

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №31. Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Преeklampсія. Eklampсія».

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

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

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття № 31 Тема: «Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Преeklampсія. Eklampсія».

Методична розробка практичного заняття, ОПІ «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №31. Ранні гестози.
Гіпертензивні розлади при вагітності. Преeklampсія. Eklampсія.

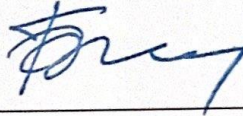
Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри _____

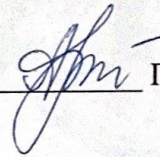


Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н.,

доцент кафедри акушерства та гінекології _____



Ганна ЛАВРИНЕНКО

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

Мета: сформувати професійні уміння щодо діагностики, профілактики та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, ведення вагітних з ранніми і пізніми гестозами. Засвоїти уміння невідкладної допомоги при еклампсії

Основні поняття: етіологія і патогенез гестозів. Ранній гестоз (блювота, гіперсалівація). Клініка, діагностика і лікування раннього гестозу. Гіпертензія під час вагітності. набряки під час вагітності. Протеїнурія під час вагітності. Преєклампсія. Еклампсія. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, методи лікування, вплив на стан плода. Рідкісні форми гестозу.

Тактика ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду при пізніх гестозах. Невідкладна допомога. Профілактика пізніх гестозів та реабілітація

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

I. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів 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 преєклампсії), недоношеності (27% випадків преєклампсії) тощо.

Тому своєчасна діагностика, профілактика і лікування вагітних з гіпертензивними розладами є однією з найактуальніших задач сучасного акушерства, охорони здоров'я матері і новонародженого.

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

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, та оцінювати їх результати;
- встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку, характер харчування;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- виконувати медичні маніпуляції;
- вести медичну документацію

Перелік дидактичних одиниць:

- етіологія і патогенез гестозів;
- клініка, діагностика і лікування раннього гестозу;
- гіпертензія під час вагітності;
- набряки під час вагітності;
- протеїнурія під час вагітності;
- преєклампсія, еклампсія. Клініка, діагностика;
- диференційна діагностика, методи лікування, вплив на стан плода;
- рідкісні форми гестозу;
- тактика ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду при пізніх гестозах;
- невідкладна допомога при еклампсії;
- профілактика пізніх гестозів та реабілітація

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

Питання:

1. Етіологія, патогенез ранніх і пізніх гестозів вагітних?
2. Класифікація гіпертензивних розладів у вагітних?
3. Клініка гестозів вагітних?
4. Принципи профілактики гестозів вагітних?
5. Преєклампсія: клініка, діагностика, принципи лікування, тактика ведення?
6. Еклампсія: клініка, діагностика, невідкладна допомога?

Типові ситуаційні задачі:

Задача 1. Вагітна Н., 29 років, надійшла до відділення патології вагітних за направленням лікаря жіночої консультації, 34–35 тиж. гестації. Дана вагітність перша. Перебуває на обліку з 10 тиж. вагітності. З 29 тиж. скаржиться на підвищення артеріального тиску до 130/90–140/90 мм рт. ст.

При надходженні скарг немає, АТ 150/100 мм рт. ст. на обох руках. Матка у нормальному тонусі, ВДМ становить 34 см вище лобка, ОЖ 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка ближче до середньої лінії живота. Набряки гомілок тастоп. Білок сечі — 0,9 г/л.

Питання: Який найбільш імовірний діагноз?

Відповідь: Вагітність I 34–35 тиж. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція перша. Преeklampsія помірної тяжкості.

Задача 2. Вагітна Р., 34 роки, теперішня вагітність IV, термін вагітності 37–38 тиж., надійшла до пологового будинку зі скаргами на нудоту, блювання, біль в епігастральній ділянці та правому підребер'ї. З'явилися локальний біль у ділянці передньої стінки матки, кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Перестала відчувати рухи плода. Загальний стан: пульс 80 уд./хв, АТ 90/60 мм рт. ст., температура тіла 36,8 °С. Матка в гіпертонусі. Серцебиття плода під час аускультативної та на кардіомоніторі не визначається. При внутрішньому акушерському обстеженні: піхва жінки, щонароджувала, шийка маткi вкорочена до 1,5 см, розм'якшена, за шкалою Бішопа 5–6 балів.

Плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу малого таза. Виділення кров'янисті, помірні. Мискрижівнедосяжний, екзостозів не виявлено. При виконанні амніотомії вилилося близько 50 мл меконіально-геморагічних навколоплідних вод.

Питання: Який найбільш імовірний діагноз?

Відповідь: Вагітність IV 37–38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Антенатальна загибель плода.

