

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Тема:

«Ранні гестаційні ускладнення. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Преєклампсія. Еклампсія»

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

Методична вказівка «Ранні гестаційні ускладнення. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Преєклампсія. Еклампсія»

для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Авторський колектив:

- Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № 1 від 29.08.2025 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Ранні гестаційні ускладнення. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Пreeклампсія. Еклампсія.

I. Актуальність теми

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreeклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених гіпертензивними розладами при вагітності (пreeклампсія), в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гіпертензивних розладів при вагітності, що визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема пreeклампсії, істотно переглянуто. Тому знання причин, методів діагностики та лікування гіпертензивних розладів при вагітності необхідно лікарю будь-якого профілю в його практичній діяльності.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Фактори ризику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
- Класифікацію ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Клініку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Лікарську тактику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Методи лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Методи профілактики виникнення ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати акушерський анамнез
- Виконувати акушерське дослідження.

- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні раннім гестаційним ускладненням та гіпертензивним розладам при вагітності..
- Скласти план обстеження для діагностики ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності..
- Провести діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Визначити фактори ризику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Визначити тактику ведення хворих з ранніми гестаційними ускладненнями та гіпертензивними розладами при вагітності.
- Призначати лікування при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності.
- Скласти план щодо профілактики розвитку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з ранніми гестаційними ускладненнями та гіпертензивними розладами при вагітності.

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ № п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів

22	Гістологія	Гістологічну будову матки ,молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
33	Патологічна анатомія	Гістологічну будову хоріону, плаценти, матки та молочних залоз при вагітності.	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	Клініку та діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності	Надати невідкладну допомогу при ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
Внутрішньопредметна інтеграція			
11.	Методи дослідження в акушерстві.	Основні та додаткові методи обстеження в акушерстві.	Провести акушерське обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

РАННІ ГЕСТАЦІЙНІ УСКОЛАДНЕННЯ

Гестозами вагітних називають захворювання, що виникають в зв'язку з розвитком плідного яйця при порушенні процесів адаптації організму жінки до вагітності.

Ранні гестаційні розлади — в акушерській практиці зарубіжних країн цей стан розцінюється як "малі" гестаційні ускладнення вагітності, або "неприємні симптоми при вагітності", переважно виникають в першій половині вагітності, внаслідок розладів в нейроендокринній системі та порушень обміну речовин.

Класифікація: ранні гестаційні ускладнення вагітності поділяють за клінічним перебігом на дві групи

I. Ранні гестози, що часто зустрічаються

- Блювання вагітних
- Слиноотеча (птіалізм) — гіперсалівація спостерігається при блюванні, іноді буває самостійним проявом раннього гестозу

За ступенем тяжкості розрізняють:

- блювання вагітних легкого ступеня
- середнього ступеня
- тяжкого ступеня (hyperemesis gravidarum)

II. Ранні гестози, що рідко зустрічаються

- дерматози вагітних;
- холестатичний гепатоз вагітних;
- гострий жировий гепатоз вагітних;
- хорея вагітних;
- остеомалія;
- бронхіальна астма при вагітності.

Етіологія і патогенез раннього гестозу

Фактори ризику:

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції та адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, стрес, тощо);
- Екстрагенітальні захворювання;
- Захворювання статевих органів;
- Зміни рецепторному апарату матки

«Теорія патологічної еферентації» — тривала надмірна імпульсація з боку плідного яйця викликає надмірне подразнення трофотропних ділянок гіпоталамуса, стовбура мозку та утворень, які приймають участь в регуляції вегетативних функцій і гальмуванні нервових процесів в корі головного мозку, що призводить до переважання процесів збудження блювотного центру.

**Клініко-лабораторні показники блювання вагітних
за ступенем тяжкості**

Симптоми	Легкий ступінь	Середній ступінь	Важкий ступінь
Частота блювання	3-5 разів	6-10 разів	11-15 та більше
Частота пульсу	80-90	90-100	> 100
Систолічний АТ	120-110мм.рт.ст.	110-100мм.рт.ст.	< 100 мм.рт.ст.
Втрата маси тіла/тиж-день	1-3 кг (до 5%)	3-5 кг (6-10%)	> 5 кг (> 10%)
Субфібрилітет	Відсутній	Рідко	У 35-80%хворих
Жовтяниця	Відсутня	У 5-7% хворих	У 20-30% хворих
Гіпербілірубінемія	Відсутня	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухість шкірних покривів	+	++	+++
Стілець	Щоденно	Раз у 2-3 дні	Закрепи
Діурез	900-800 мл	800-700 мл	< 700 мл
Кетонурія	+, ++	++, +++ (20-50%)	+++, ++++ (70-100%)

Принципи лікування блювання вагітних:

- Нормалізація режиму праці та відпочинку
- Застосування фізіотерапевтичних методів з метою впливу на ЦНС (електросон, рефлексотерапія, нормобарична гіпокситерапія)
- Корекція харчового раціону: (дрібно 5-6 разів на добу) рясне пиття, вітамінотерапія.
- При блюванні вагітних середнього і важкого ступенів показана госпіталізація до стаціонару, призначення інфузійної дезінтоксикаційної терапії та медикаментозного лікування

ІНФУЗІЙНА ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

- Кристалоїди (ізотонічний р-н NaCl 0,9%, розчини Рінгера Локка, трисоль, реосорбілакт, іоностеріл)
- Замінники плазми (стерофундін 500мл)
- Альбумін 20% (при зниженні концентрації білка менше 40г/л)
- Парентеральне харчування: низькоконцентрована глюкоза 5% 500мл + вітамін С 5% 2 мл; амінокислоти — аміноплазмаль-гепа 500мл, інфузол (250мл) 500-750 мл/добу
- Показана доцільність застосування протиблювотних засобів — ондансетрону (селективного блокатора рецепторів серотоніну) при стійкій блювоті вагітних, або метоклопраміду.

СЛИНОТЕЧА ВАГІТНИХ

Слинотеча — гіперсаливація спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом раннього гестозу.

Клініка — кількість слини при гіперсаливації може досягати 1,0 л за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ.

Лікування — проводять аналогічне лікування, як при блюванні. З метою зменшення секретії слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м'яти, ромашки, кори дубу та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості.

ДЕРМАТОЗИ ВАГІТНИХ

Дерматози вагітних — захворювання шкіри під час вагітності. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200 вагітностей

Патогенез — функціональний дисбаланс між корою і підкіркою, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній.

Клініка — проявляється у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, папульозних висипів. Захворювання не впливає на стан плода.

Лабораторна діагностика — на підставі виявлення комплексу в базальній мембрані епідермісу. Лікування дерматозів: харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин, антигістамінні засоби, системні або місцеві кортикостероїди.

ХОЛЕСТАТИЧНИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Виникає в різні терміни вагітності, виникає у 1 на 2000 вагітних жінок. Патогенез.

• Зміни метаболізму ліпідів під час вагітності пов'язані з пригніченням функції ліпази під впливом естрогенів та гіперінсулінемії.

• Гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол.

• Збільшення продукції холестерину.

• Зниження тонуусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі.

Клініка: інтенсивний свербіж шкіри, жовтяниця Діагностика:

• Підвищений вміст білірубину в крові (до 90 ммоль/л).

• Зростає рівень лужної фосфатази.

• Помірний лейкоцитоз,

• Нейтрофіліоз,

• Підвищення ШОЕ Лікування:

• Дієта № 5

• Препарати урсодезоксіхолоїєвої кислоти.

• Гепатопротектори.

• Системні кортикостероїди.

• Ентеральні сорбенти

ГОСТРИЙ ЖИРОВИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Розповсюдженість 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою материнською смертністю (70-90%).

Клініка — за клінічним перебігом виділяють дві стадії. Дожовтянична — супроводжується болем в животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри. Жовтянична — наростають симптоми інтоксикації, печінкової та ниркової недостатності, енцефалопатії.

Лабораторна діагностика: гіпербілірубінемія (до 100 ммоль/л) лейкоцитоз, зсув формули крові вліво, підвищення лужної фосфатази та печінкових ферментів (АЛТ АСТ збільшуються у 5 разів), гіперурикемія, респіраторний алкалоз, метаболічний ацидоз. Морфологічно виявляється виразна жирова дистрофія гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу.

Лікування: негайне переривання вагітності, дезінтоксикаційної терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, застосування гемодіалізу.

ГІПЕРТЕНЗИВНІ СТАНИ У ВАГІТНИХ

Гіпертензивні стани у вагітних — поняття, що об'єднує різні клініко-патогенетичні типи артеріальної гіпертензії:

• Внаслідок хронічного захворювання нирок

• Есенціальна гіпертензія;

• Гестаційна гіпертензія (ГТ) та прееклампсія у нормотензивних до вагітності жінок, підвищення артеріального тиску індукується самою вагітністю, так звані гестаційні форми.

