

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»  
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Прееклампсія: етіологія, патогенез, діагностика.</b> (код курсу 10.10)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreeклампсія) 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 пreeклампсії, істотно переглянуто.

## II. Навчальні цілі лекції

*Донести до інтернів наступні знання:*

1. Термінологію, класифікацію пreeклампсії.
2. Етіологію, патогенез пreeклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
4. Клініку пreeклампсії різного ступеня тяжкості.
5. Ускладнення пreeклампсії.
6. Методи діагностики пreeклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості пreeклампсії.

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з пreeклампсією.

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

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування механізмів імунологічного захисту організму в процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдрому. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, жирового, білкового обмінів, кислотного-лужного стану.	Вимірювати артеріальний тиск.  Давати оцінку даним клініко-лабораторного дослідження.

<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку гіпотрофії плода та синдрому СДР новонародженого.	Давати оцінку динаміці розвитку гіпотрофії і гіпоксії плода та асфіксії новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки прееклампсії для немовлят.	

## У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<b>Підготовчий етап</b> Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Викладення лекційного матеріалу за планом:  1. Сутність прееклампсії. 2. Етіологія прееклампсії. 3. Класифікація прееклампсії. 4. Характеристика патогенетичних основ прееклампсії . 5. Фактори ризику виникнення прееклампсії 6. Діагностика прееклампсії. 7. Профілактика прееклампсії.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<b>Заключний етап</b> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури  ЗАПИТАННЯ	10 хв.

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### Етіопатогенез прееклампсії

Нараховується близько 30 різноманітних теорій. Серед причин прееклампсії, особливо тяжких форм, провідне місце належить екстрагенітальній патології, аутоімунним порушенням; ендокринним захворюванням. Велика кількість різних теорій патогенезу прееклампсії говорить про те, що жодна із них не описує його повністю.

Важлива роль у походженні прееклампсії належить:

- 1) недостатності спіральних артеріол матки, яка спричиняє порушення плацентарного кровообігу;
- 2) дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.

*Зміни в органах, характерні для прееклампсії:*

1. В серцево-судинній системі: генералізований вазоспазм, підвищення периферичного опору судин, гіповолемія.
2. Гематологічні зміни: активація тромбоцитів, що супроводжується коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в'язкості крові, гемоконцентрація.
3. В нирках: протеїнурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, зниження екскреції сечової кислоти.
4. В печінці: перипортальні некрози, субкапсулярна гематома.
5. В ЦНС: набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

Існує важка клінічна форма гестозу - HELLP-синдром (**H**emolysis-мікроангіопатична гемолітична анемія, **E**levation of **L**iver enzymes - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові, **L**ow **P**latelet count - зниження рівня тромбоцитів). Патолофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм призводить до порушення кровотоку в печінці і розтягнення глисонової капсули (болі у верхній ділянці живота). Гепатоцелюлярний некроз обумовлює підвищення трансаміназ.

Тромбоцитопенія і гемоліз виникають внаслідок пошкодження ендотелію в змінених судинах. Якщо це порочне коло, що складається з пошкодження ендотелію та внутрішньосудинної активації системи зсідання, не переривається, то протягом декількох годин розвивається ДВЗ-синдром із смертельною кровотечею.

### Фактори ризику розвинення прееклампсії

1. Екстрагенітальна патологія: захворювання нирок, печінки, гіпертонічна хвороба, хронічні захворювання легенів та бронхів, вади серця, цукровий діабет, ожиріння та інші прояви ендокринопатії.
2. Акушерсько-гінекологічні фактори ризику:
  - наявність гіпертонічних розладів у спадковому анамнезі;
  - наявність прееклампсії при попередній вагітності;
  - вік вагітної (менше 19, більше 30 років);
  - багатоводдя, багатопліддя;
  - анемія вагітної;
  - ізосенсибілізація за R<sub>p</sub>-фактором та АВО-системою;
3. Соціально-побутові чинники:
  - шкідливі звички;
  - професійні шкідливості;
  - незбалансоване харчування.

Знання чинників ризику розвинення преєклампсії та їх виявлення дозволить своєчасно формувати групи ризику щодо виникнення преєклампсії.