Типові тестові завдання:

1. Жінка 29 років доставлена каретою швидкої допомоги до пологового будинку в терміні вагітності 30–31 тиждень. На тлі підвищеного артеріального тиску до 170/100 мм рт. ст. протягом 3 тижнів з'явилися головні болі та утруднення носового дихання, зменшився діурез. При ехографії виявлені відставання фотометричних показників на 2 тижні і маловоддя; при доплерометрії - збільшення резистентності кровотоку в обох маткових артеріях і «критичний» стан плодово-плацентарного кровообігу. При внутрішньому акушерському дослідженні «зріла» шийка матки. Яка повинна бути тактика лікаря?

А. Комплексна інтенсивна терапія гестозу, при позитивній динаміці - пролонгування вагітності

В. Комплексна інтенсивна терапія з подальшою родостимуляцією і розродженням через природні пологові шляхи

С. Комплексна інтенсивна терапія гестозу, лікування синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода з подальшим рішенням питання

про час і метод розродження

D. Кесаріврозтинургентно на тліінтенсивноїтерапії

E. Пролонгуваннявагітності на тлікомплексноїтерапіїпід контролем доплерометрії

2. У триаду Цангемейстера входять:

A. Гіпертензія, гіпо- і диспротеїнемія, гіповолемія

B. Спазм судин, підвищення проникності судинних стінок, порушення кровообігу в органах

C. набряки, зниження діурезу, альбумінурія

D. набряки, протеїнурія, гіпертензія

E. набряки, гіпопротеїнемія, диспротеїнемія

3. У стаціонар поступила вагітна зі скаргами - на нудоту, блювоту до 15 разів на добу, втрату ваги - 8 кг, слабкість. Пульс 100 уд. в 1 хвилину, ритмічний. АТ - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2С. Термін вагітності 8 тижнів. Діагноз?

A. Гострий гастрит

B. Гострий холецистит

C. Блювота вагітних легкого ступеня

D. Блювота вагітних середнього ступеня

E. Блювота вагітних важкого ступеня

Вірні відповіді: 1 – D; 2– D; 3-E

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

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо)

Інтерактивне завдання:

Здобувачів групи необхідно розділити на 3 підгрупи по 4 – 5 чоловік в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

I підгрупа - повинна поставити клінічний діагноз та скласти план обстеження пацієнтки;

II підгрупа – скласти алгоритм подальшого ведення вагітності;

III підгрупа – оцінює відповіді I і II підгруп та вносить свої корективи.

Задача 1. До пологового будинку надійшла пацієнтка С., що народжуєвперше, 34 роки, скаржиться на головний біль, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима, набряки ніг, кистей рук. При огляді: загальний стан тяжкий, загальмована. Артеріальний тиск 170/110 мм рт. ст. на лівій руці й 165/100 мм рт. ст. на правій. Матка відповідає 36 тиж.

вагітності, що узгоджується з передбачуваним терміном. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка. Набряклість стоп, гомілок, кистей, передньої черевної стінки. Піхвове дослідження: піхвова частина шийки матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена; цервікальний канал пропускає палець за внутрішній зів, тканини в ділянці внутрішнього зів ущільнені. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка плода, яка притиснута до входу в малий таз. Крижовий мис не досягається. Дані додаткового обстеження: КТГ: БЧСС 160 уд./хв, амплітуда осциляцій > 10 уд./хв, частота миттєвих осциляцій > 6 на хв, акцелерацій 2 за 1 хв, децелерацій немає. Рухи плода — більше трьох, нестресовий тест (НСТ) реактивний. УЗД: вагітність 36 тиж. 3 дні (за менструацією). Плід один уголовному передлежанні. Серцебиття — «+», рухи — 3, дихальні рухи > 30 с. Розміри плода відповідають 35–36 тиж. вагітності. Ехоструктури легенів зрілі. Плацента по задній стінці, II ступеня зрілості. Кількість вод — норма. Аномалій розвитку плоданемає. Аналіз сечі — білок 2,1 г/л. Добова протеїнурія — 6,5 г на добу.

Питання: 1. Діагноз?

2. Акушерська тактика?

3. Як проводити динамічне спостереження за вагітною з тяжкою преєклампсією?

Алгоритм правильної відповіді: 1. Вагітність I 36 тиж. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція перша. Тяжка преєклампсія.

2. Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 год. Суворий постільний режим. Динамічне спостереження. Антигіпертензивна терапія: ніфедипін 10 мг під язик, лабеталол (максимально до 300 мг), клофелін 0,2 мг під язик. Протисудомна магnezіальна терапія при підвищенні діастолічного тиску > 130 мм рт. ст. показана перед розродженням, під час пологів і, як мінімум, протягом 48 год після пологів. Інфузійна терапія (сольові розчини, розчини гідроксіетилкрохмалю або декстрани, свіжозаморожена плазма). Враховуючи зрілість шийки матки, індуковані пологи (амніотомія, пологостимуляція окситоцином) з адекватним знеболенням.

