

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:

на засіданні кафедри

акушерства і гінекології №2

протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ І ГІНЕКОЛОГІЇ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	HELLP-синдром. Невідкладна допомога (Код курсу 1.3)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години

I. Актуальність теми

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreekлампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності. В Україні цю патологію називають також пізнім гестозом.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених; пізнім гестозом, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, що визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема пreekлампсії, істотно переглянуто.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття курсант повинен знати:

1. Термінологію, класифікацію пreekлампсії.
2. Етіологію, патогенез пreekлампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreekлампсії.
4. Клініку пreekлампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
5. Ускладнення пreekлампсії.
6. Методи діагностики пreekлампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості пreekлампсії.
8. Методи лікування різних форм пreekлампсії.
9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості пreekлампсії.
10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при HELLP-синдромі.
11. Методи профілактики HELLP-синдрому.

Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику пreekлампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості пreekлампсії.
4. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику пreekлампсії, включаючи HELLP-синдром
5. Призначати лікування вагітним з пізніми гестозами тяжкого ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
6. Складати план розродження вагітної з HELLP-синдромом.
7. Проводити профілактику розвитку HELLP-синдрому.
8. Проводити медичну реабілітацію жінок, які перенесли HELLP-синдром.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з HELLP-синдром.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Терапія	Особливості ведення вагітності з пізніми гестозами.	
2. Патологічна фізіологія	Вплив пізніх гестозів на вагітність та їх наслідки.	Визначати ступінь ризику пізніх гестозів.
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку патологічних процесів у новонародженого, внаслідок наявності пізніх гестозів у вагітної.	Давати оцінку динаміці розвитку патологічних процесів у новонародженого, які пов'язані з впливом пізніх гестозів під час вагітності.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки пізніх гестозів у новонародженого.	

V. Зміст теми семінарського заняття

HELLP-СИНДРОМ

HELLP-синдром (Hemolysis— мікроангіопатична гемолітична анемія, Elevation of Liver enzymes — підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові, Low Platelet count — зіпкнення рівня тромбоцитів) варто розглядати як тяжку клінічну форму ускладнення вагітності. Зазначену тріаду симптомів можна спостерігати і у разі інших тяжких ускладнень вагітності (пreekлампсія, септичний шок, емболія навколоплідними водами та ін.).

Частіше HELLP-синдром виникає у III триместрі вагітності, або у післяпологовий період. Клінічній перебіг непрогнозований. Найчастішими клінічними симптомами є блювання (86 %), біль у правому підребер'ї або

надчерев'ї (88 %), виражені набряки (71 %). їх можна розділити на специфічні, неспецифічні та характерні (табл. 1).

Таблиця 1.

Симптоми	Прояви
Специфічні	Гемоліз Збільшення рівня печінкових ферментів Тромбоцитопенія
Неспецифічні	Нездужання Головний біль Стомлюваність Нудота, блювання Біль у животі, правому підребер'ї
Характерні	Блювання з домішкою крові Жовтяниця Судоми Крововиливи в місцях ін'єкцій Печінкова недостатність, що наростає, та кома.

Лабораторні діагностичні ознаки HELLP-синдрому:

- підвищення активності амінотрансфераз АсАТ>200 ОД/л, АлАТ>70 ОД/л; ЛДГ>600 ОД/л;
- тромбоцитопенія — $<100 \times 10^9$ /л;
- зниження рівня антитромбіну III нижче 70 %;
- внутрішньосудинний гемоліз і підвищення концентрації білірубіну;
- збільшення протромбінового часу та активованого часткового тромбінового часу (АЧТЧ);
- зниження концентрації фібриногену.

Диференційна діагностика HELLP-синдрому

Диференційну діагностику HELLP-синдрому проводять з тяжкою формою прееклампсії, ДВЗ-синдромом, гострою жировою дистрофією печінки, тромботичною тромбоцитопенічною пурпурою (ТТП), гемолітикоуремічним синдромом (ГУС),

Ускладнення HELLP-синдрому:

- ДВЗ-синдром;
- повне передчасне відшарування плаценти;
- ниркова недостатність;
- набряк легень;

- відшарування сітківки;
- гостра жирова дистрофія печінки;
- поліорганна недостатність.

