

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №18. Тема: «Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Преєклампсія. Еклампсія»

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №18. Ранні гестози.
Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного
медичного університету

Протокол №1 від «28» серпня 2023р.

Завідувач кафедри



д.мед.н., професор Ігор ГЛАДЧУК

Розробник:

к.мед.н., доцент кафедри
акушерства та гінекології



Ганна ЛАВРИНЕНКО

Практичне заняття №18

Тема: «Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Преєклампсія. Еклампсія»

Мета: Ознайомитись із показниками частоти ранніх та пізніх гестозів, ускладнень вагітності та пологів, перинатальних втрат, пов'язаних з цією патологією. Сформувати чітке уявлення про послідовність дій з надання допомоги при невідкладних станах.

Сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до розвитку ранніх та пізніх гестозів та їх ускладнень під час вагітності і в післяпологовому періоді. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття: Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Преєклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення. Рідкісні форми гестозів.

Обладнання: Професійні алгоритми, муляжі, пацієнти, відеоматеріали

Навчальний час: 6 годин

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Своєчасна діагностика, прогнозування, профілактика і лікування ускладнень вагітності залишається основною стратегією у системі заходів, спрямованих на охорону здоров'я матері й дитини. До найзагрозливіших ускладнень вагітності належать гестози, частота яких в Україні не має тенденції до зниження і які суттєво впливають на показники материнської та дитячої патології й смертності. За даними міністерства охорони здоров'я України гестози на протязі останнього десятиріччя входять до першої трійки причин материнських втрат.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати 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 принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності.
- Преєклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика.
- Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення.
- Рідкісні форми гестозів.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Яка класифікація ранніх гестозів?
2. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
3. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
4. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «преєклампсія»?
5. Яка класифікація преєклампсії?
6. Які фактори ризику щодо виникнення преєклампсії?
7. Яка клініка преєклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування преєклампсії?
9. Яка клініка і діагностика еклампсії?
10. Яка перша допомога при розвитку приступу еклампсії?
11. Яка акушерська тактика і лікування еклампсії?
12. Яке спостереження за породіллями, що перенесли преєклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?

13. Які методи профілактики преeklampсії?

Типові ситуаційні задачі:

1. У гінекологічний стаціонар поступила першовагітна при терміні гестації 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту до 15 разів на добу, відсутність апетиту, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5⁰С. Об'єктивно: іктеричність склер і шкірних покривів, гіпотонія, тахікардія до 120 уд/хв., запах ацетону з роту, діурез понижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена впродовж 4 діб терапія не привела до поліпшення стану хворої.

Поставте діагноз.

Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 7-8 тижнів. Блювота вагітних важкого ступеня.

Тактика ведення - переривання вагітності.

2. У ЖК звернулася повторновагітна при терміні гестації 10-11 тижнів зі скаргами на слабкість, постійну нудоту, блювоту 7-8 разів протягом доби, зниження маси тіла.

Поставте діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 10-11 тижнів. Блювота вагітних середнього ступеня тяжкості. Тактика ведення – госпіталізація в стаціонар, призначення комплексної медикаментозної терапії (інфузії, протиблювотні, седативні, антигістамінні, ферментні препарати, гепатопротектори, вітаміни).

Тестові завдання

1. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржить на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?
 - А. *Операція накладання акушерських щипців
 - В. Динамічне спостереження за вагітною та плодом
 - С. Плороруйнівна операція
 - Д. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
 - Е. Стимуляція пологової діяльності
2. Першовагітна 23-х років з терміном 37-38 тижнів. Стан важкий. Вдома відбувся напад eklampсії. Об'єктивно: АТ- 180/100 мм рт.ст., Рs- 98/хв,

генералізовані набряки, свідомість затьмарена. Визначити тактику ведення вагітної:

- A.** *Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної терапії
 - B.** Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
 - C.** Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологорозрішенням
 - D.** Накладання акушерських щипців
 - E.** Рання амніотомія
3. У вагітної 3., 29 років на прийомному покої з'явилися нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановити правильний діагноз.
- A.** *Преєклампсія важкого ступеня
 - B.** Еклампсія
 - C.** Відшарування сітківки ока
 - D.** Загроза крововиливу в мозок
 - E.** Преєклампсія легкого ступеня
4. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35-36 тижнів. АТ-180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?
- A.** *Преєклампсія тяжкого ступеня
 - B.** HELLP-синдром
 - C.** Преєклампсія середнього ступеня
 - D.** Преєклампсія легкого ступеня
 - E.** Поєднаний НПП-гестоз
5. Вагітна з терміном гестації 7 тижнів госпіталізована до пологового будинку у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рс- 105/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37, 9° С . У крові: Нб- 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

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

Оволодіти та удосконалити навички:

- складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх та пізніх гестозах,
- оцінювати результати клініко – лабораторних досліджень,
- призначати лікування при ранніх та пізніх гестозах,
- надати першу допомогу при приступі eklampсії,
- оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів,
- оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП),
- оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини,
- визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ),
- оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар

3.1. зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

1. Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:
2. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
3. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
4. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові задачі

3. Першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів поступила зі скаргами на слабкість, сонливість, головний біль, мигтіння «мушок» перед очима, періодичний біль в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ – 170/115 мм рт. ст. Положення плода подовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду 90-100 уд/хв., приглушено. У сечі білок – 5,3 г/л.

Поставте діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 38-39 тижнів, подовжнє положення, головне передлежання. Тяжка преeklampсія. Дистрес плоду.

4. Першовагітна 28 років поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю. Перейми по 45-50 секунд через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Породілля пред'являє скарги на головний біль. АТ – 160/105 мм рт. ст. Виражені набряки нижніх кінцівок. У сечі білок – 3,3 г/л. Серцебиття плоду до 180-185 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Головка плоду в площині виходу з малого тазу.

Яка тактика ведення пацієнтки? Яке ускладнення вагітності і пологів має місце в даному клінічному випадку?

Правильна відповідь: Тактика ведення – накладення вихідних акушерських щипців, лікування пізнього гестозу. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості. Дистрес плоду.

Тестові завдання

6. 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 плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?
- а. *Прееклампсія тяжкого ступеня
 - в. Прееклампсія легкого ступеня
 - с. Еклампсія
 - д. Гіпертонічний криз
 - е. Набряки вагітних
7. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37, 2° С. Знижений діурез. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?
- А. *Блювання вагітних середнього ступеня
 - В. Блювання вагітних легкого ступеня
 - С. Прееклампсія 1 ступеня
 - Д. Передчасне переривання вагітності
 - Е. Харчове отруєння
8. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в площині виходу малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?
- А. *Операція накладання акушерських щипців**

- В.** Кесарів розтин
С. Плродоруйнівна операція
Д. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
Е. Стимуляція пологової діяльності
9. 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?
- А.** *Магнію сульфат
В. Діазепам
С. Фенітоїн
Д. Ламотриджин
Е. Натрію вальпроат
10. Вагітність 40 тижнів, АТ - 180/120 мм рт.ст. Пологова діяльність відсутня. Набряки нижніх кінцівок, одутлість обличчя, головний біль, порушення зору, вдома був напад судом. Розпочата терапія - без ефекту. Яка подальша тактика ведення вагітної?
- А.** *Кесарів розтин
В. Розпочати інфузійну терапію
С. Розпочати седативну терапію
Д. Провести стимуляцію пологової діяльності
Е. Нагляд в умовах відділення інтенсивної терапії

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо);

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	Вивчити: Патогенез ранніх гестозів	Назвати основні ланки патогенезу	Гестоз є синдромом, хворобою адаптації, а не самостійним захворюванням і розвивається в результаті нездатності адаптаційних систем материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, який виникають внаслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, у відповідь на роздратування нервових закінчень матки імпульсами, що йдуть від плоду. Виникає перевага збуджувального процесу в стовбурових утвореннях мозку, зокрема блювотного і слюноотделительного центрів. Пригнічується активність ферментних систем і посилюються