Структура гіпертензивних розладів під час вагітності:

• гестаційна гіпертензія — 43%,

• прееклампсія — 27%,

• есенціальна гіпертензія — 19%,

• прееклампсія що нашарувалася на попередню гіпертензію — 7%.

- вторинна (симптоматична) гіпертензія — 4%.

Щорічно у всьому світі понад 50 тисяч жінок гине в період вагітності через ускладнення, пов'язані із гіпертензивними розладами. У розвинених країнах в 12-18%. Перинатальна смертність для даної патології коливається в межах від 10 до 30%, перинатальна захворюваність — від 463 до 780‰. Перинатальна захворюваність і смертність при преєклампсії обумовлені недоношеністю (30,0%), хронічною гіпоксією (40,0%), затримкою розвитку та росту плода (30,0%), які впливають на перинатальну смертність у 20-25% випадках.

Сучасні етіологічні теорії виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності:

- Кортиковісцеральна — в організмі вагітної жінки виникає невроз, результаті якого порушуються фізіологічні взаємини кори та підкоркових елементів головного мозку.
- Ендокринна — в результаті змін функцій ендокринних органів.
- Імунологічна — дисфункція ендотелію судин, пов'язана з автоімунним порушенням, викликаним вагітністю.
- Генетична — підтверджується статистикою спадковою появою ознак пізнього гестозу.
- Плацентарна — порушення інвазії трофобласту, недостатність спіральних артеріол матки.

ЛАНКИ ЕтіОПАТОГЕНЕЗУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Імунологічна дисфункція (в тому числі по HLA — системі) Плацентарна ішемія Зміна продукції гуморальних факторів (інтерлейкіни, фактори росту та інші)		
Ендотелій	Гіпоксія	Кров
• Генералізований вазоспазм (прекапілярна вазоділятація-посткапілярна вазоконстрикція); • Порушення реології крові; • Судинна проникливість; • Гіповолемія; • Гіпоперфузія; тканин; • Синдром поліорганної недостатності.	• Активація прозапальних цитокінів; • Активація нейтрофілів; • Вивільнення вільних радикалів; • Ендотоксимія; • Оксидативний стрес; • Ішемічні і некротичні зміни в життєво важливих органах;	• Депонування фібрину; • Виділення прокоагулянтів • Зниження: 1. тромбоцитів 2. простагліцину 3. антитромбіна III 4. фактору Віллебранда. • ДВЗ синдром • Гемоліз

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли ДАТ підвищується, або дорівнює 110 мм.рт.ст., а САТ підвищується, або дорівнює 160 мм.рт.ст. при разовому вимірюванні, або перевищує, чи дорівнює ДАТ 90 мм.рт.ст. та САТ 140 мм.рт.ст. при дворазовому вимірі з інтервалом більше ніж 4 години.

АГ легкої та помірної ступенів — АТ 140/90-159/109 мм.рт.ст.

АГ тяжкого ступеню — АТ і 160/110 мм.рт.ст.

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 чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається 6 тижнів і більше після пологів.

Гестаційна гіпертензія (ГГ) — артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії, АТ нормалізується протягом 6 тижнів у

післяпологовому періоді. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.

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

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

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

Тяжка преєклампсія 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 підребер'ї або болючість при пальпації печінки; підвищені сухожилкові рефлексії; генералізовані набряки; олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/ 1/кг/год); кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 / л; підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л); затримка росту плода.

Еклампсія – один чи більше судомний напад, у хворої з преєклампсією.

HELLP-синдром – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

1985 році. HELLP- синдром розвивається в 4-12% випадках, характеризується високою материнською і перинатальною смертністю (24-75%).

Патогенез: порушення перфузії у печінці — розвиток токсичного гепатозу.

Основні клінічні симптоми: нудота, блювання, головний біль, гіперрефлексія, сильний різкий біль в верхньому відділі живота, поява петехіальних крововиливів на шкірі.

Патогенетичний метод лікування — переривання вагітності, негайне розродження. В якості анестезії рекомендують виключно ендотрахіальний наркоз, продовжену ШВЛ, інтенсивну диференційовану терапію. Ускладнення:

- Крововилив у мозок;
- Відшарування плаценти;
- Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- Післяпологова кровотеча;
- Передчасні пологи;
- Гострий респіраторний дистрес синдром;
- Спонтанний підкапсулярний розрив печінки.

Профілактика розвитку преєклампсії

Призначати:

- препарат АСК 100 мг на добу з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності (у нічний час)
- L-аргінін (Тівортін)

Включення до раціону харчування:

- продуктів з високим вмістом поліненасичених жирних кислот
- 1 -2 г елементарного кальцію (що дорівнює 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію), з 20 тижнів кальцій в комбінації з вітаміном й

Уникати:

- гіпертонічності;
- надлишкової маси тіла;
- недостатньої фізичної активності.

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

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Преєклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж преєклампсія з набряками.

Фактори ризику розвитку гіпертензивних розладів вагітності.

До групи ризику виникнення ГРВ 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(их) вагітності(ей);
- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС);
- багатоплідна вагітність

Або два фактори помірного ризику 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 прееклампсії.

Профілактика

Профілактика розвитку прееклампсії вагітним з групи ризику слід порадити приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти (АСК) щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечорі (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).

АНАМНЕСТИЧНІ МАРКЕРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ:

Сімейний анамнез	• Вік ≥ 40 років • Сімейна прееклампсія • Серцево-судинні захворювання • Інфаркт або інсульт у родичів по материнській лінії • Діабет 1-го або 2-го типу у родичів • Низький соціальний статус
Анамнез жінки	• Гіпертензія (діаст. АТ ≥ 90 мм.рт.ст.) • Аутоімунні розлади • Спадкові тромбофілії • Підвищений рівень тригліцеридів • Цукровий діабет • Хвороби нирок • Шкідливі звички • ІМТ ≥ 35 кг/м² • Попередній викидень < 10 тижнів
Теперішня вагітність	• Багатоплідна вагітність • Кровотеча у ранньому терміні • Інтервал між вагітностями ≥ 10 років або < 2 років • САТ ≥ 130 або ДАТ ≥ 80 мм.рт.ст. • ДРТ • Трофобластична хвороба • Інфекції
Біохімічні та клінічні маркери	I триместр: • Мікроальбумінурія • Аномальні рівні скринінгових маркерів (PAPP, ХГЧ, PIGF) II–III триместр: • Гіпертензія • Аномальні рівні скринінгових маркерів (АФП, ХГЧ, естріол, ІnhA) • ЗРП • Порушення кровоплину у маткових артеріях $\uparrow$ sFlt-1/PIGF та PAI-1/PAI-2

Лабораторні маркери прееклампсії/еклампсії:

Тест	Інтерпретація результатів
Гемоглобін і гематокрит	Підвищення гемоконцентрації (у важких випадках — зниження за рахунок гемолізу)
Кількість тромбоцитів	Зменшення тромбоцитів $< 150\,000/\text{мкл}$, $< 100\,000/\text{мкл}$ ризик HELLP
Рівень активності лактатдегідрогенази Аспартатамінотрансферази Аланінамінотрансферази	Підвищення активності ферментів свідчить про ураження печінки
Білок у добовій кількості сечі	Збільшення $>0,3\text{ г/добу}$, а $\geq 3\text{ г/добу}$ свідчить про тяжкість процесу.
Рівень мочевої кислоти у сироватці крові	Підвищення рівню за ступенем тяжкості
Рівень креатиніну у сироватці крові	Підвищення рівню (необхідно визначати кліренс креатиніну)

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

- З боку сечовидільної системи: сироватковий показник креатиніну $> 90\text{ мкмоль / л}$, олігурія: $< 0,5\text{ мл/кг/ год}$.
- Значима протеїнурія більше $0,3\text{ г/д.}$ в повній порції сечі за 24 год або $0,3\text{ г/л}$ двічі через 6 год.
- З боку системи травлення: підвищення трансаміназ в сироватці крові, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті.
- З боку системи крові: тромбоцитопенія $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів, білірубину, лі лактатдегідрогенази $> 600\text{ нмоль / л}$, порушення гемостазу.
- З боку ЦНС та органів зору: гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмиття або мерехтіння перед очима).
- З боку серцево-судинної системи: серцева недостатність, набряк легенів.
- З боку плода: ЗРП + гіпоксія

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМ

Обов'язкові лабораторні обстеження:

- ЗАК (гемоглобін, тромбоцити)
- ЗАС, доповнений визначенням протеїнурії (за добу)
- рівень глікемії, креатиніну, АлАТ, АсАТ, білірубину

За наявності показань:

- аналіз сечі методом Нечипоренка
- коагулограма (фібриноген)
- глікемічний профіль

Обов'язкові інструментальні обстеження:

- Фетометрія, кількість навколоплідних вод, доплерометрія пупкової артерії
- КТГ за критеріями Доуз-Редмана
- КТГ з визначенням показника варіабельності за короткі відрізки часу (5TV)
- Реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях. УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ)
- Офтальмоскопія, консультація офтальмолога
- Консультація невролога

КРИТЕРІЇ ДОУЗ-РЕДМАНА (ОЦІНКА СТАНУ ПЛОДА)

1. Базальна частота серцевого ритму від 116 до 160 ударів за хвилину
2. Наявність щонайменше одного руху плода або трьох акселерацій
3. Відсутність децелерацій щонайменше один епізод високої варіабельності
4. Відсутність ознак синусоїдального ритму плода
5. Варіабельність за короткі відрізки часу повинна перевищувати 4,0 мсек
6. Втрата сигналу не більше, ніж 30% часу

7. Відсутність артефактів при закінченні запису ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Показанням до призначення антигіпертензивної терапії під час вагітності є: діастолічний тиск ≥ 100 мм.рт.ст., систолічний тиск ≥ 150 мм.рт.ст.

