

Гестози.

Спостереження та догляд за вагітними.

Невідкладна допомога.



Викладач вищої категорії Т.М.Захарова

Гестози – це патологічні стани, які виникають під час вагітності (пов'язані з вагітністю), ускладнюють її перебіг і зникають після закінчення вагітності.



gestatio - вагітність

Актуальність теми

- Частота гестозів – 7-16% серед усіх вагітних.
- Тяжкі форми гестозів, які загрожують здоров'ю, а іноді і життю матері та дитини, складають 27-40% від загальної кількості гестозів.
- Відсутня тенденція до зниження частоти гестозів.
- Своєчасна профілактика та діагностика гестозів, раціональне лікування легких і середньотяжких форм запобігає серйозним ускладненням і несприятливому закінченню вагітності та пологів.



Класифікація гестозів

Залежно від терміну вагітності:

- ранні гестози, що розвиваються у I триместрі вагітності;
- пізні гестози, що розвиваються в II половині вагітності, головним чином у III триместрі;
- рідкісні форми гестозів, що виникають у II або III триместрах вагітності.



Клінічна класифікація ранніх гестозів

□ Блювання вагітних

- легке (до 5-6 разів на добу);
- помірне (до 10-12 разів на добу);
- надмірне (більше 10-12 разів на добу).

□ Слинотеча вагітних



Етіологія та патогенез ранніх гестозів

- Етіологічний фактор – плодове яйце.
- Патогенез полягає в неадекватній реакції організму жінки на обов'язкові зміни, що виникають у результаті імплантації та розвитку плідного яйця, тобто порушується адаптація організму жінки до вагітності.



Фактори ризику виникнення ранніх гестозів

- хронічні екстрагенітальні захворювання;
- перенесені до вагітності інфекції та інтоксикації;
- травми головного мозку;
- нераціональне харчування;
- нервові виснаження, стреси;
- статевий інфантилізм;
- захворювання статевих органів.



Визначення тяжкості блювання вагітних

Оцінюють:

- ☐ загальний стан вагітної
- ☐ частоту та інтенсивність блювання
- ☐ наявність нудоти, салівації
- ☐ наявність або відсутність апетиту
- ☐ сухість шкіри
- ☐ зниження маси тіла
- ☐ пульс, артеріальний тиск
- ☐ наявність субфебрильної температури тіла
- ☐ величину діурезу
- ☐ Жовтяничність склер та шкіри
- ☐ Наявність ацетону в сечі, рівень білірубіну, креатиніну в крові



Принципи лікування блювання вагітних

При легкому ступені:

- нормалізація режиму, зазвичай без госпіталізації
- дрібне збалансоване харчування
- рясне пиття
- вітамінотерапія
- голкорексфлексотерапія
- фітотерапія
- фізіотерапія



Принципи лікування блювання вагітних

При помірному та надмірному блюванні:

- обов'язкова госпіталізація у стаціонар
- створення лікувально-охоронного режиму
- психотерапія, гіпноз
- медикаментозна терапія (парентерально)
- голкорексфлексотерапія
- фізіотерапія



Принципи догляду за хворою вагітною

- психологічна підтримка
- провітрювання палати
- часта заміна білизни
- підтримка гігієнічного стану порожнини рота
- профілактика мацерації шкіри
- оцінка кількості та характеру блювотних мас
- динамічний контроль маси тіла вагітної, діурезу, температури тіла, артеріального тиску, пульсу
- виконання призначень лікаря



Показання до переривання вагітності

- невинне блювання
- тривалий субфебрилітет
- значна стійка тахікардія (120 повт/хв і більше)
- прогресуюче схуднення
- наявність жовтяниці
- прогресуюча ацетонурія, циліндрурія, протеїнурія
- прогресуюча білірубінемія



Класифікація пізніх гестозів (за рекомендацією ВООЗ)

□ Моносимптомні форми

- гіпертензія під час вагітності
- набряки під час вагітності
- протеїнурія під час вагітності

□ Полісимптомні форми

- прееклампсія легкого ступеня
- прееклампсія середнього ступеня
- прееклампсія тяжкого ступеня
- еклампсія



Класифікація гіпертензивних розладів у вагітних (згідно наказу МОЗ України №384 від 24.05.2012р.)

