МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний

Кафедра акушерства і гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
_____ Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ З ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет медичний, 6 курс

Вибіркова дисципліна **«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»**

Практичне заняття №5. Тема: «Ранні гестози. Гіпертензивні розлади під час вагітності»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 р.

Завідувач кафедри_____ (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології _____ Лавриненко Г.Л.,

д.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології _____ Чумак З.В.

Практичне заняття №5

Тема: «Ранні гестози. Гіпертензивні розлади під час вагітності **»**
Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти з акушерськими ускладненнями: ранніми гестозами, гіпертензивними розладами під час вагітності, прееклампсією, еклампсією, рідкісними формами гестозів.
Навчити діагностувати і надавати невідкладну допомогу при тяжкій прееклампсії та еклампсії.

Основні поняття: Ранні гестози. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Набряки під час вагітності. Протеїнурія під час вагітності. Прееклампсія. Еклампсія. HELLP-синдром. Клініка, діагностика, профілактика.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

І. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Вони залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25% випадків прееклампсії), недоношеності (27% випадків прееклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків прееклампсії).
Ранні гестози розвиваються на ранніх етапах ембріогенезу, часто сприяють виникненню інших форм акушерської (гіпотонії, анемії вагітних, загрозі переривання вагітності, пізніх гестозів) і перинатальної (гіпоксія, дефекти розвитку плода) патології, несприятливо впливають на формуванні умов, необхідних для нормальної адаптації організму вагітної до наявності плодового яйця в матці.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

- ***Вимоги до знань:***
  - навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
  - здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;

- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати принципи та характер лікування та профілактики захворювань;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції.

• ***Перелік дидактичних одиниць:***

•Ранні гестози.

•Гіпертензивні розлади під час вагітності.

•Набряки під час вагітності.

•Протеїнурія під час вагітності.

•Прееклампсія.

•Еклампсія.

•HELLP-синдром.

• Клініка, діагностика, профілактика.

• ***Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою практичного заняття:***

Питання:

- Ранні гестози: визначення, етіологія і патогенез, класифікація, клінічні прояви, діагностика, принципи лікування.
- Гіпертензивні розлади під час вагітності: визначення, клінічний супровід вагітних.
- Прееклампсія: визначення, нові та потенційні фактори ризику прееклампсії, патогенез, класифікація, клінічні симптоми та особливості клінічного супровіда пацієнток в залежності від ступеня тяжкості прееклампсії.
- Алгоритм дії медичного персоналу при тяжкій прееклампсії.
- Еклампсія: визначення, клінічні прояви, алгоритм ведення та призначень при еклампсії.
- Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату.
- HELLP-синдром: визначення, клінічні прояви, методи діагностики, диференційна діагностика, сучасні принципи лікування.

Типові ситуаційні задачі:

1. У гінекологічний стаціонар поступила хвора 23 років з вагітністю 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту 15-20 разів на добу, відсутність апетиту, втрату свідомості, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5°С. Визначається ектеричність склер та шкіри, гіпотонія, тахікардія до 120 уд./хв., запах ацетону з рота, діурез знижений, ацетонурія, циліндрурія, гіпербілірубінемія. Остання менструація - більше 2 місяців тому. Проведена протягом 4 діб терапія не призвела до поліпшення стану вагітної.
Завдання: Назвіть найбільш раціональну тактику подальшого ведення вагітної.
Відповідь: Переривання вагітності.

2. Першовагітна 28 років надійшла з інтенсивною родовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору, загальмованість. АТ – 180/110 мм рт. ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 160 уд. за хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка плоду в порожнині малого тазу.
Завдання: Яка тактика ведення даної пацієнтки?
Відповідь: Лікування тяжкої прееклампсії, термінове розродження за допомогою порожнинних акушерських щипців.

