СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ВВЕДЕНИЕ | 6 |
| 1 | ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ УХОДЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ С ПАТАЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ | 8 |
| 1.1 | Определение, историческая справка | 8 |
| 1.2 | Этиология, патогенез, распространенность | 12 |
| 2 | ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ | 17 |
| 2.1 | Классификация | 17 |
| 2.2 | Клиническая картина | 18 |
| 2.3 | Осложнения | 21 |
| 2.4 | Участие медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при оказании сестринской помощи при уходе за беременной с патологий сердечно-сосудистой системы | 23 |
| 2.5 | Сестринский уход за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы | 28 |
| 3 | ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 30 |
| 3.1 | Вывод | 30 |
| 4 | СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 32 |
| 5 | ПРИЛОЖЕНИЯ | 34 |

ВВЕДЕНИЕ

Выбор темы сестринский уход за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы обусловлен её актуальностью для практической деятельности медицинской сестры. Актуальность данной темы обусловлена рядом факторов:

Рост числа хронических заболеваний: В последние десятилетия наблюдается рост распространенности хронических заболеваний, включая сердечно-сосудистые патологии, среди молодых людей. Это означает, что все больше женщин вступают в беременность с уже существующими проблемами с сердцем и сосудами.

Физиологические изменения во время беременности: Беременность вызывает значительные изменения в организме женщины, включая увеличение объема циркулирующей крови, повышение нагрузки на сердце и изменение гормонального фона. Эти факторы могут усугубить имеющиеся заболевания или спровоцировать развитие новых проблем.

Риски для матери и ребенка: Патологии сердечно-сосудистой системы могут представлять серьезную угрозу для здоровья как матери, так и будущего ребенка. Они могут привести к преждевременным родам, низкому весу новорожденного, гипоксии плода и другим осложнениям.

Необходимость индивидуального подхода: Каждая женщина уникальна, и её организм реагирует на беременность по-разному. Поэтому важно проводить регулярные обследования и индивидуально подбирать методы лечения и профилактики, чтобы минимизировать риски и обеспечить наилучший исход беременности.

Социальная значимость: Здоровье матери напрямую влияет на благополучие семьи и общества в целом. Поддержание хорошего состояния сердечно-сосудистой системы во время беременности способствует снижению уровня материнской смертности и улучшению качества жизни будущих поколений.

Развитие медицинских технологий: Современные технологии диагностики и лечения позволяют врачам более точно определять наличие и степень тяжести сердечно-сосудистых заболеваний, а также эффективно управлять ими во время беременности. Это делает своевременное выявление и коррекцию патологий ещё более актуальными.

Таким образом, изучение и контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы у беременных остаются крайне важными задачами современной медицины, направленными на обеспечение безопасности и благополучия как матери, так и ребенка.

Объект исследования: сестринский уход.

Цель исследования

1 Углубить и систематизировать знания по теме: «Сестринский уход

за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы»

2 Изучить роль медицинской сестры в уходе, лечебных и диагностических мероприятиях при уходе за беременной с патологий сердечно-сосудистой системы. Для достижения поставленных целей исследования необходимо изучить:

Этиологию и предрасполагающие факторы при уходе за беременной с патологий сердечно-сосудистой системы.

Клиническую картину и особенности диагностики.

Методы исследования и подготовку к ним.

Принципы лечения и профилактику при уходе за беременной с патологий сердечно-сосудистой системы.

Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой.

Особенности сестринского процесса при уходе за беременной с патологий сердечно-сосудистой системы.

1 ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ УХОДЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ С ПАТОЛОГИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

1.1 Определение, историческая справка

Сердечно-сосудистые патологии при беременности – это заболевания сердца и сосудов, которые либо существовали до наступления беременности (врожденные пороки сердца, артериальная гипертензия), либо развиваются во время гестации (например, преэклампсия). Эти состояния требуют особого внимания со стороны медицинских специалистов, так как беременность сама по себе является стрессовым фактором для организма женщины, особенно для ее сердечно-сосудистой системы.

Патология сердечно-сосудистой системы у беременной — это любые нарушения работы сердца и сосудов, возникающие или обостряющиеся во время беременности, которые могут представлять угрозу здоровью как самой женщины, так и будущего ребёнка. Эти нарушения включают в себя как существующие до беременности заболевания (например, врожденные пороки сердца, артериальную гипертензию), так и те, которые развиваются непосредственно в процессе вынашивания (например, преэклампсию).

Беременность сопровождается значительными изменениями в организме женщины, включая увеличение объема циркулирующей крови, повышение нагрузки на сердце и изменение гормонального фона. Это может привести к ухудшению течения уже существующих заболеваний или развитию новых состояний, требующих медицинского контроля и коррекции.

Интерес к изучению влияния беременности на сердце и сосуды возник еще в древности. Однако систематическое исследование этой темы началось только в XVIII-XIX веках с развитием медицины как науки. В этот период были описаны многие основные патологии, такие как ревматические поражения клапанов сердца, врожденные пороки развития и артериальные гипертонии.

