



**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.**

**Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у  
мужчин и женщин  
Специальность 34.02.01 Сестринское дело**

Практическое занятие № 7

**Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и  
экстрагенитальной патологией**

**Цели занятия:**

**Учебная:** обобщить и систематизировать знания обучающихся о сестринской помощи и сестринском процессе при патологии беременности, сестринском уходе за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией.

**Развивающая:** способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

**Воспитательная:** способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

**Обучающийся должен знать:**

- определения токсикоза и гестоза;
- клинические проявления, принципы лечения ранних токсикозов;
- особенности сестринского ухода за беременной с патологией беременности.

**Обучающийся должен уметь:**

- осуществлять уход за беременной с ранними токсикозами и гестозом;
- осуществлять уход за беременной с экстрагенитальной патологией.

**А. Наглядные пособия** презентация "Патология беременности".

**Б. Раздаточный материал** методическая разработка для студентов, учебник, задачи.

**В. Технические средства обучения** презентация, компьютер, проектор.

**Г. Учебные места** кабинет 5

**Д. Литература основная:**

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

**дополнительная:**

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

**Интернет-ресурсы:**

<http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

## План занятия

1.	<b>Организационный момент, мотивация: 10 мин.</b>
2.	<b>Этап актуализации опорных знаний: 40 минут</b> Письменно: Рвота беременных (степени тяжести, клинические проявления, принципы лечения) Устно: Патогенез гестоза. Клинические проявления эклампсии. Принципы оказания помощи.
3	<b>Подведение итогов 5 мин</b>
4	<b>Демонстрационная часть: 65 минут</b> Преподаватель демонстрирует с помощью презентации основные виды патологии беременности и наиболее часто встречающуюся экстрагенитальную патологию у беременных. Демонстрирует взятие мазков на бактериологическое исследование.
5	<b>Самостоятельная работа студентов - 110 мин.</b> <b>Самостоятельная работа</b> В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь. Задание № 1. Записать Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.), сестринскую помощь при ранних токсикозах и поздних гестозах (в т.ч. неотложную доврачебную помощь при преэклампсии, эклампсии) Задание № 2. Записать стадии самопроизвольного аборта и неотложную помощь при них. Задание № 3. Краткий конспект «Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты». Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрении на внутреннее кровотечение: Задание 4. Записать алгоритмы манипуляций: взятие мазков на гонорею и трихомониаз. Выступление обучающегося с презентацией по изученной теме.
6	<b>Итоговый контроль: 40 минут</b> Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.
7	<b>Подведение итогов занятия: 10 минут</b> <b>Подведение итогов занятия</b> - анализ достижений и неудач; - выставление оценок за работу на занятие; - проверка тестов; - проверка дневников практики. <b>Инструктаж домашнего задания</b> Следующая тема "Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве" Подготовка к практическому занятию, подготовка памяток для беременной с патологией почек, сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологией (на выбор), конспект лекции.

## Содержание учебной информации Патология беременности

Изучить информацию в методичках. При хорошем уровне знаний перейти к выполнению заданий.

### 1. Токсикозы

Токсикозы и гестоз - патологические состояния беременности, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде.

Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ее ранние сроки, чаще в первые 3 мес, тогда их называют токсикозами. Если клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместрах, то чаще это гестоз.

К токсикозам, относят: рвоту беременных, слюнотечение и некоторые другие, более редкие виды токсикоза: дермопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатоз, остеомалация беременных и др.

Большинство форм токсикозов сопровождаются диспепсическими расстройствами и нарушениям всех видов обмена, гестоз - изменениями сосудистой системы и кровотока.

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

Этиология. Главным этиологическим фактором, способствующим развитию токсикоза, является наличие плодного яйца.

Клинические проявления:

**I степень, или легкая форма рвоты.** В связи с тем, что субъективные изменения выражены более объективных, - *невротическая, или аллергическая стадия*. Общее состояние остается удовлетворительным. Тошнота в течение дня возникает очень часто. Рвота от 2 до 5 раз. Сильно выражены вкусовые и обонятельные изменения, непереносимость запахов, в том числе приготовляемой пищи. Аппетит и сон обычно не нарушены. Потеря массы тела не превышает 1-3 кг за неделю. Может наблюдаться незначительное учащение пульса - не более 90 уд/мин и снижение АД до 110/60, 100/60 мм рт. ст. Температура и анализы в пределах нормы.

