

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

Аннотация: целью работы является изучение акушерской тактики при оказании медицинской помощи при преэклампсии во время беременности и родов. В работе приведены данные полученные в ходе изучения историй родов, а также проанализированы статистические данные на базе ГБУ РС(Я) «ЯРМИАЦ» и ГБУ РС(Я) «ЯРКБ» Перинatalный центр. Исходя из статистических данных, показатель осложнений беременности с диагнозом преэклампсия, за период 2022-2024 г., имеет тенденцию к росту. Если в 2022г. насчитывалось 409 случаев с умеренной степенью, то в 2024г. – 512, увеличилось на 103 случая (на 25%), а с тяжелой степенью – увеличилось на 18 случаев (34%).

Ключевые слова: акушерская тактика, преэклампсия, родовое отделение, история родов, артериальное давление. протеинурия.

ВВЕДЕНИЕ

Преэклампсия (ПЭ) – осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического артериального давления ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления ≥ 90 мм рт. ст. независимо от уровня артериального давления в анамнезе в сочетании с протеинурией или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности. [1]

Актуальность: По данным МЗ Российской Федерации за последнее время число беременных с преэклампсией возросло до 30%. В причинах материнской смертности гипертензивные расстройства занимают начальные позиции (3-4-е место). По данным ВОЗ преэклампсия в России в 2– 3 раза выше, чем в странах Европы и Северной Америки, и достигает 18–25%. [2]

Повышается доля заболеваний коронарных сосудов и явлений артериальной гипертензии у женщины, которая хотя бы раз перенесла преэклампсию. Данные причины обуславливают необходимость углубленного изучения данного патологического состояния для предотвращения необратимых неблагоприятных исходов.

Цель: Изучение акушерской тактики при оказании медицинской помощи при преэклампсии

Задачи:

- 1) Изучить теоретические аспекты по преэклампсии;
- 2) Проанализировать статистические данные по преэклампсии на примере ГБУ РС (Я) ЯРКБ ПЦ за 2020-2022 г
- 3) Определить акушерскую тактику при оказании медицинской помощи при преэклампсии.

Объект: развитие преэклампсии у беременных.

Предмет: Акушерская тактика при преэклампсии.

Методы исследования: при написании научно-практической работы использовались теоретический, эмпирический, практический методы исследования.

Гипотеза: Правильная тактика акушерки, ее знания и умения при оказании медицинской помощи при преэклампсии, способствуют снижению возникновения осложнений.

Основное содержание

Этиология, патогенез и клинические проявления преэклампсии

Преэклампсия встречается у 3-7% беременных женщин. Она развивается после 20 недель гестации, до 25% случаев развивается в послеродовом периоде, как правило, в течение 4х дней, но и иногда и до 6 недель после родов.

Преэклампсия может прогрессировать в эклампсию, которая развивается у 1/200 больных с преэклампсией и приводит к фатальному исходу.

Патогенез может включать: недоразвитие спиральных артериол плаценты (что снижает маточно-плацентарный кровоток беременности), генетические аномалии, иммунные нарушения и ишемию или инфаркт плаценты. Липидная пероксидация клеточных мембран, индуцированная свободными радикалами, также может способствовать развитию преэклампсии.[2]

Факторами, повышающими риск развития преэклампсии являются

1. Генетическая предрасположенность (наличие преэклампсии у матери и сестер);
2. Особенности течения беременности (преэклампсия в предыдущую беременность, первая беременность, многоплодная беременность, многоводие, пороки развития плода);
3. Социально-демографические факторы (поздний репродуктивный возраст – старше 35 лет, уровень социально-экономического статуса, профессиональные вредности);
4. Экстрагенитальная патология матери (артериальная гипертензия вне беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы, нефропатия, сахарный диабет и т.д.);
5. Иммунологическая некомпетентность
6. Вспомогательные репродуктивные технологии

Преэкламсию классифицируют:

- I. По степени повышения артериального давления:
 - Умеренная артериальная гипертензия (sistолическое артериальное давление 140-159 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление 90-109 мм.рт.ст., сочетается с

протеинурией выше 0,3 г в сутки или $\geq 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.)

— Тяжелая артериальная гипертензия (sistолическое артериальное давление больше 160 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление больше 110 мм.рт.ст., сочетается с протеинурией выше 5 г в сутки или ≥ 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.)[1]

II. По времени возникновения преэклампсии:

- Ранняя преэклампсия (дебют заболевания до 34-х недель беременности)
- Поздняя преэклампсия (дебют заболевания после 34-х недель беременности)

III. По степени тяжести преэклампсии (в зависимости от уровня артериального давления и степени протеинурии):

- Умеренная
- Тяжелая[1]

Преэклампсия может протекать бессимптомно или вызвать отеки или внезапное чрезмерное увеличение веса (2,27 кг в неделю). Локальный отек, например лица или рук, более характерен, чем генерализованный отек.

(таблица 1)

При осложнении возникают: судороги, спутанность сознания, сильная головная боль, нарушения зрения, одышка (отек легких, острый респираторный дистресс-синдром или сердечная дисфункция), боль в эпигастрии (ишемия печени), тошнота/рвота, ретроплацентарная, субхориональная или предплацентарная гематома, кровоизлияние в мозг (нарушение функций центральной нервной системы).

Лабораторная диагностика включает:

1. Исследование уровня белка и креатинина в моче (суточная оценка или использование тест-полосок)
2. Почасовой контроль мочеиспускания
3. ОАК (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, наличие фрагментов эритроцитов)
4. Группа крови и Rh-фактор
5. Коагулограмма (фибриноген, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, ПДФ – показатели, отражающие белково-синтетическую функцию печени)
6. Биохимия крови (общий белок, мочевина, креатинин, мочевая кислота, общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ – маркеры цитолиза, глюкоза, К, Na, Cl – электролиты)

Лабораторные методы исследования должны выполняться каждые 6-12 часов!