3. Вагітна, 18 років, термін вагітності 37 тижнів, поступила до пологового будинку зі скаргами на постійний головний біль, погіршення зору, мерехтіння перед очима, біль в епігастральній ділянці, генералізовані набряки. АТ 170/130 мм рт. ст., білок в сечі 3 г/л. Визначається ЗРП 1 ступеня.
Завдання: Яка тактика ведення даної пацієнтки?
Відповідь: Госпіталізація до ВРІТ, магнезіальна терапія, антигіпертензивна терапія, інфузійна терапія за показами. Розродження на протязі 24 годин після стабілізації гемодінаміки.

4. Повторновагітна 40 років доставлена в пологовий будинок у терміні гестації 34 тижнів зі скаргами на головний біль, нудоту, запаморочення. Страждає на гіпертонічну хворобу з 37 років, лікувалася в стаціонарі та амбулаторно. Протягом всієї вагітності артеріальний тиск був підвищеним. При надходженні: АТ - 160/100 мм рт. ст. на обох руках, білок в сечі - 3.0 г/л.
Завдання: Встановіть правильний діагноз і дайте визначення цієї патології.
Відповідь: Поєднана прееклампсія - поява протеїнурії після 20 тижнів вагітності на тлі хронічної гіпертензії.

Типові тестові завдання:

1. Вагітна 25 років доставлена в пологовий будинок. Із слів родичів, вдома відбулися три напади судом. Епілепсією не страждала. Об'єктивно: вагітна без свідомості, АТ на правій і лівій руках 190/120 мм рт. ст., на нижніх і верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Ваш діагноз?

   А. Еклампсія

B. Епілепсія
C. Діабетична кома
D. Гостра ниркова недостатність
E. Прееклампсія

2. Вагітна 35 років при в терміні гестації 34-35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ -160/100 мм рт. ст. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років страждає підвищенням артеріального тиску. Ваш діагноз?

A. Астено-невротичний синдром
B. Хронічна гіпертензія
C. Гестаційна гіпертензія
D. Помірна прееклампсія
E. Тяжка прееклампсія

3. У вагітною при терміні гестації 37 тижнів генералізовані набряки, АТ - 170/120 мм рт. ст., протеїнурія - 4 г/л. При УЗД виявлена гіпотрофія плоду. Яка патологія обумовлює таку клінічну картину?

A. Астено-невротичний синдром
B. Хронічна гіпертензія
C. Гестаційна гіпертензія
D. Помірна прееклампсія
E. Тяжка прееклампсія

4. Першовагітна 28 років поступила з пологовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору. АТ - 180\110 мм рт. ст., значні набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 148 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду на тазовому дні. Виберіть тактику проведення пологів?

A. Консервативне проведення пологів
B. Стимуляція пологової діяльності
C. Операція накладення акушерських щипців
D. Кесаревий розтин
E. Плодоруйнівна операція

5. Вагітна в терміні 9-10 тижнів скаржиться на блювання до 15 разів на добу, значне слиновиділення. За 2 тижні вага тіла зменшилася на 5 кг. АТ - 100\60 мм рт. ст., пульс 110 уд./хв. Шкіра суха, бліда. Вагітна психічно лабільна. Діурез понижений. Ваш діагноз?

A. Блювота вагітних легкого ступеня тяжкості
B. Блювота вагітних середнього ступеня тяжкості
C. Надмірна блювота вагітних
D. Харчова токсикоінфекція
E. Холецистопанкреатит

Вірні відповіді: 1 – A; 2 – B; 3 – E; 4 – C; 5 – C.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

• Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо):

Інтерактивне завдання:

Здобувачів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

І підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у вагітної, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

ІІ підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

ІІІ підгрупа. Оцінити правильність відповідей І та ІІ підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Вагітна Н, 29 років, надійшла у відділення патології вагітних в 34-35 тижнів гестації за направленням сімейного лікаря. Дана вагітність перша. Перебуває на обліку з 10 тижнів вагітності. З 29 тижнів відзначає підвищення артеріального тиску до 130/90 - 140/90 мм рт. ст. Супутня патологія - хронічний пієлонефрит з ремісією протягом 5 років. При надходженні скарг немає. АТ 150/100 мм рт. ст. на обох руках. Матка у нормальному тонусі, висота дна матки складає 34 см вище лона, обвід живота - 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупа. Набряки гомілок та стоп. Білок сечі - 0,9 г/л.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу? 3. Яка лікарська тактика в даному випадку?