Ранние упоминания

В древние времена внимание к состоянию здоровья беременных было минимальным, однако уже тогда некоторые медицинские тексты содержали сведения о возможных проблемах с сердцем и сосудами у женщин во время беременности. Например, Гиппократ и Гален упоминали о случаях внезапной смерти среди беременных, хотя точные причины таких событий оставались неизвестны.

Средневековье и эпоха Возрождения

С развитием анатомии и физиологии в эпоху Ренессанса интерес к заболеваниям сердца и сосудов начал расти. В XVI веке Андреас Везалий опубликовал свой труд "De Humani Corporis Fabrica", который стал основой для дальнейшего изучения человеческого тела, включая сердечно-сосудистую систему. Однако непосредственное изучение взаимосвязи между беременностью и патологиями сердца оставалось редким явлением.

XVIII век: Врачи начали активно изучать влияние различных заболеваний на течение беременности. Например, французский врач Франсуа Бюсси описал случаи сердечной недостаточности у беременных, что привело к началу изучения связи между заболеваниями сердца и осложнениями беременности.

В XIX веке начался активный этап исследований, связанных с влиянием беременности на состояние сердечно-сосудистой системы. Французский врач Франсуа Бюсси описал случаи сердечной недостаточности у беременных, что привлекло внимание научного сообщества к этому вопросу. Английский врач Джеймс Маккензи провел важные исследования, посвященные влиянию сердечных заболеваний на исходы родов. Его труды стали основой для классификации сердечных болезней и разработки принципов ведения пациентов с кардиологическими проблемами.

С началом XX века медицина сделала огромный шаг вперед благодаря развитию технологий диагностики и фармакотерапии. Электрокардиография, рентгенография и другие методы позволили врачам точнее диагностировать заболевания сердца и следить за состоянием пациента. Разработка антибиотиков и других лекарственных средств позволила эффективно лечить инфекционные болезни сердца, что значительно улучшило прогнозы для беременных с кардиопатиями.

Кроме того, в середине XX века появились первые специализированные клиники и отделения для беременных женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В них разрабатывались новые подходы к ведению таких пациенток, включая использование антигипертензивных препаратов, антикоагулянтов и других средств для поддержания нормального функционирования сердечно-сосудистой системы.

Современный подход

Сегодня врачи имеют доступ к широкому спектру диагностических инструментов и методов лечения, позволяющих контролировать состояние сердечно-сосудистой системы беременных женщин. Регулярные обследования, включая УЗИ сердца, ЭКГ и лабораторные анализы, помогают выявить возможные проблемы на ранних стадиях и принять соответствующие меры.

Современные протоколы ведения беременных с патологией сердечно-сосудистой системы включают индивидуальный подход к каждой пациентке, учет всех факторов риска и разработку плана лечения, минимизирующего потенциальные угрозы для здоровья матери и ребенка.

1.2 Этиология, патогенез, распространенность

Этиология патологии сердечно-сосудистой системы у беременных включает различные факторы, среди которых можно выделить следующие основные группы:

Врожденные пороки сердца:

Дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП);

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП);

Коарктация аорты;

Стеноз легочного ствола;

Другие врожденные аномалии развития сердца.

Приобретенные заболевания сердца:

Ревматический порок сердца (например, митральный стеноз или аортальный стеноз);

Ишемическая болезнь сердца (ИБС);

Кардиомиопатии (перипартальная кардиомиопатия, дилатационная кардиомиопатия).

Гипертензивные расстройства:

Артериальная гипертензия до беременности;

Гестационная гипертензия;

Преэклампсия/эклампсия.

Нарушения ритма сердца (аритмии):

Фибрилляция предсердий;

Желудочковая тахикардия;

Брадиаритмия.

Тромбоэмболические осложнения:

Тромбоз глубоких вен;

Легочная эмболия.

Инфекционный эндокардит:

Бактериемия с поражением сердечных клапанов.

Гемодинамические изменения, связанные с беременностью:

Увеличение объема циркулирующей крови;

Повышение частоты сердечных сокращений;

Изменения сосудистого сопротивления.

Патогенез заболеваний сердечно-сосудистой системы во время беременности связан с комплексными изменениями, происходящими в организме женщины под влиянием физиологических процессов, связанных с вынашиванием плода. Основные механизмы патогенеза включают:

Увеличение объема плазмы и объема циркулирующей крови. Во время беременности объем циркулирующей плазмы увеличивается примерно на 40-50%, что приводит к увеличению нагрузки на сердце. Это может усугубить существующие проблемы с сердцем, например, при врожденных пороках или кардиомиопатиях.

Повышенная частота сердечных сокращений. Частота сердечных сокращений увеличивается на 15-20 ударов в минуту по мере прогрессирования беременности для обеспечения адекватного кровоснабжения плаценты и плода. Это создает дополнительную нагрузку на миокард.