Мета лікування — досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку перинатальних ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ 140/90 мм.рт.ст. (у пацієнтів з хронічною хворобою нирок цільовий рівень АТ становить 130/80 мм.рт.ст.), ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Покази до госпіталізації: АТ $>150/100$ мм.рт.ст. Гіпотензивна терапія:

α_2 -адреноагоністи — метилдофа, клонідін.

β -адреноблокатори — лабеталол (з властивостями α -адреноблокатора), атенолол, піндолол, окспренолол.

Антагоністи кальцію — ніфедипін, верапаміл.

Міомоторні вазодилататори — гідралазін, нітропрусид натрію.

α_1 -адреноблокатори — урапіділ.

Препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (β -адреноблокатори, антагоністи кальцевих каналів) та їх комбінації. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають

Препарати II ряду — блокатори периферійних рецепторів, при резистентній гіпертензії використання клонідину або гліцерола тринітрату (нітрогліцерин).

У жінок з важкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної магнезіальної терапії.

Сульфат магнію — застосовується виключно для попередження або лікування судомного нападу у разі приєднання преєклампсії/еклампсії, знижує АТ завдяки загальноседативній дії.

Мета — підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної для профілактики судом.

Стартова доза — 16 мл 25% р-ну магнію сульфату (4 г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду

• при АТ $>160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору — за 10-15 хв.)

• при судамах — за 5 хв. **

• при повторі судом — $\frac{1}{2}$ дози (2 г) за 5 хв.

Підтримуючий режим — 1г сухої речовини магнію сульфату на годину 30 мл 25% р-ну магнію сульфату (7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду (1 г/год. = 10 крап./хв. = 0,5 мл/хв). Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!! Макс. добова доза — 32 г магнію сульфату

Критерії закінчення магнезіальної терапії:

- припинення судом;
- відсутність підвищеної збудливості ЦНС;
- нормалізація АТ;
- нормалізація діурезу.

Клінічні ознаки токсичності сульфату магнію: зниження частоти дихання; пригнічення колінних рефлексів; розвиток АВ — блокади. При передозуванні магнію сульфату — припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв! ЧД <16 ; кількість сечі <10 мл/год — припинити інфузію сульфату!

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Жіноча консультація:

• Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг соматичного захворювання. Припинити інгібітори АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності.

1. Консультація до вагітності

Прийом інгібіторів АПФ та блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) слід припинити при плануванні вагітності або відразу після встановлення діагнозу вагітність. Жінкам, які приймають інгібітори АПФ або БРА, необхідно повідомити, що є підвищений ризик вроджених вад, якщо приймати вказані препарати під час вагітності.

2. Допологовий нагляд вагітних з ХАГ

Вагітні жінки із ХАГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії. Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну $> 0,3$ г/добу в повній порції сечі за 24 год або $0,3$ г/л двічі через 6 годин. Визначення співвідношення протеїн:креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год ≥ 30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії. Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно лікарем акушером-гінекологом та лікарем-терапевтом (лікарем-кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг АГ.

3. Антигіпертензивна терапія (АГТ)

Припинити застосування інгібіторів АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності. Початкова терапія проводиться одним з доступних антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори або ніфедипін. При гіпертонічному кризі перевага надається урапідилу. При резистентній гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрат (нітрогліцерин). При проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігати надмірному зниженню артеріального тиску (не більше, ніж 25% від максимальних показників АТ). У вагітних жінок з неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130-150/80-100 мм.рт.ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, що буде утримувати АТ $< 140/90$ мм.рт.ст.

4. Спостереження за станом плода

У 28, 32 та 36 тижнів проводять: ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрію артерій пуповини. Кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями. При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консилиум. У жінок з ХАГ з метою нейропротекції плода в терміні ≤ 31 тижнів + 6 діб вводиться магнію сульфат (МС), якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

5. Термін розродження

Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Жінкам із ХАГ, у яких АТ $< 160/110$ мм.рт.ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів вагітності. Для вагітних жінок з неускладненою ХАГ оптимальний термін розродження має бути від 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності. За необхідності дострокового розродження (≤ 34 тиж.) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

6. Спостереження у пологах

АТ 140/90-159/109 мм.рт.ст. Продовжити допологову АГТ. АТ повинен вимірюватися щогодини. Якщо АТ стабільний зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Доцільно проведення епідуральної аналгезії.

АТ $\geq 160/110$ мм.рт.ст. Продовжити допологову АГТ. Додатково урапідил в/в. АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільового діапазону (140-159/90-109 мм.рт.ст.) зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Обов'язкове проведення епідуральної аналгезії. Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

7. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з хронічною гіпертензією, після пологів:

- щодня протягом перших двох днів після пологів;
- щонайменше один раз між 3-ою та 5-ою добами після пологів;
- за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів.

У жінок з хронічною гіпертензією, після пологів, АТ необхідно підтримувати нижче 140/90 мм.рт. Продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, що були призначені до пологів,

окрім метилдофи. Припинити призначення вказаного препарату протягом 2-ох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл до закінчення грудного вигодовування. Далі лікування проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з лікування АГ.

Клінічний супровід вагітних жінок із гестаційною гіпертензією

1. Допологовий нагляд вагітних з ГГ

Жінки із ГГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії. Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну $> 0,3$ г/добу в повній порції сечі за 24 год або $0,3$ г/л. Визначення співвідношення протеїн: креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних - за 24 год ≥ 30 мг/ммоль - рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії. АТ повинен вимірюватися 2 рази на тиждень. Тест на протеїнурію проводять при кожному відвідуванні. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін визначають при АТ 150/100-159/109 мм.рт.ст.. Не проводити додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії. Госпіталізація у стаціонар при АТ $\geq 160/110$ мм.рт.ст.

2. Антигіпертензивна терапія

Початкова терапія може розпочинатись одним з антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори, ніфедипін. Друга лінія антигіпертензивних препаратів урапідил. За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрат (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути 120-140/80-90 мм.рт.ст.

3. Спостереження за станом плода

Ультразвукова фетометрія,

- амніотичний індекс + доплерометрія артерій пуповини (за показаннями - венозної протоки, середньої мозкової артерії),
- якщо планується консервативна тактика, повторювати кожні 2–4 тижні,
- якщо є клінічні показання (тяжка ГГ кожні 2 тижня).

Кардіотокографія.

У жінок із гестаційною гіпертензією кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями, якщо жінка із тяжкою ГГ повідомила про зміну кількості рухів плода; вагінальну кровотечу; абдомінальний біль; погіршення стану. Не повторювати більше, ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні. При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум. У жінок з гестаційною гіпертензією МС може бути введений з метою нейропротекції плода в терміни ≤ 31 тижнів + 6 діб, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

4. Термін розродження

Вагітні із тяжкою ГГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Бажаний термін розродження після 37 тижнів. Спосіб розродження відповідно до акушерської ситуації. За необхідності дострокового розродження при ≤ 34 тижнів вагітності рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

5. Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ. АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки. Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Якщо АТ не коригується АГТ вирішити питання про оперативне розродження.

6. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з ГГ, після пологів:

- щодня протягом перших двох днів після пологів;
- щонайменше один раз між 3-ою та 5-ою добами після пологів;
- за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів.

Після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні $< 140/90$ мм.рт.ст. Продовжити АГТ, що була призначена до пологів.

