — препараты железа.

ГЛАВА II. ТАКТИКА АКУШЕРКИ ПРИ ВВЕДЕНИИ РОДОВ С ПРЕЭКЛАМПСИИ В ЯКГБ АРО.

2.1. Тактика акушерки и базовая терапия при преэклампсии

Для подготовки к родоразрешению пациентка должна находиться в отделении анестезиологии и реанимации (палате интенсивной терапии), курироваться акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом совместно.

Этапность оказания медицинской помощи при тяжелой преэклампсии определяется клиническими рекомендациями (протоколом лечения) "Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях", утвержденными МЗ РФ 02 октября 2015 года №15-4/10/2-5802.

При тяжелой преэклампсии и ее осложненных формах показана госпитализация (перевод) в учреждение 3-го уровня на основании приказов региональных органов здравоохранения о маршрутизации беременных женщин группы риска и родильниц.

1. На до госпитальном этапе необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи:

- Оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
- Обеспечить венозный доступ: катетеризированная периферическая вена.
- Ввести магния сульфат 25% 16 мл в/в медленно (10-15), затем 100 мл через шприцевой насос со скоростью 4 мл/час (1 г/ч в пересчете на сухое вещество).
- Инфузия: только магния сульфат 25% на 0,9% растворе хлорида натрия.

- При АД выше 140/90 мм рт. ст. - антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин орально.
- При судорогах: обеспечение проходимости дыхательных путей.
- При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов - перевод на ИВЛ в условиях анестезии тиопенталом натрия и тотальной миоплегией.
- При эвакуации пациентки с преэклампсией линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда эвакуируется больная.

2. В приемном покое:

- Провести оценку тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
- Врач анестезиолог-реаниматолог в обязательном порядке вызывается приемный покой и начинает оказывать медицинскую помощь при следующих состояниях:
 - развитие судорог (судороги в анамнезе);
 - отсутствие сознания;
 - повышение АД 160/110 мм рт. ст. и выше;
 - нарушение дыхания;
 - при рвоте;
 - при симптомах отслойки плаценты, кровотечение из родовых путей и геморрагическом шоке.
- Пациентка госпитализируется в ОРИТ.

3. Отделение интенсивной терапии:

- Введение пациентки с тяжелой преэклампсией должно проводиться совместно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом, с привлечением терапевта, и, по необходимости, других смежных специалистов в условиях отделения анестезиологии-реаниматологии.

Мониторинг основных функций:

Со стороны плода:

- КТГ (продолжительно, до стабилизации АД; непрерывно, если в родах). Позволяет получить информацию о состоянии плода, но не дает информации в отношении прогноза.

УЗИ (фетометрия, амниотический индекс, плацентометрия) и доплерометрия (артерии пуповины, средние мозговые артерии).

Со стороны матери:

- Измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин. В некоторых ситуациях, после всесторонней оценки возможен переход к менее частому измерению.
- Общий анализ крови.
- Креатинин.
- Печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, ЛДГ).
- Количество тромбоцитов, фибриноген, МНО, АПТВ.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза.

Общий анализ мочи: суточная оценка (общий белок, креатинин)

Базовая терапия преэклампсии

Базовая терапия преэклампсии включает следующие методы:

- Родоразрешение.
- Противосудорожная терапия магния сульфатом.
- Антигипертензивная терапия.

1. Базовая терапия: Родоразрешение.

- При умеренной ПЭ необходима госпитализация для уточнения диагноза и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.

При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности,

после проведения профилактики РДС плода при сроке беременности менее 34 нед и перевода матери в акушерский стационар 3-й группы.

У беременной женщины с клиникой преэклампсии любой степени тяжести любое ухудшение состояния определяет показания к экстренному родоразрешению.

Показания к экстренному родоразрешению:

- кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты;
- острая гипоксия плода, в сроке беременности более 22 недель.

Показания к срочному родоразрешению:

- постоянная головная боль и зрительные проявления ;
- постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота;
- прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек;
- эклампсия;
- артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной коррекции;
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ, выраженное маловодие.

Методы родоразрешения. Тяжелая ПЭ при доношенном сроке беременности является показанием к родоразрешению. Умеренная ПЭ или гестационная гипертензия при доношенном сроке беременности являются показанием (при отсутствии прочих противопоказаний) к индукции родов.

Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к КС и удовлетворительном состоянии плода. При сроке беременности менее 32 нед - предпочтительно кесарево сечение.

После 34 нед - родоразрешение через естественные родовые пути при головном предлежании. Вагинальное применение простагландинов при "незрелой" шейке матки увеличивает шансы успешного влагалищного родоразрешения. Окончательный выбор метода родоразрешения должен основываться на анализе клинической ситуации, состояния матери и плода,

возможностей учреждения, опыта врачебной бригады, информированного согласия пациентки. Повышенная резистентность в сосудах пуповины, по данным доплерометрии, почти вдвое снижает процент успешных вагинальных родов; при нулевом или реверсивном кровотоке показано КС.

Противосудорожная и антигипертензивная терапия должны проводиться на протяжении всего периода родоразрешения. В третьем периоде родов для профилактики кровотечения вводят окситоцин 10 ЕД внутримышечно или 5 ЕД внутривенно капельно при операции кесарево сечение или карбетоцин 100 мкг внутривенно. Введение указанных препаратов должно выполняться после нормализации АД.

Алгоритм ведения родов. При поступлении в родовой блок:

- Вызвать ответственного дежурного врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога.
- Оформить карту интенсивного наблюдения.
- Обеспечить в/в доступ - катетеризация периферической вены.
- Контроль АД.

2.2. Выявление по статистическим данным и историям родов случаи

Преэклампсии беременных в ЯКГБ АРО в 2016 – 2018 гг.

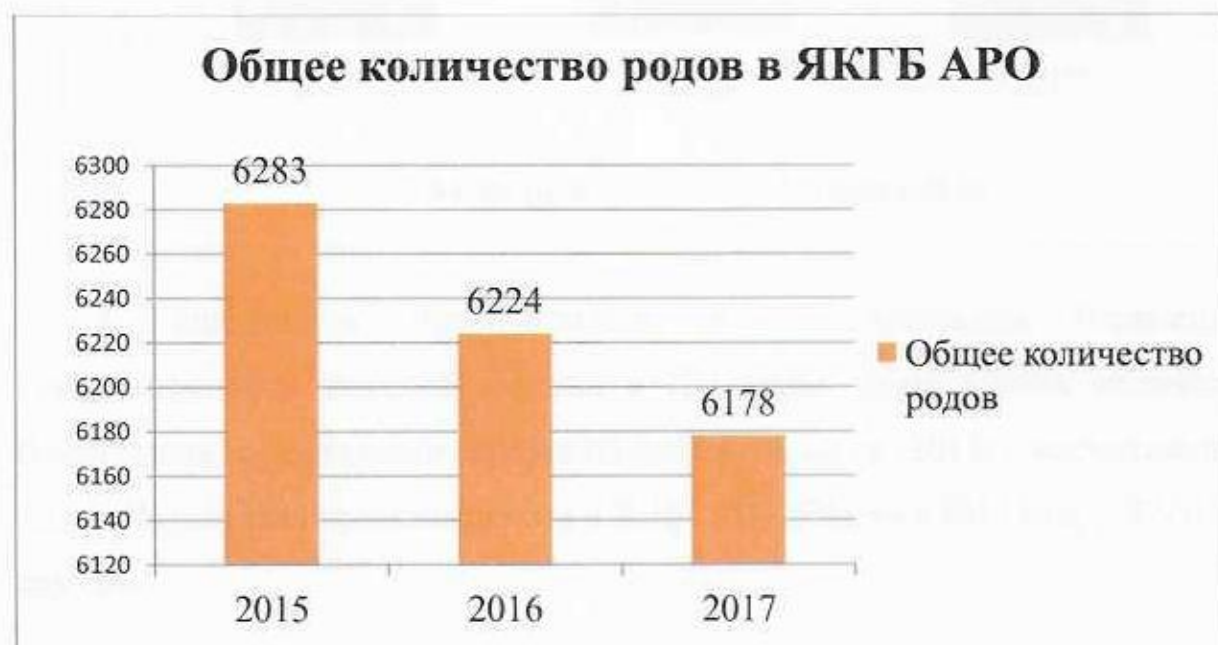
Исследование проводилось на базе ЯКГБ АРО акушерского родильного отделения .

Изучить факторов риска по развитию преэклампсии во время беременности с целью определения приоритетных направлений профилактики заболевания проведено на базе ЯКГБ АРО.