### Клінічні прояви

Класична тріада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертонія), описана у 1913 році німецьким акушером Цангемейстром.

Головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та правому підребер'ї є клінічними проявами тяжких форм преєклампсії.

### Діагностика

Діагноз преєклампсії є правомірним у термін більше 20 тижнів гестації за наявності АТ більше 140/90 мм рт. ст. або у разі підвищення діастолічного АТ на 15% від вихідного в I триместрі вагітності з наявністю протеїнурії (білок у добовій сечі більше 0,3 г/л) і генералізованих набряків (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць).

Діагноз "преєклампсія" встановлюють за наявності гіпертензій у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак.

На даний час розрізняють "чисті" і "поєднані" форми ПГВ. Поєднаний гестоз розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань.

Для поєднаних форм пізніх гестозів ставлять діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають фразу "на тлі" якоїсь екстрагенітальної патології.

Як критерій тяжкості гіпертензії у вагітних, показання до початку антигіпертензивного лікування та оцінки його ефективності використовують тільки значення діастолічного АТ. Для визначення останнього слід враховувати V тон Короткова (а не IV, як раніше).

Таблиця 1. Діагностичні критерії тяжкості преєклампсії/еклампсії.

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка преєклампсія	90-99	<0,3	—
Преєклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка преєклампсія	>110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї

**Примітка.** Наявність у вагітної хоча б одного з критеріїв більш тяжкої преєклампсії є підставою для відповідного діагнозу.

Таблиця 2. Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії

Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5-8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75-120	> 120 або олігурія
Тромбоцити, $\cdot 10^9$ /л	> 150	80-150	< 80

З метою моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку прееклампсії необхідно проводити скринінгові тести (контроль маси тіла, контроль АД, дослідження кількості тромбоцитів, дослідження сечі на вміст білка, бактеріоскопічне дослідження сечі) 1 раз на 3 тижні в першій половині вагітності і 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня вагітності.

### **Лікування прееклампсії**

Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії.

#### **Легка прееклампсія**

У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої прееклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку прееклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

Проводять *лабораторне обстеження*: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість коагулограма, АЛТ і АСТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості). Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

**Показання для госпіталізації'**: поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середньої тяжкості; порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої прееклампсії тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть згідно акушерської ситуації.

#### **Прееклампсія середньої тяжкості**

Планова госпіталізація вагітної до стаціонару

Первинне *лабораторне обстеження*: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, група крові та резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

*Охоронний режим* - напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

*Раціональне харчування*: їжа з підвищеним вмістом білків, **без обмеження солі та води**, вживання продуктів, які не викликають спраги.

Дослідження проводять із встановленою кратністю **динамічного спостереження показників**:

- контроль АТ - кожні 6 годин першої доби, надалі - двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі - щодоби;
- добова протеїнурія - щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АЛТ і АСТ, креатинін, сечовина - кожні три дні;
- щоденний моніторинг стану плода

При прогресуванні прееклампсії розпочинають підготовку до розродження:

*Розродження.*

Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів та станом плода. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

*Перехід* до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої преєклампсії здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:

- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100 10<sup>9</sup>/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АлТ та АсТ.

### **Тяжка преєклампсія**

Вагітну госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.

Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ - центральну вену, для контролю погодинного діурезу -сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.

*Первинне лабораторне обстеження:* загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлТ та АсТ; група крові та резус-фактор (за відсутності); загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін та його фракції, електроліти.

*Ретельне динамічне спостереження:*

- контроль АТ - щогодини;
- аналіз сечі - кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фалей);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми - щодоби;
- моніторинг стану плода

### **Преєклампсія у післяпологовому періоді**

- Призначають охоронний режим, контроль АТ, збалансоване харчування.
- *Лабораторне обстеження:* загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів) та сечі, біохімічне дослідження крові (АлТ та АсТ, білірубін, креатинін, сечовина, загальний білок), коагулограма.

### **Еклампсія**

Про високий ризик розвитку еклампсії свідчать: сильний головний біль, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт.ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підребер'ї та/або епігастральній ділянці.