Изменение сосудистого тонуса. Снижение общего периферического сосудистого сопротивления происходит за счет действия прогестерона и других гормонов беременности. Это ведет к снижению артериального давления, но может усиливать риск ортостатических реакций и гипотензии.

Образование тромбов. Беременность является состоянием гиперкоагуляции, что увеличивает риск тромбообразования, особенно у женщин с существующими заболеваниями сердца или сосудов.

Аутоиммунные процессы. У некоторых женщин беременность может спровоцировать обострение аутоиммунных заболеваний, таких как системная красная волчанка, которая может влиять на работу сердца.

Осложнения гестации. Развитие гестационной гипертензии, преэклампсии или эклампсии связано с нарушением функции эндотелия сосудов, что приводит к спазму сосудов, повышению артериального давления и возможным повреждениям органов-мишеней, включая сердце.

Распространенность различных форм патологии сердечно-сосудистой системы у беременных варьируется в зависимости от региона, возраста матери, наличия сопутствующих заболеваний и социально-экономических условий. В целом, частота встречаемости следующих состояний составляет:

Врожденные пороки сердца: Встречаются у 0,5-1% всех беременных.

Ревматические пороки сердца: До 30% случаев приобретенных пороков сердца связаны с ревматическими поражениями клапанов сердца.

Кардиомиопатии: Перипартальная кардиомиопатия встречается у 1 на 3000-4000 родов.

Артериальная гипертензия: Гестационная гипертензия развивается у 5-10% беременных.

Преэклампсия/эклампсия: Отмечается у 2-8% беременных, чаще всего в третьем триместре.

Тромбоэмболические осложнения: Риск тромбозов глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии возрастает в 5-6 раз во время беременности.

Инфекционный эндокардит: Редкая патология, встречающаяся менее чем у 1% беременных с факторами риска (врожденные или приобретенные пороки, протезированные клапаны).

Факторы, влияющие на распространенность патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) у беременных, можно разделить на несколько категорий:

1 Социально-демографические факторы:

Возраст: Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает с возрастом. Беременные старше 35 лет имеют повышенный риск возникновения артериальной гипертензии, преэклампсии и других осложнений.

Этническая принадлежность: Некоторые этнические группы имеют более высокий риск развития определенных сердечно-сосудистых патологий. Например, афроамериканки чаще сталкиваются с гипертонией и преэклампсией.

Социально-экономический статус: Низкий уровень дохода, образование и доступ к медицинской помощи могут способствовать развитию сердечно-сосудистых проблем.

2 Хронические заболевания:

Гипертоническая болезнь: Женщины с хронической гипертонией до беременности подвержены высокому риску развития серьезных осложнений, таких как преэклампсия.

Диабет: Сахарный диабет увеличивает вероятность развития сердечно-сосудистых нарушений, включая гипертензию и атеросклеротическое поражение сосудов.

Ожирение: Избыточный вес и ожирение являются факторами риска для развития гипертонии, метаболического синдрома и других сердечно-сосудистых расстройств.

Заболевания почек: Хроническое заболевание почек может усугубить течение сердечно-сосудистых болезней во время беременности.

3 Генетические факторы:

Семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертония, инсульт или инфаркт миокарда, повышает риск их развития у беременной.

Наследственные формы кардиомиопатий и других генетически обусловленных патологий сердца могут проявляться во время беременности.

4 Образ жизни:

Курение: Табакокурение значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, включая артериальную гипертензию, тромбоэмболические события и другие проблемы.

Алкоголь: Чрезмерное употребление алкоголя может негативно сказаться на состоянии сердечно-сосудистой системы.

Физическая активность: Недостаточная физическая активность способствует развитию ожирения и связанных с ним сердечно-сосудистых рисков.

5 Медицинские вмешательства:

Применение лекарственных препаратов, которые могут влиять на сердечно-сосудистую систему, например, гормональной контрацепции перед беременностью.

Использование вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), что может увеличить риск развития гипертонических состояний.

6 Стрессовые факторы:

Психоэмоциональный стресс и депрессия могут приводить к повышению артериального давления и другим сердечно-сосудистым проблемам.

Профилактика и управление рисками:

Для снижения вероятности развития сердечно-сосудистых патологи во время беременности необходимо:

Регулярное медицинское наблюдение и контроль за состоянием здоровья до и во время беременности;

Коррекция образа жизни: отказ от курения, умеренное потребление алкоголя, поддержание здорового веса, регулярные физические упражнения;

Контроль хронических заболеваний, таких как сахарный диабет и гипертония;

Своевременное обращение к врачу при появлении симптомов, указывающих на возможные проблемы с сердцем или сосудами.

2 ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1 Классификация

Для классификации патологий сердечно-сосудистой системы у беременных используют модифицированную классификацию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

Группа низкого риска (ВОЗ I). К ней отнесены беременные с неосложнённым или умеренно выраженным стенозом устья ЛА, пролапсом митрального клапана, успешно оперированным дефектом межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытой артериальной перегородкой, аномальным дренажем лёгочных вен, редкими предсердными или желудочковыми экстрасистолами.