3. Динамічне спостереження за вагітною з тяжкою преєклампсією включає: контроль АТ — щогодини; аналіз сечі — кожні 4 год; контроль щогодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фолея); аналіз Нв; Нт; кількості тромбоцитів; функціональних печінкових проб, аналіз креатиніну плазми — щодоби; моніторинг стану плода (КТГ, аускультация, БПП — за показаннями).

Задача 2. Повторновагітна М., 30 років, доправлена до пологового будинку зі скаргами на головний біль та біль в епігастральній ділянці, погіршення зору, набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Термін вагітності 38 тиж. Менструації з 12 років, встановилися одразу тривалістю 4–5 днів, через 28 днів, у помірній кількості, безболісні. Статевежиття з 22 років. Перша вагітність закінчилася медичним абортom за бажанням жінки при терміні вагітності 10 тиж. Дана вагітність друга. Перша половина вагітності

перебігала без ускладнень. В останні 3 тиж. 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, яка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 150 уд./хв вислуховується справа нижче пупка. Під час зовнішнього акушерського дослідження лікар помітив фібрилярні сипання мимічної мускулатури і верхніх кінцівок. Аналіз крові: Нв — 126 г/л; гематокрит (Ht) — 41 %, тромбоцитів — 155×10^9 /л. Аналіз сечі: протеїнурія — 4,5 г/л, циліндрурія.

Питання: 1. Діагноз?

2. Тактика лікаря?

3. Як довго після пологів повинна тривати магnezіальна терапія?

Алгоритм правильної відповіді: 1. Вагітність II 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, друга позиція. Еклампсія.

2. Тактика лікаря: ліквідація судом; протисудомна терапія — сульфат магнею в/в (болус 4 г протягом 5 хв, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год). Якщо судоми не припиняються, додатково ввести в/в 10 мг діазепаму або тіопенталнатрію 450–500 мг протягом 3 хв. Гіпотензивна терапія: гідралазин (апресин) 5–10 мг/год в/в, лабеталол в/в, ніфедипін 5–10 мг під язик. Усі маніпуляції проводять під загальною анестезією тіопенталом натрію або закисом азоту з киснем. Штучна вентиляція легень за показаннями. Екстрене розродження шляхом операції кесаревого розтину.

3. Магнезіальна терапія повинна тривати не менше 48 год після пологів.

Нетипові тестові задачі:

1. 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?

А. Прееклампсія легкого ступеня

В. HELLP-синдром

С. Прееклампсія середнього ступеня

Д. Прееклампсія тяжкого ступеня

Е. Поєднаний НПП-гестоз

2. Вагітна з терміном гестації 7 тижнів госпіталізована до відділення гінекології 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 уд./хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9°C. У крові: Нв- 154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

А. Переривання вагітності

- В. Продовжити консервативну терапію гестозу
- С. Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
- Д. Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
- Е. Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності

3. Першовагітна 23-х років з терміном 37-38 тижнів. Стан важкий. Вдома відбувся напад еклампсії. Об'єктивно: АТ- 180/100 мм рт.ст., Рс- 98/хв, генералізовані набряки, свідомість затьмарена. Визначити тактику ведення вагітної:

- А. Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної терапії
- В. Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
- С. Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологом розривом
- Д. Накладання акушерських щипців
- Е. Рання амніотомія

Відповіді: 1-Д;2-А;3-А

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

Алгоритм діагностики гіпертензивних розладів під час вагітності

1. Вимірювання АТ на обох руках (у положеннях сидячи та лежачи), аускультация серця, легень, оцінка неврологічного статусу

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли систолічний артеріальний тиск (САТ) >140 мм рт. ст. та діастолічний АТ (ДАТ) >90 мм рт. ст. при двократному вимірюванні з інтервалом більш ніж 4 години або САТ >160 мм рт. ст. та ДАТ >110 мм рт. ст. при однократному вимірюванні.

Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок із раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії у другій половині гестації.

2. Лабораторні обстеження:

- загальний аналіз крові (гемоглобін, тромбоцити);
- загальний аналіз сечі, за необхідністю (підозра на розвиток преєклампсії) доповнений визначенням співвідношення «протеїн:креатинін»;
- рівень глікемії, креатиніну, АЛАТ, АсАТ, білірубіну; коагулограма (МНВ, фібриноген, АЧТЧ);
- глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну (за показаннями)

3. Інструментальні обстеження:

- ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод, доплерометрія артерій пуповини;
- доплерометрія венозної протоки та середньомозкової артерії плода (за показаннями)
- КТГ за критеріями Доуза – Редмана;
- реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях
- УЗД нирок (за показаннями); сатурація кисню (за показаннями); КТ головного мозку (за показаннями)

4. *Консультації спеціалістів* (терапевт/кардіолог) та надання консультативного висновку, який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

Додаткові обстеження проводять за показаннями залежно від проявів ускладнень гіпертонічних розладів, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності, або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати.