Відповідь:

1. Вагітність І, 34 - 35 тижнів. Положення плода поздовжнє, позиція І, передній вид, головне передлежання. Помірна прееклампсія. Хронічний пієлонефрит в ст. ремісії.
2. Необхідне додаткове обстеження: загальний аналіз крові (гематокрит, тромбоцити), коагулограма (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), аналіз крові біохімічний (загальний білок, білірубін, АлАТ, АСТ, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти (калій, натрій)); аналіз сечі загальний, визначення добової протеїнурії; ЕКГ, консультація терапевта,

невропатолога, окуліста; моніторинг стану плода (УЗД для оцінки росту плода та об'єму навколоплідних вод, допплерометрія артерії пуповини, БПП, КТГ).

3. Госпіталізація, відпочинок в положенні лежачи на лівому боці, звичайний харчовий режим із збільшенням споживанням білків. АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень). Критерії початку АГТ: АТ ≥ 150/100 мм рт. ст., за наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ ≥ 140/90 мм рт. ст. Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін. Цільовий рівень АТ: сАТ130-150 мм рт. ст., дАТ 80-95 мм рт.ст. Якщо стан пацієнтки стабільний - консервативне розродження після 37 тижнів вагітності. При погіршенні стану - негайне розродження.

2. В пологовий будинок поступила жінка, що народжує вперше, 34 років зі скаргами на головний біль, запаморочення, миготіння "мушок" перед очима, набряки ніг, кистей рук.

При огляді: загальний стан важкий, загальмована. Артеріальний тиск 170/110 мм рт. ст. на лівій руці і 165/100 мм рт. ст. на правій. Матка відповідає 36 - 37 тижням вагітності, що узгоджується з передбачуваним терміном. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка. Набряки стоп, гомілок, кистей, передньої черевної стінки.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхвова частина шийки матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена; цервікальний канал пропускає палець за внутрішнє вічко, тканини в області внутрішнього вічка ущільнені. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка плоду, притиснута до входу в малий таз. Крижовий мис не досягається.

Дані додаткового обстеження: КТГ: БЧСС 152 уд/хв., амплітуда осциляцій > 10 уд/хв., частота миттєвих осциляцій > 6 у хв., акцелерацій 2, децелерацій немає. Рухи плода - більше 3, НСТ реактивний.

УЗД: Вагітність 36 тижнів, 3 дні (по менструації). Плід один в головному передлежанні. Серцебиття - +, рухи - 3, дихальні рухи > 30 сек. Розміри плода відповідають 34 - 35 тижням вагітності. Ехоструктури легенів - зрілі. Плацента по задній стінці, II ступеня зрілості. Кількість вод - норма. Аномалій розвитку плоду немає.

Загальний аналіз сечі - білок 2,1 г/л. Добова протеїнурія - 6,5 г/добу.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Як проводити динамічне спостереження за вагітною з тяжкою прееклампсією?
3. Яка лікарська тактика в даному випадку?

Відповідь:

1. Вагітність I, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, позиція I, передній вид, головне передлежання. Тяжка прееклампсія. ЗРП.

2. Загальний аналіз крові (гематокрит, тромбоцити), коагулограма (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), аналіз крові біохімічний (загальний білок, білірубін, АлАТ, АСТ, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти (калій, натрій)); аналіз сечі загальний.
АТ повинен вимірюватися принаймі 4 рази на добу, або залежно від клінічної ситуації.
Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня).
3. Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.
Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).
Початкова антигіпертензивна терапія має починатись з ніфедипіну (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідилу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально. При високому АТ перевага надається урапідилу. За наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерила тринітрату (нітрогліцерин).
Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм рт.ст.
Розродження упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

Нетипові тестові задачі:

1. Вагітна С, 38 тижнів вагітності, під час чергового відвідування ЖК поскаржилася на головний біль, що турбує впродовж 4 днів. При вимірюванні АТ виявлено підвищення до 160/100 мм.рт.ст. Об'єктивно: набряки на ногах та руках. Яка НЕ повинна бути тактика лікаря ЖК?

