

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №3. Ранні гестози вагітних. Гіпертензивні розлади при вагітності. Преєклампсія. Еклампсія

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

Факультет стоматологічний
Кафедра акушерства і гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

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

Курс IV. Факультет стоматологічний

Навчальна дисципліна «Акушерство і гінекологія»

Практичне заняття №3. Тема: «Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Преєклампсія. Еклампсія»

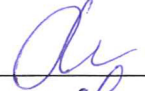
Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри _____  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

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

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

Практичне заняття №3

Тема: «Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія».

Мета: Ознайомлення здобувачів вищої освіти із своєчасною діагностикою, прогнозуванням, профілактикою та лікуванням ускладнень вагітності, які залишаються основною стратегією в системі заходів, спрямованих на охорону здоров'я матері і дитини. Найбільш насторожуючими ускладненнями вагітності відносяться гестози. За даними міністерства охорони здоров'я України гестози протягом останнього десятиліття входять в першу трійку причин материнських втрат.

Основні поняття: Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога.

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

1. Організаційні заходи (вітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивації здобувачів вищої освіти до вивчення теми).

Здобувач вищої освіти повинен знати і вміти визначати: поняття «ранні і пізні гестози», класифікація ранніх і пізніх гестозів, сучасні погляди на етіологію і патогенез ранніх і пізніх гестозів, діагностичні критерії різних форм ранніх гестозів, діагностичні критерії різних форм пізніх гестозів. Вміти надавати своєчасну допомогу.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальні опитування і т.д.).

- Вимоги до теоретичної готовності здобувач вищої освіти до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

- Здатність інтерпретувати результат лабораторних та інструментальних досягнень.

- Здатність діагностувати: визначати попередній, клінічний, остаточний, супутній діагноз, невідкладні стани.
- Здатність виконувати медичні та стоматологічні маніпуляції.
- Здатність до визначення тактики, методів і надання екстреної медичної допомоги.
- Здатність надавати домедичну допомогу по протоколам тактичної медицини.

Перелік дидактичних одиниць:

- Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
- Гіпертензивні розлади під час вагітності.
- Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування.
- Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога.

Питання (тестові завдання, завдання, клінічні ситуації) для перевірки базового рівня знань за темою заняття.

Питання:

1. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?
2. Яка класифікація ранніх гестозів?
3. Яка клініка блювоти вагітних?
4. Які методи обстеження показані при блювоті вагітних?
5. Яка диференціальна діагностика різних форм ранніх гестозів з екстрагенітальними захворюваннями?
6. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «прееклампсія»?
7. Яка класифікація прееклампсії?
8. Які фактори ризику виникнення прееклампсії?
9. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості?
10. Яка сучасна термінологія еклампсії?
11. Які фактори спричиняють розвиток даною патології еклампсії?
12. Яка тактика лікаря при встановленні діагнозу еклампсії?

Тестові ситуаційні задачі:

1. В 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 рота, діурез знижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена протягом

4 діб терапія не призвела до поліпшення стану хворої. Поставте попередній діагноз.

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

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. Яка тактика ведення даної пацієнтки?

Відповідь: Лікування тяжкої прееклампсії, термінове розродження за допомогою порожнинних акушерських щипців.

Типові тестові завдання:

1. 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

2. 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

3. 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 плода ясне, ритмічне - 148 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плода на тазовому дні. Виберіть тактику проведення пологів?

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

Вірні відповіді: 1-B; 2-E; 3-C;

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

- **Зміст завдання (завдання, клінічні ситуації і т.д.)**

Інтерактивне завдання

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік у кожній. Працюємо в кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками, даємо завдання:

- I підгрупа - провести зовнішню пельвіометрія.
- II підгрупа - провести вимірювання індексу Соловйова, ромба Міхаеліса.
- III підгрупа - оцінити розміри тазів, встановити розміри істинної кон'югати.

Нетипові ситуаційні задачі

1. Першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів надійшла зі скаргами на слабкість, сонливість, головний біль, миготіння «мушок» перед очима, періодичні болі в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ - 170/115 мм рт. ст. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода 90-100 уд / хв., Приглушено. У сечі білок - 5,3 г / л.