Группа низкого или умеренно выраженного риска (ВОЗ II). К ней относят беременных с неоперированным ДМПП или ДМЖП, оперированной тетрадой Фалло, большинством аритмий.

Группа высокого риска (в зависимости от индивидуальных особенностей). В неё входят беременные с умеренным поражением ЛЖ, гипертрофическими кардиомиопатиями, клапанными пороками сердца, не соответствующими ВОЗ I или ВОЗ IV, с дилатацией аорты 40–45 мм, а также с дилатацией аорты 45–50 мм в сочетании с двустворчатым аортальным клапаном, оперированной коарктацией аорты.

Состояния у беременных с высокой оценкой риска (ВОЗ IV), при которых беременность противопоказана. Это все случаи ЛГ, заболевания с ФВ ЛЖ <30%, функциональный класс сердечной недостаточности III–IV, предшествующая перипартальная КМП с резидуальным поражением ЛЖ, выраженные митральный стеноз и стеноз устья аорты с субъективными симптомами, СМ с дилатацией аорты >45 мм, дилатация аорты >50 мм при ДАК, выраженная коарктация аорты.

Также для оценки клинического риска у беременных могут использоваться шкалы риска CARdiac disease in PREGnancy (CARPREG) и Zwangerschap bij Aangeboren HARtAfwijking

2.2 Клиническая картина

Клиническая картина патологий сердечно-сосудистой системы у беременных может включать следующие симптомы и признаки:

Признаки сердечной недостаточности. Небольшая одышка, систолические шумы, расширение яремных вен, тахикардия, отёки, незначительное увеличение сердца на рентгенограмме грудной клетки.

Основные жалобы. Усталость, одышка, одышка при нагрузке, пароксизмальная ночная одышка, ортопноэ, нарастающий отёк, боль в груди или стенокардия.

Результаты физического осмотра. Тахипноэ, тахикардия, гипотония, цианоз, расширение яремных вен, асцит, гепатомегалия, периферический отёк, печеночно-яремный рефлекс, смещение апикального импульса латеральнее среднеключичной линии, ритм галопа.

Также о наличии патологии могут свидетельствовать изменения показателей клинических и биохимических анализов крови и мочи. Например, повышенное количество лейкоцитов может наблюдаться при воспалительных заболеваниях сердца, а также при инфаркте миокарда.

Дисфункция сердца у матери может приводить к нарушениям маточно-плацентарного кровотока и неблагоприятным последствиям для плода.

2.3 Осложнения

Осложнения, которые могут возникнуть у беременной женщины с патологией сердечно-сосудистой системы:

гестоз;

анемия;

обострение ревматизма;

прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности;

самопроизвольный аборт или преждевременные роды;

хроническая гипоксия плода и (или) задержка его внутриутробного развития;

маточно-плацентарная недостаточность;

гибель плода или матери.

Осложнения со стороны плода могут включать задержку развития плода, самопроизвольный выкидыш на ранних сроках, преждевременные роды, развитие гестозов (токсикозов беременности), отслойку плаценты, врождённые пороки развития плода. В особых случаях может происходить антенатальная (внутриматочная) гибель плода.

Также у женщин с патологиями сердечно-сосудистой системы часто бывают отёки и задержка жидкости в организме, что может привести к развитию сердечной недостаточности, вплоть до отёка лёгких.

Гестоз у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы может протекать в сочетанной форме, когда заболевание развивается совместно с другими патологиями, в том числе с сердечно-сосудистыми болезнями.

Осложнения гестоза для беременной с патологией сердечно-сосудистой системы:

нарушение коронарного кровотока, приводящее к дисфункции миокарда и развитию ишемической миокардиопатии;

нарушение кровотока по почечным сосудам, приводящее к почечной недостаточности;

спазм сосудов головного мозга, приводящий к снижению мозгового кровообращения, что проявляется неврологическими расстройствами и судорожными припадками;

сужение маточных артерий, которое чревато нарушением маточно-плацентарного кровообращения и хронической гипоксией, задержкой развития плода.

Анемия у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы может иметь специфические особенности. Состояние сердечно-сосудистой системы при анемии быстро ухудшается. Для сердца кислородное голодание из-за недостаточно насыщенной крови означает повышенную работу — ему приходится сокращаться чаще. Поэтому могут проявляться аритмии, сильное сердцебиение, скачки артериального давления и сердечная недостаточность.

Обострение ревматизма у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы может быть связано с изменением иммунных процессов в организме беременной, характерным для I триместра. Это может спровоцировать обострение ревматизма с декомпенсацией сердечной деятельности. Критическими для возобновления патологического процесса также считаются 26–32 неделя беременности и период после родов.

Прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы может проявляться в ухудшении состояния, появлении одышки в состоянии покоя, нарастании отёков, аритмиях.

Причины прогрессирования связаны с повышенной нагрузкой на сердце во время беременности, которая связана с увеличенным сердечным выбросом, учащением сердечных сокращений, повышенным объёмом циркулирующей крови

Самопроизвольный аборт или преждевременные роды у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы могут быть связаны с аномалиями строения сердца.  В среднем преждевременные роды в сроки до 34 недель гестации у женщин с пороками сердца встречаются в среднем в 16% случаев. Основную роль в этом играет развитие фетоплацентарной недостаточности.

Некоторые причины хронической гипоксии:

артериальная гипертония и другие тяжёлые патологии сердечно-сосудистой системы;

преждевременная отслойка плаценты;

сдавление (обвитие) пуповиной;

патологии инфекционного характера;

анемия (малокровие);

многоплодная беременность.

Задержка внутриутробного развития плода при хронической гипоксии может привести к появлению отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы, значительному ослаблению иммунитета.

Маточно-плацентарная недостаточность (ФПН) у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы — это симптомокомплекс, при котором возникают различные нарушения как со стороны плаценты, так и со стороны плода.

Некоторые причины ФПН, связанные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

пороки сердца;

недостаточность кровообращения;

артериальная гипертензия и гипотензия

Гибель плода или матери у беременной с патологией сердечно-сосудистой системы — возможное осложнение, которое зависит от стадии болезни, возраста женщины и сопутствующих диагнозов.

Некоторые причины гибели плода:

ДВС-синдром. При нём нарушается свёртывание крови: в сосудах образуются тромбы, эритроциты распадаются. Отсутствие своевременной помощи может стать причиной гибели матери и плода.

Антенатальная (внутриматочная) гибель плода. В особых случаях она может происходить у женщин с 3-й степенью риска беременности и родов, когда у большинства женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы возникают осложнения беременности (более 50%), редко рождаются доношенные дети и высока внутриутробная гибель плода.

Некоторые причины гибели матери:

Преэклампсия. Отсутствие своевременной помощи может стать причиной материнской смертности, особенно если состояние осложняется полиорганной недостаточностью или ДВС-синдромом

2.4 Участие медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при оказании сестринской помощи при уходе за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы

В процессе вынашивания, сохранения беременности и последующего родоразрешения пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями высока роль медицинской сестры, которая разделяет ответственность за благополучный исход беременности. Основная ее задача заключается в своевременной оценке изменений состояния больной и сведении к минимуму риска осложнений.

Особое внимание следует уделять жалобам пациенток, появлению одышки, изменению окраски кожных покровов, что говорит о декомпенсации состояния и требует неотложных мероприятий. Поэтому важными элементами ухода являются оценка общего состояния, термометрия, контроль АД, пульса, контроль диуреза для выявления скрытых отеков у беременной и строгое выполнение врачебных назначений.

Медицинская сестра должна уметь предусмотреть и предотвратить осложнения, реагировать даже на незначительные жалобы и своевременно ставить врача в известность о любых изменениях в состоянии пациентки. Также важна психологическая поддержка. Беседы, проводимые медицинской сестрой, позволяют настроить пациенток на те действия, которые будут проводиться при подготовке их к предстоящим родам или операции кесарево сечение, что способствует благоприятному исходу беременности. Применение в повседневной практике комплекса мероприятий по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, выполнение процедур по уходу, выбор рациональной тактики родоразрешения положительно сказывается на качественных показателях обслуживания пациенток и позволяет избежать послеродовых осложнений.

Врач на общем приеме не может уделить каждому пациенту достаточного времени, чтобы в полном объеме рассказать о заболевании, профилактике осложнений и многих других вопросах, которые касаются патологии сердечно-сосудистой системы у беременной. В основном вышеуказанные проблемы помогает решать медицинская сестра кардиологического отделения.

Диагностика включает в себя:

Сбор жалоб, учитываются боли в области сердца, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение, обмороки, цианоз, отёки.

Анамнез, изучаются особенности течения заболевания при предыдущей беременности.

Физикальное обследование, выслушиваются патологические шумы в сердце, хрипы в лёгких, выбухание и пульсация шейных вен.

Лабораторные исследования, например, определение концентрации калия и натрия в сыворотке крови, коагулограмма.  Инструментальные исследования, к ним относятся эхокардиография (ЭхоКГ) и электрокардиография (ЭКГ).  ЭхоКГ позволяет исследовать состояние клапанного аппарата, оценить толщину сердечных стенок и объём полостей, выполнить фазовый анализ и оценку сократимости. ЭКГ применяют для скрининга нарушений частоты и регулярности сердечного ритма, изменений проводимости, выявления возможных острых и хронических повреждений миокарда.

Беременные с патологией сердечно-сосудистой системы должны быть обследованы не менее трёх раз:

Первый этап — в сроке 8–10 недель беременности. Цель — уточнить диагноз и решить вопрос о возможности пролонгирования беременности.