ХАГ може бути первинною або вторинною за етіологічним чинником.

Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби після пологового періоду).

Гестаційна гіпертензія (ГГ) – артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів після пологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти у преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.

Поєднана преєклампсія – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія або прогресування гіпертензії на >30/15 мм рт. ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності, або органні порушення.

Рання преєклампсія – преєклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.

Пізня прееклампсія – прееклампсія, щорозвинулась після 34 тижнів вагітності.

Помірна прееклампсія – це полісистемний синдром, що проявляється після 20 тижнів вагітності підвищенням АТ у межах 140-159/90-109 мм рт. ст. та протеїнурією.

Тяжка прееклампсія визначається як тяжка гіпертензія (САТ >160 або ДАТ >110 мм рт. ст.) + протеїнурія або гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- порушення зору;
- набряк диска зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання;
- біль у правому підбер'я або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлекси;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез < 0,5 мл/кг/год);
- кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 /л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
- затримка росту плода.

Еклампсія – один або більше судомних нападів у хворої із прееклампсією. HELLP-синдром – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається >300 мг білка в добовій порції сечі, або білок >0,3 г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн (мг) : креатинін (ммоль) >30.

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або таткі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних із фізіологічним перебігом вагітності.

Прееклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж прееклампсія з набряками.

Фактори ризику розвитку гіпертензивних розладів вагітності

До групи ризику належать жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику з перерахованих нижче:

- цукровий діабет 1 або 2 типу;
- хронічна гіпертензія;
- гіпертензивні розлади під час попередньої (іх) вагітності (ей);

- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС);
- багатоплідна вагітність;

або два фактори помірногоризику з наступних:

- перша вагітність;
- вік вагітної жінки 40 років та старше;
- інтервал між вагітностями більше 10 років;
- індекс маси тіла (ІМТ) 35 кг/м² або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
- сімейна історія преєклампсії.

Профілактика розвитку преєклампсії

Вагітним із групи ризику слід поради приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти (АСК) щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечері (при призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу) та 1,5-2 г кальцію (1 г елементарного кальцію міститься у 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію) із 16 тижнів вагітності (під час прийому їжі).

Алгоритми ведення вагітності у жінок з хронічною артеріальною гіпертензією або гестаційною гіпертензією:

1. Тест на протеїнурію при кожному відвідуванні ЖК
Оцінка протеїнурії: значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну > 0,3 г/добу у повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л.
2. Вимірювання АТ 2 рази на тиждень
3. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (при АТ 150/100-159/109 мм рт. ст.)
Не проводити додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії.
4. Госпіталізація при АТ > 160/110 мм рт. ст.
5. **Особливості антигіпертензивної терапії під час вагітності:**
 - припинити застосування інгібіторів АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності;
 - початкова терапія проводиться одним із доступних антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори або ніфедипін (таблиця 1)
 - при резистентній гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин);
 - при гіпертонічному кризі переважає віддається урапідилу;
 - при проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігти надмірному зниженню АТ (не більше ніж 25% від максимальних показників).

У вагітних жінок із неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130-150/80-100 мм рт. ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, що буде підтримувати АТ <140/90 мм рт. ст.

6. Спостереження за станом плода:

Ультразвукова фетометрія, амніотичний індекс + доплерометрія артерій пуповини (за показаннями – венозної протоки, середньої мозкової артерії).

Кардіотокографія за показаннями.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консилиум.

Із метою нейропротекції плода у терміні <31 тижнів +6 діб може вводитися магнію сульфат, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

7. Термін розродження:

Вагітні із тяжкою АГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високо спеціалізовану) медичну допомогу.

Бажаний термін розродження – після 37 тижнів. У вагітних жінок із неускладненою АГ оптимальний термін розродження має бути від 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності.

Спосіб розродження – відповідно до акушерської ситуації.

За необхідності до строкового розродження (<34 тижнів) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС-синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

8. Спостереження в пологах:

- продовжити допологову антигіпертензивну терапію (АГТ); при АТ >160/110 мм.рт.ст. додатково призначається урапідил внутрішньовенно;
- вимірювання артеріального тиску (частота в залежності від клінічної ситуації, кожні 15-30 хвилин);
- якщо АТ контролюється в межах цільового діапазону (140-159/90-109 мм рт. ст.), зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів;
- проведення епідуральної аналгезії;
- якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

9. Спостереження після пологового періоду:

- 1) Контроль АТ:
 - щодня протягом перших 2 днів після пологів;
 - щонайменше один раз між 3-ю та 5-ю добами після пологів;
- за клінічними показаннями, якщо гіпотензивна терапія змінюється після пологів.
- 2) Після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні <140/90 мм рт. ст.
- 3) Продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, щоб улипили до пологів, окрім метилдофи.