При выполнении практической части выпускной квалификационной работы использовался статистический метод. Для ретроспективного анализа использовано 60 историй родов с осложненным течением за период 2015-2017 годы, отчетные данные по ЯКГБ АРО. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке.

Анализ количества родов в ЯКГБ АРО.

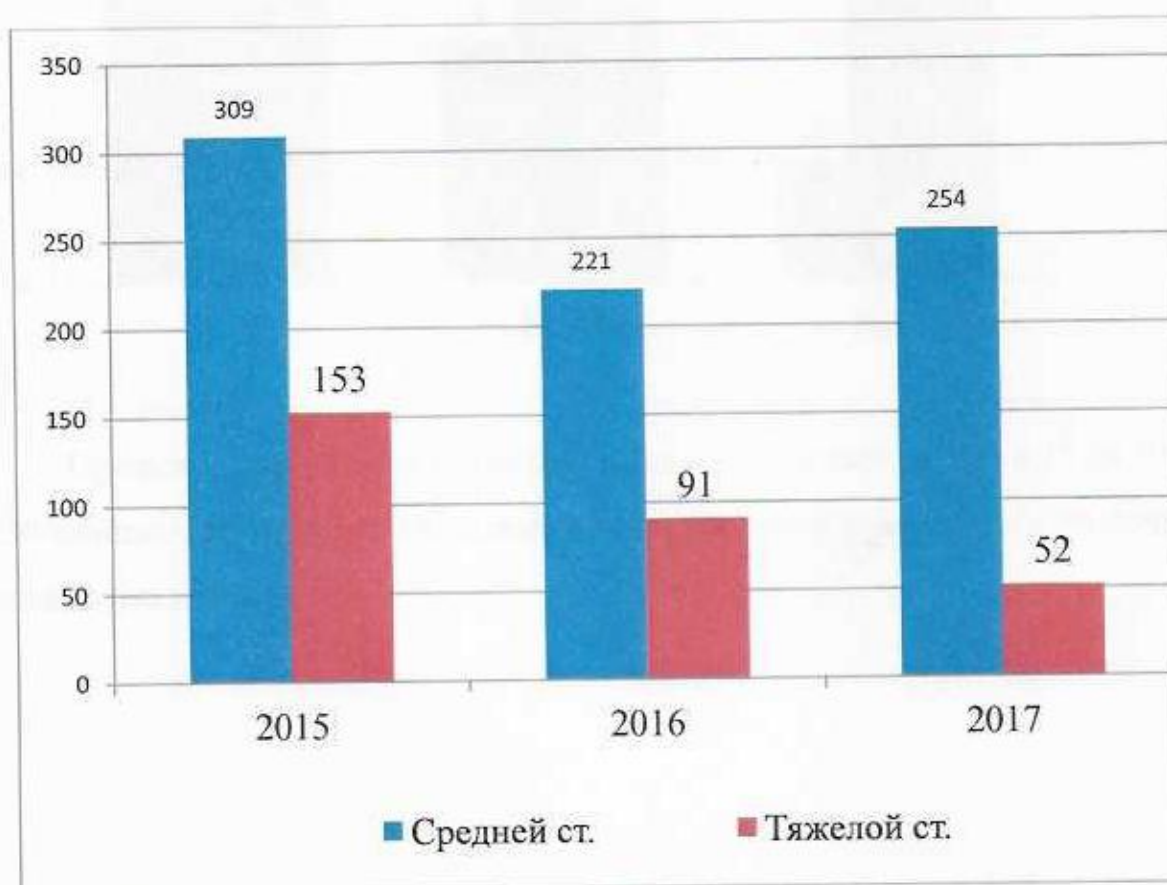
Год	2015г.	2016г.	2017г.
Общее количество родов	6283	6224	6178



Сравнивая последние 3 года отмечается снижение родов (на 105 родов меньше в 2017 году).

Статистика преэклампсии в ГБУ РС (Я) ЯКГБ АРО (2015-2017 гг.)