Второй этап — в сроке 28–30 недель беременности. Задача — оценить состояние сердечно-сосудистой системы в период максимальных физиологических нагрузок.

Третий этап — в сроке 36–38 недель. Цель — подготовить и выбрать метод родоразрешения.

Участие медсестры в обследовании беременной с патологией сердечно-сосудистой системы включает:

Взятие крови, мазков, мочи на анализы. Также медсестра проводит серологические исследования и пробы на туберкулёз.

Помощь в диагностике. Обследование кардиологической больной во время беременности обязательно включает изучение жалоб и анамнеза болезни, ЭКГ в 6 стандартных и 6 грудных отведениях, трансторакальную двухмерную эхокардиографию. По специальным показаниям согласно рекомендациям кардиолога могут также быть проведены холтеровское мониторирование ЭКГ, трансезофагальная эхокардиография, допплерэхокардиография, рентгенография органов грудной клетки, чрескожная оксиметрия.

Кроме того, посещая женщину на дому, медсестра может оценить условия жизни, семейные проблемы, побеседовать с родственниками и убедить их способствовать тому, чтобы женщина посещала консультацию.

В условиях беременности, когда организм претерпевает значительные изменения, медсестра должна обладать глубокими знаниями о физиологических особенностях и возможных осложнениях.

Во-первых, медсестра проводит всесторонний мониторинг состояния женщины, включая контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений и анализа лабораторных показателей. Она также обучает беременную правильному ведению образа жизни и плану питания, что особенно важно при наличии таких заболеваний, как гипертония или сердечная недостаточность.

Во-вторых, медсестра играет важную роль в психоэмоциональной поддержке. Снижение уровня тревожности и стресса у беременной позволяет предотвратить негативные последствия для ее здоровья и здоровья будущего ребенка.

Наконец, сотрудничество с врачами и другими членами медицинской команды обеспечивает комплексный подход к лечению и наблюдению. Подготовка медсестры к работе с патологиями сердечно-сосудистой системы у беременных становится залогом успешного исхода и высокого качества медицинской помощи.

Кроме того, медсестра должна быть способна оценивать и интерпретировать результаты исследований, таких как ЭКГ и эхокардиография, для выявления возможных нарушений в работе сердца. Проведя анализ данных, она может своевременно информировать врача о наличии отклонений, что позволит начать корректирующее лечение на ранних стадиях. Это особенно важно в условиях беременности, когда пренебрежение симптомами может привести к серьезным последствиям.

Также медсестра должна умело использовать навыки общения и взаимодействия с пациентками. Установление доверительных отношений с беременной женщиной способствует открытости в обсуждении ее состояния и возможных беспокойств. Поддержание постоянного диалога о здоровье позволяет своевременно выявлять изменения в самочувствии и оказывать необходимую помощь.

Не менее важным аспектом работы медсестры является подготовка беременной к родам. Она обеспечивает информирование о возможных рисках и способах их минимизации, что снижает уровень страха и повышает уверенность в себе у будущей матери. Эффективная коммуникация и поддержка медсестры на всех этапах беременности играют важную роль в обеспечении благополучия как матери, так и ребенка.

Кроме того, медсестра должна быть способна оценивать и интерпретировать результаты исследований, таких как ЭКГ и эхокардиография, для выявления возможных нарушений в работе сердца. Проведя анализ данных, она может своевременно информировать врача о наличии отклонений, что позволит начать корректирующее лечение на ранних стадиях. Это особенно важно в условиях беременности, когда пренебрежение симптомами может привести к серьезным последствиям.

Также медсестра должна умело использовать навыки общения и взаимодействия с пациентками. Установление доверительных отношений с беременной женщиной способствует открытости в обсуждении ее состояния и возможных беспокойств. Поддержание постоянного диалога о здоровье позволяет своевременно выявлять изменения в самочувствии и оказывать необходимую помощь.

Не менее важным аспектом работы медсестры является подготовка беременной к родам. Она обеспечивает информирование о возможных рисках и способах их минимизации, что снижает уровень страха и повышает уверенность в себе у будущей матери. Эффективная коммуникация и поддержка медсестры на всех этапах беременности играют важную роль в обеспечении благополучия как матери, так и ребенка.

Медсестра должна внимательно выслушать пациента и обратить внимание на наличие усталости, одышки, в том числе при нагрузке, пароксизмальную ночную одышку,  ортопноэ, нарастающий отёк  боль в груди или стенокардия.

Также медсестра может уточнить, есть ли у пациентки приступы тошноты, рвота, склонность к обморокам, носовые кровотечения, кровохарканье, пульсация сосудов верхней половины тела.

Также медицинская сестра должна провести беседу с родственниками пациента: предоставить им информацию о его заболевании, возможных осложнениях и их профилактике, обучить их уходу за пациентом, оказанию помощи и поддержки.