A. Направити до стаціонару пологового будинку.
B. Визначити добову протеїнурію.
C. Провести контроль вимірювання АТ через 4 години.
D. Призначити лікування амбулаторно.
E. Оцінити стан плода.

2. У вагітної С., 35 тижнів вагітності з'явився головний біль. В анамнезі – гіпертонічна хвороба II ст. впродовж 6 років. Об'єктивно: АТ 180/130 мм.рт.ст., набряки на ногах, руках та обличчі, висота дна матки не відповідає терміну вагітності. В аналізі сечі білок 3 г/л. Що НЕ потрібно вводити для надання невідкладної допомоги?

A. Фуросемід.
B. Ніфедипін.
C. Магнезію сульфат.
D. Клонідин.
E. Урапідил.

3. У вагітної М., в 32 тижні з'явились сильний головний біль, порушення зору, біль в епігастрії. На обліку не була, не лікувалась. Виражені набряки тіла, обличчя турбують протягом 2 тижнів. АТ 190/100 мм рт.ст. З'явились

посмикування м΄язів обличчя, судоми. Викликана „швидка допомога“. Куди госпіталізувати вагітну ?

A. В пологовий будинок.
B. В неврологічне відділення.
C. В кардіологічне відділення.
D. В нефрологічне відділення.
E. В інфекційне відділення.

4. Вагітна М. в 37 тижнів вагітності, скаржиться на затруднене дихання через ніс, загальну набряклість тіла протягом тижня. АТ 190/120 мм рт.ст. В сечі – білок 3 г/л. Від госпіталізації відмовлялась. Раптом у неї з'явились посмикування м'язів обличчя, які перейшли у тонічні і клонічні судоми. В свідомість прийшла через 3 хвилини. Який діагноз у вагітної ?

A. Еклампсія.
B. Еклamптична кома.
C. Епілептичний напад.
D. Прееклампсія тяжкого ступеню.
E. Еклamптичний статус.

5. Лікар-терапевт був викликаний до жінки в терміні вагітності 37 тижнів, яка скаржиться на головні болі, набряки, утруднене дихання через ніс, “мерехтіння мушок” перед очима. Об'єктивно: генералізовані набряки. АТ 190/110 мм рт.ст., білок в сечі при її кип'ятінні. Який діагноз у вагітної?

A. Помірна прееклампсія.
B. Тяжка прееклампсія.
C. Хронічна артеріальна гіпертензія.
D. Гестаційна гіпертензія.
E. Еклампсія.