## **VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції**

### ***Питання***

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пре еклампсія», HELLP-синдром?
2. Яка класифікація прееклампсії?
3. Як основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії?
4. Які фактори ризику щодо виникнення пре еклампсії?
5. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості?
6. Які методи оцінки ступеня тяжкості пре еклампсії?
7. Яка клініка і діагностика прееклампсії?
8. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію / еклампсію після виписування із стаціонару?

### ***Завдання для самостійної роботи по темі лекції***

1. Виявити і оцінити фактори ризику розвитку пізніх гестозів при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Провести аналіз скарг вагітної та встановити попередній діагноз.
3. Скласти план обстеження вагітної з підозрою на прееклампсію.
4. Провести обстеження вагітних загальними методами (вимірювання АД, виявлення набряків)
5. Провести аналіз даних, отриманих при обстеженні вагітної, та лабораторних даних, встановити діагноз пізнього гестозу.
6. Оцінити ступінь тяжкості прееклампсії .
7. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при прееклампсії.

### ***Тестові завдання***

1

Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі

в нормі. Набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Діагноз?

- A** Гіпертонічна хвороба
- B** Прееклампсія легкого ступеню
- C** Прееклампсія середнього ступеню
- D** Епілепсія
- E** Астено-невротичний синдром

2

Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, пульс 120 за 1 хв, АТ 200/140 мм рт. ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня. Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см. Положення плода поздовжнє. Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

- A** Прееклампсія на фоні гіпертонічної хвороби.
- B** Гіпертонічний криз.
- C** Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.
- D** Приступ еклампсії.
- E** Прееклампсія легкого ступеня.

3

Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль в



епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, пульс

120/хв, АТ 200/140 мм рт.ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня.

Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см. Положення плода поздовжнє. Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

**A** Поєднаний гестоз.

**B** Гіпертонічний криз.

**C** Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.

**D** Приступ еклампсії.

**E** Прееклампсія легкого ступеня.

4

Вагітна у терміні 37 тиж. скаржиться на погіршення зіру, біль у епігастральній ділянці.

Об'єктивно: АТ 150/100 мм рт.ст; 140/90 мм рт.ст., пульс 82/хв. Набряки кінцівок, передньої черевної стінки. Аналіз крові клінічний – норма, в сечі – білок 0,3 г/л, лейкоцити 1-2 в п/зр., цукор 0,002/л, циліндри – гіалінові – 3-5 в полі зору. Який вірогідний діагноз?

**A** Прееклампсія.

**B** Апендицит.

**C** Панкреатит.

**D** Нефрит.

**E** Гостре респіраторне захворювання.

5

Вагітна 32 років, 35-36 тижнів гестації, доставлена швидкою допомогою зі скаргами на біль в животі, кров'янисті скудні виділення з статевих шляхів, бліда, набряки гомілок та рук, білок сечі – 0,9 г/л, пульс – 90/хв., АТ- 150/100 мм рт.ст., 160/110 мм.рт.ст., серцебиття плоду 100-110/хв., при УЗД – відшарування 1/3 плаценти. Яка патологія призвела до відшарування плаценти?

**A** Прееклампсія.

**B** Артеріальна гіпертензія.

**C** Передчасні пологи.

**D** Гломерулонефрит.

**E** Набряки вагітних.

6

Вагітна 23 років, в строці 30 тижнів, скаржиться на набряки, підвищення АТ до 190/120 мм рт ст, головний біль. У загальному аналізі мочі протеїнурія-2,0 г/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

**A** Прееклампсія

**B** Пієлонефрит

**C** Еклампсія

**D** Гіпертонічна хвороба

**E** Гломерулонефрит

7

Беременная, 38 лет. Срок беременности 33 недели, обратилась с жалобами на головную боль, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, боли в эпигастральной области, тошноту. Объективно: ожирение II степени, отеки голеней, передней брюшной стенки, АД – 160/110 мм рт.ст. В моче белок 1,5г/л. Какой наиболее вероятный диагноз?

**A** Преэклампсия средней степени

**B** Эклампсия

- C** Гипертонический криз
- D** Преэклампсия легкой степени
- E** Острое нарушение мозгового кровообращения

8

Вагітна 28 років, доставлена машиною швидкої допомоги до пологового будинку зі скаргами на головний біль, нудоту, блювання, відчуття закладеності носа. Строк гестації 39-40 тижнів. АТ- 170/110 мм рт. ст. Генералізовані набряки. Протеїнурія 3,6 г/л. Який вірогідний діагноз?