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

**III степень, или тяжелая форма рвоты,** которая также называется **неукротимой рвотой** - *стадия дистрофическая*. Постоянная мучительная тошнота и рвота (вернее, постоянные позывы, так как желудок пустой), боли в эпигастральной области. Аппетита нет, пища и жидкость абсолютно не удерживаются, сон нарушен. Может быть апатия, нарушение сознания, мышечные боли, ломота. Состояние женщины средней тяжести и иногда тяжелое; выраженное обезвоживание, сухость кожи, нарушение тургора тканей. На коже могут быть петехии, кровоизлияния в конъюнктиве вследствие постоянного напряжения и нарушений свертывания. Язык обложен, запах ацетона изо рта и от кожи. Температура повышена. Пульс учащается до 120 уд/мин и более, могут быть нарушения сердечного ритма. Выраженная гипотония (80/40 мм рт. ст.). В анализе мочи кетонурия (ацетон до ++++), в тяжелых случаях альбуминурия и уменьшение диуреза до полной анурии. В анализе крови увеличивается

содержание билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина, нарушение белкового и водно-солевого обмена.

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

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

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

Часто на фоне тяжелого токсикоза возникает прерывание беременности.

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

Дифференцировать рвоту беременных нужно со следующими заболеваниями: пищевые отравления, инфекционные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, сотрясение головного мозга. Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным. Назначают препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс, инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания, препараты, нормализующие метаболизм. В начале лечения, при небольшом сроке беременности, для исключения отрицательного влияния лекарств на плодное яйцо целесообразно назначать немедикаментозные средства. Для восстановления функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия. Немедикаментозные методы лечения достаточны при легкой форме рвоты беременных, а при средней и тяжелой они позволяют уменьшить дозы лекарственных препаратов.

**Задание 1. Записать Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.); сестринскую помощь при ранних токсикозах и поздних гестозах в т.ч. (обязательно неотложную доврачебную помощь при эклампсии)**

В отсутствие врача необходимо заподозрить патологию, определить тяжесть состояния, оказать доврачебную помощь, обеспечить госпитализацию.

**Лечение** больных с легкой формой рвоты можно проводить амбулаторно, среднетяжелой и тяжелой рвоты - в стационаре. Большое значение имеет диета. В связи со снижением аппетита рекомендуют разнообразную пищу в соответствии с желанием женщины. Пища должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Ее дают в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2-3 ч. Больная должна есть лежа в кровати. Назначают щелочную минеральную воду в небольших количествах 5-6 раз в день. Для нормализации функции ЦНС немаловажное значение имеют лечебно-охранительный режим и устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную целесообразно поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлексорную рвоту.

При отсутствии эффекта используют по назначению врача средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: м-холинолитики (атропин), антигистаминные препараты (тавегил), блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики - галоперидол, дроперидол, производные фенотиазина - торекан), а также прямые антагонисты дофамина (релан, церукал).

Инфузионная терапия при рвоте включает использование в основном кристаллоидов для регидратации и средств для парентерального питания. Из кристаллоидов применяют раствор Рингера-Локка, трисоль, хлосоль. Назначают 5% глюкозу в/в капельно.

При снижении общего объема белка крови до 5,0-5,5 г/л показан 5-10% альбумин до 200 мл.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1-3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и повышение тургора кожи, нормализация гематокрита, увеличение диуреза.

На фоне инфузионной терапии назначают препараты, нормализующие метаболизм, преимущественно рибофлавин-мононуклеотид (1 мл 1% раствора внутримышечно); витамин С (до 5 мл 5% раствора внутримышечно), спленин 2 мл (внутримышечно).

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение легкой и среднетяжелой рвоты беременных почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных при неэффективности комплексной терапии в течение 3 сут является показанием к прерыванию беременности.

**Слюнотечение.** Слюнотечение (*ptyalism*) заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости - до 1 л/сут. Оно может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. В развитии слюнотечения имеют значение не только изменения в ЦНС, но и местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки. Эстрогены оказывают активирующее воздействие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны. При выраженном слюнотечении понижается аппетит, ухудшается самочувствие, возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, больная худеет, нарушается сон; вследствие значительной потери жидкости появляются признаки обезвоживания.

Лечение. При слюнотечении проводят в основном то же лечение, что и при рвоте (психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии растворов и др.). Рекомендуется лечение в стационаре. Назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизм, при обезвоживании - инфузионные препараты. Одновременно рекомендуют полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола. При сильном слюнотечении можно применять атропин подкожно по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином. Слюнотечение обычно поддается лечению. После его устранения беременность развивается нормально.