Лечение таблица 2

Больная с преэкламсией обязательно госпитализируется в стационар. Лечение должно быть начато немедленно, на месте (в приемном покое, дома в случае вызова бригады скорой помощи, в отделении).

Родоразрешение, сроки, время, методы

1. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода глюкокортикоидами с 24 по 33 неделю гестации по схемам:

- Две дозы бетаметазона по 12 мг 1 раз в сутки в/м;
- Четыре дозы дексаметазона по 6 мг 2 раза в сутки в течение 48 часов в/м;
- Три дозы дексаметазона по 8 мг каждые 8 часов в/м.

2. Выжидательная тактика под строгим динамическим наблюдением при возникновении преэклампсии в сроке с 24 по 33 неделю беременности;

3. Экстренное родоразрешение показано при сочетании преэклампсии с кровотечением из родовых путей;

4. Родоразрешение в 37 недель в сочетании с преиндукцией и индукцией родов, если установлен диагноз гестационной артериальной гипертензии или умеренной преэклампсии, а также при плохо контролируемой хронической артериальной гипертензии;

5. Плановое родоразрешение в 38-39 недель при хорошо контролируемой неосложненной хронической артериальной гипертензии;

При тяжелой преэклампсии:

- В 22-24 недели беременности – прекращение беременности; при отсутствии жизнеугрожающей ситуации – влагалищное родоразрешение;
- В 25-33 недели – пролонгирование беременности под строгим динамическим наблюдением, кесарево сечение по показаниям;
- Более 34 недель – преиндукция и индукция родов, влагалищное родоразрешение при головном предлежании плода и отсутствии противопоказаний.

Профилактика осложнений

На этапе предгравидарной подготовки или при 1-м визите беременной пациентки рекомендовано выделять группу риска преэклампсии. На сегодняшний день наиболее эффективной признана профилактика низкими дозами ацетилсалicyловой кислоты в группах умеренного и высокого риска преэклампсии в сроках 12–36 недель беременности по 150 мг в день.

Также нужно направлять беременную пациентку группы высокого риска преэклампсии на ультразвуковую допплерографию маточно-плацентарного кровотока во время второго УЗИ (при сроке беременности 19–20,6 недель), и в III триместре беременности (при сроке беременности 30–34 недели).

Беременной пациентке стоит порекомендовать:

1. Проводить ежедневный самостоятельный мониторинг артериального давления на протяжении всей беременности.
2. Отказ от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость.
3. Аэробные упражнения 3-4 раза в неделю по 45-90 минут, что связано с меньшей прибавкой веса и снижением риска развития артериального давления.[3]

Анализ статистических данных по преэклампсии на примере ГБУ РС (Я) ЯРКБ

Перинатальный центр за 2022-2024 г

Исследовательская часть проводилась на базе ГБУ РС (Я) ЯРКБ ПЦ.

При выполнении практической части работы использовался статистический метод исследования. Для ретроспективного анализа использованы 60 историй родов женщин с преэклампсией за период 2022-2024 г., и статистические данные ГБУ РС (Я) ЯРКБ ПЦ.

Сравнивая последние 3 года, можно отметить, что количество родов с 2022г по 2024г снизилось на 747 (12,2%) родов. (Рис.1)

Исходя из полученных данных можно увидеть, что с каждым годом количество родов с преэклампсией возрастает. Если в 2022г. насчитывалось 409 случаев с умеренной степенью, то в 2024г. – 512, то есть произошло возрастание на 103 случая (на 25%), а с тяжелой степенью преэклампсии – увеличилось на 18 случаев (34%). (Рис.2)

Преэклампсия в основном встречается у женщин в возрастной группе с 20 до 30 и старше 30 лет. Это связано с тем, что большое количество родов приходится на данные возрастные группы. (Рис.3)

Проанализировав данные историй родов, можно отметить, что преэклампсия у беременных возникает примерно в равных процентах, не смотря на различия в местах проживания. Районные – 48%, городские – 52%. (Рис.4)

Женщины с преэклампсией наиболее подвержены к риску отслойки плаценты (43%) и эклампсии (9%), со стороны плода - асфиксии новорожденного (26%) и внутриутробной задержки развития плода (22%).(Рис.8)

Первородящие и женщины, у которых 3 и более родов – больше подвержены к возникновению преэклампсии. 42% из 60 женщин с преэклампсией, были первородящими, у 35% - 3 и более родов, и у 23% - вторые роды по анамнезу.

На диаграмме можно отметить, что в общем количестве родов преобладают оперативные роды. Они составляют 61,6% от 60 родов с преэклампсиями. (Рис.6)

Родоразрешение от 37 недель у женщин с преэкламсией с 2022 по 2024 год увеличилось на 40%, а родоразрешение от 30 до 37 недели – значительно уменьшилось на 87,5% в 2022 году.(Рис. 7)

Из 21 недоношенных детей в основном рождаются дети в сроке от 35 до 36,6 недель, которые составляют 38%. Причиной родоразрешения в данном сроке могут влиять преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и прогрессирующая гипоксия плода. На втором месте – рождаются дети в сроке менее 28 недель, которые составляют 29%. В основном это случается из-за преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при тяжелой степени преэклампсии.

