

СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА АКУШЕРСКО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ БРЕМЕННОСТИ ЖЕНИ С ПРЕЕКЛАМПСИЯ

И. КАРЛАКАШЕВА¹, А. ДИМИТРОВА² и Е. МИТОВА¹

¹Специалност „Акушерка“, ФОЗ, Медицински университет – София

²Катедра „Здравни грижи“, ФОЗ, Медицински университет – София

PREECLAMPSIA MIDWIFERY CARE – CURRENT ASPECTS

I. KARLAKASHEVA, A. DIMITROVA AND E. MITOVA

¹Students at specialty „Midwife“, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Department „Health Care“, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Резюме. Преекламписията, като специфично свързан с бременността синдром, е особено сериозен здравен проблем за бременната и плода. В световен мащаб десет милиона бременни жени всяка година са засегнати от това заболяване, а 76 000 от случаите завършват със смърт. Хипертензивните усложнения, свързани с преекламписията, са причина за над 40% от предтерминните раждания и за над 15% от перинаталната детска смъртност. Акушерската грижа е особено важна и изисква активно наблюдение за ранно откриване на симптоми на заболяването по време на бременността. След установяване на диагнозата грижата за бременната жена е от първостепенно значение за намаляване вероятността от усложнение. Информираността за рисковите фактори на преекламписията и профилактиката на заболяването са задължителни за нормалното протичане на бременността и раждането. Едно от най-големите предизвикателства е пренаталната грижа за бременните жени в началните седмици на бременността, а в най-добрия случай и преди забременяване. Представени са основните насоки и съвременните аспекти на акушерско поведение в диагностицирането и лечението на преекламписията, както и ролята на акушерката в превенцията, профилактика и мониторинга по време на бременността и раждането.

Ключови думи: преекламписия, акушерка, акушерска грижа, акушерско поведение, бременност

Summary. Preeclampsia, as specifically related to pregnancy syndrome, represents a particularly serious health problem for the pregnant woman and the fetus. On a global level, ten million pregnant women are affected by this disease every year and 76 000 of these cases end in death. Hypertensive disorders associated with preeclampsia are responsible for over 40% of preterm births and over 15% of perinatal infant mortality. Obstetric care is particularly important and necessitates active attention for early detection of symptoms of the disease during pregnancy. After the disease is diagnosed, the care for the pregnant woman is of paramount importance in order to reduce the risk for complications. Awareness about the risk factors of preeclampsia and prevention of the disease are an integral part of ensuring the normal course of pregnancy and childbirth. One of the biggest challenges is the prenatal care for pregnant women in the early weeks of pregnancy, and in the best case before pregnancy. This report aims to provide guidelines and contemporary aspects of obstetric behavior in the process of diagnosis and treatment of preeclampsia and the role of the midwife in the prevention, prophylaxis and monitoring during pregnancy and childbirth.

Key words: preeclampsia, midwife, obstetric care, obstetric behavior, pregnancy

Хипертонията по време на бременността е нарушение и е причина за тежка заболяемост, дългосрочна инвалидност и смърт сред бременните жени, плода и новородените. Според СЗО в световен мащаб десет

милиона бременни жени всяка година са засегнати от това заболяване, а 76 000 от случаите завършват със смърт. Хипертензивните усложнения, свързани с преекламписията, са причина за над 40% от предтерминните

раждания и за над 15% от перинаталната детска смъртност.

Прееклампсията е усложнение през втората половина на бременността (след 20-та гестационна седмица) и клинично се представя с предизвикана от бременността хипертония и протеинурия със или без патологични отоци. Рядко прееклампсията може да се развие през първата половина на бременността. Болестта понякога се нарича тихият убиец, защото повечето бременни не могат да „почувстват“ повишаването на кръвното си налягане.

Заболяването е свързано със следните усложнения:

- Централна нервна система – еклампсия (гърчове), хеморагичен инсулт, мозъчен оток, оток на ретината, ретинална слепота
- Бъбречна недостатъчност
- Сърдечно-съдово заболяване – прееклампсията може да повиши риска от развитие на сърдечно-съдово заболяване
- Дихателна недостатъчност – ларингеален и белодробен оток
- Чернодробни и коагулационни нарушения – HELLP синдром (хемолиза на еритроцити, повишени чернодробни ензими, тромбоцитопения), иктер, ДИК синдром (дисеминирана интравазална коагулопатия)
- Плацентарна инсуфициенция – плацентарни инфаркти, абрупцио на плацентата
- Усложнения за плода – интраутеринна ретардация, преждевременно раждане, интраутеринна смърт.