## 2. Гестозы

Гестоз является осложнением беременности. Основа гестоза - это генерализованный спазм периферийных сосудов, повышение артериального давления, повышенная проницаемость капилляров, задержка жидкости в тканях, гиповолемия вследствие уменьшения кровотока в магистральных сосудах, повышенная вязкость крови, нарушение микроциркуляции и как следствие этих изменений - нарушение обмена. Нарушение кровообращения и функций всех жизненно важных органов, в первую очередь в почках, приводит к еще худшим изменениям. Потеря белка приводит к уменьшению онкотического давления, в связи с этим жидкость переходит из магистральных сосудов на периферию и в ткани.

**Классификация.** Ни одна из ныне существующих классификаций не может считаться совершенной и вызывает множество дискуссий, так же как и теории возникновения гестоза.

В основе каждой классификации заложена триада основных симптомов гестоза: повышение АД, отеки и появление белка в моче. Эта триада получила название **триады Цангемейстера**. Она положена и в основу международной классификации: EPH-gestosis. Аббревиатура EPH расшифровывается следующим образом: E - edema, или отеки; P - proteinuria - протеинурия, или альбуминурия, т. е. белок в моче; H - hypertensio - гипертензия, или повышение давления.

Многие авторы выделяют доклиническую стадию, которую называют **прегестоз**.

В настоящее время Российская ассоциация акушеров-гинекологов предлагает использовать термин "гестоз", следующую классификацию.

Классификация гестоза представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Классификация гестоза Российской ассоциации акушеров-гинекологов

МКБ-10	Классификация Российской ассоциации акушеров-гинекологов
O11 Существовавшая ранее АГ с присоединившейся протеинурией	Сочетанный гестоз*
O12.0, O12.1, O12.2 Вызванные беременностью отёки с протеинурией	Отёки Протеинурия беременных Гестоз*
O13 Вызванная беременностью АГ без значительной протеинурии. Лёгкая преэклампсия (нефропатия лёгкой степени)	Гестоз лёгкой степени*
O14 Вызванная беременностью АГ со значительной протеинурией	Гестоз*
O14.0 Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести	Гестоз средней степени тяжести*
O14.1 Тяжёлая преэклампсия	Гестоз тяжёлой степени*
O14.9 Преэклампсия (нефропатия) неуточнённая	Преэклампсия
O15 Эклампсия	Эклампсия
O15.0 Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности
O15.1 Эклампсия в родах	Эклампсия в родах
O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде
O15.3 Эклампсия, не уточнённая по срокам	Эклампсия, неуточнённая по срокам
O16 АГ у матери неуточнённая	АГ у матери неуточнённая
O16.1 Преходящая АГ во время беременности	Преходящая АГ во время беременности

Степень тяжести гестоза определяют по шкале (табл. 3).

Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.)

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	Нет	На голенях или патологическая прибавка массы	На голенях, передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия	Нет	0,033–0,132 г/л	0,132–1 г/л	1 г/л и более
Систолическое АД	Ниже 130 мм рт.ст.	130–150 мм рт.ст.	150–170 мм рт.ст.	170 мм рт.ст. и выше
Диастолическое АД	До 85 мм рт.ст	85–95 мм рт.ст.	90–110 мм рт.ст.	110 мм рт.ст. и выше
Срок появления гестоза	Нет	36–40 нед или в родах	35–30 нед	24–30 нед и ранее
ЗРП	Нет	Нет	Отставание на 1–2 нед	Отставание на 3–4 нед и более
Фоновые заболевания	Нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания до и во время беременности

Общее число баллов с учётом всех критериев при лёгкой степени гестоза составляет менее 7, при средней — 8–11, при тяжёлой — 12 и более.

В связи с тем, что симптомов гестоза может быть два и даже один, как раньше, так и теперь употребляют в диагнозе название основных симптомов: гипертензия беременных, альбуминурия и отеки беременных.

**Доклиническая стадия гестоза.** Для своевременной диагностики заболеваний важно выявлять доклиническую стадию гестоза (ранее называемую «прегестоз»), которая проявляется комплексом изменений, обнаруживаемых на основании лабораторных и дополнительных методов исследования. Изменения могут появляться с 13–15 нед беременности.

**Отёки.** Самый ранний симптом гестоза — отёки, чаще всего распространяются снизу вверх.

По распространённости выделяют степени отёков:

- I степень — отёки нижних конечностей;
- II степень — отёки нижних конечностей и живота;
- III степень — отёки нижних конечностей, стенки живота и лица;
- IV степень — анасарка.

Явные отеки определяются при пальпации стоп, передней поверхности голеней, на брюшной стенке остается след от стетоскопа. Часто женщины отмечают, что кольцо перестало надеваться или сниматься, не застегивается молния на сапогах.

Отёки, развивающиеся при снижении диуреза и не исчезающие после ночного сна, никтурия - считают начальными симптомами гестоза.

Для выявления скрытых отеков исследуют прибавку массы тела.