Якщо не було допологової АГТ, розпочати гіпотензивну терапію при АТ $\geq 140/90$ мм.рт.ст. Якщо жінка приймала метилдофу для лікування ГГ, припиняють призначення вказаного препарату

протягом 2-ох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл за необхідності, контроль АТ до 42 діб.

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

Клінічний супровід пацієнток із преєклампсією

1. Допологовий нагляд вагітних з ПЕ

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

2. Госпіталізація.

Критерії початку АГТ:

- АТ $\geq$ 150/100 мм.рт. ст.,
- за наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ $\geq$ 140/90 мм.рт. ст.

Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін.

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 АТ). АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансаміази, білірубін визначають 2-3 рази на тиждень

Тяжка преєклампсія (АТ $\geq$ 160/110 мм.рт.ст., протеїнурія $>$ 3г/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 $<$ 0,5мл/кг/ год.,
- протеїнурія $>$ 0,3 г/доб. або 0,3 г/л двічі через 6 год;
- тромбоцитопенія 600 ММО/л,
- порушення гемостазу;
- підвищення трансаміаз в сироватці крові удвічі чи більше,
- блювання,
- гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті;
- ЗРП.

Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат). Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатись з ніфедипіну (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідилу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально. При високому АТ перевага надається урапідилу. За наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин). Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм.рт.ст. АТ повинен вимірюватися принаймні 4 рази на добу, або залежно від клінічної ситуації. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансаміази, білірубін визначаються щодня.

Протисудомна терапія

Початкова доза: 16 мл 25% розчину (4 г) магнію сульфат + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію ввести протягом 10-15 хв. в/в повільно (бажано з використанням перфузора - шприцевого насосу).

Підтримувальна доза:

Варіант 1: за допомогою перфузора 50 мл 25% р-ну магнію сульфату вводять із швидкістю 4 мл (1 г) / год;

Варіант 2: введення магнію сульфату в/в крапельно (розчин готують таким чином: 30 мл 25% розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію - отриманий 3,33% розчин магнію сульфату необхідно вводити через допоміжну лінію

крапельниці паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної – від 1 г/год (10–11 крапель) до 2 г/год. (22 краплі/хв.).

Спостереження за станом плода

При виборі консервативного лікування ПЕ рекомендується проведення наступних тестів:

- ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу;
- доплерометрія кровоплину в артеріях пуповини (у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу,
- додатково проводять доплерометрію кровоплину у венозній протоці та середній мозковій артерії)

Рекомендовано щоденне проведення КТГ.

У жінок із ПЕ кардіотокографію слід повторити за клінічними показаннями:

- жінка повідомляє про зміну рухів плода;
- вагінальна кровотеча;
- біль в животі;
- погіршення загального стану матері.

При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум. Допологове призначення глюкокортикостероїдів для жінок із ПЕ при терміні вагітності ≤ 34 тижнів вагітності для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Термін та метод розродження при ПЕ

Для жінок з помірною прееклампсією у терміні гестації 22+0 – 33+6 тижнів вагітності рекомендовано обрати вичікувальну тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ.

При тяжкій ПЕ 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 (за можливості).

34+0 - 36+6 тижнів вагітності при тяжкій ПЕ показано розродження до 48 годин – в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної; при помірній ПЕ при стабільному стані плода – консервативна тактика.

Розродження жінок з помірною ПЕ після 37 тижнів – упродовж 24–48 годин, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода.

Розродження жінок з тяжкою ПЕ після 37 тижнів – лише в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

Підвищена резистентність в судинах пуповини, вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоці показаний кесарів розтин.

Можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках ПЕ (включаючи тяжку) за відсутності показань до кесарева розтину, задовільному стані плода. Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ. АТ слід вимірювати щогодини при помірній ПЕ, при тяжкій – постійний моніторинг. Забезпечити адекватне знеболення пологів. За відсутності протипоказань оптимальним методом знеболення пологів є епідуральна аналгезія. Якщо АТ стабільний зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Протисудомну терапію та АГТ проводять упродовж усього періоду пологів (у т.ч. під час кесарева розтину), щоб підтримати показники САТ < 160 мм рт.ст. та ДАТ < 110 мм рт.ст.

Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з ПЕ, після пологів: 4 рази на добу протягом 5 днів після пологів (тяжка ПЕ). У жінок з тяжкою ПЕ після пологів слід підтримувати такі рівні АТ: систолічний < 100 мм рт. ст., діастолічний < 100 мм рт. ст.

У жінок з цукровим діабетом, АТ необхідно утримувати на рівні $< 130/80$ мм рт.ст.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяпологовому періоді має проводитись в жінок з ПЕ, з додатковими факторами ризику. У жінок з тяжкою ПЕ АГТ продовжують в післяпологовому періоді. У жінок без супутніх патологій, АГТ необхідно проводити для утримання АТ $< 140/90$ мм.рт.ст. Дози АГТ поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препарати – один препарат скасовують. Терапія МС триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом. Лікарські засоби для зниження АТ у жінок, які годують груддю: ніфедипін, бета-адреноблокатори, каптоприл та еналаприл.

Особливості медичної допомоги при тяжкій преєклампсії.

1. Контроль інфузії магнію сульфату.

В антенатальному періоді призначення магнію сульфату має супроводжуватися кардіомоніторингом плода. Введення магнію сульфату не можна переривати тільки на підставі зниження артеріального тиску. Тривалість терапії магнію сульфату - не менше 24 годин. Рішення щодо зміни швидкості введення магнію сульфату (збільшення або зменшення дози) чи припинення терапії магнію сульфату приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності магнію сульфату (сплутана свідомість, зниження ЧД до 12 ударів менше за хв., зниження $SpO_2 < 95\%$, пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади).

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату:

- вимірювання АТ кожні 20 хв.;
- підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС);
- спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути ≥ 14 за 1 хв.);
- визначення концентрації магнію кожні 4-6 годин (терапевтичний діапазон – 3-8 ммоль/л);
- визначення сатурації O_2 ($\geq 95\%$);
- перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.;
- контроль погодинного діурезу ($\geq 0,5$ мл/кг/год.);
- аускультация серцебиття плода щогодини,
- фетальний моніторинг (за показаннями).

Для лікування стійкої олігурії не рекомендується введення допаміну та фуросеміду. Загальний об'єм рідини обмежується фізіологічною добовою потребою (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год або 1мл/кг/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від'ємним. Максимальний об'єм інфузії не повинен перевищувати 800 мл на добу.

У разі необхідності корекції колоїдно-онкотичного тиску (альбумін плазми ≤ 25 г/л або загальний білок плазми ≤ 50 г/л) показано введення 15-25% альбуміну. Свіжозаморожена плазма не рекомендується для корекції КОТ. Контроль показників центральної гемодинаміки проводити за допомогою ехокардіографії або неінвазивного контролю серцевого викиду (за можливості). Рутинний моніторинг центрального венозного тиску не рекомендується. За необхідності катетеризації центральної вени дану маніпуляцію проводити під контролем ультразвукового дослідження судин.

Знеболення пологів та кесаревого розтину при ПЕ

Вибір методу анестезії повинен залежати від досвіду лікаря-анестезіолога. Раннє введення епідурального катетера (за відсутності протипоказань) рекомендується для контролю болю під час пологів. Визначення кількості тромбоцитів має бути проведено всім пацієнткам з ПЕ, які поступили для розродження, якщо не проведено раніше. При операції кесаревого розтину у жінок з ПЕ методом вибору є регіонарна (спінальна, епідуральна, спінально-епідуральна) анестезія за відсутності протипоказань.

Умови для проведення регіонарної анестезії при тяжкій ПЕ та після нападу еклампсії:

- відсутність судом,
- рівень свідомості 14 -15 балів (шкала Глазго),
- відсутність неврологічного дефіциту,
- контрольований АТ,

- відсутність коагулопатії,
- рівень тромбоцитів $\geq 100 \times 10^9$ /л,
- відсутність ознак гострого порушення стану плода.

При операції кесаревого розтину у жінок з еклампсією метод вибору - загальна анестезія. Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг). У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ > 190/130 мм рт.ст) у вагітних з ПЕ/еклампсією допускається застосування фентанілу 50 – 100 мкг до народження дитини, а також урапідилу. Міорелаксація забезпечується суксаметонієм (1,5 мг/кг). Не припиняти введення МС під час розродження! Після операції продовжують введення МС зі швидкістю 1-2 г/год з метою попередження судомного нападу.

Тактика ведення у разі еклампсії

Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми. Необхідно: 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. За можливості, проводять інгаляцію киснем.

Потрібно:

- 1) покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°;
- 2) забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.),
- 3) оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легень для виключення аспірації або набряку легень.
- 4) за умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню.
- 5) якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легень (ШВЛ).
- 6) після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію 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. 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.