Вірні відповіді: 1 – D, 2 – A, 3 – A, 4 – A, 5 – B

- ***Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо):***

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

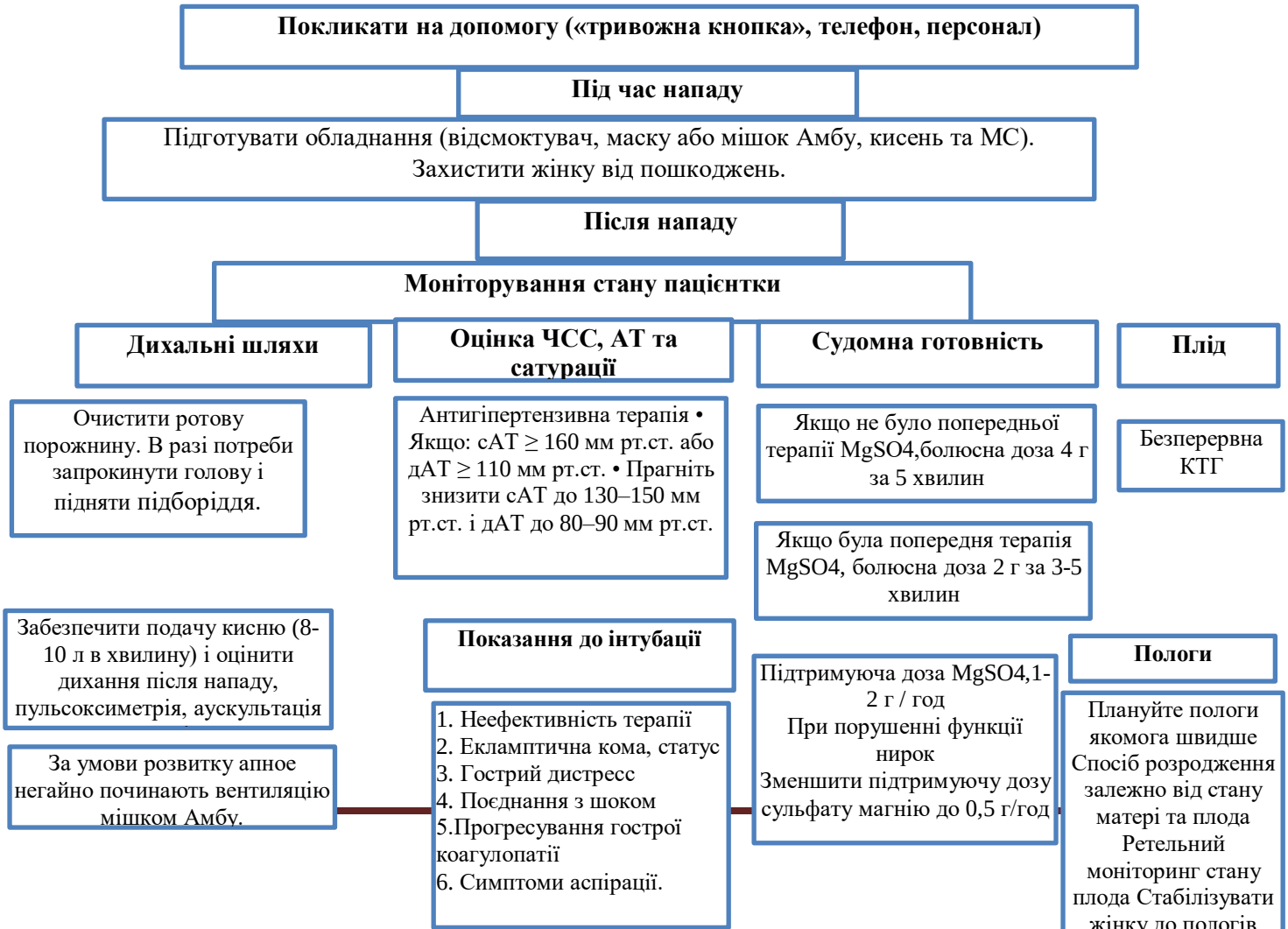
1.	**Виміряти АТ, зафіксувати час звернення**		**Час, хв**
2.	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ ≥ 150/90 мм рт. ст.		
	На лівому боці під кутом щонайменше 15 - 30° або ручне зміщення матки в лівий бік	Після судом – поза виживання та/або відновлення	
3.	**Викликати чергових лікарів** при АТ ≥ 150/90 мм рт.ст. та/або судомах («тривожна кнопка», телефон, персонал)		

