

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І 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 ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ - КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Пееклампися та еклампсія (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 8.2)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

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 лікарів 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 фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів 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, кислотно-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.	

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	<i>Підготовчий етап</i>		
1.	Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> 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.
	<i>Заключний етап</i>		
1. 2. 3.	Резюме лекції, загальні висновки Відповіді на можливі запитання Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Етіопатогенез преєклампсії

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

Важлива роль у походженні преєклампсії 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 преєклампсії:

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 форму 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). Патологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм призводить до порушення кровотоку в печінці і розтягнення гліссонової 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 преєклампсії

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 преєклампсії при попередній вагітності;
 - вік вагітної (менше 19, більше 30 років);
 - багатоводдя, багатопліддя;
 - анемія вагітної;
 - ізосенсибілізація за R_p-фактором та ABO-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).

Примітка. Наявність у вагітної хоча б одного з критеріїв більш тяжкої преєклампсії є

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

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, ·10 ⁹ /л	> 150	80-150	< 80

З метою моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку преєклампсії 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 преєклампсії

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

Легка преєклампсія

У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої преєклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку преєклампсії: 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 преєклампсії середньої тяжкості; порушення стану плода.

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

Преєклампсія 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 преєклампсії 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 простагландінами 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 1 0⁹/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;

- підвищення активності АлТ та АсТ.

Тяжка прееклампсія

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 Фалєя);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми - щодоби;
- моніторинг стану плода

Прееклампсія 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 підбер'ї та/або епігастральній ділянці.

Приступи судом приєднуються до існуючих симптомів прееклампсії або нефропатії. Перед початком їх спостерігаються посилення головного болю, погіршення зору, безсоння, занепокоєння, підвищення артеріального тиску і білка в сечі. Кожен приступ еклампсії триває 1-2 хвилини і складається з наступних послідовних періодів.

У перебігу еклампсії виділяють **4 періоди:**

- передсудомний період - триває 20-30 секунд. З'являються дрібні посмикування м'язів обличчя, повіки закриваються, видно тільки білки очей, кути рота опускаються;
- період тонічних судом - тривалість - 20-30 секунд, найбільш небезпечні для матері та плоду. Відбуваються тетанічні скорочення м'язів всього тіла, тулуб напружується, дихання припиняється, жінка стає синюшного кольору;
- період клонічних судом - триває 20-30 секунд. Виникають бурхливі судомні посмикування м'язів обличчя, тулуба та кінцівок, які поступово слабшають, з'являється хрипле дихання, з рота виділяється піна, пофарбована кров'ю через прикушування язика;
- період дозволу припадку - тривалість його різна, іноді триває годинами. Хвора перебуває в коматозний стан, свідомість повертається повільно, те що трапилося, вона не пам'ятає. Напади часто супроводжуються підвищенням температури, уповільненням пульсу, подальшим підйомом артеріального тиску. Іноді ще в комі знову починаються судоми. Буває і безсудомна форма (рідкісна), при якій хвора відразу впадає в коматозний стан, і прогноз при цьому неблагоприємний. Через глибокі порушення

важливих життєвих функцій, в тому числі центральної нервової системи, різко підвищується збудливість організму, тому всі подразники (біль, шум, яскраве світло та ін) можуть спровокувати новий напад. Викликані порушеннями мозкового кровообігу набряк, крововиливи в мозок та його оболонки є головними причинами смертельного результату. Без відповідної допомоги під час нападу можуть виникнути пошкодження: прикушування язика, забиття, переломи.

Головні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

- попередження повторних судомних нападів;
- усунення гіпоксії і ацидозу (дихального та метаболічного);
- профілактика аспіраційного синдрому;
- невідкладне розродження.

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії. Лікування у разі нападу судом починається на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висувачи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції. Штучна вентиляція легенів (ШВЛ) не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) - обов'язкова умова проведення інших заходів.

При повному відновленні свідомості; відсутності судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів; стабілізації гемодинаміки; стабільності стану системи гемостазу; відновленні кисневої ємності крові (гемоглобін не менше 80 г/л) слід планувати припинення ШВЛ, яка повинна супроводжуватися повною відміною седативної терапії.

Вказаних вище критеріїв і, в першу чергу, нормалізації гемодинаміки, необхідно досягти протягом першої доби.

У разі крововиливу у мозок і коматозного стану вагітної питання про припинення ШВЛ обговорюється не раніше, ніж за дві доби. Інтенсивну терапію продовжують у повному обсязі.

Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію - болус 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1-2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Катетеризують сечовий міхур. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну. Здійснюють обстеження невропатологом та окулістом. Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін, час згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія.

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії, або організують індивідуальний пост.

Розродження здійснюється терміново. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи, виконують операцію кесарів розтин. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки. Після пологів лікування продовжують відповідно до стану породіллі. Магnezіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

Спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію/еклампсію після виписування з пологового стаціонару. В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

- патронаж на дому,
- консультація профільних спеціалістів (за необхідності),
- комплексне обстеження через 6 тижнів після пологів.

Жінки, які потребують лікування гіпотензивними препаратами, після виписки з пологового стаціонару проходять огляд щотижня з обов'язковим лабораторним контролем рівня протеїнурії та концентрації креатиніну у плазмі крові.

У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної середнього ступеня або тяжкої прееклампсії чи еклампсії - 1 рік.

Об'єм і терміни обстеження:

- загальний аналіз сечі - через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів;
- загальний аналіз крові - через 1 і 3 місяці;
- офтальмоскопія - через 1, 3 і 12 місяців;
- ЕКГ - через 1 місяць, далі - за призначенням терапевта. Рекомендувати жінкам, що

перенесли прееклампсію щоденний контроль АТ на протязі року після пологів, так як у великих проспективних дослідженнях продемонстровано, що в жінок, які перенесли гестаційну гіпертензію або прееклампсію, існує підвищений ризик розвитку артеріальної гіпертензії у подальшому; смерті від інсульту; смерті від усіх серцево-судинних причин.

Тому такі породіллі мають перебувати під наглядом терапевта і регулярно проходити обстеження (визначення вмісту холестерину і глюкози щороку).

Велике значення для жінок, що перенесли еклампсію (а також для її чоловіка) представляє допомога психолога, оскільки тяжкі ускладнення вагітності часто приводять до посттравматичного стресового розладу.

VII. Матеріали активізації курсантів 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.

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, відзначається 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'явилося посмикування м'язів обличчя, загальні судоми, жінка втратила свідомість. Ваш діагноз?

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Прееклампсія та еклампсія (діагностика, невідкладна допомога)».

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 нарушенных, 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 «Актуальні питання дитячої гінекології».

Питання

1. Класифікація розладів менструальної функції у дівчаток.
2. Етіологія та патогенез розладів менструальної функції у дівчаток.
3. Лікування розладів менструальної функції у дівчаток.
4. Класифікація вад розвитку статевих органів у дівчаток.
5. Етіологія та патогенез аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.
6. Клініка та лікування аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Уварова Е.В. Гиперандрогенные проявления и основные пути их коррекции у девочек-подростков // Репродуктивное здоровье женщин. – 2003. – № 2. – С. 66 – 73.
2. Чайка В.К., Матыцина Л.А., Синенко Л.В. Тактика ведения девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями // Методические рекомендации. – Донецк. – 2000. – 18 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Под. ред. Е.К.Айламазян. - М. , 2006.
4. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
5. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
6. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення».
7. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
8. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах"
9. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
10. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.