В среднем прибавка массы тела за неделю должна быть около 300-350г, т. е. за всю беременность не более 10-12 кг.

Для выявления скрытых отеков можно провести пробу **Мак-Клюра** (по Розенталу), или "волдырную пробу": внутрикожно вводят 1 мл 0,9% раствора хлорида натрия; у здоровой женщины образовавшийся "волдырь" должен рассосаться через 30-40 мин.

Лечение отеков сначала может проводиться амбулаторно, возможно в условиях дневного стационара. Если лечение не эффективно или отеки очень значительны, более рационально провести лечение в условиях стационара.

Коррекция диеты: увеличение потребления белковой и витаминизированной пищи, исключение или ограничение острого, соленого, копченого, кислого, сладкого, нормализация потребления жидкости. При назначении больничной диеты это соответствует диетам 7 и 10. Недопустимо уменьшение потребляемой жидкости в меньшем объеме, чем это диктуется физиологической потребностью, недопустимо голодание. После коррекции диеты жажда должна уменьшиться. Некоторые авторы рекомендуют применение специальных разгрузочных диет.

АГ — важный клинический признак гестоза, поскольку она отражает тяжесть ангиоспазма. Большое значение имеют исходные данные АД. Об АГ беременных свидетельствует повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. от исходного, а диастолического — на 15 мм рт.ст. и выше. Особое значение имеет нарастание диастолического АД и уменьшение пульсового, равного в норме в среднем 40 мм рт.ст.

При гестозе могут проявиться все три признака или два из них. Может быть моносимптомный гестоз, когда имеется анасарка, выраженная гипертензия или протеинурия. Помимо типичной триады, для гестоза характерны следующие симптомы: снижение диуреза, изменения сосудов глазного дна (ангиопатия), нарушения плацентарно-маточного кровообращения, выявляемые при УЗИ, гипотрофия и гипоксия плода.

Осложнениями гестоза являются:

- развитие судорожного припадка (эклампсии);
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- отслойка сетчатки;
- почечная, или печёночная недостаточность;
- гипоксия, гипотрофия и даже антенатальная гибель плода;



- преждевременные роды;
- кровотечение в раннем послеродовом периоде;
- развитие ДВС-синдрома; тромбоэмболии;
- невынашивание или необходимость досрочного прерывания беременности.

По новой классификации, преэклампсией называют любое проявление гестоза (кроме судорожной стадии), разделяя ее на две или три стадии. У пациентки появляются признаки энцефалопатии, отека головного мозга. Женщина жалуется на головную боль, "мелькание мушек перед глазами" или ухудшение зрения, тошноту, рвоту, боли в эпигастральной области. Иногда отмечается оглушенность, заторможенность, отсутствие адекватной реакции на вопросы или раздражители. Необходимо своевременно заметить судорожную готовность и предотвратить приступ эклампсии. Создают лечебно-охранительный режим (устранение всех видов раздражителей: световых, звуковых и т. д), необходимо также устранить болевые раздражители. Болезненные инъекции, исследования, схватки, транспортировка могут ухудшить состояние.

Критериями тяжести состояния беременных при гестозе и большой вероятности развития эклампсии бывают следующие признаки:

- увеличение систолического АД (160 мм рт.ст. и выше);
- увеличение диастолического АД (110 мм рт.ст. и выше);
- протеинурия (до 5 г в сутки и более);
- олигурия (объём мочи в сутки менее 400 мл);
- мозговые и зрительные нарушения;
- диспепсические явления;
- тромбоцитопения, гипокоагуляция;
- нарушение функций печени.

Наличие хотя бы одного из этих признаков свидетельствует о тяжёлом состоянии беременной и о возможности развития эклампсии.

**Эклампсия** (от греч. *eklampsis* — вспышка, воспламенение, возгорание) — тяжёлая стадия гестоза, характеризующаяся сложным симптомокомплексом.

Различают эклампсию беременных, эклампсию рожениц, эклампсию родильниц. Редкое, но очень тяжелое, даже смертельно опасное осложнение, при котором развивается судорожный припадок. Он протекает в несколько стадий, или фаз, каждая из которых продолжается 20-30 с, при самом тяжелом течении - до 40 с. Общая продолжительность эклампсического приступа 1-2 мин.

1. *Фаза фибриллярных подергиваний.* Происходят быстрые подергивания мимической мускулатуры на лице. Взгляд фиксирован, дыхание сохранено, сознание резко заторможено, возможно падение женщины и ее травматизация. Продолжительность 20-30 секунд.