	Средней ст.	Тяжелой ст.
2015	309-4,9%	153-2,5%
2016	221-3,5%	91-1,5%
2017	254-4,2%	52-0,9%

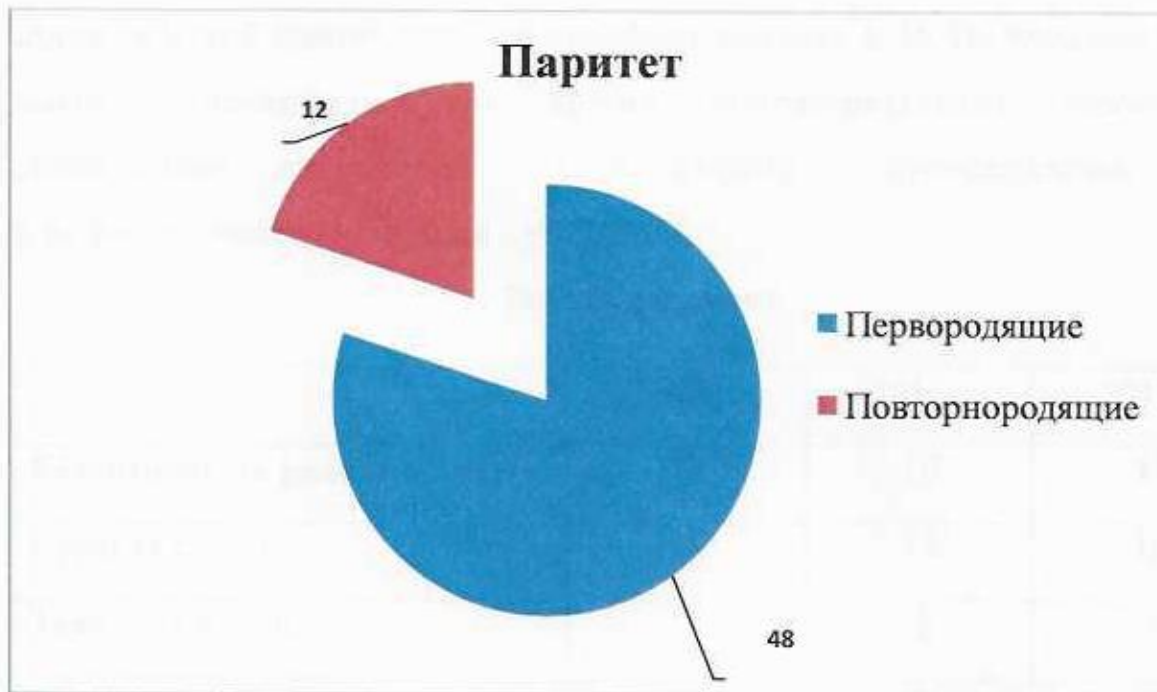


С внедрением маршрутизации и госпитализации беременных с преэклампсией тяжелой степени в ПЦ НЦМ уменьшилось количество беременных с тяжелыми преэклампсиями, если в 2015г. насчитывалось 153(2,5%) случаев преэклампсии, а в 2016 - 91(1,5%), то в 2017 году – 52 (0,9%) случаев.