- АГ, що передувала вагітності
 - первинна хронічна АГ (гіпертонічна хвороба)
 - вторинна хронічна АГ
- АГ, що зумовлена вагітністю
 - гестаційна гіпертензія
 - прееклампсія
 - еклампсія
- Поєднана прееклампсія
- Гіпертензія неуточнена (допологова некласифікована АГ)



Етіопатогенез прееклампсії / еклампсії

- Недостатність спіральних артеріол матки, порушення плацентарного кровообігу
- Дисфункція ендотелію судин внаслідок аутоімунних порушень
- Зміни в серцево-судинній системі (генералізований вагоспазм, гіповолемія)
- Зміни в нирках (протеїнурія, зниження фільтраційної функції)
- Зміни в печінці (очаги некрозу, субкапсулярні гематоми)
- Гематологічні зміни, хронічний ДВСС
- Зміни в ЦНС (набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи)



Фактори ризику розвинення прееклампсії

Хронічна екстрагенітальна патологія

- гіпертонічна хвороба
- захворювання нирок
- захворювання печінки
- хронічні захворювання легенів та бронхів
- вади серця
- цукровий діабет
- ожиріння та інші прояви ендокринопатії



Фактори ризику розвитку прееклампсії

Акушерсько-гінекологічні фактори ризику

- наявність гіпертонічних розладів у спадковому анамнезі
- наявність прееклампсії при попередній вагітності
- вік вагітної (менше 19 р. або більше 30 р.)
- багатоводдя, багатопліддя
- анемія вагітної
- ізосенсибілізація за Rh-фактором та АВ0-системою



Фактори ризику розвинення прееклампсії

Соціально-побутові чинники

- Шкідливі звички
- Професійні шкідливості
- Незбалансоване харчування



Діагностичні критерії тяжкості пreekлампсії / еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Легка пreekлампсія	90-99	<0,3	-
Пreekлампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках. Інколи головний біль
Тяжка пreekлампсія	≥110	>5	Набряки генералізовані, значні. Головний біль. Порушення зору. Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї. Гіперрефлексія. Олігурія (<500 мл/доб). Тромбоцитопенія.
Еклампсія	≥90	≥0,3	Судомний напад (один чи більше)



Вплив прееклампсії / еклампсії на перебіг пологів

- Передчасні пологи
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- Дистрес плода
- Перинатальна загибель плода
- Аномалії пологової діяльності
- Коагулопатичні кровотечі
- Високий ризик порушення мозкового кровообігу, тяжкої ретинопатії, відшарування сітківки, набряку легень, хронічної та гострої ниркової недостатності у матері



Принципи лікування прееклампсії

Залежать від

- тяжкості захворювання
- стану вагітної
- стану плода



Принципи лікування легкої прееклампсії

- При терміні вагітності до 37 тижнів та задовільному стані вагітної та плода можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування.
- При терміні вагітності 37 тижнів і більше – госпіталізація у ВПВ.
- Медикаментозна терапія не призначається.
- Лабораторне обстеження в динаміці.
- Контроль АТ, маси тіла, стану плода.
- Достатнє вживання рідини та кухонної солі
- Збалансоване харчування
- Фітотерапія
- Фізіотерапія



Принципи лікування пreeклампсії середньої тяжкості

- Обов'язкова госпіталізація в акушерський стаціонар
- Організація лікувально-охоронного режиму
- Лабораторне обстеження, оцінка стану плода, офтальмоскопія в динаміці
- Збалансоване харчування
- Гіпотензивна терапія
- Вітамінотерапія
- Профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода
- При прогресуванні пreeклампсії або відсутності ефекту від лікування – підготовка до розродження



Принципи динамічного спостереження за хворою

- Контроль АТ кожні 6 год. першої доби, надалі – двічі на добу
- Аускультация серцебиття плода кожні 8 годин
- Аналіз сечі – щодоби
- Добова протеїнурія – щодоби
- Щоденний моніторинг стану плода
- Гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлТ і АсТ, креатинін, сечовина – кожні 3 дні