Якщо жінка приймала метилдофу, необхідно припинити призначення вказаного препарату протягом 2 діб після пологів та призначити каптоприл або

еналаприл за необхідності, контроль АТ до 42 діб. Далі лікування проводиться відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з лікування артеріальної гіпертензії (АГ).

Якщо АТ знижується до $<140/90$ мм рт. ст., розглянути можливість подальшого скасування гіпотензивної терапії.

4) Якщо не було допологової АГТ, розпочати гіпотензивну терапію при АТ $>140/90$ мм рт. ст.

Алгоритми ведення вагітності у жінок з преєклампсією

Помірна преєклампсія: АТ 140-159/90-109 мм рт. ст., протеїнурія 0,3-3 г/добу

1. Госпіталізація
2. Початкова терапія може розпочинатися з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін (таблиця 1)
3. Цільовий рівень АТ: САТ 130-150 мм рт. ст., ДАТ 80-95 мм рт. ст.
Недоцільно різке зниження АТ (не більш ніж 25% від максимальних показників).
4. АТ слід вимірювати 4 рази на добу.
5. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень) (таблиця 1)

6. Розродження:

- у терміні гестації **22+0 – 33+6** тижнів рекомендовано обрати вибірково вишукану тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАГТ (відділення інт.тер.)
-34+0 – 36+6 тиж. при стабільному стані плода – консервативна тактика
- після 37 тижнів – упродовж 24-48 год, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері й плода

Вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

7. **Спостереження в пологах:** АТ вимірювати щогодини;
епідуральна анальгезія; протисудомна терапія та АГТ упродовж усього періоду пологів

Тяжка преєклампсія: АТ $>160/110$ мм рт. ст., протеїнурія >3 г/добу або будь-яка гіпертензія, що супроводжується одним або декількома з наступних ознак:

- серцева недостатність, набряк легень;
- гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмитість або мерехтіння перед очима);

- сироватковий показник креатиніну >90 мкмоль/л, олігурія $<0,5$ мл/кг/год, протеїнурія $>0,3$ г/добу або $0,3$ г/л двічі через 6 год;
- тромбоцитопенія $<100 \times 10^9$ /л;
- гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів;
- \uparrow непрямого білірубіну;
- \uparrow лактатдегідрогенази >600 мМО/л, порушення гемостазу;
- \uparrow трансаміназ у сироватці крові вдвічі чи більше, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті;
- ЗРП.

1. Госпіталізація до ВАІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.
2. Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат (МС)): боліос + підтримувальна доза (таблиця 1)

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату: вимірювання АТ кожні 20 хвилин; підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС); спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути >14 за хвилину); визначення концентрації магнію кожні 4-6 год (терапевтичний діапазон – 3-8 ммоль/л); визначення сатурації O_2 ($>95\%$); перевірка колінних рефлексів кожні 2 год; контроль погодинного діурезу ($>0,5$ мл/кг/год); аускультация серцебиття плода щогодини, фетальний моніторинг (за показаннями).

3. Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатися 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 гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).
4. Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм рт. ст.
5. АТ слід вимірювати щонайменше 4 рази на добу або залежно від клінічної ситуації.
6. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня) (таблиця 1)

7. Розродження:

- у терміні гестації **22+0 – 33+6** тижнів необхідно вирішити питання про пологи після стабілізації гемодинамічного стану матері, після проведення профілактики РДС плода та транспортування вагітної жінки до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу
- **34+0 – 36+6** тижнів: показано розродження до 48 год – у закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної;
- **після 37 тижнів** – лише у закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, впродовж 24 год після стабілізації стану гемодинаміки.

Вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

8. **Спостереження в пологах:** АТ – постійний моніторинг; епідуральна аналгезія; протисудомна терапія та АГТ упродовж усього періоду пологів

9. **Післяпологовий нагляд:** контроль АТ 4 рази на добу протягом 5 днів
Підтримувати такі рівні АТ: САТ <160 мм рт. ст., ДАТ <100 мм рт. ст., а у жінок із цукровим діабетом АТ необхідно підтримувати <130/80 мм рт. ст.
Профілактика тромбоемболічних ускладнень має проводитись у жінок з додатковими факторами ризику.

Дози АГТ поступово зменшують, але не раніше ніж через 48 год після пологів. Якщо жінка отримувала два або більше антигіпертензивних препарати – один препарат скасовують.

Терапія МС має тривати не менше 24 год після пологів або після останнього нападу судом.

Лікарські засоби для зниження АТ у жінок, які годують грудьми: ніфедипін, бета-адреноблокатори, каптоприл та еналаприл.

Алгоритм ведення еклампсії

1. Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми
Необхідно:

- зафіксувати час та покликати колег на допомогу;
- захистити жінку від ушкоджень, утримуючи її під час судом;
- підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болюсного введення;
- після судом, за необхідності, очистити електровідсмоктувачем ротову порожнину та гортань. Провести аускультацию легень. За можливості провести інгаляцію киснем.

2. Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°.

3. Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хвилину), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легень для виключення аспірації або набряку.

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 ШВЛ.

4. Після нападу негайно розпочати терапію магнію сульфатом, не використовувати діазепам у якості альтернативи магнію сульфату.

Ввести болюс 4 г (16 мл 25% розчину + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хвилин внутрішньовенно, потім продовжувати по 1-2 г/год. Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин.

5. Якщо САТ >160 мм рт. ст. або ДАТ >110 мм рт. ст., проводиться АГТ. Необхідно знизити САТ до 130-150 мм рт. ст. і ДАТ до 80-90 мм рт. ст.

6. Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.

Не призначати метилергометрин!

7. Після нападу судом показане невідкладне розродження. Найкращим методом розродження після нападу еклампсії є кесарів розтин.

Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації.

У випадках розвитку нападу еклампсії в кінці другого періоду пологів можливе використання вихідних акушерських щипців. Активне ведення третього періоду пологів.

8. Післяпологовий період: жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах ВАІТ. Рання нутритивна підтримка до 25 ккал/кг/добу (назогастральний зонд після операції); магнію сульфату 1-2 г/год внутрішньовенно не менше доби.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень: введення профілактичних доз низькомолекулярного гепарину за відсутності протипоказань (коагулопатія, тромбоцитопенія, неконтрольована артеріальна гіпертензія, геморагічні ускладнення) починається через 8-12 год після розродження.

Таблиця 1. Дії медичного персоналу припрееклампсії/еклампсії

1	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення		Час, хв	
2	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ 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 $\geq 150/90$ мм рт. ст. та/або судамах («тривожна кнопка», телефон, персонал)			
4	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря з медичної допомоги)			
5	Катетеризація периферичної вени, катетер 16-18 G, а при АТ $\geq 180/100-110$ мм рт. ст. – катетеризація двох вен для введення магнію сульфату та урапідилу			
6	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АЛАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), резус-фактора (за відсутності), приліжковий тест			
7	Магнію сульфат – попередження судом та/або контроль судом*:			
	Болюс (навантажувальна доза) + підтримуючий режим:	Корекція дози:		
	16 мл 25% розчину магнію сульфату (4 г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду – при АТ $>160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преeklampsії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хв – при судамах – за 5 хв** – при повторенні судом – 1/2 дози (2 г) за 5 хв***	30 мл 25% розчину магнію сульфату (7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду: $\frac{1 \text{ г/год}}{0,5 \text{ мл/хв}} = 10 \text{ крапель/хв}$ [24 год після розродження або останнього нападу] Макс. добова доза – 32 г магнію сульфату Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!	ЧД >16 ; кількість сечі >25 мл/год – продовжити інфузію магнію сульфату ЧД >16 ; кількість сечі 10-25 мл/год – дозу магнію сульфату зменшити у 2 рази ЧД <16 ; кількість сечі <10 мл/год – припинити інфузію магнію сульфату	
	При передозуванні магнію сульфату – припинити введення та ввести в/в 10 мл 10% розчину кальцію глюконату за 10 хв!			
8	Антигіпертензивна терапія:			
	АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.	АТ $\geq 180/100-110$ мм рт. ст.		
	Ніфедипін 1 таблетка (10 мг) розжувати , повторити через 20 хв 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/добу) або 3-5 крапель сублінгвально; повторити через 5 хв, якщо неадекватна відповідь (макс.: 10-15 крапель/добу) Метилдофа 250-500 мг 3-4 рази на добу Після пологів – інгібітори АПФ	Урапідил: болюсно в/в 2-5 мл (10-25 мг). Не розводити! Можна повторити болюсну дозу ще двічі з інтервалом 2-5 хв до досягнення АТ 160-150/100-90 мм рт. ст. 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 $\frac{6-9 \text{ мг/год}}{7 \text{ крапель/хв}} = 0,33 \text{ мл/хв}$ для підтримання АТ 150/100-90 мм рт. ст.		
9 Викликати лаборанта Обстеження СІО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура (після сечації жінки) – ЗАС (білок) Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!				

Таблиця 2. Оцінка ступеня важкості блювоти вагітних

Симптоматика	Ступінь важкості блювоти		
	легка	середня	важка
Апетит	Помірно знижений	Значно знижений	Відсутній
Тошнота	Помірна	Значна	Постійна, виснажлива
Салівація	Помірна	Значна	Значна (густа, в'язка слина)
Частота блювоти на добу	3-5 раз	6-10 раз	11-15 раз і до безперервної
Частота пульсу в 1 хв.	80-90	90-100	Більше 100
Систолітичний АТ	120-110 мм.ст.ст.	110-100 мм.ст.ст.	Менше 100 мм.ст.ст.
Утримання їжі	Утримує	Частково	Не утримує
Зменшення маси тіла	1-3 кг (до 5% від вихідної маси)	3-5 кг (1 кг в тиждень, 6-10% від вихідної маси)	Більше 5 кг (2-3 кг в тиждень, більше 10% від вихідної маси)
Запаморочення	Рідко	У 30-40% хворих,	У 50-60% хворих,