Распределение по возрасту

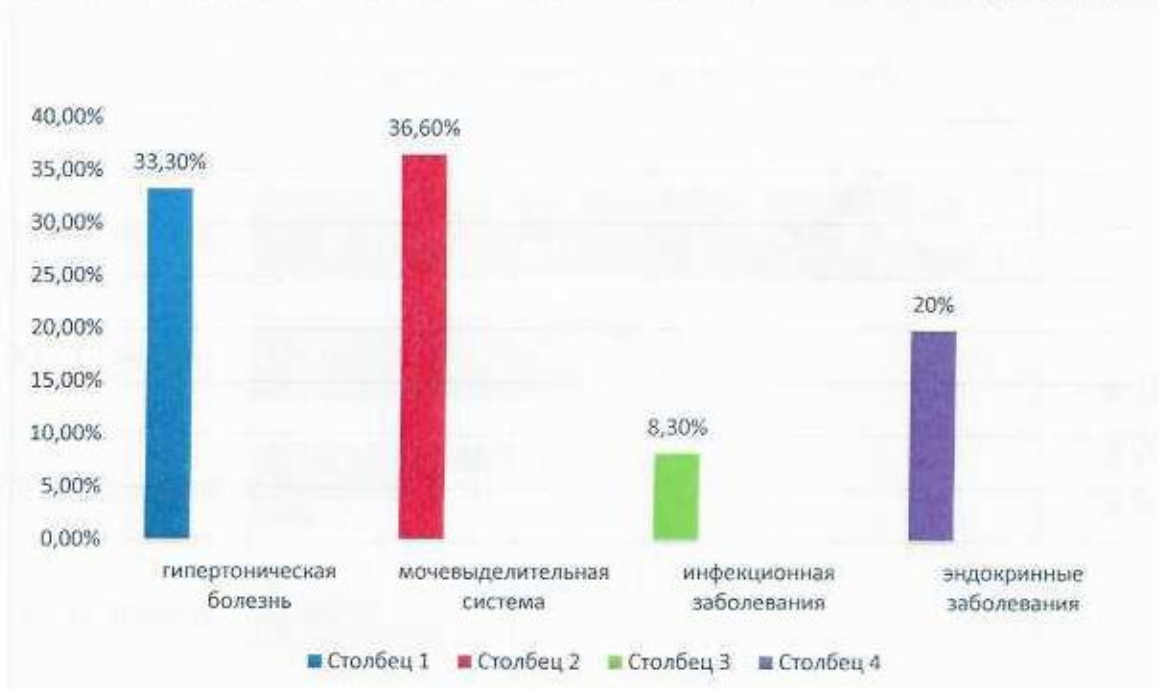


Преэклампсия чаще всего встречается в возрастной группе с 20 до 30 лет у 30 женщин. Потому что большое количество родов приходится на данную возрастную группу.



Течение беременности у которых осложнилось преэклампсией, были первородящими - 48 женщин (80%).

Влияние экстрагенитальной патологии на возникновение преэклампсии



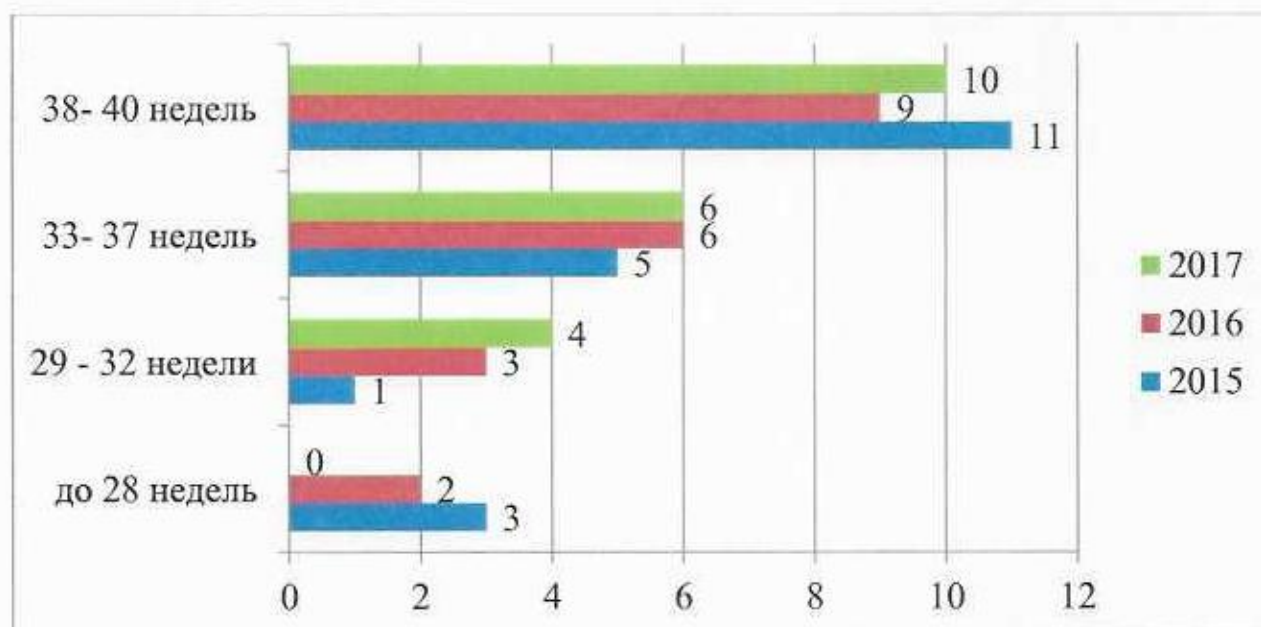
Гипертоническая болезнь выявлено у 20 женщин с преэклампсией, это 33,3%.
Болезни мочевыделительной системы среди беременных с

преэклампсией хронический пиелонефрит выявлен у 36,6% женщин. Самый высокий показатель, чем другие экстрагенитальные заболевания. Эндокринные заболевания - у 5 женщин с преэклампсией (8,3%) и инфекционные заболевания - у 12 (20%)

Родоразрешение

	2015г.	2016г.	2017г.
Естественные родовые пути	12	15	17
Средняя степень	10	13	16
Тяжелая степень	2	2	1
Кесарево сечение	8	5	3
Средняя степень	3	3	1
Тяжелая степень	5	2	2

Родоразрешение по сроку гестации



Основным фактором риска, оказывающим влияние на состояние здоровья новорожденных является срок гестации.