Якщо САТ ≥ 160 мм рт.ст. або ДАТ ≥ 110 мм рт.ст проводять АГТ. Прагнути знизити САТ до 130–150 мм рт.ст. і ДАТ до 80–90 мм рт.ст.

Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус. Слід зауважати, що не можна призначати при еклампсії метилергометрин!

Після нападу судом показане невідкладне розродження. Кращий метод розродження після нападу еклампсії - кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації. Розглянути використання карбетоцину, якщо є ризик ППК. Проводити профілактика ВТЕ.

У випадках розвитку нападу еклампсії в кінці другого періоду пологів можливе використання вихідних акушерських щипців. Обов'язково активне ведення III періоду пологів.

Показання до подовженої ШВЛ у разі еклампсії кома;

- крововилив у мозок;
- поєднання з коагулопатичною кровотечею;
- поєднання з шоком (геморагічним, септичним, анафілактичним);
- набряк легень;
- нестабільна гемодинаміка;
- прогресуюча поліорганна недостатність.

Критерії припинення ШВЛ:

- повне відновлення свідомості;
- відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;

- стабілізація гемодинаміки;
- припинення дії препаратів, які пригнічують дихання;
- відсутність ознак гострого респіраторного дистрес синдрому;
- стабільність стану системи гемостазу: сатурація O₂ > 95%, PaO₂ > 120 мм рт.ст. при FiO₂ < 0,4 (PaO₂/FiO₂ > 300).

Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ

- напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (перейми, потути) чи у післяпологовому періоді;
- після нападу еклампсії збережені елементи свідомості;
- відсутність неврологічної симптоматики;
- відсутність інших показань до ШВЛ.

Післяпологовий період

- Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах ВАІТ.
- проводять ранню нутритивна підтримка до 25 ккал /кг/добу (назогастральний зонд після операції);
- вводять магнію сульфату 1-2 г/год в/в не менше доби
- проводять профілактику тромбоемболічних ускладнень: введення профілактичних доз низькомолекулярного гепарину за відсутності протипоказань (коагулопатія, тромбоцитопенія, неконтрольована артеріальна гіпертензія, геморагічні ускладнення) починається через 8-12 годин після розродження.

Тактика ведення при HELLP-синдромі

- 1) Невідкладне розродження. За відсутності умов для пологів через природні родові шляхи - абдомінальне розродження, при розвиненому HELLP-синдромі кесарів розтин є «золотим» стандартом.
- 2) Профілактика масивної інтра- та післяопераційної крововтрати (перев'язка висхідних гілок маткових артерій, інгібітори фібринолізу – транексамова кислота 1 г, повторити через 8 годин), свіжозаморожена плазма.
- 3) Призначення кортикостероїдів у якості лікувального заходу не рекомендується.
- 4) Трансфузія тромбоцитарної маси у разі, якщо тромбоцитів < 20x10⁹ /л за відсутності геморагічного синдрому, або < 50x10⁹ /л за наявності геморагічних проявів.
- 5) Загальний об'єм рідини (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від'ємним. Максимальний об'єм ІТ не повинен перевищувати 800 мл за добу. У разі необхідності корекції КОТ (альбумін плазми ≤ 25г/л або загальний білок плазми ≤ 50г/л) показано введення альбуміну.
- 6) Гіпотензивна терапія (при АТ >150/100 мм.рт. ст).
- 7) Профілактика гнійно-септичних ускладнень: антибактеріальна терапія. Інгібітори фібринолізу (транексамова кислота - 1 г болюсно в/в, до 4 г на годину).
- 8) Подовжена ШВЛ до стабілізації вітальних функцій і корекції гемостазу.

Ускладнення HELLP синдрому

- Крововилив у мозок
- Відшарування плаценти
- Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові
- Післяпологова кровотеча
- Передчасні пологи
- Гострий респіраторний дистрес синдром
- Спонтанний підкапсульний розрив печінки.

Післяпологовий період

Ведення жінки, яка перенесла HELLP-синдромі, здійснюється відповідно до ведення жінок після тяжкої прееклампсії.

Що повинна знати пацієнтка при підйомі артеріального тиску під час вагітності.

Що таке прееклампсія?

Прееклампсія - одне з найбільш поширених ускладнень вагітності яке має несприятливий вплив як на матір, так і на майбутню дитину. Даний стан зустрічається у 4-12% вагітних жінок, діагностується на підставі підйому артеріального тиску (АТ) та появи білка в сечі. Саме тому при кожному допологовому візиті до лікаря у вагітної жінки вимірюється артеріальний тиск і оцінюється сеча на наявність протеїну. У більшості випадків прееклампсія протікає відносно легко, виникає ближче до доношеного терміну вагітності і закінчується сприятливими наслідками. У той же час деякі випадки прееклампсії прогресують або розвиваються стрімко і можуть бути вкрай небезпечними для жінки і її дитини.

Як прееклампсія пов'язана з еклампсією або HELLP синдромом?

Еклампсія і HELLP-синдром - це клінічні різновиди прееклампсії. Відмітною ознакою еклампсії є судоми, які зазвичай виникають як пізніше ускладнення тяжкої прееклампсії. Однак судоми можуть також розвинутиися і без будь-яких попередніх ознак важкого захворювання. HELLP - синдром є однією з найбільш важких форм прееклампсії і виникає приблизно у 15% пацієнток з прееклампсією. Даний стан іноді плутають із застудою або проблемами в жовчному міхурі. HELLP-синдром може призводити до істотного пошкодження печінки у матері, розпаду червоних кров'яних клітин (еритроцитів) і зниження вмісту тромбоцитів.

Які причини прееклампсії? Чи можна їй запобігти?

Причини прееклампсії залишаються до кінця не вивченими, внаслідок чого в даний час не існує надійного шляху запобігання цього стану. Запропоновано безліч теорій, які описують різні стратегії профілактики прееклампсії, але жодна з них не є в повній мірі успішною.

Використання прекурсорів й донаторів L-аргініну, вітамінів та препаратів полі ненасичених кислот не дозволяють рекомендувати їх широке застосування для попередження гіпертензивних розладів під час вагітності. У той же час існує поширене уявлення про те, що плацента грає ключову роль у розвитку прееклампсії, і що жінки з хронічною гіпертонією і іншими факторами ризику є схильними до розвитку прееклампсії. Важливо знати тривожні симптоми, довіряти своїм відчуттям, регулярно відвідувати лікаря і чітко виконувати його рекомендації.

Коли розвивається прееклампсія?

У більшості випадків прееклампсія розвивається після 20 тижнів вагітності і зазвичай припиняється з народженням дитини. Іноді прееклампсія триває протягом 6 тижнів після пологів. Тому Ви повинні уважно спостерігати за симптомами навіть після пологів. Прееклампсія може прогресувати повільно. Але іноді вона настає раптово. Зазвичай це відбувається в тих випадках, коли жінка не надає належного значення проявам і симптомів захворювання, внаслідок чого на протязі тривалого часу вони залишаються нерозпізнаними.

Ознаки та симптоми прееклампсії

- Високий артеріальний тиск. 140/90 мм.рт.ст. і вище.
- Підйом тиску під час вагітності на 30 мм.рт.ст. і більше вище базового рівня є причиною для занепокоєння і вимагає звернення до лікаря.
- Білок в сечі. 300 мг в пробі, зібраної за 24 години або відмітка 1 + на паперовій тестовій смужці.
- Набряки рук, ніг чи обличчя, особливо навколо очей, якщо залишаються відбитки від надавлювання великим пальцем, або якщо дані симптоми виникають раптово, зменшення сечовипускання.
- Головний біль, який не проходить навіть після прийому медикаментів від неї.
- Зорові порушення, двоїння, світіння, «мигтіння мушок», аура (особливий стан, що передуює приступу).
- Нудота або біль у верхніх відділах живота (епігастрії). Іноді плутають з розладом травлення, болями жовчного міхура або грипом, однак нудота у другій половині вагітності не є нормальним станом.
- Раптова прибавка у вазі, більше 500 г за тиждень.
- Зменшення рухової активності плоду.

Фактори ризику

- Особистий анамнез
- Перша вагітність

- Преєклампсія під час попередньої вагітності
- Вік понад 40 років або до 18 років
- Високий тиск до вагітності
- Діабет до або під час вагітності
- Багатоплідна вагітність
- Ожиріння
- Системний червоний вовчак або інші аутоімунні захворювання
- Синдром полікістозних яєчників
- Великий інтервал між вагітностями
- Вагітність після ДРТ
- Серповидно-клітинна анемія
- Сімейний анамнез
- Преєклампсії в родині з боку матері або батька
- Високий тиск, захворювання серця (інфаркт або інсульт) діабет у родичів по материнській лінії

Чому преєклампсія так небезпечна?