Завдання:

1. Поставте діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь:

1. Діагноз: Вагітність I, 38-39 тижнів, поздовжнє положення, головне передлежання. Важка преєклампсія. Дистрес плода.
2. Ургенте оперативне розродження.

2. Першовагітна 28 років поступила в пологовий будинок з родовою діяльністю, за даними у вагітної 36-37 тижнів вагності, Пологи перші, положення плода продальне, головне передлежання. Перейми по 45-50 секунд через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Породілля скаржить 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 таза.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь:

1. Діагноз: Вагітність I. 36-37 тижн. Пологи I. Преєклампсія середнього ступеня тяжкості. Дистрес плода.
2. Тактика ведення - накладення вихідних акушерських щипців, лікування пізнього гестозу.

3. Повторно вагітна 32 років перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань зазначає 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 закінчилась 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.

Завдання:

1. Виставіть попередній діагноз?
2. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Ввідповідь:

1. Діагноз: Вагітність II, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція II, передній вид. Легка преєклампсія.
2. Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін і сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ.

Нетипові тестові задачі:

1. У вагітної М., в 32 тижні з'явилися 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'явилися посмикування м'язів обличчя, судоми. Викликана „швидка допомога“. Куди госпіталізувати вагітну ?

- А. В пологовий будинок.
- В. В неврологічне відділення.
- С. В кардіологічне відділення.
- Д. В нефрологічне відділення.
- Е. В інфекційне відділення.

2. 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'явилися посмикування м'язів обличчя, які перейшли у тонічні і клонічні судоми. В свідомість прийшла через 3 хвилини. Який діагноз у вагітної ?

- А. Еклампсія.
- В. Екламптична кома.
- С. Епілептичний напад.

- D. Прееклампсія тяжкого ступеню.
- E. Екламптичний статус.

3. 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-А, 2-А, 3-В.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтовні карти для формування практичних умінь і навичок і.т.д.)

Ранніх гестозів

Для пояснення причин виникнення ранніх гестозів запропоновано багато теорій (токсемічна, алергічна, ендокринна, нейрогенна, психогенна, імунна та ін.). В сучасних теоріях ранні гестози розглядають як наслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, в якій ведучу роль відіграє функціональний стан ЦНС.

Фактори ризику виникнення ранніх гестозів

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).
- Екстрагенітальні захворювання.
- Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
- Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки і виникнення патологічної імпульсації до ЦНС.

Блювота вагітних

Блювота вагітних (*emesis gravidarum*) являє собою складний клінічний синдром. Акт блювоти — один із проявів захворювання, при якому розвиваються диспепсичні, моторні, секреторні, чутливі, судинні та інші розлади.

За ступенем тяжкості розрізняють блювання вагітних легке (до 5 разів на добу), помірне (від 5 до 10 разів) і надмірне або тяжке блювання вагітних (*hyperemesis gravidarum*) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу).

Слід відмітити, що у 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкова блювота", яка не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

Для *діагностики* та контролю ефективності лікування проводять наступні дослідження:

- контроль маси тіла;
- контроль діурезу;
- динаміка АТ;
- визначення гематокриту та гемоглобіну;
- дослідження сечі (питома вага, ацетон, кетонів тіла, білок);
- біохімічне дослідження крові (білірубін і його фракції, печінкові фермент, креатинін);
- визначення рівня електролітів в крові (К, СІ).
- визначення кислотно-лужного стану крові (КЛС).

Лікування блювоти вагітних

При *легкому ступені* блювоти нормалізація режиму вагітної жінки дозволяє уникнути госпіталізації в стаціонар. Рекомендується корекція харчового раціону: дрібне (5-6 разів на добу), збалансоване харчування, рясне пиття, вітамінотерапія. Хворим призначають легку їжу, яка добре засвоюється (сухарі, пюре, чай, какао, каву, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охолодженому вигляді.

Можуть бути застосовані нетрадиційні методи впливу: голкорексфлексотерапія, гіпноз, центральна електроаналгезія, гомеопатична терапія та інші.

При блювоті вагітних *помірного та тяжкого ступенів* показана госпіталізація і призначення медикаментозного лікування.