Причините, които предразполагат към прееклампсия, все още не са напълно уточнени, но са описани редица рискови фактори за заболяването:

- Многоплодна бременност
- Предшестваща бременност с прееклампсия
- Артериална хипертония преди бременността
- Диабет, предхождащ бременността
- Бъбречно заболяване, придружаващо бременността
- Придобити тромбофилии и тромбози
- Паритет – първа бременност и интервал между бременностите по-голям от 10 години
- Възраст – под 20 години и над 35-40 години

- BMI (индекс на телесна маса) > 35 kg/m²
- Генетична предразположеност – майка или сестра с прееклампсия
- Социални фактори – хранителни навици, двигателна активност, тютюнопушене
- Непълноценно проследяване на бременността.

В зависимост от тежестта на прееклампсията към хипертонията и протеинурията могат да се добавят и други фактори, включващи: главоболие, зрителни нарушения, болка в епигастриума, намалени или липсващи фетални движения. Голяма част от смъртните случаи, дължащи се на прееклампсия и еклампсия, са предотвратими чрез предоставяне на навременна и ефективна грижа за бременните жени. Информираността за предупредителните признаци е един от най-важните инструменти, които успешно могат да помогнат на жените да получат грижите, от които се нуждаят.

Акушерската грижа трябва да бъде насочена към предотвратяване рисковите фактори на симптомите на заболяването, свързани с усложнения за майката и плода, и активното наблюдение по време на бременността. Управлението на прееклампсията изисква мултидисциплинарен подход, включващ акушер-гинеколози, акушерки, анестезиолози и други специалисти. СЗО препоръчва съвременни насоки при профилактиката, диагностиката и лечението на прееклампсията, в зависимост от нейната форма и тежест на протичане.

Съществуват два стадия на прееклампсия: умерена и тежка степен

Критериите за умерена прееклампсия са:

1. Систолично налягане – от 140 до 160 mm Hg.
2. Диастолично – от 90 до 110 mm Hg.
3. Липсващи или леки субективни оплаквания.
4. Белтъчна загуба от 0.3 до 3.0 g/l/24 h.
5. Нормална параклиника.

Акушерско поведение и грижи при умерена форма на прееклампсия:

- При стойности на RR над 140/90 mm Hg бременната се хоспитализира (по преценка на лекар).
- Препоръчва се режим на легло (положение bed rest).

- Режим на леки физически натоварвания.
- Артериалното налягане се измерва и регистрира на 4-6 часа (по лекарско назначение).
- Следят се и се регистрират ДСТ през 6 часа.
- Теглото на бременната се проследява всяка седмица.
- Пациентката е на обща храна (15-а диета)
- Лекарят може да назначи седативни лекарства (relanium, diazepam).

Критериите за тежка прееклампсия са:

1. Систолично налягане над 160 mm Hg
2. Диастолично – над 110 mm Hg
3. Субективни оплаквания от страна на бременната като главоболие, зрителни смущения, гадене и повръщане
4. Протеинурия над 3 g/l/24 h
5. Олигоурия – диуреза, по-малка от 400 ml за денонощие
6. Патология в параклиничните показатели.

Акушерско поведение и грижи при тежка форма на прееклампсия:

- Бременната задължително се хоспитализира
- Отстраняват се дразнителни фактори от болково, двигателно, зрително и слухово естество.
- Осигурява се траен венозен източник.
- Поставя се постоянен катетър и се проследява диурезата.
- Храненето е парентерално или се спазва строга диета (следи се съдържанието на белтък и се ограничава солта).
- Поддържа се непрекъснат мониторинг на кислородното насищане с пулсоксиметрия.
- Антихипертензивна терапия – депресан, прилага се при стойности на RR 160/110. При хипертонична криза депресанът се прилага венозно 5 mg за 10-15 min до достигане на стойности на RR до 140/90. Следят се ДСТ и RR на 10 min.
- Седативни средства (MgSO₄, diazepam) се използват за профилактика на екламптичен гърч. Магнезиевият сулфат се прилага по схема: лечението с MgSO₄ продължава с трайна венозна инфузия по 2 g на час. За да се избегне предозирането на MgSO₄, по вре-

ме на приложението се следят: честота на дишането – забавя се под 14 уд./min; и диуреза – намалява под 50 ml/h, пателарни рефлексии – изчезват при предозиране.

- Инфузионна терапия се налага поради хемоконцентрацията. Вливат се 1-2 l (24 часа) декстран sol. glucosae 5%; плазма, хуман албумин.

- Диуретици (фурантрил) се използват само при белодробен оток и сърдечна декомпенсация.

- Проследяват се параклиничните показатели.

- Проследява се състоянието на плода.

- Осигурява се набор при възникване на екламптичен гърч (усторазтворител, езикодържател, въздуховод).

Средство за лечение на тежка форма на прееклампсията е родоразрешението.