2. *Фаза тонических судорог.* Сознания нет, туловище напрягается, дыхание прекращается (апноэ), лицо бледное, челюсти сжаты, лицо и шея очень отечны, набухшие яремные вены, может быть прикушен отечный язык, зрачки расширены. Продолжительность 20-30 секунд.

3. *Фаза клонических судорог.* Судорожные подергивания всех мышц, сгибательные движения конечностей, женщина может упасть с кровати во время этих судорог, сознания нет, дыхание может отсутствовать в связи с непроходимостью дыхательных путей (вследствие западения корня языка, попадания рвотных масс), пульс не определяется, может быть хриплое дыхание неправильного ритма, кровавая пена изо рта в связи с прикусыванием языка, лицо багрово-синее. Продолжительность от 30 сек до 1 минуты.

4. *Фаза разрешения припадка.* Припадок может перейти в кому, которая может разрешиться улучшением или ухудшением состояния, повторным припадком или смертью вследствие одного из осложнений.

Чаще восстановление дыхания, изо рта выделяется пенная слюна с примесью крови, лицо розовеет, определяется пульс, сначала нитевидный и частый. Приходя в сознание, женщина о припадке не помнит, жалуется на головную боль, слабость, разбитость.

Несколько приступов подряд называются эклампсическим статусом.

Может быть эклампсия без судорог, которая переходит в кому и заканчивается гибелью женщины.

Если появляется высокая температура, тахикардия, гипотензия при уменьшении диуреза – эти симптомы могут свидетельствовать о кровоизлиянии в мозг.

#### Оказание доврачебной помощи при преэклампсии:

При появлении у беременной в женской консультации, или у роженицы следующих симптомов: головная боль, неясное зрение – мелькание мушек перед глазами, туман, сетка, боли в эпигастрии и др. необходимо:

- Больную уложить, по возможности оградить от внешних раздражителей (звуковых, зрительных, световых – на глаза положить пелёнку, сложенную в 3-4 слоя);
- Вызвать акушера-гинеколога, бригаду специализированной скорой помощи;
- Дать масочный наркоз закисью азота с кислородом;
- До прихода врача оценить состояние больной: цвет кожных покровов, измерить АД (манжету с руки не снимать), определить пульс, выслушать сердцебиение плода;
- Под прикрытием наркоза по назначению врача 16 мл 25% раствора сульфата магния в/в медленно 15-20 мин (шприц);
- По прибытии бригады специализированной скорой помощи повторно измерить АД, выслушать сердцебиение плода, в направлении на госпитализацию и обменной карте указать время введения препаратов, АД до и после введения препаратов;
- Транспортировка больной на каталке в акушерский стационар.

#### Неотложная доврачебная помощь при эклампсии, для купирования судорожного припадка:

- Срочно вызвать врача;
  - Уложить женщину на ровную поверхность;
  - Дать масочный наркоз закиси азота с кислородом;
  - Под прикрытием наркоза по назначению врача внутривенно ввести
- При возникновении тонических и клонических судорог:
- Обеспечить безопасность женщины от возможной травмы (в том числе травмы языка);
  - Голову повернуть на бок, обеспечить проходимость дыхательных путей, используя роторасширитель, языкодержатель, отсос, воздуховод;
  - Аспирировать содержимое полости рта и верхних дыхательных путей;
  - После судорожного припадка немедленно начать вспомогательную вентиляцию (с помощью мешка Амбу, или переводят на ИВЛ);
  - Под прикрытием наркоза по назначению врача внутривенно ввести ;внутривенно капельно 16 мл 25% р-ра Магния сульфата+ 200 мл реополиглюкина;

Другие гипотензивные препараты:

- Нифедипин (кордафлекс ретард) , Атенолол, Лабеталол в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы;

- Эгилон; - Клофелин 0,075 – 0,15мг, 2-4 раза в сутки, в/м 0,5-1,0 мл 0,01%.

- Своевременный перевод на ИВЛ с одновременной проводимой внутривенной комплексной терапией позволяет не только купировать приступы эклампсии, но и предупредить развитие тяжёлых патологических нарушений ЦНС и почек.
- Показано немедленное родоразрешение.

Контроль пульса, АД, частоты дыхания, осмотр зрачков.

Послеродовый декретный отпуск при данной патологии составляет 86 дней.

**Сестринская помощь включает** (по назначению врача) - при поздних гестозах - контроль за колебаниями массы тела (от еженедельного до ежедневного), артериального давления (2-4 раза в день), пульса, контроль суточного диуреза.

Врач назначает клинический и биохимический анализ показателей крови, анализ мочи клинический, пробу Зимницкого (медсестра должна дать рекомендации беременной, как правильно подготовиться к сдаче анализа и собрать его), кардиотокография (КТГ), УЗИ, консультацию терапевта и окулиста (осмотр сосудов глазного дна).