2.5 Сестринский уход при аденоме предстательной железы

Сестринский уход за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы :

1 Мониторинг состояния:

- Регулярное измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений и насыщения кислородом.

- Контроль за отеками и оценка изменения массы тела.

2 Обеспечение покоя:

- Создание комфортной обстановки, ограничение физической активности и стресса.

- Рекомендации по полноценному отдыху и соблюдению режима дня.

3 Питание:

- Консультация с диетологом для назначения сбалансированного рациона, учитывающего потребности женщины и плода.

- Ограничение соли и контроль потребления жидкости при наличии отеков или высоком давлении.

4 Обучение самонаблюдению:

- Обучение матери навыкам контроля уровня давления, отслеживания симптомов и ведения дневника самочувствия.

- Понимание признаков ухудшения состояния и необходимость обращения за медицинской помощью.

5 Психологическая поддержка:

- Предоставление эмоциональной поддержки, помощь в преодолении страхов и тревог, связанных с беременностью и состоянием здоровья.

- При необходимости - консультации с психологом или психотерапевтом.

6 Защита плода:

- Контроль за состоянием плода с помощью УЗИ и других методов мониторинга, если это необходимо.

- Обсуждение рациона и повседневного режима для снижения рисков для плода.

7 Поддержка медикаментозного лечения:

- Обеспечение правильного применения назначенных лекарств, контроль за дозировкой и графиком приема.

- Информирование врача о любых побочных эффектах или ухудшении состояния.

8 Обучение о признаках обострения:

- Объяснение, когда обращаться за медицинской помощью: при возникновении сильной одышки, грудной боли, головной боли, нарушений зрения, сильных отеков или других настораживающих симптомов.

3 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

3.1 Выводы

При изучении общих сведений об патологии сердечно-сосудистой системы у беременной даны точные определения, историческая справка, этиология, патогенез и распространенность.

Патология сердечно-сосудистой системы у беременных остается на высоком уровне, следовательно, тема исследования остается актуальной, так как обусловлена рядом факторов:

Во-первых, изменение образа жизни и увеличение числа женщин, откладывающих беременность на более поздний срок, приводит к тому, что в группу риска попадают женщины с уже существующими кардиологическими заболеваниями. Это создает дополнительные сложности как для самого процесса беременности, так и для последующего материнства.

Во-вторых, гормональные изменения, происходящие в организме беременной женщины, могут усугубить состояние сердечно-сосудистой системы. Увеличение объема крови, изменение сосудистого тонуса и повышение нагрузки на сердце создают предрасположенность к различным осложнениям. Эти факторы требуют внимательного мониторинга и, при необходимости, медицинского вмешательства.

Наконец, не стоит забывать о значении превентивных мер и своевременной диагностики. Образовательные программы для женщин, планирующих беременность, включение регулярных обследований и консультаций с кардиологами могут существенно снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в период беременности. Подобные инициативы должны стать неотъемлемой частью системы здравоохранения, чтобы обеспечить безопасность и здоровье как матери, так и ребенка.

Рассмотрев этиологию и предрасполагающие факторы возникновения данного заболевания, выявила, что заболевание возникает не при единственной причине, а при совокупности нескольких причин.

Основными методами диагностики являются: электрокардиография, ультразвуковая диагностика, допплерография, лабораторные исследования.

Манипуляции, выполняемые медсестрой при подготовке пациента к исследованиям, выполнении диагностических и лечебных мероприятий, при уходе за беременной с патологий сердечно-сосудистой системы приведены в соответствии с алгоритмами.

В процессе написания я:

Углубила и систематизировала знания по теме: «Сестринский уход за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы».

Изучила роль медицинской сестры в уходе, лечебных и диагностических мероприятиях при уходе за беременной с патологией сердечно-сосудистой системы .

Таким образом, поставленные цели достигнуты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Алексеев, А. М. О демографической ситуации в России [Текст] / А. М. Алексеев М.: Изд-во Московского независимого института международного права, 2019 –8–9 с.

2 Гуркин, Ю. А. Репродуктивные проблемы девушек – подростков [Текст] / Ю. А. Гуркин // Лечащий врач. – 2021. № 12. – С. 24–28.

3 Киселева, Е. Е. Социологические исследования социальной обусловленности репродуктивного здоровья современной женщины [Текст] // Молодой ученый. – 2019. – № 16. – С. 382–384.

4 Карр Б. Руководство по репродуктивной медицине [Текст] / Б.Карр, Р. Блепуэлл, Р. Азиз. Пер. с англ. Под общей редакцией д. м.н., проф. И. В. Кузнецовой. – М.: Практика, 2020. – 832 с.

5 Красненков, В.Л., Кановалов О.Е. Общественное здоровье и здравоохранение (Курс лекций) [Текст]. – М., 2022. – 544 с.