У 27% процентов женщин имеется гипертоническая болезнь, у 17% женщин – хронический пиелонефрит, у 15% - гестационный сахарный диабет, у 15% - ожирение I-II степени, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез встречается у 13%, и инфекционные заболевания у 3%. Остальные 10% женщин не имеют сопутствующих заболеваний. (Рис.9)

Акушерская тактика при оказании медицинской помощи при преэклампсии.

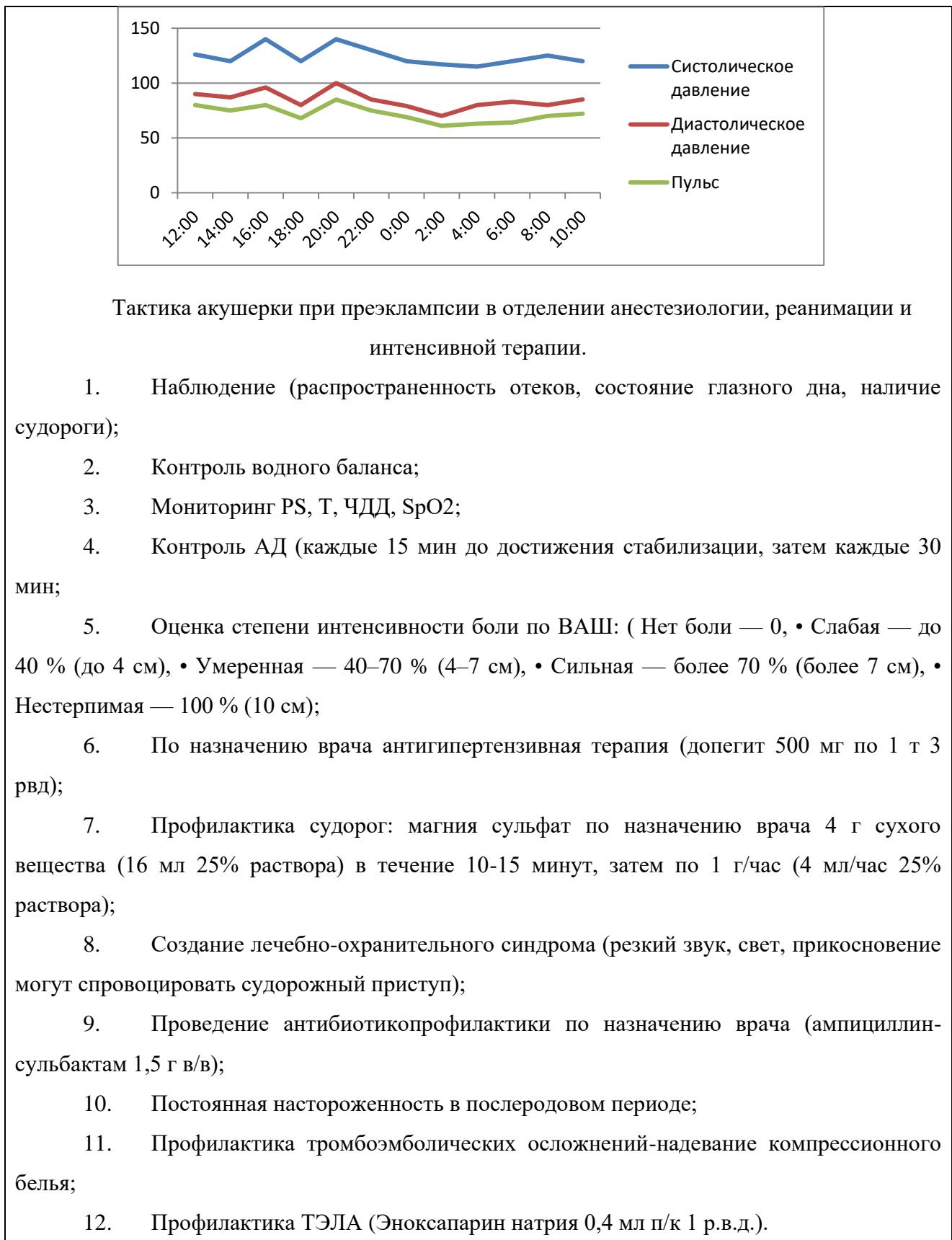
Тактика акушерки при преэклампсии в приемном отделении

1. Оценить степень тяжести ПЭ по следующим показателям: АД, уровень сознания, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода;
2. Сбор акушерско-гинекологического анамнеза;
3. Проведение акушерского обследования
4. Сбор анализов ОАМ, БХА крови, ОАК, коагулограмма, группа крови, резус фактор;
5. Контроль КТГ и УЗИ плода;
6. Транспортировка лежа на каталке в ОПБ.

Тактика акушерки при преэклампсии в отделении патологии беременных

1. Оценка состояния тяжести ПЭ;
2. Наблюдение (распространенность отеков, состояние глазного дна, наличие судороги);
3. Контроль водного баланса;
4. Мониторинг PS, T, ЧДД, SpO2;
5. Мониторинг состояния плода (КТГ, аускультация);