В обязанности фельдшера входит своевременное выявление отеков беременных (при обследовании в женской консультации (ЖК) или на фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе)) и их профилактика (проведение бесед о правильном режиме и диете). Фельдшер или акушерка должны обеспечить госпитализацию, осуществлять уход, выполнять назначения, помогать ей в решении возникших проблем. Одной из важных проблем является то, что беременные с отеками не осознают необходимость проведения лечения (тем более в условиях стационара), опасаются, что прием лекарственных средств может быть вреден для плода. Необходимо объяснять целесообразность проводимой терапии.

**Задание № 2.** Записать стадии самопроизвольного аборта и неотложную помощь при них.

### **Самопроизвольный аборт (выкидыш)**

По клиническому течению выделяют следующие стадии аборта (выкидыша):

- **угрожающий аборт**, для которого характерны ноющие боли внизу живота и в пояснице, повышение тонуса матки. Выделений из матки не должно быть, изменения со стороны шейки незначительные. Иногда об этой стадии выкидыша судят по явлениям гормональной недостаточности при исследовании мазков на угрозу;

- **начавшийся аборт** характеризуется более сильными болями, возможно даже схваткообразного характера, изменениями со стороны шейки матки (укорочение, проходимость цервикального канала), могут быть кровянистые выделения;

- **аборт в ходу** — так называют стадию, при которой имеются регулярные схватки, значительное укорочение и даже раскрытие шейки матки, отхождение вод, кровянистые выделения, отслоение плодного яйца или продвижение плода по родовому пути. При позднем выкидыше эта стадия имеет те же характеристики, что и роды;

- **неполный аборт** следует после того, как из половых путей родился плод, но в матке остаются остатки плодного яйца, плацента или ее доля. В связи с этим наблюдаются боли схваткообразного характера, отходят кровяные сгустки, кусочки ткани, может быть кровотечение, шейка остается пока раскрытой;

- **полный аборт** бывает редко в очень ранних сроках или около 27—28 недель. Об этом можно судить по осмотру плаценты, результатам пальцевого обследования, выскабливания полости матки, УЗИ либо по клиническим данным ретроспективно, когда наблюдения показывают, что осложнений не было. Но и после полного выкидыша могут некоторое время быть кровянистые умеренные выделения и ноющие боли.

Неотложная доврачебная помощь при первых двух стадиях: госпитализация на носилках. Положение в постели с приподнятым ножным концом, допустимо дать пациентке 2 таблетки но-шпы.

При аборте в ходу и неполном аборте помощь:

1. транспортировка на носилках с приподнятым ножным концом,
2. холод на низ живота,
3. в стационаре подмыть женщину,
4. контроль гемодинамических показателей,
5. подсчёт кровопотери,
6. контакт с веной,
7. вызов через третье лицо врача и лаборанта,
8. подготовка инструментов для выскабливания полости матки,

9. подготовка лекарственных средств: окситоцин, этамзилат. При необходимости подготовить всё для определения группы крови и резус фактора

**Задание № 3.** Краткий конспект «Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты». Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрении на внутреннее кровотечение.

### **Предлежание плаценты**

Предлежание плаценты – это патология, при которой плацента располагается в нижних отделах матки по любой стенке, частично или полностью перекрывая область внутреннего зева. Частота возникновения предлежания плаценты составляет в среднем от 0,1% до 1% от общего числа родов.

Если плацента только частично перекрывает область внутреннего зева, то – это *неполное предлежание*, которое отмечается с частотой 70-80% от общего числа предлежаний. Если плацента полностью перекрывает область внутреннего зева то, это является *полным предлежанием плаценты*. Такой вариант встречается с частотой 20-30%.

Различают также и *низкое расположение плаценты*, когда её край находится на более низком уровне, чем это должно быть в норме, но не перекрывает область внутреннего зева.

Причины формирования низкого расположения или предлежания плаценты: патологические изменения эндометрия вследствие воспаления, оперативных вмешательств (выскабливания, кесарево сечение, удалением миоматозных узлов и др.), многократных осложненных родов; миома матки, эндометриоз, недоразвитие матки, истмикоцервикальная недостаточность, воспаление шейки матки, многоплодная беременность. Предлежание плаценты более характерно для повторно беременных женщин, чем для первородящих.

Наиболее частое проявление при предлежании плаценты: повторяющееся кровотечение из половых путей. Кровотечения могут возникать в различные периоды беременности, начиная с самых ранних ее сроков. Однако чаще всего они наблюдаются уже во второй половине беременности вследствие формирования нижнего сегмента матки. В последние недели беременности, когда сокращения матки становятся более интенсивными, кровотечения могут усиливаться.