Преєклампсія особливо небезпечна, оскільки у багатьох жінок можуть бути відсутніми симптоми і ознаки захворювання аж до моменту, коли їх стан різко погіршиться.

До того ж багато жінок просто ігнорують тривожні симптоми захворювання, вважаючи їх звичайними, цілком нормальними проявами вагітності:

- підвищенням артеріального тиску,
- порушенням функції нирок і печінки.

ПЕ може викликати розлади згортання крові, сприяти накопиченню рідини в легенях, розвитку судом, інсульту. При важких формах або за відсутності терапії захворювання може призвести до летального результату. Преєклампсія являє собою серйозну загрозу для здоров'я матерів та новонароджених у всьому світі.

Які проблеми можуть виникнути у дитини?

Преєклампсія може бути причиною затримки росту і розвитку плоду (ЗВУР), оскільки дитина не отримує в достатньому обсязі кисню і поживних речовин, необхідних для нормального росту. Вона також може спровокувати відшарування плаценти до моменту народження дитини, що призводить до передчасних пологів і недоношеності дитини. Серед факторів ризику у недоношених дітей - незрілість легенів і багато інших потенційних проблеми. У важких випадках преєклампсія може стати причиною загибелі плоду.

Яка терапія при преєклампсії?

Спеціалістам необхідно враховувати багато факторів при прийнятті рішення про тактику ведення преєклампсії та терміні розродження, включаючи стан дитини, стан і вік матері, а також точні дані про перебіг захворювання. До них відносяться моніторинг артеріального тиску, оцінка результатів 43 лабораторних тестів, які характеризують стан нирок, печінки матері або здатність її крові до згортання. Інші методи дослідження стежать за тим, як росте плід, не піддається чи він небезпеці, перебуваючи в утробі матері. До терапевтичних засобів відносяться магнію сульфат для запобігання судом, а також медикаменти для зниження артеріального тиску. Іноді використовується вичікувальний підхід як з призначенням, так і без призначення медикаментів. Якщо станом здоров'я матері або дитини загрожує серйозна небезпека, єдиним прийнятним методом лікування преєклампсії на будь-якому терміні вагітності є розродження.

Чи можуть ліки заподіяти шкоду вагітній чи дитині?

Ліки для зниження артеріального тиску рідко є причиною будь-яких побічних ефектів для матері. Ризик для вагітної або дитини від підйому тиску набагато вищий, ніж від прийому медикаментів. Магнію сульфат звичайно безпечний для дитини, але може викликати припливи жару, пітливість, спрагу, зорові розлади, сонливість, легку сплутаність свідомості, м'язову слабкість і скорочення дихання у матері. Ці побічні ефекти повинні повністю зникати, коли введення препарату закінчується.

Чи може вагітна залишатися вдома?

Іноді жінки з помірною преєклампсією залишаються вдома, дотримуючись ліжкового режиму. У цьому випадку необхідні часті відвідування фахівця, контроль артеріального тиску і аналізів сечі для того, щоб своєчасно виявити ознаки прогресуючого стану і запобігти несприятливому впливу преєклампсії на здоров'я вагітної та здоров'я дитини. Благополуччя дитини має оцінюватися в процесі стеження за характером змін серцебиття, показників росту і ваги плоду, кровотоку в судинах з використанням ультразвуку. Жінкам з преєклампсією краще перебувати в лікарні під постійним наглядом лікаря, оскільки їх стан може погіршитися раптово.

Чи може преєклампсія виникнути знову?

Багато експертів вважають, що ймовірність повторного виникнення преєклампсії варіюється від 5 до 80 % залежно від того, чи була преєклампсія в попередню вагітність, наскільки важкою вона була, яким був стан Вашого здоров'я під час зачаття. Жінки з преєклампсією в анамнезі до настання вагітності повинні в обов'язковому порядку пройти консультацію у фахівця, що спостерігає жінок групи високого ризику.

Препарати, які найчастіше використовуються для зниження АТ $\geq 160/110$ мм рт.ст.

Препарат	Доза	Коментарі
Урапідил	Рекомендована макс. початкова швидкість - 2 мг/хв. Підтримуюча доза 6 - 9 мг/год, (7 крап./хв. = 0,33 мл/хв.) для утримання АТ $\geq 150/100$ мм.рт. ст. Якщо після початкової в/в ін'єкції препарату (25 мг) протягом 2 хв. АТ не знижується, проводиться повторна ін'єкція урапідилу (25 мг)	В/в 10-25 мг препарату. вводять в/в повільно під контролем АТ протягом 2- 4 хв. Зниження АТ спостерігається протягом 5 хв. після ін'єкції. В/в крапельна інфузія або безперервна інфузія за допомогою перфузора. Розчин для крапельної інфузії для підтримки АТ на певному рівні готується наступним чином: 250 мг урапідилу (50 мл) додають до 500 мл розчину для інфузій. Якщо для введення підтримуючої дози використовується перфузор, то 20 мг препарату (4 мл) вводять у шприц перфузора і додають 40 мл розчину для інфузій. В/в ін'єкція урапідилу (25 мг) проводиться: у разі зниження рівня АТ через 2 хв., його подальша стабілізація проводиться за допомогою інфузії, початкова доза якої до 6 мг за 1-2 хв., потім дозу знижують
Ніфедипін	3-5 крап (2-3,35 мг) під язик, початок дії 2-3 хвилини. Час настання гіпотензивного ефекту 30-45 хв. або 10 мг таблетку розжувати а потім проковтнути, кожні 30 хв	Дозу підбирають індивідуально, починаючи з трьох крапель, і поступово збільшувати на 2-3 краплі (1,34-2 мг) до досягнення клінічного ефекту. Надалі у випадках підвищення артеріального тиску необхідно орієнтуватися саме на цю дозу. Персонал має знати час між прийомами капсул

		короткотривалого ніфедипіну використаних для лікування важкої гіпертензії
Клонідин	0,075 - 0,15 мг per os. Можливо в/в введення. Час настання гіпотензивного ефекту 2- 15 хв.	Застосування при рефрактерній АГ до терапії АГ: 0,075 мг 3 рази на добу, максимальна разова доза 0,15 мг, максимальна добова 0,6 мг. Внутрішньовенна мікроперфузія клофеліну в дозі 1 мл 0,01% розчину (1 мл на 50 мл фізіологічного розчину) або внутрішньовенна інфузія (1 мл на 200 мл фізіологічного р-ну). Протипоказаний при синдромі слабкості синусового вузла, АВблокаді, брадикардії у плода
Гліцеролу тринітрат	В/в крапельно 10-20 мг в 100-200 мл 0,9% фіз. розчину, швидкість введення 1-2 мг/годину, максимально 8-10 мг/годину. Час настання гіпотензивного ефекту 1- 2 хв. За відсутності в/в форми - сублінгвально 0,5-1,0 мг, кожні 10-15 хв. Час настання гіпотензивного ефекту 2-3 хв.	Є препаратом вибору при розвитку набряку легенів на тлі підвищення артеріального тиску. САТ слід підтримувати на рівні не менше 100 - 110 мм рт. ст. Не бажано в/в застосування більше 4 годин, в зв'язку з ризиком негативного впливу на плід та ризиком розвитку набряку мозку у матері.

Методика вимірювання артеріального тиску під час вагітності

АТ слід вимірювати у вагітної, яка перебуває в положенні «сидячи», при цьому рука пацієнтки повинна бути розташована на рівні її серця. Перед вимірюванням АТ пацієнтка повинна перебувати в стані спокою не менше 5-10 хвилин. Жінка повинна сидіти зручно її ноги повинні знаходитися на плоскій поверхні не перехрещуватись. Тиск, виміряний в положенні «сидячи» буде трохи вище, ніж в положенні лежачи. Вимірювання АТ в положенні вагітної «лежачи на спині» може супроводжуватися гіпотензією, а вимірювання АТ в положенні «на лівому боці» може дати найнижчі показники, оскільки права рука буде знаходитися вище рівня серця пацієнтки. Вимірювання слід проводити на обох руках і будь-яка різниця в показниках повинна бути обов'язково задокументована. Для вимірювання АТ слід використовувати манжетку відповідного розміру (довжина манжетки повинна бути в 1,5 рази більше окружності плеча). Використання занадто маленькою манжетки буде супроводжуватися переоцінкою систолічного АТ на 7-13 мм. рт.ст. та діастолічного АТ на 5-10 мм.рт.ст. Манжетка ніколи не повинна накладатися поверх одягу! Для визначення діастолічного АТ слід використовувати 5-й тон по Короткову. 5-й тон за Коротковим - це точка повного зникнення артеріальних шумів. При так званому «нескінченному» тоні Короткова, коли звукові явища в судині тривають до дуже низького тиску в манжеті, для визначення діастолічного АТ слід використовувати 4-й тон по Короткову, тобто точку послаблення інтенсивності артеріальних шумів. Якщо АТ послідовно вищий на одній руці, рука з більш високими значеннями повинна використовуватися для всіх вимірювань артеріального тиску. Точність всіх пристроїв вимірювання артеріального тиску, що використовуються в лікарнях або консультаціях повинні регулярно перевірятися на калібрування. Автоматизовані (електронні) пристрої для вимірювання АТ можуть недооцінювати (іноді істотно) показники у жінок з ПЕ, тому отримані дані необхідно порівнювати з показниками ртутного або анероїдного сфігмоманометра.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ ПІСЛЯ ВИПИСКИ ІЗ СТАЦІОНАРУ