<p>6. Контроль АД (каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин);</p> <p>7. По назначению врача антигипертензивная терапия (допегит 500 мг по 1 т 3 рвд);</p> <p>8. Катетеризация периферической вены (обеспечить внутривенный доступ, катетеризация локтевой вены);</p> <p>9. Создание лечебно-охранительного синдрома (резкий звук, свет, прикосновение могут спровоцировать судорожный приступ);</p> <p>10. По назначению врача введение магния сульфата 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора);</p> <p>11. Проведение антибиотикопрофилактики по назначению врача за 30 мин – 1 час до операции (цефазолин 1,0 г в/в);</p> <p>12. Решение вопроса о времени родоразрешения;</p> <p>13. Профилактика тромбоэмбологических осложнений- надевание компрессионного белья.</p> <p>14. Транспортировка лежа на каталке в РО (опер.блок).</p>	<p>Тактика акушерки при преэклампсии в родовом отделении (опер.блок).</p> <p>1. Динамическое наблюдение за состоянием роженицы: контроль артериального давления, пульса, температуры тела, диуреза, выделений;</p> <p>2. Катетеризация периферической вены (обеспечить внутривенный доступ, катетеризация локтевой вены);</p> <p>3. Катетеризация мочевого пузыря;</p> <p>4. Проведение антибиотикопрофилактики по назначению врача (цефазолин 1,0 г в/в);</p> <p>5. Подготовка роженицы к спинномозговой анестезии;</p> <p>6. По назначению врача введение магния сульфата 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора);</p> <p>7. Оформить карту интенсивного наблюдения;</p> <p>8. Ведение оперативных родов;</p> <p>9. Профилактика кровотечения в конце операции (карбитоцин 1,0 в\в);</p> <p>10. Транспортировка лежа на каталке в ОАРИТ;</p>
<p>Суточный мониторинг АД и PS каждый час.</p>	



Тактика акушерки при преэклампсии в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

1. Наблюдение (распространенность отеков, состояние глазного дна, наличие судороги);
2. Контроль водного баланса;
3. Мониторинг PS, Т, ЧДД, SpO₂;
4. Контроль АД (каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин);
5. Оценка степени интенсивности боли по ВАШ: (Нет боли — 0, • Слабая — до 40 % (до 4 см), • Умеренная — 40–70 % (4–7 см), • Сильная — более 70 % (более 7 см), • Нестерпимая — 100 % (10 см);
6. По назначению врача антигипертензивная терапия (допегит 500 мг по 1 т 3 рвд);
7. Профилактика судорог: магния сульфат по назначению врача 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора);
8. Создание лечебно-охранительного синдрома (резкий звук, свет, прикосновение могут спровоцировать судорожный приступ);
9. Проведение антибиотикопрофилактики по назначению врача (ампициллин-сульбактам 1,5 г в/в);
10. Постоянная настороженность в послеродовом периоде;
11. Профилактика тромбоэмбологических осложнений-надевание компрессионного белья;
12. Профилактика ТЭЛА (Эноксапарин натрия 0,4 мл п/к 1 р.в.д.).

ВЫВОДЫ

1. Среди гипертензивных нарушений, вызывающих осложнения при беременности, особо следует выделить такие состояния, как преэклампсия и эклампсия,

которые относятся к числу ключевых факторов материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В ходе изучения теоретических аспектов, мы пришли к выводу, что по данным МЗ Российской Федерации за последнее время число беременных с преэкламсией возросло до 30%. В причинах материнской смертности гипертензивные расстройства занимают начальные позиции (3-4-е место). По данным ВОЗ преэклампсия в России в 2– 3 раза выше, чем в странах Европы и Северной Америки, и достигает 18–25%.

2. Анализ статистических данных показал, что в ГБУ РС (Я) ЯРКБ ПЦ показатель осложнений беременности с диагнозом преэклампсия, за период 2022-2024 г., года увеличилась. Если в 2022г. насчитывалось 409 случаев с умеренной степенью, то в 2024г. – 512, увеличилось на 103 случая (на 25%), а с тяжелой степенью – увеличилось на 18 случаев (34%). Из общего числа исследуемых среди заболеваний осложнивших течение беременности у 27% процентов женщин имеется гипертоническая болезнь, у 17% женщин – хронический пиелонефрит, у 15% - гестационный сахарный диабет, у 15% - ожирение I-II степени, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез встречается у 13%, и инфекционные заболевания у 3%. Остальные 10% женщин не имеют сопутствующих заболеваний.

3. Осуществляя акушерскую тактику оказания медицинской помощи беременным с диагнозом преэклампсия, важно соблюдение лечебно-охранительного режима, медицинская помощь должна быть направлена на предупреждение возникновения осложнений. Важной задачей акушерки в работе с беременными женщинами с диагнозом преэклампсия является проведение постоянного мониторинга витальных показателей со стороны матери: АД, ЧСС, ЧДД, сатурации, температуры тела, а также постоянный мониторинг состояния плода (КТГ плода). Правильная тактика акушерки, ее знания и умения при оказании неотложной помощи при преэклампсии, способствуют снижению возникновения осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации – «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде». – Разработчик клинической рекомендации: ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов» (AAP), ООО «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов» (АААР) 2021 г

2. Учебно-методическое пособие - «Преэклампсия. Ведение беременности и родоразрешение.» - (Авторы: Рухляда Н.Н., Гайдуков С.Н., Прохоро- вич Т.И., Либова Т.А.,

Коновалова М.В., Воробцова И.Н., Титко- ва Е.В., Матевосян И.Э., Томаева К.Г., Васильев В.В.) СПб.: СПбГПМУ, 2020 г

3. Учебно-методическое пособие – «Преэклампсия. Эклампсия. Возможности профилактики, диагностики и лечения» - (Автор: В. А. Михайлукова) – СПб.: Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ России, 2022 г.

4. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)

5. Акушерство: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / М.В.Дзигуа, А.А. Скребушевская. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 352 с.: ил.