Акушерська тактика при HELLP-синдромі

Патогенетичним метод лікування HELLP-синдрому є переривання вагітності протягом 24 год, незалежно від її терміну. За можливості проведення пологів через природні пологові шляхи накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода на тлі адекватного знеболення. Якщо акушерська ситуація не дає змоги негайно здійснити розродження через природні пологові шляхи, виконують кесрів розтин.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при HELLP-синдромі

1. Госпіталізація в палату інтенсивної терапії з подальшим швидким розродженням.
2. Тнфузійна терапія (свіжозаморожена плазма внутрішньовенно 20 мл/кг/добу, тромбоконтрат, гідроксіетил крохмаль 6 або 10 % розчин внутрішньовенно, кристалоїди).
3. Індивідуально орієнтована антигіпертензивна терапія (зокрема контрольована антигіпертензивна терапія).
4. Плазмаферез із заміщенням свіжозамороженою плазмою (бажано дорозродження).
5. Антибактеріальна терапія з урахуванням нефротоксичності препаратів.
6. Терапія коагулопатії (НовоСевен 90 мкг/кг).
7. Реокорекція (антикоагулянти і дезагреганти, фраксипарин, трентал).
8. Гепатостабілізуюча терапія — великі дози глюкокортикостероїдів (преднізолон 500—1000 мг/добу).
9. Гепатопротектори, антиоксиданти, мембраностабілізатори (есенціале, глюкоза, вітаміни С, Е, флакозид, конфлавін, ісверцитин).
10. Інгібітори протеаз (контрикал, гордокс, трасилол).
11. Магnezійна терапія. Необхідні консультації терапевта, нефролога, гематолога, невропатолога.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Організаційні заходи.	Навчально-методичне	5 хв.

2.	Визначення актуальності теми.	обґрунтування теми та цілей заняття.	
3.	Визначення навчальних цілей.		
4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
	Основний етап		75 хв.
2.	Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Визначення HELLP-синдрому 2. Лабораторні діагностичні ознаки HELLP-синдрому 3. Ускладнення HELLP-синдрому 4. Диференційна діагностика HELLP-синдрому 5. Акушерська тактика при HELLP-синдромі 6. Алгоритм надання невідкладної допомоги при HELLP-синдромі	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	
	Заключний етап		10 хв.
1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття: навчальна кімната, відділення патології вагітних, відділення інтенсивної терапії.

Оснащення: таблиці, слайди, дані лабораторних досліджень, історії хвороби вагітних з пізніми гестозами.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
Воскресенский СЛ. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб. пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
2. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции. Пер. с англ. под ред. А.Гриноу, Дж. Осборна, Ш.Сазерленд. М: Медицина,2000.- 288 с.
3. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
4. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
5. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.
6. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
7. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.

Питання

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пре еклампсія», HELLP-синдром?
2. Яка класифікація прееклампсії?
3. Як основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії, HELLP-синдрому?
4. Які фактори ризику щодо виникнення пре еклампсії, HELLP-синдрому?
5. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
6. Які методи діагностики HELLP-синдрому?
7. Які методи оцінки ступеня тяжкості пре еклампсії?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування HELLP-синдрому?
9. Яка тактика лікаря і методи лікування HELLP-синдрому в післяпологовому періоді?
10. Яка клініка і діагностика HELLP-синдром?
11. Яка акушерська тактика і лікування HELLP-синдрому?
12. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?
13. Які методи профілактики HELLP-синдрому?

Тестові завдання

1. На черговому огляді у терапевта жіночої консультації у вагітної К. в 30 тижнів вагітності, виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. АТ 170/100 мм рт.ст., генералізовані набряки. В аналізі сечі тиждень тому визначався білок в сечі 3 г/л, гіалінові циліндри.

Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Еклампсія*
- B. Епілепсія
- C. Гіпертензія вагітних
- D. Прееклампсія.

2. На прийомі в жіночій консультації вагітна 37 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці сонячного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск 170/110 мм. рт. ст., набряки нижніх кінцівок.

Яку першу невідкладну допомогу слід надати у жіночій консультації?

- A. Введення магнію сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару*
- B. Введення анальгіну 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського стаціонару
- C. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару
- D. Госпіталізація до акушерського стаціонару.

Ситуаційні задачі:

1. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст. протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода.

Який діагноз, план обстеження та лікування?

Прееклампсія тяжкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

2. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв..

Встановити діагноз . Яка тактика ведення вагітності ?

Еклампсія. Провести розродження методом кесарського розтину.

**Методичну розробку семінарського заняття підготував ас. кафедри
акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.
5.01.2017**

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____201__р.**