При сравнении оценки по шкале Апгар на 1-й минуте при преэклампсии легкой и средней степени (7-9 баллов) ниже баллы в группе с преэклампсией тяжелой степени (ниже 5 баллов); на 5-й минуте достоверно ниже также в группе с тяжелой преэклампсией (ниже 6 баллов). Таким образом, оценка состояния новорожденных после рождения по шкале Апгар зависит от тяжести течения преэклампсии.

Объем оказания реанимационных мероприятий в родильном зале имеет зависимость от тяжести течения преэклампсии у матерей. Так, при отсутствии самостоятельного дыхания, интубация трахеи с целью проведения искусственной вентиляции легких проводилась у женщин с тяжелой преэклампсией.

Синдром задержки внутриутробного развития плода отмечен во всех наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема здоровья беременной женщины и плода в России в настоящее время приобретаем важнейшее значение. Развитие здорового общества невозможно без рождения здоровых детей, без институтов, обеспечивающих их защиту и благополучие, без гражданского воспитания, распространения ценностей семьи и здорового образа жизни. На данный момент непосредственно женские консультации, родильные дома, медсестры, врачи — являются важными звеньями не только в контроле здоровья и оказании помощи женщине в период беременности, но и в обучении её принципам самостоятельного сохранения здоровья. Добросовестное отношение женщин к собственному здоровью, регулярное посещение медицинских органов — залог будущих успехов в области гинекологии и клинической практики

Гипертония может быть у женщины как до беременности, так и во время нее. При этом, в случае, если высокое артериальное давление появилось во время беременности, то в этом случае нужно чаще контролировать его, чем тем женщинам, у которых АД было повышено еще до беременности. Причиной этого является то, что гипертония во время беременности — это признак преэклампсии, довольно серьезного состояния, которое может перейти в эклампсию.

Профилактические мероприятия проводятся с целью исключения развития тяжелых форм преэклампсии у беременных особенно группы высокого риска должна начинаться с ранних сроков гестации и проводиться поэтапно с учетом фоновой патологии в течении всей беременности, в родах и послеродовом периоде и включает в себя:

- Соблюдение лечебно-охранительного режима в течении всей беременности.
- Диета, калорийностью 3500 ккал должна содержать достаточное количество белка (до 110 г/сутки — 120 г/сутки), жиров 75-80 г, углеводов 350-400 г, витаминов, минеральных веществ. Применяются продукты умеренно подсолненные с исключением острых, жирных блюд, вызывающих чувство

жажды. Беременным с экстрагенитальной патологией необходима диета с учетом стола, рекомендуемого для каждой патологии.

- Дозированный постельный режим "bedrest" способствует снижению общего периферического сопротивления сосудов, увеличению ударного объема сердца и почечного кровотока, нормализации маточно-плацентарного кровообращения и является важным немедикаментозным мероприятием. Метод заключается в пребывании беременных в положении преимущественно на левом боку с 10 до 13 и с 14 до 17 часов, в часы, соответствующие повышенным пикам артериального давления.

- Прием витаминов, фитосборов с седативным эффектом и улучшающим функцию почек, спазмолитиков, препаратов, влияющих на метаболизм и улучшающих работу сердечно-сосудистой системы, дезагреганты и антикоагулянты, антиоксиданты, мембранстабилизаторы а также лечение экстрагенитальной патологии по показаниям.

Профилактика тяжелых форм преэклампсии должна начинаться с 8-9 недель гестации.

Одной из главных задач, наряду с развитием методов защиты материнства и детства, является пропаганда ценностей семьи, здорового образа жизни, культуры регулярных профилактических обращений в медицинские учреждения.