Электронные ресурсы:

1. Справочник MSD, Профессиональная версия - «Преэклампсия и эклампсия» – (Авторы: Antonette T. Dulay, MD, Main Line Health System) 2022 г.-Режим доступа:
<https://www.vsdmanuals.com/ru-ru>

Приложения

Таблица 1. Клинические проявления разных степеней тяжести преэклампсии

Показатель	Умеренная ПЭ	Тяжелая ПЭ
Артериальная гипертензия (при мониторинге в течение 4-6 часов)	$\geq 140/90$ мм рт. ст., но $\leq 160/110$ мм рт. ст.	САД ≥ 160 мм рт. ст. или ДАД ≥ 110 мм рт. ст.
Протеинурия	$> 0,3$ г/сутки или $> 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, но	> 5 г/сутки или > 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.
Неврологические (церебральные) симптомы: головная боль, нарушение зрения, отек зрительного нерва и др.	-	+/-
Диспептические расстройства: тошнота, рвота	-	+/-
Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте	-	+/-

Олигурия 500 мл в сутки (30 мл/ч)	-	+/-
Задержка роста плода	-	+/-
Антенатальная гибель плода	-	+/-
Отек легких/ цианоз	-	+/-
Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся)	-	+/-
Повышение АЛТ, АСТ в крови ≥ 40 МЕ/л	-	+/-
Тромбоцитопения 50 000/мкл	-	+/-
Гемолиз в периферической крови	-	+/-
Повышение уровня креатинина в крови ≥ 90 мкмоль/л	-	+/-
HELLP-синдром	-	+/-

Таблица 2. Медикаментозная терапия

Антигипертензивная терапия	У беременных с исходно низким АД, возможно назначить антигипертензивную терапию при АД $\geq 130/85$ мм. рт. ст. при АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. в любом сроке беременности.	При проведении антигипертензивной терапии безопасным для матери и плода уровень САД 130-150 мм рт. ст., ДАД - 80-95 мм рт. ст.
Тяжелая гипертензия	При тяжелой гипертензии (САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 110 мм рт.ст.) Метилдопа или нифедипин .	Метилдопа в качестве препарата выбора для длительного лечения АГ во время беременности.
Хронической артериальной гипертензии	При ХАГ и показателях САД ≥ 160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 110 мм рт. ст. назначается двух-трехкомпонентная антигипертензивная терапия	



Рисунок 1. Общее количество родов в ГБУ РС (Я) ЯРКБ ПЦ.