- A** Преэклампсия тяжелого ступеня
- B** Преэклампсия среднего ступеня
- C** Преэклампсия легкой ступеня
- D** Эклампсия
- E** Гипертонична хвороба

9

Жінки 19 років в терміні вагітності 30 тижнів скаржиться на головні болі, мерехтіння мушок

перед очима. Об'єктивно: генералізовані набряки. АТ- 190/110 мм рт.ст., протеїнурія - 2,0 г/л. Гіпотрофія плоду. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A** Преэклампсия важкого ступеню
- B** Гипертонична хвороба
- C** Преэклампсия легкой ступеню
- D** Эклампсия
- E** Поєднаний гестоз

10

Жінка 33 років, вагітність 34 тижні. Знаходиться на стаціонарному лікуванні. На протязі останніх 2-х діб висуває скарги на головну біль, запаморочення, відчуття тяжкості в області потилиці, зорові розлади. Мають місце набряки. АТ – 160/120 мм рт. ст., ЧСС – 88/хв. В загальному аналізі сечі на протязі доби зростаюча протеїнурія – до 3,2 г/л. Діурез знижений. Яка найбільш ймовірна патологія, котра обумовила ці скарги?

- A** Тяжка преэклампсия
- B** Преэклампсия средней тяжести
- C** Эклампсия
- D** Гостре порушення мозкового кровообігу
- E** Гипертоничний криз

11

У вагітної 29 років у приймальному відділенні виникли біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ- 170/100 мм.рт.ст. на обох руках; визначаються генералізовані набряки. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A** Преэклампсия важкого ступеня
- B** Эклампсия
- C** Відшарування сітківки ока
- D** Загроза крововиливу в мозок
- E** Преэклампсия среднего ступеня

12

Первобеременная поступила в стационар с жалобами на сильную головную боль, мелькание мушек, пелена перед глазами, боли в эпигастральной области, повышение температуры до 37,6°C, однократную рвоту. Накануне был жидкий стул. АД 170/100 и 180/120 мм рт.ст. Отеки на нижних конечностях, в моче обнаружен белок. Диагноз?

- A** Тяжелая преэклампсия
- B** Пищевая токсико-инфекция

- C** Мигрень
  - D** Менингит
  - E** Екламсія
- 13

Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода - 130/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

- A** Преекламсія тяжкого ступеня
- B** Преекламсія легкого ступеня
- C** Екламсія
- D** Гіпертонічний криз
- E** Набряки вагітних

14

Вагітна М., скаржиться на головний біль, мерехтіння “мушок” перед очима. Вагітність 32 тижні. Набряки генералізовані. АТ- 190/110 мм.рт.ст. При кип’ятінні сечі - значний осад. Згідно заключення УЗД плід відповідає 29 тижням. Який діагноз у вагітної?

- A** \*Преекламсія важкого ступеня
- B** Преекламсія легкого ступеня
- C** Гіпертонічна хвороба
- D** Екламсія
- E** Переекламсія середнього ступеня

15

Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст. протеїнурія 4 г/л. Гіпотрофія плода. Яка патологія зумовлює таку картину?

- A** \* Преекламсія важкого ступеню.
- B** Гіпертонічна хвороба.
- C** Преекламсія легкого ступеню.
- D** Преекламсія середнього ступеню.
- E** Екламсія.

16

Беременность 30 недель. Генерализованные отеки. АД-190/110 мм рт.ст. Головные боли, мелькание мушек перед глазами. Протеинурия- 2,0 г/л. Гипотрофия плода. Каков наиболее вероятный диагноз?

- A** Преэклампсия тяжелой степени
- B** Гипертоническая болезнь
- C** Преэклампсия легкой степени
- D** Эклампсия
- E** Сочетанный гестоз

17

Породіллі 23 роки, пологи перші, строк вагітності 39-40 тижнів. Під наглядом жіночої консультації не була. Перейми почались 8 годин тому. Перейми кожні 5 хвилин по 40 секунд. Скарги на головний біль, погіршення зору, набряки кінцівок, передньої черевної стінки. АТ- 170/100 та 170/110 мм.рт.ст. Серцебиття плода ясне, ритмічне до 130/хв. У породіллі виникли судоми з втратою свідомості. Який діагноз найбільш імовірний?