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

1. Виміряти артеріальний тиск на 4 доби
2. Якщо АТ 140/90 мм.рт.ст або нижче та пацієнтка відчуває себе добре, подальші перевірки АТ не потрібні
3. Якщо АТ 141-150/91-100 мм.рт.ст, вимірювати АТ кожні 2 доби
4. Якщо АТ вище 150/100 мм.рт.ст пацієнтка повинна звернутися до свого лікаря (акушера-гінеколога) за порадою
5. Візит до сімейного лікаря через 2 тижня після пологів

ГЕСТАЦІЙНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

1. Виміряти артеріальний тиск на 4 доби
2. Звернутися до сімейного лікаря якщо АТ нижче 140/90 мм.рт.ст для зменшення дози або відміни антигіпертензивної терапії (АГТ)
3. Вимірювати АТ поперемінно якщо АГТ була змінена після пологів.
4. Звернутися до свого лікаря (акушера-гінеколога) якщо пацієнтка почуває себе погано, або АТ вище за 149/99 мм.рт.ст

ПРЕЕКЛАМПСІЯ

1. Виміряти артеріальний тиск на 1 добу після виписки
2. Звернутися до свого лікаря (акушера-гінеколога) якщо пацієнтка почуває себе погано, або АТ вище за 150/100 мм.рт.ст
3. Якщо АТ менше 150/100 мм.рт.ст подальших дій не потрібно.
4. Якщо АТ 130-149/80-99 мм.рт.ст, продовжувати призначену АГТ
5. Якщо АТ менше 130/80 мм.рт.ст звернутися до сімейного лікаря про перегляд АГТ
6. Якщо доза АГТ зменшена, повторне вимірювання АТ через 2 доби

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2"Навчальні цілі" Див.п.1"Актуальність теми"	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: - Причини та патогенез розвитку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності -Класифікація ранніх гестаційних ускладнень та	($\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15%

	гіпертензивних розладів при вагітності -Діагностика ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності - Клініка ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності -Лікарська тактика при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності -Методи лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності. -Методи профілактики ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.				
Основний етап					
IV	Формування професійних навичок: - Збирати акушерський анамнез - Виконувати акушерське дослідження. Формування професійних вмінь: • -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні раннім гестаційним ускладненням та гіпертензивним розладам при вагітності.	($\alpha=3$) ($\alpha=4$)	Метод формування навичок: практичний тренінг Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних,	Алгоритми методів обстеження Акушерських хворих, муляжі для тренінгу, акушерський інструментарій, Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД – знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження	65%

-Скласти план обстеження для діагностики ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності -Оцінити результати основного та додаткового обстеження при ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладах при вагітності -Провести діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності. -Визначити тактику ведення хворої з ранніми гестаційними ускладненнями та гіпертензивними розладами при вагітності. - Призначити лікування при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності -Скласти план щодо реабілітації хворих з ранніми гестаційними ускладненнями та гіпертензивними розладами при вагітності.		імітованих, тестових	ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	
---	--	----------------------	--	--

Підсумковий етап					
V	Контроль та корекція рівня практичних навиків.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні хворі, муляжі акушерський інструментарій	20%
VI	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	(α=4)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
	Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	
	Домашнє завдання				

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Класифікація ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Клініка ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.

- Діагностика ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Фактори ризику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Лікарська тактика при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності.
- Методи лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладах при вагітності.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Юна першовагітна відвідала жіночу консультацію у 15 – 16 тижнів вагітності. Скарг немає. Знаходиться на «Д» обліку з приводу хронічного пієлонефриту. АТ 120/80 мм рт.ст. У аналізі сечі патології не виявлено. Набряки відсутні. Яке ускладнення вагітності може виникнути у жінки? Які спеціальні методи дослідження потрібно провести, щоб своєчасно виявити це ускладнення?

Еталон відповіді - Прееклампсія.

З метою моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку прееклампсії необхідно проводити скринінгові тести:

- контроль маси тіла – щотижневе збільшення маси тіла більш ніж на 400г;
- збільшення обводу гомілковостопного суглоба більш ніж на 1 см упродовж тижня;
- позитивний симптом «кільця»;
- проба Мак Клюра – Олдрича – у передпліччя чи гомілку внутрішньошкірно вводять 0,2 мл фізіологічного розчину і реєструють час - у нормі розсмоктується пухир близько 60 хв., при схильності до набряків папула зникає менш ніж за 40 хв.;
- підвищення нічного діурезу більш ніж на 75 мл, та зниження добового діурезу більш ніж на 150 мл свідчить про схильність до утворення набряків;
- судина асиметрія при вимірюванні АТ на обох руках понад 10 – 15 мм рт. ст.;
- зменшення пульсового артеріального тиску (ПАТ) (ПАТ = АТ систолічний – АТ діастолічний) до 30 мм. рт. ст.;
- збільшення АТ на 30-40% порівняно з початковим рівнем;
- збільшення середнього артеріального тиску (САТ) на 10-20 мм рт. ст..

АТ систолічний + 2АТ діастолічних

САТ = ----- ;

3

- зменшення кількості тромбоцитів на 10-15%. Критичний рівень – $180 \times 10^9/\text{л}$.
- підвищення рівня агрегації тромбоцитів на 15 – 20%.

Проводиться 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.

2. Вагітна П., 23 років. Строк вагітності 39-40 тижнів. Жіночу консультацію відвідувала нерегулярно. О 6 годині ранку дома почались регулярні перейми.

Навколоплідні води не відходили. При переїзді роділлі в акушерський стаціонар в машині швидкої допомоги стався приступ судом з втратою свідомості, після чого розвинувся стан коми. В прийомному відділенні акушерського стаціонару приступ судом повторився. АТ 180/120 мм рт ст, відмічено значні набряки ніг, рук, передньої черевної стінки, обличчя. В сечі - велика кількість білка, циліндрурія. Який діагноз? Що робити ?

Еталон відповіді

Екламсія. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та гіпотензивної терапії.

3. Вагітній 31 рік. Вагітність 36 тижнів. Таз нормальних розмірів. Положення плода повздовжне, передлежить голівка. Три дні тому при відвідуванні жіночої консультації встановлено підвищення тиску до 150/100 мм рт ст на двох руках.

Невеликі набряки на гомілкях. Вагітна направлена на стаціонарне лікування. При підрахунку факторів ризику встановлено високий ступінь ризику. В стаціонарі: АТ 170/100 мм рт ст, набряки нижніх кінцівок, обличчя, передньої черевної стінки. В сечі - білок 8,6 г/л. Виявлено гіпотрофію плода.

Який діагноз? Що робити? Чи варто продовжувати вагітність?

Еталон відповіді

Прееклампсія тяжкого ступеню. Гіпотрофія плода. Потрібно проводити лікування прееклампсії на протязі 24 годин після чого виконати розродження шляхом проведення кесаревого розтину.

4. Перші роди. Таз: 25-28-31-20. Положення плода - поздовжнє. Передлежання потиличне. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хв, зліва нижче пупка. АТ - 150/100 мм рт ст. В сечі - 6 г/л білка. Родова діяльність задовільна. Через 20 хвилин після огляду вагітної стався приступ судорог, після чого розвинувся коматозний стан. При внутришньому дослідженні: шийка матки відкрита на 10 см. Голівка в площині виходу із малого тазу. Сагітальний шов в прямому розмірі згаданої площини.

Який діагноз? Що робити?

Еталон відповіді

Екламсія. Розродження провести шляхом накладання акушерських щипців.