<table>
<tr><td>4.</td><td colspan="3">Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря по медичній допомозі)</td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td colspan="3">Gg</td><td></td></tr>
<tr><td>6.</td><td colspan="3">Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), резус-фактору (за відсутності), приліжковий тест.</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">7.</td><td colspan="3">Магнію сульфат- попередження судом та/або контроль судом*:</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Болюс (навантаж. доза) + Підтримуючий режим:</td><td>Корекція дози:</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">16 мл 25% розчину магнію сульфату(4 г)+ 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду - при АТ>160/110 або клінічних ознаках тяжкої прееклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хв.
- при судомах – за 5 хв. **
- при повторі судом – ½ дози (2 г) за 5 хв.***</td><td rowspan="3">30 мл 25% р-ну магнію сульфату(7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду: <u>1 г/год. (= 10 крап./хв. = 0,5 мл/хв.)</u> (24 години після розродження або останнього приступу) Макс.добова доза – 32 г магнію сульфату Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!!</td><td>ЧД > 16; кількість сечі > 25 мл / год. Продовжити інфузію магнію сульфату</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>ЧД > 16; кількість сечі 10– 25 мл/год. Дозу магнію сульфату зменшити в 2р.</td></tr>
<tr><td>ЧД < 16; кількість сечі < 10 мл / год. Припинити інфузію магнію сульфату</td></tr>
<tr><td colspan="3">При передозуванні магнію сульфату – припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв.!!!</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">8.</td><td colspan="3">Антигіпертензивна терапія:</td><td></td></tr>
<tr><td>АТ ≥ 150/90 мм рт.ст.</td><td colspan="2">АТ ≥ 180/100-110 мм рт.ст.</td><td></td></tr>
<tr><td>Ніфедипін 1 табл. (10 мг) розжувати; повторити через 20 хвилин 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/доб.) або 3–5 крапель під язик; повторити через 5 хв., якщо неадекватна відповідь (макс.: 10–15 крапель/доб.). Метилдофа 250-500 мг 3-4 рази на добу. Після пологів – інгібітори АПФ</td><td colspan="2">Урапідил. Болюс: 2 – 5 мл (10 – 25 мг) в/в. Не розводити !!! Можна повторити болюсну дозу ще двічі з інтервалом 2–5 хвилин до досягнення АТ 160–150/100–90 Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду (співвідношення 1:10) або для перфузора – 4 мл урапідилу + 40 мл 0,9% розчину натрію хлориду 6-9 мг / год. (= 7 крап./хв. = 0,33 мл/хв.) для утримання АТ 150/100-90 мм рт. ст.</td><td></td></tr>
<tr><td>9.</td><td colspan="3">Викликати лаборанта Обстеження CITO! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити).
Катетеризація сечового міхура (після седації жінки) – ЗАС (білок)
Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">10.</td><td colspan="3">Моніторування стану жінки (дані фіксуються в листу спостереження) +
Моніторування ЧСС плода кожні 15 хв. АБО безперервна КТГ</td><td></td></tr>
<tr><td>Дихальні шляхи</td><td>Оцінка АТ і ЧСС</td><td>Контроль балансу рідини</td><td>Моніторинг при введенні магнію сульфату:</td></tr>
</table>

	При відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання - подача кисню через маску або канюлю 4 – 6 л/хв. При відсутності дихання – ШВЛ, Сатурація О2, аускультація легень	**При еклампсії або при АТ ≥ 160/110** – кожні 15 хв. При стабілізації АТ - кожні 4 год.	Введення рідини 60 – 80мл/год. Контроль діурезу та випитої рідини Контроль ознак набряку легень – аускультація, рентген легень. При діурезі ≤100 мл за 3 – 4 год. – катетеризація центральної вени (під УЗ контролем) + моніторинг ЦВТ	Кожні 30 хв. – колінні рефлекси, ЧД Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, Температура, неврологічний статус, сатурації О2 (не нижче 95%) Кожні 24 год. – ЕКГ
11.	**Вирішити питання про розродження** після стабілізації стану вагітної: Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!*			

Діазепам показаний при: 1) судомах, що розвинулись до 20 тижнів вагітності; 2) інтоксикації магнію сульфатом. ** Якщо була попередня терапія магнію сульфату – болюсна доза 2 г за 5 хв. *** Альтернативою повторній болюсній дозі магнію сульфату при повторенні судом є діазепам в/в 2 мл (10 мг), впродовж 2 хвилин в 10 мл 0,9% р-ну натрію хлориду. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити 2 мл (10 мг). При перевищенні дози 30 мг за 1 год. може виникнути пригнічення або зупинка дихання! **Максимальна доза – 100 мг за 24 години!**

Алгоритм ведення та призначень при еклампсії



Після перевірки дихальних шляхів повернути жінку на лівий бік + положення Транделенбурга

Якщо судоми не припиняються діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, мах.10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв.

- ***Вимоги до результатів роботи:***
  - Складати план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при ранніх та пізніх гестозах;
  - Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при ранніх та пізніх гестозах;
  - Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
  - Визначати характер харчування при лікуванні ранніх та пізніх гестозів;
  - Призначати лікування при ранніх та пізніх гестозах в залежності від ступеня тяжкості;
  - Діагностувати еклампсію та HELLP - синдром;
  - Надавати екстрену медичну допомогу при тяжкій прееклампсії та еклампсії;
- ***Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо***

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Повторновагітна М., 30 років, надійшла в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, погіршення зору, набряки на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Термін вагітності 38 тижнів.