			анаэробні процеси в організмі. Накопичуються недоокислені метаболіти жирового і білкового обмінів (кетонові тіла), які виводяться із сечею, виникає кетонурия.
2	Патогенез преєклампсії	Назвати основні ланки патогенезу	Це синдром поліорганної функціональної недостатності, патогенетично пов'язаний з вагітністю, що характеризується генералізованим судинним спазмом і перфузійним порушеннями в життєво важливих органах і плаценті. Незважаючи на те що патогенез захворювання не цілком ясний, існуюча в даний час теорія припускає 2 стадії процесу: на I стадії відбувається поверхнева інвазія трофобласта, що призводить до неадекватного ремоделювання спіральних артерій. Передбачається, що це є причиною II стадії, яка включає реакцію на дисфункцію ендотелію у матері і дисбаланс між ангіогенними і антиангіогенними факторами, що приводять до появи клінічних ознак захворювання. Таким чином, істотними компонентами в патогенезі розвитку преєклампсії є ішемія плаценти, яка виникає внаслідок порушення ендovasкулярної трофобластної інвазії і недостатньому ремоделюванні спіральних артерій матки
3	Етіологічні фактори розвитку преєклампсії	Назвати основні фактори	Найбільш дослідженими є: акушерські, материнські, чинники з боку батька і плода, екологічні фактори (соціодемографічні, забруднення навколишнього середовища, сезонні і кліматичні) Акушерські фактори: <ul style="list-style-type: none"> - у первісток ризик ймовірно збільшується від 3 до 11 разів. - Наявність ПЕ при першій вагітності За даними дослідження, частота рецидивів варіює від 11,5% до 65%. - Інтервал між вагітностями. Від 2-х до 8 років ризик знаходиться в діапазоні від 0,8% до 2% після першої вагітності без ПЕ і 13% і 16% після першої вагітності з ПЕ, більше 10 років - ризик еквівалентний первовагітній. - Багатоплідна вагітність, - ЕКЗ (частота варіює від 12% до 27%) Материнські фактори: Сімейний анамнез (від 24% до 63% при одноплідній вагітності). Генетичний фактор - виявлено кілька генів розвитку створення генетичного профілю ризику ПЕ (батьківській генетичний профіль). Супутні захворювання: <ul style="list-style-type: none"> - Цукровий діабет/надлишкова маса тіла у матері, особливо до вагітності, збільшує від 2 до 7 разів ризик розвитку ПЕ. На тлі метаболічного синдрому відзначається ранній розвиток ПЕ (22 - 24 тижні гестації), тривалий і важкий перебіг,

			<p>який супроводжується високою перинатальною захворюваністю і смертністю.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Аутоімунні захворювання (від 13% до 36% в залежності від маркерів аутоімунних захворювань). - Патологія нирок - вагомий фактор ризику, до 80% вагітних вперше з преєклампсією страждають захворюваннями нирок, що підтверджено результатами біопсії. Ризик розвитку ПЕ становить від 5,3% до 8%, тоді як у жінок, які не хворіють ХХН, він становить 1.8%
4.	Тактика ведення вагітної при тяжкій преєклампсії.	Назвати основні принципи ведення пацієнток при важкій преєклампсії	<p><i>Тактика ведення вагітності.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Госпіталізувати. - При АТ <160/110 мм рт. ст. вести вагітну, як при гіпертензії - призначити фармакотерапію - АТ: кожні 15–30 хв, поки АТ не стане <160/110 мм рт. ст., потім принаймні 4 рази на добу, поки вагітна перебуває в стаціонарі залежно від клінічних обставин - Визначення протеїнурії: повторювати тільки за наявності клінічних показань, наприклад, якщо виникають нові симптоми й ознаки або існує невизначеність у діагностиці - загальний аналіз крові, функції печінки та нирок 3 рази на тиждень <p><i>Фетальний моніторинг:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - аускультация серця плода на кожному прийомі - УЗД плода при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2 тиж за наявності клінічних показань - КТГ при встановленні діагнозу і тільки за наявності клінічних показань <p><i>Показники для розгляду запланованих ранніх пологів:</i> можуть включати (але не обмежуються ними) будь-які з наступних відомих ознак тяжкої преєклампсії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неможливість контролювати АТ вагітної, всупереч використання 3 та більше груп антигіпертензивних препаратів; - пульсоксиметрія <90%; - поступове зниження функції печінки, нирок, гемолізу або кількості тромбоцитів; - поточна неврологічна симптоматика, така як сильний головний біль, що не піддається лікуванню, повторні зорові скотоми або еклампсія; - відшарування плаценти; - зворотний кінцевий діастолічний потік в доплерометрії пуповинної артерії, негативні показники КТГ, мертвонародження. <p>До 34 тижнів</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – В/в введення магнію сульфату та антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) <p>Від 34 до 36 тиж</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – При розгляді можливого розродження враховувати стан жінки та дитини, фактори ризику (такі як супутні захворювання матері, багатоплідна вагітність) та наявність ліжок у відділенні новонароджених. – Антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) <p>37 тижнів - провести розродження протягом 24–48 год</p>
--	--	--