		помірновиражене	значновиражене
Субфібрилітет	Відсутній	Рідко	У 35-60% хворих
Жовтушність склер і шкіри	Немає	У 5-7% хворих	У 20-30% хворих
Гіпербілірубінемія	Немає	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухість шкіри	+	++	+++
Діурез	900-800 мл	800-700 мл	Менше 700 мл
Ацетонурія	Немає	Періодично у 20-50%	У 70-100%

У деяких випадках добовесливиділення досягає одного літра і більше. Значна саливація призводить до зниження білків, вітамінів, солей і гіпогідратації хворої.

Таблиця 3. Графлогічне викладення теми практичного заняття

Основні задачі	Відповіді здобувачів
<i>Вивчити:</i> Патогенез ранніх гестозів	Гестоз є синдромом, хворобою адаптації, а не самостійним захворюванням і розвивається в результаті нездатності адаптаційних систем материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, що виникають внаслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, у відповідь на роздратування нервових закінчень матки імпульсами, що йдуть від плода. Виникає перевага збуджувального процесу в стовбурових утвореннях мозку, зокрема блювотного і слиновидільного центрів. Пригнічується активність ферментних систем і посилюються анаеробні процеси в організмі. Накопичуються недоокислені метаболіти жирового і білкового обмінів (кетонові тіла), які виводяться із сечею, виникає кетонурія.
Патогенез пreeклампсії (ПЕ)	Це синдром поліорганної функціональної недостатності, патогенетично пов'язаний з вагітністю, що характеризується генералізованим судинним спазмом і перфузійними 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 пreeклампсії є ішемія плаценти, яка виникає внаслідок порушення ендovasкулярної трофобласної інвазії і недостатньому ремоделюванні спіральних артерій матки
Етіологічні	- цукровий діабет 1 або 2 типу;

фактори розвитку преєклампсії	<ul style="list-style-type: none"> - хронічна гіпертензія; - гіпертензивні розлади під час попередньої(их) вагітності(ей); - хронічна хвороба нирок; - аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС); - багатоплідна вагітність; - перша вагітність; - вік вагітної жінки 40 років та старше; - інтервал між вагітностями більше 10 років; - індекс маси тіла (ІМТ) 35 кг/м² або більше при першому зверненні до жіночої консультації; - сімейна історія преєклампсії
Тактика ведення вагітної при тяжкій преєклампсії	<ul style="list-style-type: none"> - госпіталізація - антигіпертензивна терапія - 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 щодня Фетальний моніторинг: аускультация серця плода; УЗД плода; КТГ Показання до родорозрішення: <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; - зворотній кінцевий діастолічний потік придоплерометрії пуповинної артерії, негативні показники КТГ

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

1. Діагностувати різні клінічні форми гіпертензивних розладів при вагітності
2. Призначати клініко-лабораторне та додаткове обстеження при гіпертензивних розладах при вагітності
3. Оцінювати фактори ризику преєклампсії
4. Знати особливості профілактики преєклампсії
5. Діагностика помірної та тяжкої преєклампсії
6. Складати план лікарської тактики при преєклампсії
7. Тактика ведення вагітності, ускладненої еклампсією

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1. Першовагітна Р., 20 років, звернулася до лікаря акушера-гінеколога зі скаргами на нудоту, слинотечу, блювання до 15 разів на добу, пов'язане з прийомом їжі. Менструації з 13 років, встановилися одразу, протягом 3–4 днів, через 21 день, безболісні, у значній кількості. Статеве життя з 19 років. Два тижні тому з'явилися нудота, блювання після їжі, які в найближчі дні почастишали. За цей час втрата маси тіла дорівнювала 3 кг. При дообстеженні: загальний стан задовільний, шкірні покриви бліді, сухі, склери іктеричні. Тургор шкіри знижений. Статура правильна, харчування знижене. Маса тіла 56 кг, зріст 160 см. У легенях дихання везикулярне; АТ 110/60 мм рт. ст., пульс 96 уд./хв, температура тіла 37,5 °С. Тони серця дещо приглушені. Язик сухий з легким білуватим нальотом, відчувається запах ацетону з рота. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені в розмірах. Піхвове дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ціаноз слизових оболонок піхви. Матка збільшена до 8 тиж. вагітності, м'якої консистенції, рухома, безболісна. Придатки матки не визначаються. Виділення слизові. При дослідженні крові виявлено: Нв-115 г/л, лейкоцити $-11 \cdot 10^9/\text{л}$; еритроцити $-3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; білок загальний -70 г/л. Ваналізі сечі: ацетон (+ + +), гіалінові й зернисті циліндри, протеїнурія - 1,5 г/л.