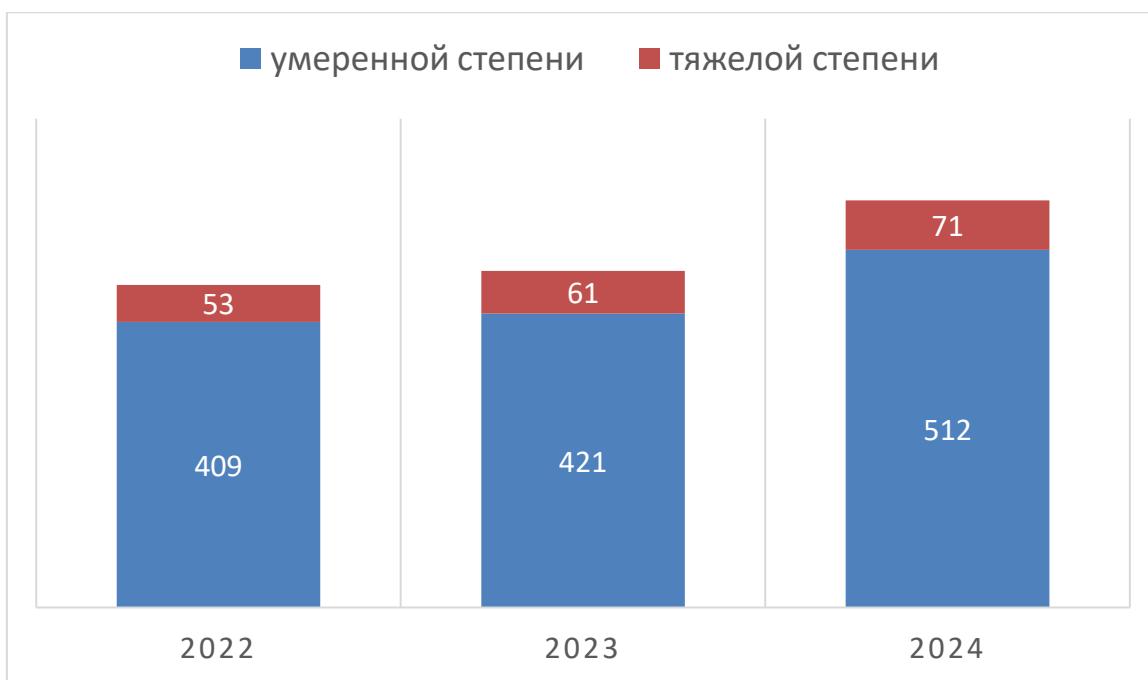


Рисунок 2. Распределение по степени тяжести преэклампсии

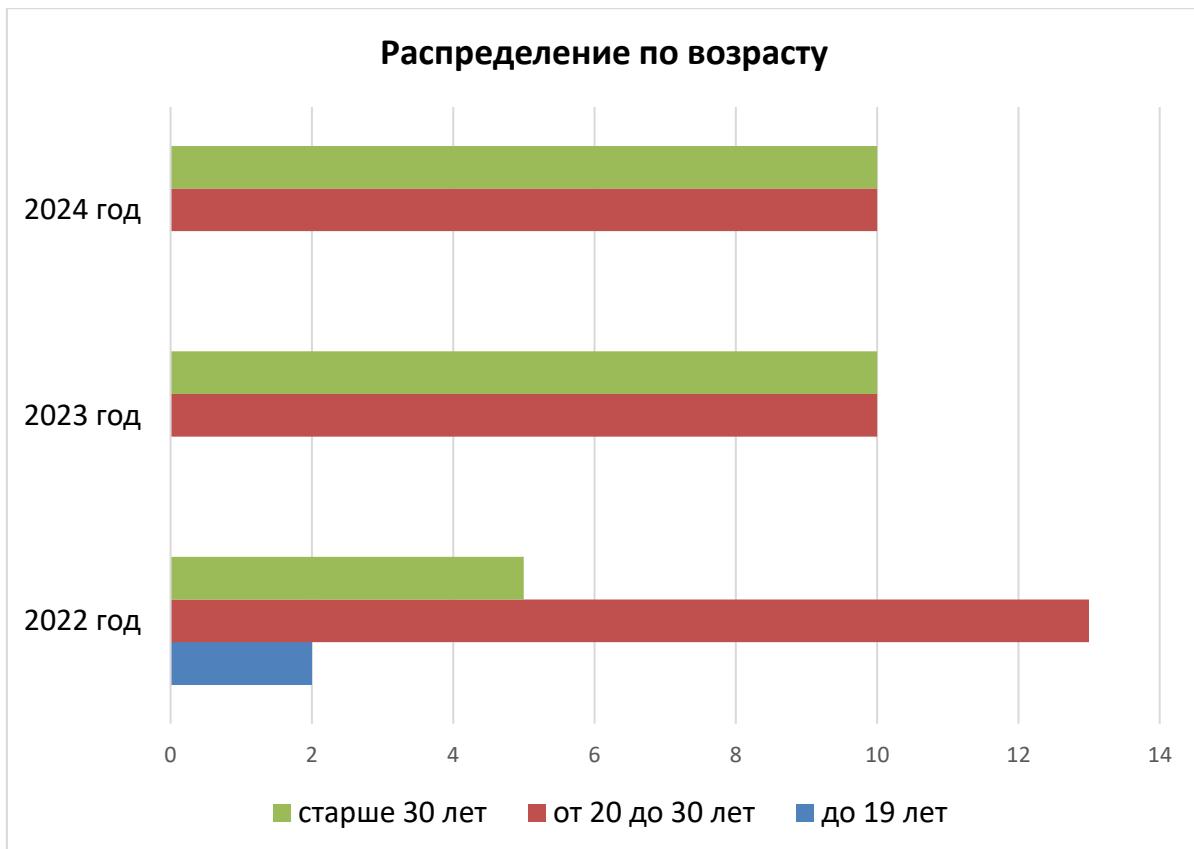


Рисунок 3. Распределение по возрасту



Рисунок 4. По месту жительства