Діагностика

Діагноз пreeклампсії 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 І 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 "пreeклампсія" встановлюють за наявності гіпертензій у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Діагностичні критерії тяжкості пreeклампсії/еклампсії.

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка пreeклампсія	90-99	<0,3	–
Помірна пreeклампсія	100-109	≥0,3	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка пreeклампсія	≥110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥90	≥0,3	Судомний напад (один чи більше)

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

Відповідно до рекомендацій Міжнародного товариства з вивчення гіпертензії при вагітності преєклампсія визначається, якщо систолічний артеріальний тиск ≥ 140 мм рт.ст. або діастолічний тиск ≥ 90 мм рт.ст. при вимірюванні не менше 2 разів через кожні 4 год у жінок, що мали нормальний тиск до настання вагітності, у яких на 20-му тижні вагітності або пізніше вперше виявлено одне або більше станів таких як: протеїнурія (тобто ≥ 30 мг / моль протеїну до рівня креатиніну; ≥ 300 мг / добу; або показник індикаторної смужки $\geq 2+$) або ознаки інших патологічних станів, в тому числі гостра ниркова недостатність (рівень креатиніну ≥ 90 мкмоль/л), ураження печінки з болем (або без неї) в правому верхньому квадранті живота або болі в епігастральній ділянці, неврологічні або гематологічні ускладнення, матково-плацентарна дисфункція.

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).

Для діагностики преєклампсії необхідно також визначати додаткові клініко-лабораторні критерії (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії

Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, мкмоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, мкмоль/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 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.

3.3.Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення;

Здобувач вищої освіти повинен знати:

1. Поняття «ранні та пізні гестози»
2. Класифікацію ранніх та пізніх гестозів
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх та пізніх гестозів.
4. Діагностичні критерії різних форм ранніх гестозів
5. Діагностичні критерії різних форм пізніх гестозів

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

2. огляду, зовнішнього акушерського дослідження .
3. аускультативної серцебиття плода
4. внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі)
5. аналіз результатів КТГ, фетометрії, біофізичного профілю плода (БПП), доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини
6. Збирати анамнез
7. Скласти план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх та пізніх гестозах
8. Оцінювати результати клініко – лабораторних досліджень у вагітної при ранніх та пізніх гестозах.
9. Призначати лікування при ранніх та пізніх гестозах.
10. Надати першу допомогу при приступі еклампсії
11. Оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів
12. Оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП)
13. Оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини
14. Визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ).
15. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар

Варіанти оформлення відповіді:

- Усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- Презентація по темі заняття;
- Аналіз та обговорення комплексного клінічного обстеження пацієнтки;
- Мультимедійна презентація;

- Просмотр відеофільма;
- Огляд сучасних джерел інформації

3.4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Задача

Повторновагітна 32 років перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань відзначає кір, рідкісні ГРВІ. У віці 11 років двостороння пневмонія. Менструації з 14 років, через 28 днів, по 4 дня, безболісні. Статеве життя з 20 років. Перша вагітність наступила через 2 роки після початку статевого життя і закінчилася штучним абортom при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. На диспансерному обліку перебуває з терміну вагітності 8 тижнів. Відвідує жіночу консультацію регулярно. Термін гестації по менструального анамнезу на момент звернення 35-36 тижнів. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на ногах, АТ 150/90 мм.рт.ст, стан задовільний. Матка в нормальному тонусі, ВДМ складає 35 см вище лона, ОЖ - 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 134 уд / хв., вислуховується праворуч від пупка. Аналіз сечі - білок 0,033 г/л. **Діагноз.** Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Правильна відповідь: Вагітність II, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція II, передній вид. Легка преєклампсія.

Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛАТ, АсАТ.

Тестові завдання

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?

А. *Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків

- В.** Внутрішньовенне введення (3-адрено- блокаторів та парентеральне харчування
 - С.** Пероральний прийом антиеметиків та антихолінергічних препаратів
 - Д.** Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка
 - Е.** Постільний режим та часте годування малими порціями
12. Роділля 18 років поступила в пологове відділення на початку II періоду пологів зі скаргами на сильний головний біль, погіршення зору, болі у епігастрії. Через 3 хвилини стався напад судом з втратою свідомості. Дані обстеження: Загальний стан тяжкий. Шкіра блідо-сірувата, набряки верхніх та нижніх кінцівок, передньої черевної стінки, обличчя. Ат – 180/130 мм рт ст., 150/110 мм рт ст., серцеві тони при аускультатії послаблені, ритмічні. Положення плода поздовжне, передлежить голівка плоду. Серцебиття плоду вислуховується 176 уд. за хв., глухе. Повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Голівка у площині виходу малого таза. Мис не досягається. Екзостозів не має. Тактика?
- А.** *Закінчити пологи шляхом накладання акушерських щипців
 - В.** Зробити кесарів розтин
 - С.** Призначити стимуляцію пологової діяльності
 - Д.** Плродоруйнівна операція
 - Е.** Зробити перінеотомію, вакуум-екстракцію плоду
13. Машиною швидкої допомоги в пологовий будинок у важкому стані доставлена вагітна 42 років. Термін вагітності 37 тижнів. Об'єктивно: свідомість відсутня. АТ на обох руках 180/110 мм.рт.ст., Рс 110 уд/хв, генералізовані набряки, білок в сечі 5 г/л. При вагінальному огляді структурних змін шийки матки не виявлено. Визначати тактику ведення пологів.
- А.** *Кесарів розтин
 - В.** Ведення пологів через природні пологові шляхи
 - С.** Плродоруйнівна операція
 - Д.** Накладання порожнинних акушерських лещат
 - Е.** Провести операцію вакуумекстракції плоду
16. 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?
- А.** *Преєклампсія важкого ступеня
 - В.** Преєклампсія легкого ступеня
 - С.** Гіпертонічна хвороба

- Д. Еклампсія
- Е. Переєклампсія середнього ступеня

17. Першовагітна М., з'явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарж немає. За останні 2 тижня набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Білок в сечі – 0.8г/л. Встановлено діагноз – преєклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.
- А. *Стационарне лікування
 - В. Амбулаторне лікування
 - С. Термінове розродження
 - Д. Кесарів розтин
 - Е. Пролонгування вагітності
18. 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?
- А. *Еклампсія.
 - В. Переєклампсія легкого ступеню
 - С. Переєклампсія середнього ступеню..
 - Д. Гіпертонічний криз.
 - Е. Епілепсія.
19. 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?
- А. *Еклампсія.
 - В. Епілепсія.
 - С. Діабетична кома.
 - Д. Гостра ниркова недостатність.
 - Е. Печінкова кома.
20. 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. *Eklampсія
 - B. Черепно-мозкова травма
 - C. Гіпертонічний криз
 - D. Передeklampсія тяжкого ступеню
 - E. Епілепсія
21. 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. Преeklampсія легкого ступеню
 - C. Преeklampсія середнього ступеню
 - D. Епілепсія
 - E. Астено-невротичний синдром
22. Вагітна 25 років привезена до пологового будинку в тяжкому стані. Сроку вагітності 34 тижні. Хвора скаржиться на головний біль, порушення зору, нудоту. Із анамнезу відомо, що раніше жінка нічим не хворіла. При огляді визначаються набряки ніг, АТ - 170/130 мм рт.ст. на обох руках. Раптом у вагітної з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні та клонічні судоми, дихання припинилося. Через 1,5 хв. відновилось дихання, з рота з'явилась піна, забарвлена кров'ю. Вагітна про напад не пам'ятає. У клінічному аналізі сечі: білок 3,5 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?
- A. *Eklampсія
 - B. Епілепсія
 - C. набряк головного мозку
 - D. Крововилив у мозок
 - E. Виразка шлунку
23. Перші пологи. Пологова діяльність розпочалась 5 годин тому. За цей час при достатньо енергійній терапії було 4 напади eklampсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, зів матки пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий, високо над входом у малий таз визначається рухома голівка. Яка найбільш правильна тактика лікаря?
- A. *Зробити кесарів розтин
 - B. Підсилити пологову діяльність
 - C. Дати наркоз і продовжити консервативну терапію.
 - D. Накласти на голівку плоду щипці за Уілт-Івановим
 - E. Зробити амніотомію.