- A** \* Екламсія.
- B** Гіпертонічна криза

- C** HELLP-синдром
- D** Гіперглікемічна кома
- E** Епілепсія

18

У хворої 25 років на 32-му тижні вагітності протягом доби відмічалися головний біль, нудота, сонливість. Дві години тому з'явилася міофібриляція в області обличчя та шиї, 30 хвилин тому розвинувся приступ генералізованих тонічних судом. Судомний синдром у минулому рідні заперечують. Об'єктивно: стан тяжкий. Кома I ступеня. Дихання шумне, ритмічне, частота 30/хв. Відмічаються повторні генералізовані тоніко-клонічні судоми з апное до 30 секунд. Ваш діагноз?

- A** \* Еклампсія
- B** Прееклампсія
- C** Епілептичний статус
- D** Серія епіприпадків
- E** Істеричний припадок

19

У вагітної 27 років, в терміні 37 тижнів на протязі 2-х хвилин розвинулися тонічні судоми, що поширюються з голови, шиї та рук на тулуб та ноги. Дихання неадекватне. АТ – 160/110 мм рт. ст., пульс – 106/хв. Зіниці розширені. шкіра і слизові – ціанотичні. Ваш діагноз?

- A** \* Еклампсія
- B** Прееклампсія
- C** Епілепсія
- D** Геморагічний інсульт
- E** Менінгіт

20

Роділля, 24 років, поступила в пологовий будинок через 4 години від початку родової діяльності зі скаргами на головний біль, нечіткий зір. АТ – 180/100 мм.рт.ст., значні набряки на ногах. Положення плода повздовжне, головне передлежання. Серцебиття плоду 130 уд/хв. Під час внутрішнього акушерського дослідження стався приступ судом з втратою свідомості. Яке ускладнення виникло в пологах?

- A** \*Еклампсія.
- B** Передеклампсія легкого ступеню
- C** Передеклампсія середнього ступеню..
- D** Гіпертонічний криз.
- E** Епілепсія.

21

Вагітна в терміні 38 тижнів доставлена з тоніко-клонічними судомами. За 1,5 години до цього скаржилась на головний біль, нудоту, пелену перед очима, „мерехтіння мушок”.

Об'єктивно: стан важкий, свідомість порушена. АД 180/100, пульс 86/хв. Виражені набряки ніг і передньої черевної стінки. Матка в нормотонусі. Серцебиття плоду прослуховується, становить 132/хв. Який стан виник у вагітної?

- A** \* Еклампсія
- B** Епілепсія

- C** Енцефаліт
- D** Менінгіт
- E** Розрив аневризми судин головного мозку

22

Вагітна, 25 років доставлена в пологовий будинок . Зі слів родичів, удома було три напади судом. На епілепсію не хворіла. Об'єктивно: вагітна непритомна. АТ на правій і на лівій руці 190/120 мм рт.ст., на нижніх та верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Діагноз?

- A** \*Еклампсія.
- B** Епілепсія.
- C** Діабетична кома.
- D** Гостра ниркова недостатність.
- E** Печінкова кома.

23

Вагітна Т., 17 років у терміні 34-35 тижнів, доставлена машиною швидкої допомоги в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, погіршення зору, посмикування м'язів, судоми. АТ- 190/100 мм рт ст. на обох руках, набряки на ногах та животі. Стан плода не порушений, виділень із статевих органів немає. Встановіть діагноз.

- A** \* Еклампсія.
- B** Прееклампсія тяжкого ступеню.
- C** Менінгоенцефаліт.
- D** Епілепсія.
- E** Гіпертонічна енцефалопатія

24

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** Гіпертонія вагітних.
- D** Судомний синдром.
- E** Прееклампсія.

25

Вагітна в терміні 35 тижнів, стан тяжкий. Скаржиться на головний біль, порушення зору, миготіння “мушок” перед очима. При огляді: загальний набряк, АТ -180/120. Раптово з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні судоми. Дихання припинилося.

Через 1 хвилину дихання поновилося. З рота значна кількість піни. Амнезія. У клінічному аналізі сечі: білок 7 г/л. Діагноз ?