ВЫВОДЫ

1. Ведущими факторами риска у беременных, влияющими на тяжесть течения преэклампсии, являются возраст с 20 до 30 лет. Потому что большое количество родов приходится на данную возрастную группу, первая беременность, заболевания мочевыделительной системы и систем кровообращения.
2. Изучив тактику акушерки в приемном, родильном отделениях, а также в отделении реанимации и анестезиологии в палате интенсивной терапии мы пришли к выводу, что от правильных действий, знаний и умений акушерки зависит благоприятный исход родов у женщин с преэклампсией.
3. По статистическим данным выявлено, что количество женщин с преэклампсией уменьшилось на 156 случаев средней и тяжелой степени. Что связано с внедрением маршрутизации и госпитализации беременных с преэклампсией тяжелой степени в ПЦ НЦМ №2.

Среди экстрагенитальной патологии как фактора риска чаще всего преэклампсия развивается на фоне болезни мочевыделительной системы 36,6%, эндокринные заболевания - у 5 женщин с преэклампсией (8,3%) и инфекционные заболевания - у 12 (20%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С учетом факторов развития преэклампсии следует выявить беременных группы высокого риска по возникновению данной патологии. К беременным с высоким риском развития преэклампсии следует относить беременных с заболеваниями мочевыделительной системы.
2. Учитывая перечисленные факторы риска необходимо формировать группы риска по данным осложнениям и проводить своевременную профилактику.
3. Соблюдение лечебно-охранительного режима в течении всей беременности. Диета, калорийностью 3500 ккал должна содержать достаточное количество белка (до 110 г/сутки — 120 г/сутки), жиров 75-80 г, углеводов 350-400 г, витаминов, минеральных веществ. Применяются продукты умеренно подсоленные с исключением острых, жирных блюд, вызывающих чувство жажды. Беременным с экстрагенитальной патологией необходима диета с учетом стола, рекомендуемого для каждой патологии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство и перинатология. Методологические разработки для студентов. / под рук. профессора В.Е. Радзинского. Кафедра акушерства и гинекологии. Утверждено уч.сов. РУДН., Москва — 1999г.
2. Акушерство: учебник / Б.М. Венцовский, И.Б. Венцовская, Л.Б. Гутман и др.; под ред. проф. Б.М. Венцовского, проф. Г.К. Степанковской, проф. Н.Е. Яроцкого. — К.: ВСИ «Медицина», 2010. — 448 с.
3. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирыщенко А.П. Акушерство. — М.: Медицина, 1986. — 496 с.
4. Герасимович Г.И. Акушерство: Учеб. Пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. мед. образования. / Г.И. Герасимович. — Мн.: Беларусь, 2004. — 815 с.: ил.
5. Грошев С. Гестозы. [Интернет портал]. URL: [<http://medinfa.ru/article/4/117709/>] (дата обращения 24.01.2014).
6. Дуда, В. И. Акушерство: учеб. / В. И. Дуда. — Минск: РИПО, 2013. — 576 с.
7. Кира Е. Ф., Корхов В. В., Скворцов В. Г., Цвелев Ю. В. Практический ++справочник акушера-гинеколога.— СПб.: «Стройлеспечать», 1995,— 38+4 с.
8. Макаров О.В., Ткачева О.Н., Волкова Е.В. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия, Клинические аспекты. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
9. Сухих Г.Т., Ткачева О.Н., (п/ред) Диагностика и лечение артериальной гипертонии у беременных. М.: Миклош; 2011.
10. Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Бухонкина Ю.М. Клиническая эффективность антигипертензивной терапии пролонгированным нифедипином и бисопрололом беременных с артериальной гипертонией. Кардиология. 2008; 48(4):29-33

11. Рунихина Н.К. Ткачева О.Н., Ходжаева.
12. Сидоренко, В. Н. Патология печени у беременных: учебно-методическое пособие. – В. Н. Сидоренко, В. В. Шостак, Яговдик-Тележная Е. Н. – Мн. : БГМУ, 2011. – 108 с.
13. Сидорова, И. С. Преэклампсия или гестоз: возможен ли компромисс? / И. С. Сидорова, Н. А. Никитина // StatusPraesens. - № 2 (13). – 2013. – С. 17-24.
14. Эклампсия в современном акушерстве / Г. М. Савельева [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. - №6. - С. 4-9. 9. ACOG Practice Bulletin No. 125: Chronic hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet Gynecol. – 2012. – Vol. 119 (2 Pt 1). – P. 396-407. doi: 10.1097/AOG.0b013e318249ff06.
15. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. - Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2011. - 38 p