6 Линева О.И., Двойников С. И., Гаврилова Т. А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: Руководство для студентов фак. высш. сестрин.образования мед. вузов, студентов мед. колледжей и уч-щ, мед.сестер – руководителей ЛПУ [Текст] /О.И. Линева, С. И. Двойников, Т. А. Гаврилова; МЗ Рос. Федерации. – М., 2019. – 414 с.

7 Назарова С. К., Хасанова М. И., Абдупаттаева К. О., Миркаримова М. Б. Роль медицинских сестёр первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения [Текст] // Молодой ученый. – 2023. – № 5. – С. 151–153.

8 Радзинский В. Е. Репродуктивное здоровье [Текст] / В. Е. Радзинский. – М.: РУДН, 2020. – 728 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ А

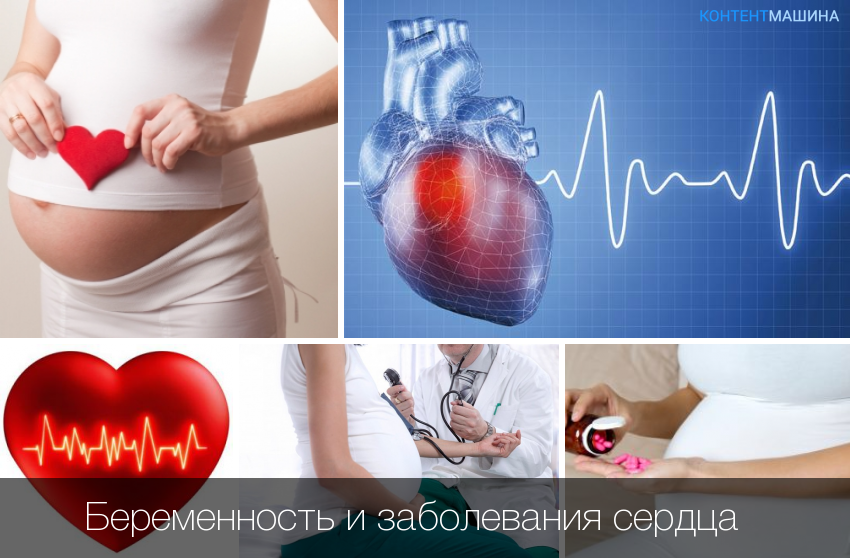


Рисунок А1-Беременность и заболевания сердца

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

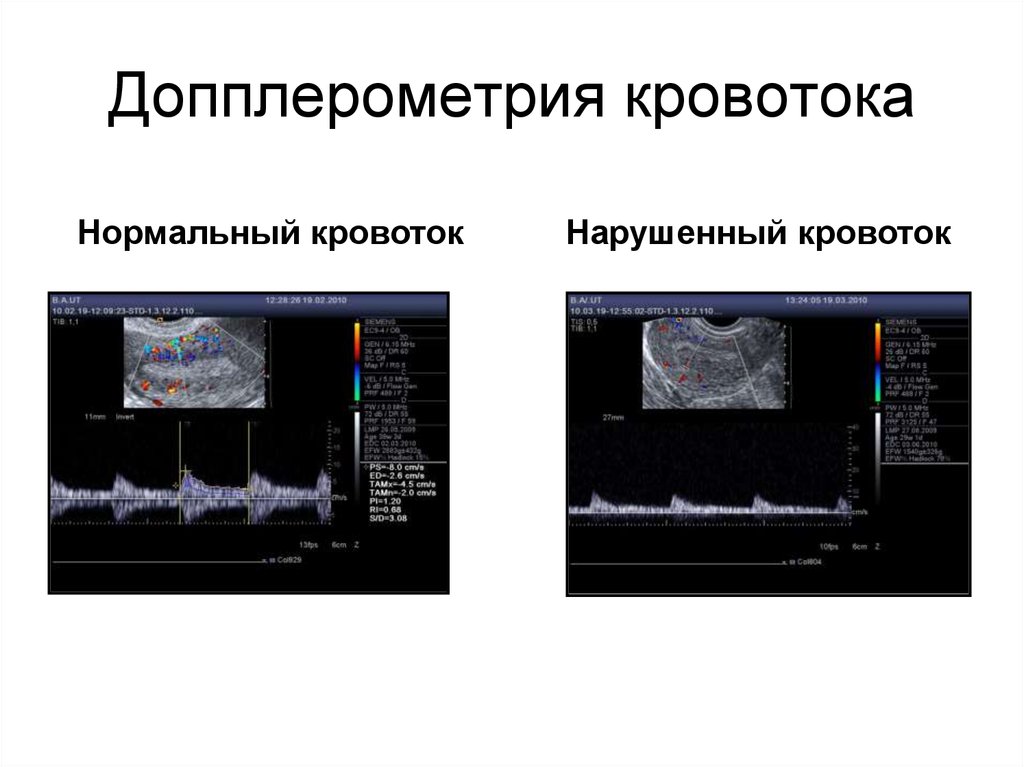


Рисунок Б1-Допплерометрия кровотока