- A** \*Еклампсія
- B** Черепно-мозкова травма
- C** Гіпертонічний криз
- D** Передеклампсія тяжкого ступеню
- E** Епілепсія

**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?

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 ?

3.

У вагітної В., 25 років, термін вагітності 33-34 тижні, з'явився головний біль, нудота, порушення зору, болі в епігастральній ділянці. До вагітності нічим не хворіла, спадковість не обтяжена. Об'єктивно: стан середньої важкості, збуджена, відмічається порушення носового дихання, пульс –110 уд/хв. АТ на правій руці 160/110мм рт.ст., на лівій руці – 170/120мм рт. ст. Генералізовані набряки. Раптово з'явилось посмикування м'язів обличчя, загальні судоми, жінка втратила свідомість. Ваш діагноз?

4.

Повторні роди, вагітність доношена, поступила з регулярною родовою діяльністю на протязі 8 год., води відійшли годину тому. Скарги на головну біль, миготіння мушок перед очима, АТ 180/100 мм рт.ст., в сечі білок - 3,3 г/л, гіалінові циліндри. Серцебиття плоду 140 уд/хв, ритмічне. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки повне, голівка виповняє крижову впадину, стріловидний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко під лоном зліва. Мис не досягається. Яка тактика ведення роділля?

5.

Повторновагітна 37 років, перша вагітність була перервана через важкий гестоз другої половини вагітності. В даний час вагітність 26 тижнів. З перших тижнів АТ підвищився до 180/120 мм рт.ст., в сечі білок 33%, гіалінові циліндри. Доставлена в пологовий будинок у важкому стані, з приступом судом. Яким методом потрібно перервати вагітність?

6.

Першовагітна, 18 років, 32 тижні гестації, на нижніх кінцівках набряки, на фоні асиметрії і високого артеріального тиску (АТ 190/95, 210/110 мм.рт.ст) відмічає головні болі, “пелену” перед очима. В аналізах сечі вміст білка складає 5 г/л, виявлено гіалінові циліндри. Яке ускладнення можна діагностувати?

7.

Вагітна 28 років народила дівчинку 1700, при терміні гестації 35 тижнів, яка протікала на фоні екстрагенітальної патології і ускладнилася ХФПН. У новонародженної шкіра блідо-сіра, крила носа роздуваються, звучний стогнучий видих, тахіпноє. На рентгенограмі дифузна нодозно-ретикулярна сітка. Які заходи треба провести?

8.

Народилась дитина 2200 шляхом кесаревого розтину у зв'язку з гострим дістрес синдромом при терміні вагітності 35 тижнів, яка ускладнилась ХФПН. Малюку проведена інтубація трахеї та розпочата штучна вентиляція легень. Через 30 секунд частота серцевих скорочень зменшилась до 50 уд/хв. Тактика лікаря?

9.

Пологи I строкові, вагітність III протікала з загрозою переривання, прееклампсією легкого ступеня з 30 тижнів вагітності, ускладнилась ХФПН. Народилась дитина в стані асфіксії середнього ступеню тяжкості. Після проведення реанімаційної допомоги – серцебиття 120 уд/хв, дихає самостійно, залишається ціаноз шкіри, ослаблені рефлексі. Яка подальша тактика лікаря?

10.

У вагітної 25 років в терміні 36 тиж вагітності з'явилися біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановіть діагноз.

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **A. По темі викладеної лекції «Прееклампсія: етіологія, патогенез, діагностика».**

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
3. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
4. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
5. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
6. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
8. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза.-СПб:СпецЛит, 2005.-477с.
9. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
10. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
11. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
12. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
13. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.

### **Б. По темі наступної лекції «Прееклампсія: алгоритми ведення, тактика лікування, розродження, профілактика».**

#### **Питання**

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пре еклампсія», HELLP-синдром?

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

#### ***Рекомендована література по темі наступної лекції***

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
3. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
4. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
5. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
6. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
8. Абрамченко В.В. Фармакотерапія гестоза.-СПб: СпецЛит, 2005.-477с.
9. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
10. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
11. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
12. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
13. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.

**Методичну розробку лекції підготував к.мед.н ас.кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.**

**10.10.2014**



**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 4 від 05 листопада 2014 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**