Менструації з 12 років, встановилися відразу по 4-5 днів, через 28 днів, в помірній кількості, безболісні. Статеве життя з 22 років.

Перша вагітність закінчилася медичним абортом за бажанням жінки при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. Перша половина вагітності перебігала без ускладнень. В останні 3 тижні з'явилися набряки на ногах. Консультацію не відвідувала.

Загальний стан середнього ступеня тяжкості, збуджена, АТ 180/120, 175/115 мм рт. ст., набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 150 уд/хв праворуч, нижче пупа. Під час зовнішнього акушерського дослідження лікар помітив фібрилярні сіпання мімічної мускулатури і верхніх кінцівок.

Аналіз крові: Hb - 126 г/л; Ht - 41%, тромбоцитів 155 × 10^9 /л. Аналіз сечі: протеїнурія 4,5 г/л, циліндрурія.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Яка лікарська тактика в даному випадку?
3. З чим необхідно проводити диференційну діагностику при даній патології?
4. Протягом якого часу після пологів повинна тривати магнезіальна терапія?

Відповідь:

1. Вагітність II, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. II позиція, передній вид. Еклампсія.
2. Тактика лікаря: зафіксувати час та покликати колег на допомогу; захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом; підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болюсного введення.

Після судом, за необхідності, електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультацію легень. Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°. Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультація легенів для виключення аспірації або набряку легень. За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ). Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату (ввести болюс 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год). Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію сульфату. Замість додаткового болюсу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, максимум 10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв. Провести АГТ (ніфедипін (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідил парентерально або бета-адреноблокатори парентерально) Прагнути знизити сАТ до 130–150 мм рт.ст. і дАТ до 80–90 мм рт.ст. Після нападу судом показане невідкладне розродження шляхом операції кесарів розтин.

3. Диференціальний діагноз проводять з епілепсією, гострим порушенням мозкового кровообігу, енцефалітом, менінгітом, розривом аневризми мозкових судин, істерією, уремічною комою.
4. Магнезіальна терапія повинна тривати не менше 48 годин після пологів.

Тестові завдання КРОК-2:

1. **(2019 р.)** 26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на 36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск 170/90 мм рт. ст., пульс 85/хв., частота дихання 15/хв., температура 36,9°*C*, набряки кінцівок. Серцебиття плоду 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

   A. Магнію сульфат *
   B. Діазепам
   C. Фенітоїн

D. Ламотриджин
E. Натрію вальпроат

2. **(2019 р.)** Жінка 27-ми років на 8-му тижні вагітності скаржиться лікарю, що за останні 8 днів вона відмічає тривалу нудоту та блювання майже після усіх прийомів їжі. За останній тиждень пацієнтка втратила 3 кг ваги. Зараз при рості 160 см жінка важить 46 кг. Пульс 100/хв., артеріальний тиск 90/50 мм рт. ст. При огляді відмічаються сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри та астенічна статура. Гінекологічний огляд виявив розмір матки, що відповідає 8-му тижню вагітності, без патологічних змін. На УЗД виявлена вагітність одним плодом. Концентрація гемоглобіну 150 г/л. У загальному аналізі сечі виявлені кетонові тіла (+++). Що із перерахованого є найбільш доречним наступним кроком у веденні пацієнтки?

A. Внутрішньовенне введення *(З*-адрено- блокаторів та парентеральне харчування
B. Пероральний прийом антиеметиків та антихолінергічних препаратів
C. Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка
D. Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків*
E. Постільний режим та часте годування малими порціями

3. **(2015 р.)** Вагітна з терміном гестації 7 тижнів поступила у пологовий будинок у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Ps 105/хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9˚*С*. У крові: Hb- 154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

A. Переривання вагітності*
B. Продовжити консервативну терапію гестозу
C. Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
D. Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
E. Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності

4. **(2014 р.)** Роділля 23-х років, II період своєчасних пологів. Почався напад еклампсії. При внутрішньому дослідженні: голівка плоду заповнює всю крижову западину, досягаючи тазового дна, стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до лобка. Яка тактика ведення пологів на даному етапі?