Плод не теряет кровь. Однако ему угрожает кислородное голодание, так как отслоившаяся часть плаценты не участвует в газообмене.

Провоцирующие факторы возникновения кровотечения при беременности: физическая нагрузка, резкое кашлевое движение, влагалищное исследование, половой акт, повышение внутрибрюшного давления при запоре, тепловые процедуры (горячая ванна, сауна).

При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно, без болевых ощущений, и может быть очень обильным. Кровотечение может прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь, или может продолжаться в виде скудных выделений. В последние недели беременности кровотечение возобновляется и/или усиливается.

При неполном предлежании плаценты кровотечение может начаться в самом конце беременности. Однако чаще это происходит в начале родов. Сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты. Чем больше предлежит плацентарной ткани, тем раньше и сильнее начинается кровотечение.

Повторяющиеся кровотечения при беременности, осложненной предлежанием плаценты в большинстве случаев приводят к развитию анемии. Для беременных с предлежанием плаценты характерно наличие пониженного артериального давления, что встречается в 25%-34% наблюдений.

В настоящее время наиболее объективным и безопасным методом диагностики предлежания плаценты является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое позволяет установить сам факт предлежания плаценты и вариант предлежания (полное, неполное), определить размеры, структуру и площадь плаценты, оценить степень отслойки.

УЗИ следует проводить при умеренном наполнении мочевого пузыря. С помощью УЗИ возможно также определение наличия скопления крови (гематомы) между плацентой и стенкой матки при отслойке плаценты (в том случае если не произошло излитие крови из полости матки). Если участок отслойки плаценты занимает не более 1/4 площади плаценты, то прогноз для плода является относительно благоприятным. В том случае если гематома занимает более 1/3 площади плаценты, то чаще всего это приводит к гибели плода.

Наблюдение и лечение при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерском стационаре. Ведение беременных в акушерском стационаре предусматривает: соблюдение строгого постельного режима; применение лекарств обеспечивающих оптимизацию нормализацию сократительной деятельности; лечение анемии и плодово-плацентарной недостаточности.

Показаниями к кесареву сечению в экстренном порядке независимо от срока беременности являются: повторяющиеся кровотечения; сочетание небольших кровопотерь с анемией и снижением артериального давления; одномоментная обильная кровопотеря; полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.

Операцию выполняют по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

Абсолютным показанием к кесареву сечению в плановом порядке является полное предлежание плаценты.

При неполном предлежании плаценты и при наличии сопутствующих осложнений (тазовое предлежание, неправильное положение плода, рубец на матке, многоплодная беременность, выраженное многоводие, узкий таз, возраст первородящей старше 30 лет и др.) также выполняют кесарево сечение в плановом порядке.

#### **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

#### **КОД ПО МКБ-10**

O45 Преждевременная отслойка плаценты

O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свёртываемости крови.

O45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты.

O45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточнённая.

Классификация. В зависимости от площади выделяют частичную и полную отслойку плаценты. При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной – вся плацента. Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной – соответственно центральная часть.

К предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

#### **• Во время беременности:**

- сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
- эндокринопатии (СД);
- аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита;
- генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

#### **• Во время родов:**

- излитие ОВ при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;
- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

Если кровь при продолжающейся отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки и плацентой с образованием гематомы. Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией; впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера». Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.

Основные симптомы ПОНРП:

- кровотечение и симптомы геморрагического шока;
- боль в животе;
- гипертонус матки;
- острая гипоксия плода.

Выраженность и характер симптомов ПОНРП определяются величиной и местом отслойки.

Кровотечение при ПОНРП может быть:

- наружным;
- внутренним;
- смешанным (внутренним и наружным).

При краевой отслойке плаценты появляется наружное кровотечение. Кровь отделяет оболочки от стенки матки и быстро выходит из половых путей. Кровь при этом яркого цвета. Если кровь вытекает из гематомы, расположенной высоко у дна матки, то кровяные выделения, как правило, темного цвета. При наружном кровотечении общее состояние определяется величиной кровопотери. Общее состояние определяется не только внутренней кровопотерей, но и болевым шоком.

Болевой синдром и гипертонус матки возникают, как правило, при внутреннем кровотечении, когда имеется ретроплацентарная гематома. Боли могут быть интенсивными. При ПОНРП, расположенной на задней стенке матки, боли локализованы в поясничной области. При большой ретроплацентарной гематоме на передней поверхности матки определяют резко болезненную локальную «припухлость».

Острая гипоксия плода возникает вследствие гипертонуса матки, нарушения маточноплацентарного кровотока и отслойки плаценты. Плод может погибнуть при отслойке трети и более поверхности плаценты. При полной отслойке происходит моментальная гибель плода. Иногда интранатальная гибель плода — единственный симптом отслойки плаценты.