Ознаки, що свідчать про розвиток тяжкої прееклампсії

- Діастолічний АТ >110 мм рт.ст.
- Стійкий головний біль
- порушення зору
- Біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї
- Нудота, одноразове блювання
- Утруднене носове дихання
- Олігурія (<25 мл/год)



Принципи лікування тяжкої прееклампсії

- Госпіталізація вагітної до відділення анестезіології та інтенсивної терапії
- Організація інтенсивного цілодобового спостереження медичного персоналу в індивідуальній палаті
- Катетеризація периферичної вени для тривалої інфузійної терапії
- Катетеризація сечового міхура для контролю погодинного діурезу
- Щогодинний контроль АТ, моніторинг стану плода



Принципи лікування тяжкої прееклампсії

- Лабораторне обстеження в динаміці
- Магnezіальна терапія
 - спостереження за частотою та характером дихання;
 - перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.
- Антигіпертензивна терапія
 - контроль АТ кожні 20 хв. до його стабілізації, потім щогодинно.
- Інфузійна терапія
- Підготовка до розродження протягом 24 годин



ЕКЛАМПСІЯ

- Предсудомна фаза (20-30 сек)
- Фаза тонічних судом (20-30 сек)
- Фаза клонічних судом (30-60 сек)
- Фаза розв'язання нападу



Невідкладна долікарська допомога при еклампсії

Головна мета: відновлення прохідності дихальних шляхів.

- Укласти хвору на рівню поверхню в положенні на лівому боці
- Швидко звільнити дихальні шляхи (відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, евакуювати вміст ротової порожнини)
- Провести інгаляцію кисню
- Підготуватись до внутрішньовенного введення лікарських засобів



Спостереження в умовах жіночої консультації за жінкою, що перенесла прееклампсію / еклампсію

- Організувати щоденний контроль АТ
- Патронаж на дому
- Огляд акушера-гінеколога, терапевта
- При продовженні гіпотензивної терапії огляди проводять щотижня з контролем протеїнурії та креатиніну
- При збереженні гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів – госпіталізація до терапевтичного стаціонару
- Тривалість диспансерного нагляду – 1 рік



Спостереження в умовах жіночої консультації за жінкою, що перенесла прееклампсію / еклампсію

Об'єм і терміни обстеження:

- Загальний аналіз сечі – через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів
- Загальний аналіз крові – через 1 і 3 місяці
- Офтальмоскопія – через 1, 3 і 12 місяців
- ЕКГ – через 1 місяць, далі – за призначенням терапевта



Ведення вагітних з групи ризику щодо розвитку пізнього гестозу

- Вживання низьких доз аспірину (60-100 мг/добу) з 20 до 37 тижнів вагітності щоденно
- Вживання кальцію (1 г/добу)
- Вітамінотерапія
- Збалансоване харчування
- Фітотерапія



Ситуаційні задачі

1. У відділенні патології вагітності в одній палаті знаходяться дві жінки з раннім гестозом. Обидві скаржаться на погіршення стану, збільшення частоти блювання.
 - Перерахуйте основні проблеми пацієнток.
 - Яке незалежне сестринське втручання в цьому випадку?



Ситуаційні задачі

2. У жіночу консультацію звернулась першовагітна А. 22 р. зі скаргами на набряки нижніх кінцівок. Термін вагітності 34 тижні. На обліку по вагітності з 12 тижнів. Перебіг вагітності до теперішнього часу був фізіологічним. Прибавка маси тіла за місяць на 2 кг. Матка в нормальному тонусі, серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 пошт/хв.
- Яке обстеження необхідно провести для оцінки стану вагітної?



Ситуаційні задачі

3. Першовагітна в терміні 32 тижні скаржиться на головний біль, порушення гостроти зору, пелену перед очима, біль у надчеревній ділянці. Об'єктивно: АТ 180/110 мм рт.ст., генералізовані набряки, в сечі білок 4 г/добу.
- Про яку акушерську патологію іде мова?



Ситуаційні задачі

4. У приймальному відділенні пологового будинку роділля на фоні гіпертензії, генералізованих набряків втратила свідомість, у неї почалися судоми.
- Про яке акушерське ускладнення це свідчить?