До появи стійкої здатності утримувати їжу, лікарські засоби потрібно вводити тільки парентерально. Для впливу на центральну нервову систему, як на основний патогенетичний чинник, з метою пригнічення збудливості блювотного центру призначають: етаперазин по 0,002 г, перорально, 3-4 рази на добу, 10-12 днів (якщо хвора утримує таблетки); торекан по 1,0 мл внутрішньом'язово, або 6,5 мг у вигляді драже або ректальних свічок 2 -3 рази на добу; дроперидол по 0,5 — 1,0 мл внутрішньом'язово 1—3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або перорально.

З метою ліквідації гіпопротеїнемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (плазми), розчину Рінгера-Локка. Взагалі всі інфузії проводять тільки за показаннями залежно від показників лабораторних досліджень. Кількість рідини визначається станом водного балансу.

Слинотеча вагітних

Слиноотеча (ріуаіівтив) спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини при гіперсолівації може досягати 1,0 л за добу.

Рідкісні форми гестозів *Дерматози вагітних* - група захворювань, що виникають у зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200

Пемфігоїд вагітних - рідка, але важка патологія, що супроводжується передчасними пологамі, затримкою розвитку плода, дистресом плода, підвищенням перинатальної смертності.

Холестатичний гепатоз вагітних може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі й виникає у 1 на 2000 вагітних.

Диференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовчовивідних шляхів механічними або інфекційними факторами, а також внаслідок порушення обмінних процесів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах ранніх гестозів.

Лікування холестатичного гепатозу полягає в призначенні раціонального харчування (дієта № 5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри.

Гострий жирковий гепатоз вагітних — одна з тяжких форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності (33 - 40 тижнів) з розповсюдженістю 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, перебуванні пацієнтки в реанімаційній палаті, дезінтоксикаційній терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, можливо застосування гемодіалізу.

Хорея (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз.

Лікування необхідно проводити з урахуванням дефіциту натрію, кальцію або магнію в організмі. В контролюючих дослідженнях благоприємного впливу препаратів кальцію в порівнянні з плацебо не доведено. Психотерапія, масаж, та вправи на розтягування м'язів застосовуються для полегшення симптомів під час приступу.

Остеомаляція - зустрічається надзвичайно рідко і зумовлена декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше уражаються кістки таза та хребет, що супроводжується їх болючістю та деформаціями.

Лікування остеомаляції полягає в нормалізації фосфорнокальцієвого обміну.

Профілактика ранніх гестозів

Профілактика ранніх гестозів полягає в лікуванні хронічних екстрагенітальних захворювань до вагітності, забезпеченні психоемоційного спокою вагітної, зменшенні впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Вагітні з раннім гестозом, особливо з його рецидивом, складають групу ризику акушерської і перинатальної патології (не виношування вагітності, пізній гестоз, плацентарна недостатність, гіпотрофія плода, патологія новонародженого), що треба передбачати в профілактиці цих ускладнень.

Діагностичні критерії тяжкості прееклампсії / еклампсії

| Діагноз | диаст. АТ, мм рт.ст. | Протеїнурія, г / сут | Інші ознаки |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Гестаційна гіпертензія або легка прееклампсія | 90-99 | <0,3 | - |
| Помірна прееклампсія | 100-109 | ≥0,3 | Набряки на обличчі, руках |

| | | | |
|--------------------|------|-----|---|
| | | | Інколи головний біль |
| Тяжка преєклампсія | 110> | 5 | Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або правому підбер'ї Гіперрефлексія Олигурия (<500 мл / добу) Тромбоцитопенія |
| Еклампсія | 90 | 0,3 | Судомний напад (один або більше) |

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

Згідно з рекомендаціями 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.

Для діагностики преєклампсії необхідно також визначати додаткові клініко-лабораторні критерії

Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії

| Ознаки | Легка преєклампсія | Преєклампсія середньої тяжкості | Важка 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 | л>150 | 80-150 | <80 |

Вимоги до результатів роботи.