Диагностика ПОНРП основана на:

- клинической картине заболевания;
- данных УЗИ;
- изменениях гемостаза.

Клинические симптомы, позволяющие заподозрить ПОНРП: кровяные выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или антенатальная гибель; симптомы геморрагического шока.

УЗИ при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше. В ряде случаев при незначительной отслойке плаценты по краю с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку обнаружить не удаётся.

Лабораторные исследования. Анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС-синдрома.

Профилактика. Специфической профилактики не существует. Предупреждение ПОНРП заключается в предгравидарной подготовке, лечении эндометрита и

экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности, коррекции выявленных дефектов гемостаза.

Прогноз при ПОНРП определяется не только тяжестью состояния, но и своевременностью оказания квалифицированной помощи. Беременная должна знать, что при появлении кровяных выделений из половых путей, она должна быть экстренно госпитализирована в стационар.

Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрение на внутреннее кровотечение:

1. Вызвать помощь (врача и лаборанта)
2. обязательно подмыть женщину,
3. на низ живота – холод,
4. контакт с веной,
5. контроль за гемодинамическими показателями (ЧДД, ЧСС, пульс, АД),
6. приготовить всё для определения группы крови и резус-фактора,
7. приготовить кровоостанавливающие препараты: хлористый кальций 10%, дицинон, аминокaproновую кислоту.
8. Выполнять все назначения врача

**Задание 4. Записать алгоритмы манипуляций: взятие мазков на бактериологическое исследование.**

Алгоритмы выполнения манипуляций

#### **Взятие материала из влагалища для бактериологического исследования**

Оснащение: стерильные: двусторчатое зеркало Куско, резиновые перчатки, пленка; другие: гинекологическое кресло, индивидуальная пленка пациентки, пробирка со стерильным ватным тампоном, стеклограф, бланк направления в лабораторию, сухой спирт или спиртовка и спички.

Примечание. Обязательно предупредить пациентку, чтобы она накануне не имела половых сношений, лечебных процедур, связанных с введением фармакологических средств во влагалище, не спринцевалась, но перед проведением манипуляции освободила мочевого пузырь, прямую кишку и провела туалет наружных половых органов.

1. Представиться пациентке, выяснить как обращаться к ней.
2. Получить у пациентки информированное согласие на проведение манипуляции.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Стерильным пинцетом достать из бикса стерильную пленку, положить на столик у гинекологического кресла и развернуть.
5. Соблюдая правила асептики, на пленке разместить: влагалищное зеркало, резиновые перчатки.
6. На почковидный лоток положить пробирку с написанным стеклографом номером, пару перчаток. Приготовить стерильное одноразовое зеркало Куско, пинцет, 4-6 марлевых тампонов
7. Рядом приготовить и с помощью спичек зажечь спиртовку или сухой спирт.
8. Провести психологическую подготовку пациентки.
9. Выяснить, не было ли половых сношений или спринцевания накануне.
10. Предложить пациентке застелить на гинекологическое кресло индивидуальную пленку и раздеться до пояса снизу.
11. Помочь пациентке лечь на гинекологическое кресло .
12. Надеть стерильные резиновые перчатки, (если перчатки смотровые, то обработать их антисептиком).

13. Подойти к гинекологическому креслу и встать у ног женщины.
14. Ввести зеркало Куско во влагалище, раскрыть его.
15. Оголить шейку матки так, чтобы ее влагалищная часть находилась между створками зеркала.
16. Зафиксировать зеркало с помощью винта замка.
17. Взять пробирку в левую руку и правой рукой извлечь палочку с ватным тампоном из пробирки над пламенем.
18. Быстро, не касаясь посторонних предметов, ввести палочку во влагалище и взять материал из запланированного места (например, задней части свода влагалища).
19. Палочку с материалом поместить обратно в пробирку, предварительно пронеся горловину пробирки над пламенем спиртовки.
20. Проверить, чтобы ватная пробка плотно закрывала пробирку.
21. Пробирку положить на почковидный лоток.
22. С помощью винта замок ослабить так, чтобы створки зеркала свободно двигались и не сжимали шейку матки.
23. Вывести зеркало из влагалища, предварительно сжав, и положить его в дез. раствор.
24. Снять резиновые перчатки, положить их в дез. раствор.
25. Погасить спиртовку.
26. Помочь женщине встать с кресла и предложить одеться.
27. Продезинфицировать использованное оборудование.
28. Вымыть и высушить руки.
29. Организовать отправку материала в лабораторию.
30. Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.