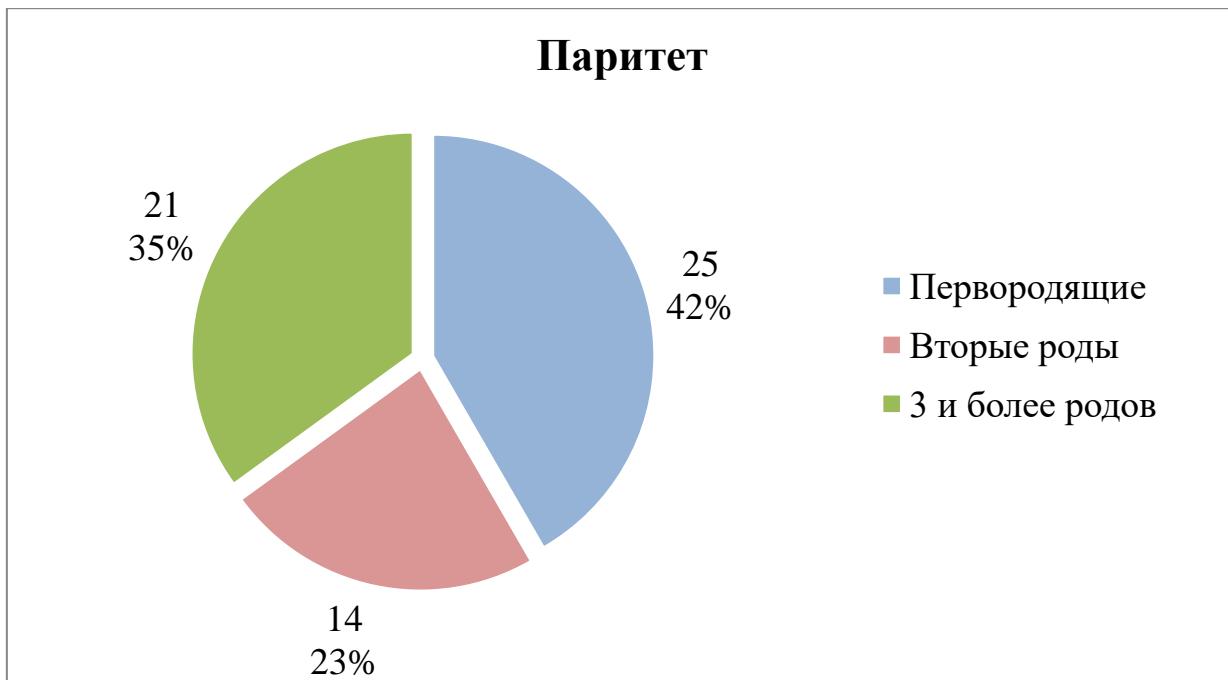


Рисунок 5. По количеству родов

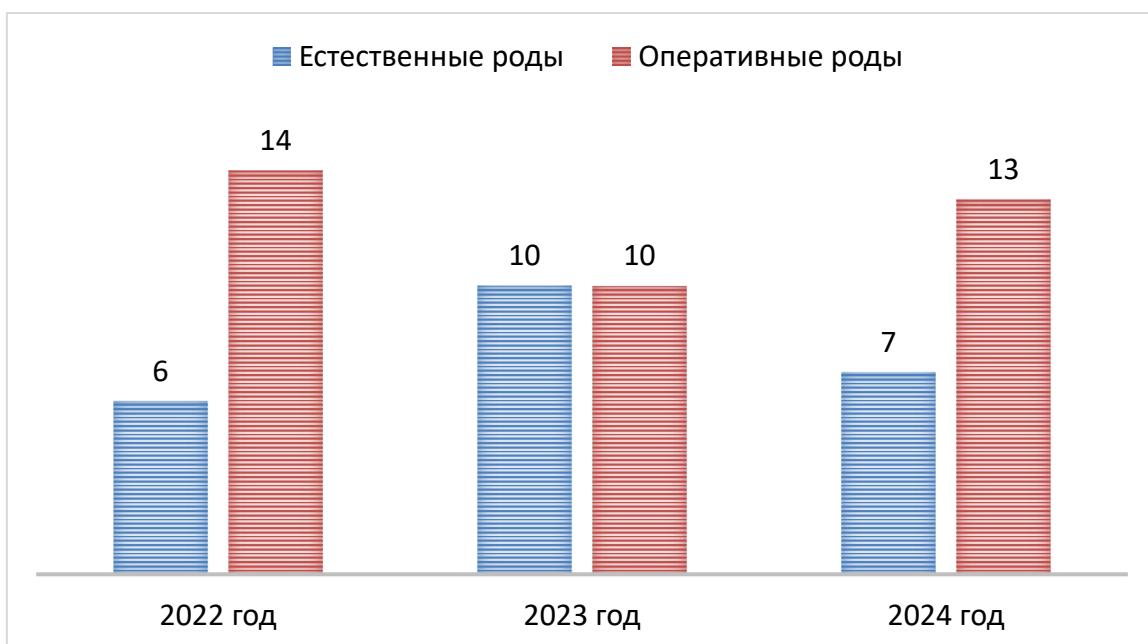


Рисунок 6. Родоразрешение по сроку гестации

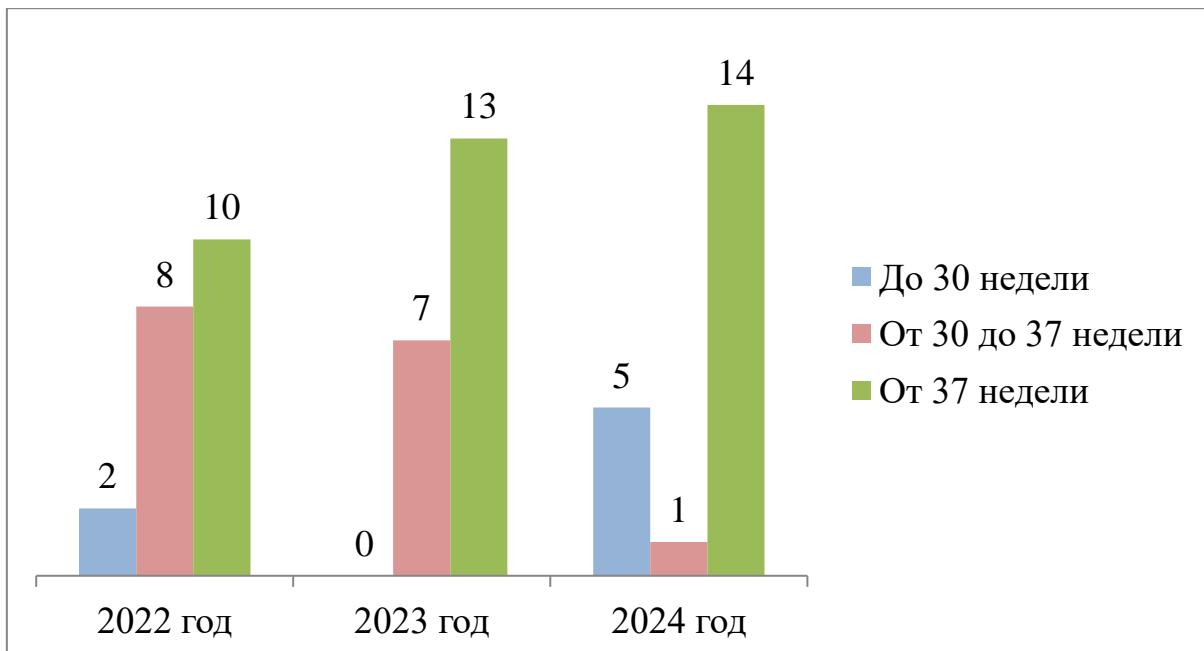