Питання: 1. Діагноз?

2. Тактика ведення пацієнтки?

3. Які показання до переривання вагітності?

Алгоритм правильної відповіді: 1. Вагітність І 8 тиж. Блювання вагітних, тяжкий ступінь.

2. Переривання вагітності на тлі інфузійної терапії (дезінтоксикація, відновлення об'єму циркулюючої крові (ОЦК), корекція електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги).

3. Показання до переривання вагітності: неефективність проведеної терапії, значна тахікардія, прогресуюче зниження маси тіла, протеїнурія, циліндрурія, ацетонурія, жовтяниця протягом 7–10 діб.

Задача 2. Повторновагітна П., 32 роки, перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань відзначає кір, ГРВІ. У віці 11 років двостороння пневмонія. Менструації з 14 років, через 28 днів, тривалістю 4 дні, безболісні. Статеве життя з 20 років. Перша вагітність настала через два роки після початку статевого життя і закінчилася штучним абортom при терміні вагітності 10 тиж. Дана вагітність друга. На диспансерному обліку перебуває з терміну вагітності 8 тиж. Відвідує жіночу консультацію регулярно. Термін гестації на момент звернення 35–36 тиж. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на ногах, АТ 150/90 мм рт. ст.,

стан задовільний. Матка в нормальному тонусі, ВДМ 35 см вище лобка, ОЖ 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 134 уд./хв, вислуховується справанижче пупка. Аналіз сечі — білок 0,033 г/л.

Питання: 1. Діагноз?

2. Які додаткові методи дослідження потрібні для підтвердження діагнозу?

3. Акушерська тактика?

Алгоритм правильної відповіді: 1. Вагітність II 35–36 тиж. Положення плода позовжне, передлежання головне, позиція друга. Помірна преeklampсія.

2. Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін і сечовина плазми крові, Нв, Нт, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ.

3. Госпіталізація, лабораторне обстеження, щодня контроль АТ, діурез, протеїнурія, моніторинг стану плода.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2019) Жінка 27 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 уд./хв., артеріальний тиск - 90/50 мм рт.ст. При огляді відмічаються сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри та астенична 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. Внутрішньовенне введення β -адрено-блокаторів та парентеральне харчування

В. Пероральний прийом антимиетиків та антихолінергічних препаратів

С. Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка

Д. Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків

Е. Постільний режим та часте годування малими порціями

2. (2019) 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 уд./хв., частота дихання - 15/хв., температура - 36,9°C, набряки кінцівок. Серцебиття плода – 159 уд./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

3.(2018) 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 повздожне, головне передлежання. Серцебиття плода 130 уд/хв. Під час внутрішнього акушерського дослідження стався приступ судом з втратою свідомості. Яке ускладнення виникло в пологах?

- A. Еклампсія
- B. Прееклампсія помірна
- C. Прееклампсія тяжка
- D. Гіпертонічний криз
- E. Епілепсія

Відповіді: 1-D; 2-A; 3-A.

IV. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

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

Структура поточного оцінювання 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. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. 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
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

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 під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички

	під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних 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 інтерпритації даних 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.

V. Список рекомендованої літератури

Основна

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 1. Акушерство: підручник / В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Б.М. Венцківський та ін. - 4-е видання. 2020, 424с.
2. ObstetricsandGynecology. In 2 volumes. Volume 2. Gynecology. підручник англійською мовою (editbyV.I.Grishchenko, M.O. Shcherbina).- К.: Medicine, 2018. – 352р.
3. 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., Дубініна В.Г., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2014. - 696 с.

Додаткова

1. NationalInstituteForHealthandCareExcellence (2019) Hypertensioninpregnancy: diagnosisandmanagement. NICE guidelines [NG133], June 25.
2. Наказ МОЗ України № 151 від 24.01.2022 року «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»
3. Наказ МОЗ України від 31 грудня 2004 року N 676 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги.
4. L. I. Berlinska, V. G. Marichereda, O. M. Pavlovska, Y. Y. Petrovskiy Odesa National Medical University ANTERIOR PLACENTA POSITION AS A CAUSING FACTOR OF PRE-ECLAMPSIA.Актуальніпитанняпедіатрії, акушерстватагінекології. 2020. № 2 С-191-196

5. Гладчук І.З., Панчук Е.А. Метаболічна терапія у жінок з плацентарною дисфункцією. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України, Випуск 2 (42) 2018- С-58-63
6. Плацентарний синдром як імовірний фактор ризику розвитку преєклампсії (Огляд літератури) В.В. Артьоменко, Л.І. Берлінська. Здоров'я жінки №6 (132)/2018 ISSN 1992-5921 С.113-117.
7. Poon L.C. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention // Int. J. Gynecol. Obstet. 2019. Vol. 145, № S1. P. 1–33.

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/>