1. Зовнішнє акушерське дослідження.
2. Аускультативні серцебиття плода
3. Внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі)
4. Збирати анамнез
5. Складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх і пізніх гестозах
6. Оцінювати результати клініко - лабораторних досліджень у вагітної при ранніх і пізніх гестозах.
7. Призначати лікування при ранніх і пізніх гестозах.
8. Надати першу допомогу при нападі еклампсії
9. Оцінювати результати біофізичного профілю плода (БФП)
10. Оцінювати результати доплерометричного дослідження кровотоку в артерії пуповини
11. Визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ).
12. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар

Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, тести і т.д.

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 абортom 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 сипання мимічної мускулатури і верхніх кінцівок.

Аналіз крові: Нв - 126 г/л; Нт - 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 магnezіальна терапія?

Відповідь:

1. Вагітність II, 38 тижнів. Поздовжнє 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 аускультацию 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, аускультация легенів для виключення аспірації або набряку легень. За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судомі 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, уремичною комою.

4. Магnezіальна терапія повинна тривати не менше 48 годин після пологів.

Тестові завдання:

1. Вагітна 25 років, народжує вперше. Вагітність 40 тижнів, головне передлежання, I період пологів. Родова діяльність триває 12 годин, перейми через 5 - 6 хвилин, тривалістю 45 - 50 секунд. Серцебиття плоду раптово зменшилася до 90 уд. / Мін. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 6 см. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гострий дистрес плода.
- B. Хронічний дистрес плода.
- C. Гемолітична хвороба плода.
- D. Гіпотрофія плода.

2. Породілля Н., 43 років, пологи I, термін гестації 42 тижні. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Вилилися навколоплідні води, які забарвлені меконієм. Аускультация: серцебиття плода аритмичное, приглушене, частота до 170 в хв. Переми по 20 - 25 секунд, через 4 - 5 хвилин. При піхвовому дослідженні визначено, що шийка незріла. Яка тактика ведення пологів?

- A. Кесарів розтин.
- B. Акушерские щипці.
- C. Пологи продовжувати вести консервативно.
- D. Пологи вести умовно консервативно, антигипоксическая терапія.

3. Вагітна 19 років знаходиться у відділенні патології вагітності з приводу вагітності 36 тижнів, тазового передлежання, крупного плода, тяжкої форми цукрового діабету. На КТГ у плода зареєстрована брадикардія до 100 / хв. і глибокі децелерації. Пологової діяльності немає. Яка тактика щодо даної жінки?

- A. Екстрений кесарів розтин.
- B. Родоразрешение через природні родові шляхи.
- C. Родовозбуждение.
- D. Екстракція плода за тазовий кінець.

-

Правильні відповіді: 1-А, 2-А, 3-А.

4. Підведення підсумків

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

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 пацієнтом з теми заняття:
- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - оцінювання: 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 практичному занятті:

| | |
|-----|--|
| «5» | Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторного та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення. |
| «4» | Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички. Добре інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення. |
| «3» | Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками. |
| «2» | Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень. |

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., Подольський 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. Куца). – 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. Передчасні пологи: навч. посіб. / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок. 2023. – 186 с.
6. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
7. 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.
8. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. – 2017. – 1320 pp.
9. Obstetrics by Ten Teachers (20th ed) Louise C. Kenny, Jenny E. Myers. – CRC Press. – 2017. – 342 pp.

Додаткова:

1. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
2. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології: монографія / І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Р.О. Ткаченко – Одеса: ОНМедУ, 2021. – 112 с.
3. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. / Запорожан В.М., Міщенко В.П. – Одеса: Одеський медуніверситет, 2005. – 292 с.
4. Ситуаційні задачі з акушерства: навчальний посібник. / В.М. Запорожан, А.Г. Волянська, Г.Л. Лавриненко та інш.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Одеса: ОНМедУ, 2014. – 140 с
5. The model of screening for preeclampsia in the second and third trimesters of gestation / L. Berlinska, V. Marichereda, O. Rohachevskiy, A. Volyanska, G.

Lavrynenko // Electronic Journal of General Medicine. - 2023 - 20(3), em473, <https://www.ejgm.co.uk/>

6. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.

Електронні інформаційні ресурси

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/>
11. <http://www.aagu.com.ua/> асоціація акушер-гінекологів України