A. Накладання акушерських щипців*
B. Кесарів розтин
C. Консервативне ведення пологів з послідуючою епізіотомією
D. Інтенсивна терапія гестоза з продовженням консервативного ведення пологів

Е. Вакуумекстракція плоду

4. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

Поточний контроль: усне опитування, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті.

Підсумковий контроль: залік.

Оцінювання поточної навчальної діяльності на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
   - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
   - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:
   - методи: оцінювання:
   - а) комунікативних навичок спілкування з пацієнткою
   - б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень при ранніх та пізніх гестозах
   - в) вміння встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
   - г) вміння призначати лікування при ранніх та пізніх гестозах в залежності від ступеня тяжкості;
   - д) вміння надавати екстрену медичну допомогу при тяжкій прееклампсії та еклампсії.
   - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

- Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на праткичному занятті

Оцінка	Критерії оцінювання
«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє навички навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.

«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
2. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
3. Навчальний посібник з акушерства (за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
4. Невідкладні стани в акушерській практиці: практичне керівництво / А.Я. Сенчук, В.Г. Гінзбург, І.І. Чермак та ін.; за ред. проф. А.Я. Сенчука. – Київ: Фенікс, 2019. – 336 с.
5. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
6. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.

Додаткова:

1. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
2. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
3. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.

4. The model of screening for preeclampsia in the second and third trimesters of gestation / L. Berlinska , V. Marichereda, O. Rohachevskyi, A. Volyanska, G. Lavrynenko // Electronic Journal of General Medicine. - 2023 - 20(3), em473, https://www.ejgm.co.uk/
5. Профілактика невиношування вагітності шляхом застосування фолатів у комплексній терапії / В.П. Міщенко, І.В. Руденко // Світ медицини та біології. - 2020. - №1(66).- С. 70 -73. (Web of Science Core Collection)
6. Патогенетичне обґрунтування корекції вмісту заліза у крові жінок на етапі передконцепційної підготовки до вагітності / Руденко І.В., Міщенко В.П., Головатюк-Юзефпольська І.Л., Лавриненко Г.Л. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. - 2020. - Вип. 2(46). - С. 117-124.
7. Клінічна оцінка ефективності комплексного підходу до профілактики внутрішньоматкової інфекції при передчасному розриві плодових оболонок та недоношеній вагітності / С. П. Посохова, К. О. Ніточко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2019. – Т.9, №1(31). - С. 51 – 55.
8. Перинатальні наслідки передчасного розриву навколоплодових оболонок у терміні 22-34 тижні вагітності / Посохова С. П., Ніточко К. О., Кучеренко О. // Перинатальна медицина в Україні: проблеми, досягнення, пріоритети: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Чернівці: Медуніверситет. – 2019. - С. 115 – 117.
9. Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці прееклампсії у вагітних /Марічереда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.
10. Порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду після класичного за M.Starkта модифікованого кесаревого розтину / Гладчук І.З., Герман Ю.В., Григурко Д.О. //Одеський медичний журнал. 2019. № 2 (176). - С. 20-23.
11. Особливості доплерометричних показників фетоплацентарного комплексу у жінок із загрозою передчасних пологів на фоні застосування метаболічної терапії / Гладчук І.З., Панчук Е.А. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. –2019. – №2 (44). - С. 31-34.
12. Вплив методу лікування міоми матки на перебіг вагітності / Железов Д.М., Салех О.С.// Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія №1(55), 2019. - С. 124-129.
13. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Інтернет-джерела для підготовки:

1. https://www.cochrane.org/
2. https://www.ebcog.org/
3. https://www.acog.org/

4. https://www.uptodate.com
5. https://online.lexi.com/
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
7. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
8. https://www.thelancet.com/
9. https://www.rcog.org.uk/
10. https://www.npwh.org/