Рисунок 7. По степени недоношенности

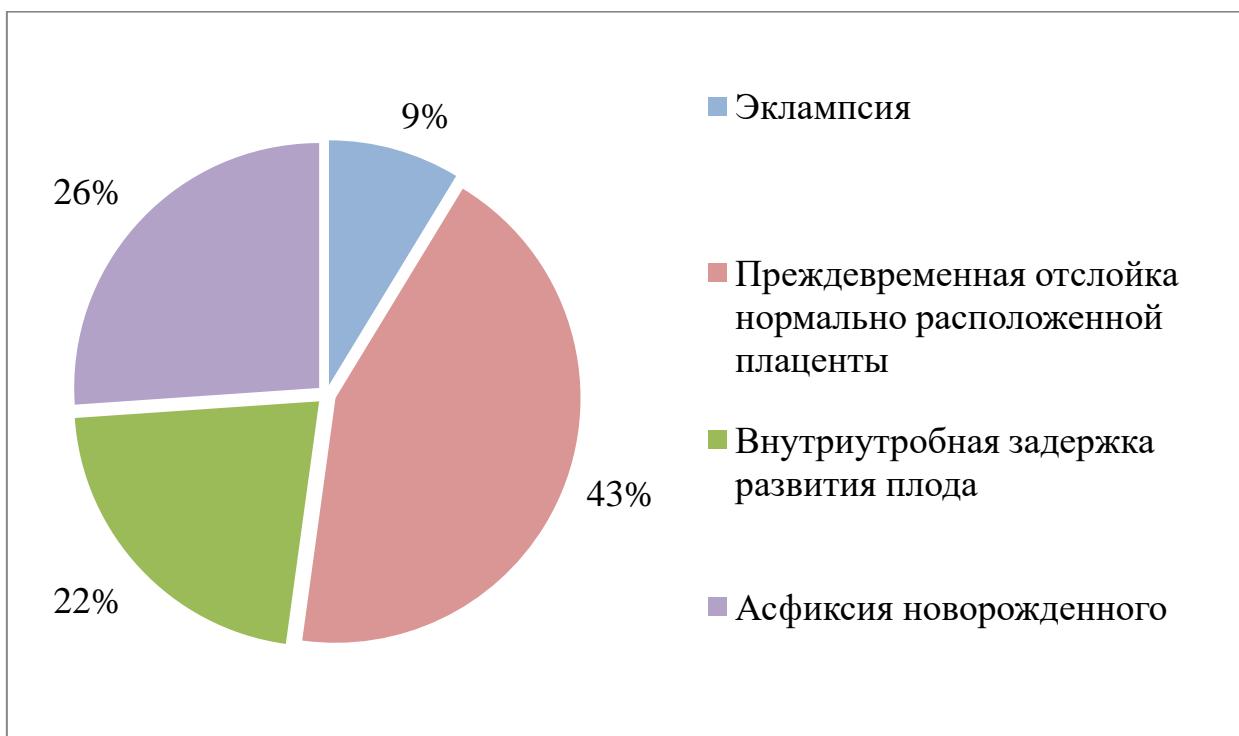


Рисунок 8. Распределение по осложнениям

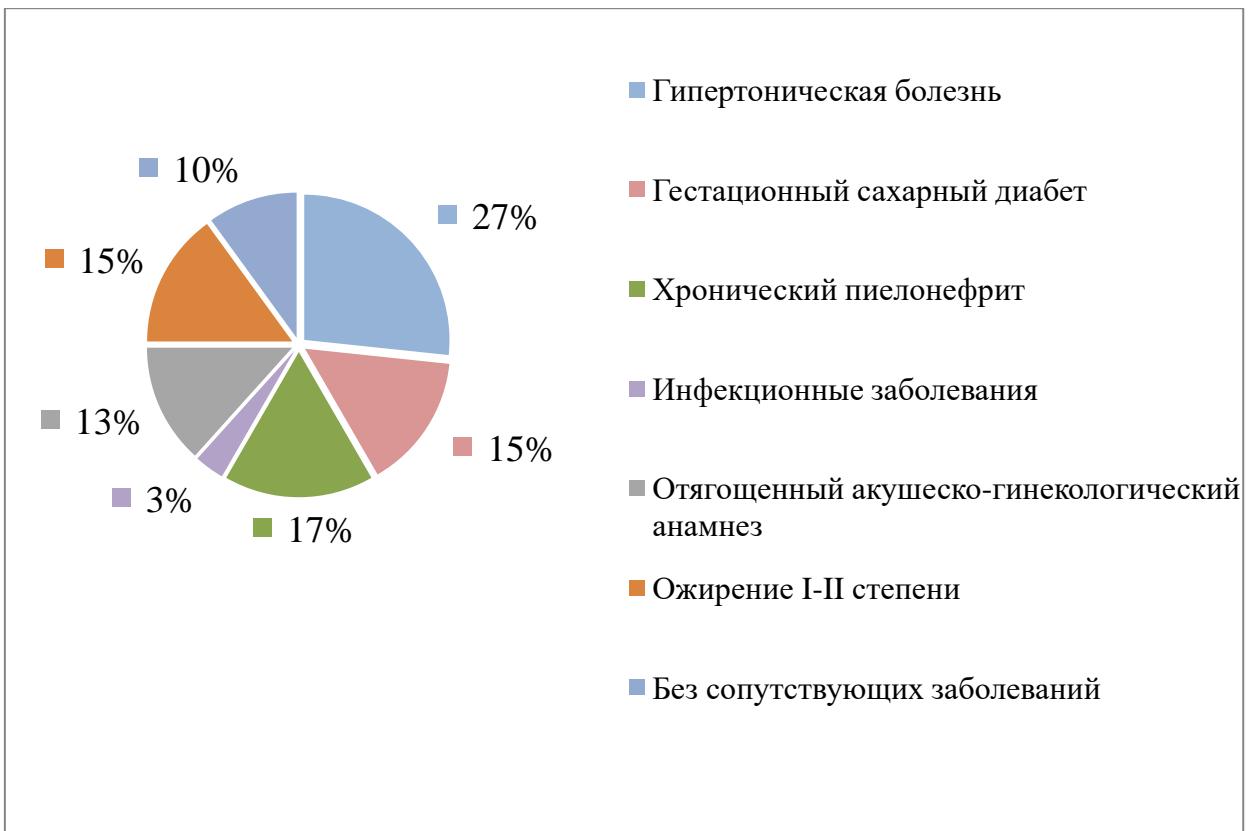


Рисунок 9. Сопутствующие заболевания, осложнившие течение беременности