Диагностицирането на прееклампсията се улеснява при ангажиране на други органи системи. Началото на заболяването може да е внезапно и точната диагноза и лечението често зависят от адекватността на амбулаторните грижи. Редовните посещения в женската консултация и прегледите са най-добрият начин за своевременно предотвратяване на признаците и симптомите на прееклампсия. Информираността на всички жени за симптомите е важен аспект от скринингова програма, която включва първична и вторична превенция и профилактика на заболяването.

При първото посещение всички жени трябва да бъдат оценени за рисковите фактори за прееклампсия. Малка част от жените, които имат хипертония, преди да забременеят (хронична хипертония), е по-вероятно да развият прееклампсия.

Скринингът за прееклампсията трябва да започне с първото посещение и да продължава при всяко следващо. Въпреки че прееклампсията не се среща през първата половина на бременността, първоначалните показания са основание за всички бъдещи записи и са от жизненоважно значение за покъсната точна диагноза.

- Прегледите трябва да се провеждат на всеки три седмици, считано от 20-ата г. с. до 34-ата г. с.; след това до края на бременността на всеки две седмици.

- Артериалното налягане и анализът на резултатите на урината трябва да се записват точно при всяко посещение на бременната в женската консултация.

- За намаляване риска от прееклампсия се използват лекарствени средства, които включват:

- Ниски дози аспирин – жените, изложени на висок риск от развитие на прееклампсия, трябва да прилагат ниски дози (75 mg на ден) аспирин от 12-ата седмица на бременността, а някои медицински експерти го препоръчват от зачеването.

- Калциеви добавки (поне 1 g калций дневно) и антиоксиданти (витамини) – вит. D, вит. C, вит. E.

- Промени в начина на живот – почивка до четири часа дневно и физическа активност.

- Спазване на правилен хранителен режим – храни с високо съдържание на протеин и ограничаване приема на сол.

- Контрол на признаците на заболяването и изработване на план за безопасно раждане.

- Предоставяне на информация, психологическа подкрепа с цел намаляване на емоционалното въздействие по време на бременността и след раждане.

- Проследяване чрез кръвни тестове на биохимични маркери – хемоглобин, тромбоцити, урея, общ белтък, електролити, чернодробни функционални тестове и пикочна киселина.

- Контрол на потенциално опасна хипертония с антихипертензивни медикаменти.

- Качествено определяне на протеин в урината – 24-часова диуреза.

- Проследяване състоянието на плода, плацентата, количеството на амниалната течност, феталния растеж – аускултация на детски сърдечни тонове, кардиотокография (СТГ) и ултразвук, доплерово изследване на умбиликална вена.

Постнаталните грижи са от особена важност за предотвратяване на рисковете при евентуална следваща бременност:

- При някои жени може да се наложи да продължат да вземат антихипертензивно лекарство;

- Артериалното налягане трябва да се следи между 3 и 5 дни;

- Жените, които все още имат хипертония и/или протеинурия при проверката след

шест седмици, трябва да бъдат насочени за допълнително изследване;

- Всички жени с гестационна хипертония и прееклампсия са с повишен риск при бъдещи бременности, а също така са изложени на повишен риск от развитие на високо артериално налягане по-късно в живота.

Разпространението на информация за рисковете от прееклампсия е от особена важност. Голямата обществена информираност за болестта и действията за подобряване на методите за откриване и лечение на заболяването, както и насърчаването на научните изследвания в областта на причините за заболяването и разработването на подходящи техники за скрининг, са неделима част от ефективната профилактика, превенцията и лечение на заболяването.

Предоставянето на съвременни препоръки за поведение при бременни жени с прееклампсия е от първостепенно значение за осигуряване на професионалното образование на акушерките и другите медицински специалисти в превенцията и грижите за борба със заболяването.

Библиография

1. Димитров, А. Акушерство, С., APCO, 2014.
2. Димитрова, В. Рискава бременност, Health, 2013, 5.
3. Янкова, Д. Прееклампсия, MD, 2015, 2.
4. Brennan, N. M. et M. A. Flynn. Differentiating Clinical Governance, Clinical Management and Clinical Practic. – Clin. Int. J., 2013, 18.
5. McSherry, R. et P. Pearce. Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals, Wiley, 2015.
6. UNICEF and World Health Organization (WHO). 2014. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children: The 2014 Report. Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
7. World Health Organization (WHO). 2011. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved August 27, 2015.
8. <http://action-on-pre-eclampsia.org.uk/E-learning/>
9. <http://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/>
10. <http://history.framar.bg/>

✉ Адрес за кореспонденция:

И. Карлакашева – студент
Специалност „Акушерка“
Факултет „Обществено здраве“
Медицински университет

ул. „Бяло море“ № 8
1527 София

☎ 0878601120

✉ i_karra@abv.bg