24. Першовагітна, строк вагітності - 34 тижні, поступила в стаціонар зі скаргами на головний біль та погіршення зору . АТ- 170/120мм рт.ст. Набряки передньої черевної стінки, обличчя. В сечі білок – 0,12 г/л. Протягом тижня інтенсивного лікування стан вагітної погіршився. Заключення окуліста: відшарування сітківки, що розпочалося. Пологової діяльності немає. Який шлях термінового розродження показаний вагітній?
- А. *Кесарів розтин
 - В. Амніотомія
 - С. Накладання акушерських щипців
 - Д. Родрзбудження по Барацу
 - Е. Пологозбудження на цілому плідному міхурі
25. Жінка в 36 тиж. вагітності скаржиться на головний біль, нудоту, блювоту, біль в правому підребір'ї. Об'єктивно: блідість шкіриних покривів, жовтяниця слизових оболонок, АТ-160/100 мм рт.ст. на обох руках, набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки, крововиливи в місцях ін'єкцій. Пальпаторно визначається різкий біль в епігастральній ділянці та збільшення печінки. Показники крові: збільшення АЛТ, АСТ, тромбоцитопенія, гемоглобін 85 г/л, гіпербілірубінемія Яке ускладнення виникло у вагітної?
- А. *HELLP синдром.
 - В. Екламптичний статус.
 - С. Синдром дисемінованого внутрішньо-судинного згор_тання крові.
 - Д. Розрив печінки.
 - Е. Еклампсія.

IV. Підсумкове оцінювання за критеріями знань, умінь, навиків.

Методи контролю і критерії оцінювання результатів навчання

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вищої освіти вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду хворої дитини та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
-----	--

«4»	Здобувач вищої освіти добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду хворої дитини та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач вищої освіти недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду хворої дитини та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач вищої освіти не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду хворої дитини та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

V.Список рекомендованої літератури

Основна:

1. 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., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.
4. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — X, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).
5. Плаування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

Додаткова:

1. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.
2. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.

3. Лапароскопічна міомектомія у пацієнок з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З.Гладчук, Г.В.Шитова, Н.А.Заржицька // Здоров'я жінки. -№2 (148) -2020. - с.75-85.
4. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.- 239 с.
5. 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.
6. 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)
7. 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.
8. Клінічна оцінка ефективності комплексного підходу до профілактики внутрішньо-маткової 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.
9. 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.
- 10.Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці преєклампсії у вагітних / Марічереда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.
- 11.Порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду після класичного за М.Stark та модифікованого кесаревого розтину / Гладчук І.З., Герман Ю.В., Григурко Д.О. // Одеський медичний журнал. 2019. № 2 (176). - С. 20-23.
- 12.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.
- 13.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.

14. Рациональне розродження жінок із міомою матки при тазовому передлежанні плода – зниження показників материнської захворюваності / Крупник О.М. // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Т ІХ, №1(31), 2019. - С. 42-46.
15. Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з резус-сенсibiliзацією на прегравідарному етапі / Chernievskaia, S. G., Rozhkovska, N. M., Marichereda, V. G., & Yermolenko, T. O. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019. - №2. - С. 126-132.
16. Features of myometrium remodeling after surgical interventions on the uterus / Zhelezov D.M., Kossey T.V. // Journal of Education, Health and Sport. 2020;10(2). - С. 204-211.

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я