5. В пологовий будинок поступила вагітна С., 27 років, зі скаргами на набряки та сильну спрагу. Вагітність II 37-38 тижнів. В дитинстві перенесла кір, вітрянку, апендектомію. Менструації з 14 років, без особливостей. В шлюбі. Перша

вагітність закінчилися нормальними родами. Два тижні тому з'явилися набряки. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра нормального кольору. Зі сторони серцево-судинної, травної, дихальної систем змін не виявлено. Тиск 170/90 – 165/90 мм. рт. ст., температура тіла 36,6°C, пульс ритмічний, частота - 80 ударів в 1 хвилину. Шкіра нижньої частини живота набрякла, звисає над лобком, при пальпації залишаються глибокі вм'ятини. Симптом Пастернацького негативний. На нижніх кінцівках та великих половых губах значно виражені набряки. Обвід живота – 109 см, висота стояння дна матки – 35 см. Положення плода повздовжнє, передлежача голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 140 уд./хв. Розміри тазу: 26 – 28 – 30 – 20 см. Родова діяльність відсутня. Аналіз сечі: відносна щільність сечі – 1017; білок – 2 г/л; гіалінові циліндри – 1-2; лейкоцити – 2-3. Рівень остаточного азоту в крові – 28,6 ммоль/л.

Поставте діагноз.

Еталон відповіді

Прееклампсія середнього ступеню тяжкості.

6. Каретою швидкої допомоги в гастроентерологічне відділення доставлена

вагітна К., 19 років, зі скаргами на сильний біль в області шлунка, блювоту.

Виникнення болі пов'язує з вживанням вареників з вишнями. Всі члени сім'ї, які вживали вареники, почувають себе добре. Вагітній промили шлунок, підшкірно ввели 0,1% розчин 1,0 мл атропіна сульфата. Стан хворої дещо покращився, але скоро в надчеревній області біль з'явилась знову, жінка почала скаржитися на головний біль та мерехтіння перед очима. Об'єктивно: загальний стан середнього ступеню тяжкості. Шкіра бліда. Зі сторони серцево-судинної, дихальної систем змін не виявлено. Тиск 160/100 – 160/90 мм. рт. ст.,

температура тіла 36,7°C, пульс ритмічний, частота - 82 удари в 1 хвилину. Живіт збільшено за рахунок вагітної матки, болючий в надчеревній області. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний. Положення плода повздовжнє, передлежача голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 140 уд./хв. Родова діяльність відсутня. Аналіз сечі: відносна щільність сечі – 1018; білок – 4 г/л; гіалінові та зернисті циліндри – 4-5; лейкоцити – 4-3. Поставте діагноз.

Еталон відповіді

Прееклампсія тяжкого ступеню тяжкості. HELLP-синдром

7. Вагітна 23 років, строк вагітності 30 тижнів скаржиться на набряки,

підвищення АТ до 190\120 мм рт ст, головний біль. У загальному аналізі сечі протеїнурія-2,0 г\л. Який найбільш вірогідний діагноз?

Еталон відповіді

Прееклампсія тяжкого ступеню

8. В пологовий будинок доставлена вагітна із скаргами на болі внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів. Термін вагітності 36 тижнів. Стан середньої важкості. АТ 150/100 мм.рт.ст., набряки нижніх кінцівок Серцебиття плоду 160 уд. сек.,приглушене. При проведенні вагінального дослідження, шийка матки сформована,зів закритий. Виділення з піхви кров'янисті. Поставтедіагноз. Визначте тактику лікаря.

Еталон відповіді

Прееклампсія середнього ступеню тяжкості. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Виконати розродження шляхом проведення кесаревого розтину.

9. Вагітна Т., 17 років доставлена машиною швидкої допомоги в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, погіршення зору. При огляді: шкіра бліда, пам'ять ясна, дихання вільне. АТ 190/100 мм рт ст. на обох руках, набряки на ногах та животі. Дно матки вище пупка, відповідає 34-35 тижням вагітності, активність плоду не порушена, виділень із статевих шляхів немає. Відмічається посмикування м'язів обличчя - судоми.

Всатановіть діагноз.

Еталон відповіді

Еклампсія.

10. У пацієнтки з прееклампсією середнього ступеня тяжкості при відкритті

шийки матки на 3-4 см з'явилися ознаки передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. АТ 150/100 – 140/90 мм рт. ст.. Пульс 110 ударів за хвилину, ритмічний. Серцебиття плода 160 ударів за хвилину, приглушене. Які подальші дії лікаря?

Еталон відповіді

Операція кесаревого розтину в ургентному порядку

11. Вагітна жінка, у 32 тижні вагітності, знаходиться в одному із відділень

пологового будинку з діагнозом важка прееклампсія у стані середньої важкості.Через декілька днів з'явилась жовтяниця, геморагічні петехії на оковому яблуці, та незначні кровотечі із носа та вуха. Лабораторно виявлені білірубінемія, незначне підвищення рівня трансаміназ, тромбоцитопенія.

Про розвиток якого ускладнення йде мова?

Еталон відповіді

HELLP – синдром

12. Першовагітна С., 20 років, термін вагітності 28 тижнів, знаходиться у терапевтичному відділенні з загостренням хронічного холециститу. Після проведення інфузійної терапії в об'ємі 1,5 л у вагітної виник головний біль, зниження зору, нудота, біль в епігастрії. АТ 170/110 мм рт. ст.

Найбільш вірогідний діагноз?

Еталон відповіді

Прееклампсія тяжкого ступеню

13. До пологового будинку доставлена вагітна зі строком вагітності 38 тижнів з наявністю тоніко-клонічних судом. Зі слів супроводжуючих, за 1,5 години до цього вагітна скаржилась на головний біль, нудоту, пелену перед очима, „мерехтіння мушок”. Об'єктивно: стан важкий, свідомість порушена. АД 180/100, пульс 86. Виражені набряки ніг і передньої черевної стінки. Матка в нормотонусі. Серцебиття плода прослуховується, становить 132 удари за хвилину. Який стан виник у вагітної?

Еталон відповіді

Еклампсія.

14. У роділлі у першому періоді перших термінових родів з'явилися судоми.

Друга половина вагітності протікала з явищами гестозу середнього ступеню важкості. Об'єктивно: АТ 160/100 мм. рт. ст., PS 100 уд. хв. Матка в гіпертонусі, по передній стінці визначається вип'ячування, болюче при пальпації. Серцебиття плода глухе, ритмічне, до 170 уд. за хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття вічка 4 см, плідний міхур цілий, передлегла голівка притиснена до входу в малий таз. Яке виникло ускладнення?

Еталон відповіді

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Виконати розродження шляхом проведення кесаревого розтину

15. Пацієнтка в строк 34 тижні вагітності перенесла вдома приступ еклампсії.

При доставленні до пологового будинку АТ 150/100, пастозність обличчя та гомілок. Білок у сечі 0,66 г/л. Приблизна маса плода – 1500 г. Пологові шляхи до пологів не готові. Розпочалась інтенсивна комплексна терапія.

Подальша тактика лікаря?

Еталон відповіді

Виконати розродження шляхом проведення кесаревого розтину.

Тестові задачі

1. В другому періоді пологів, коли голівка плода знаходилась в порожнині таза, у жінки відбувся приступ еклампсії. АТ 150/100 мм рт. ст.. Пульс 88 ударів за хвилину. Серцебиття плода 124 удари за хвилину, приглушене. Яка тактика подальшого ведення пологів?

A) Накладення порожнинних акушерських щипців.

B) Вакуум-екстракція плода

C) Епізіотомія

D) Пологи шляхом кесарева розтину в ургентному порядку

E) Продовжити вести пологи на фоні інтенсивної терапії

2. Вагітна 20 років у терміні 7-8 тижнів. Скарги на нудоту, блювоту до 20 разів на добу, загальну слабкість, запаморочення. Зниження маси тіла до 5 кг за 2 тижні. Напротязі 7 днів інтенсивного комплексного лікування, стан хворої не покращився, зберігається стійка тахікардія, гарячкові стани, прогресуюча протеїнурія і целіндрурія, наявність жовтяниці та ацетону в сечі.

Яка подальшого тактика ведення?

A) Достроково перервати вагітність

B) Корекція харчового раціону із застосування спеціальної дієти.

C) Продовжувати усунення зневоднення та інтоксикації вагітної

D) Застосування нетрадиційних методів впливу

3. Вагітна 20 років, термін вагітності 8-9 тижнів. Скарги на блювоту протягом доби до 7-10 разів. Вагітна психічно-лабільна. Вага зменшилась до 2 кг за 2 тижні. У стаціонарі відчула поліпшення стану, була призначена комплексна терапія, яка не включала:

A) Виведення води з організму

B) Вплив на функцію ЦНС

C) Усунення втрати рідини і живильних речовин

D) Відновлення дефіциту ОЦК

4. Вагітна 23 років поступила у відділення зі скаргами на загальну слабкість, відворот від їжі, блювоту до 16-20 разів на добу. Останні місячні 2 місяці тому.

Хвора апатична, температура тіла 37,4С, пульс 100 уд за хв. задовільного наповнення, шкіра суха. Язик та губи сухі, дух ацетону із рота. Збоку внутрішніх органів патологій не виявлено. Вагінальне обстеження: Матка збільшена до розмірів гусиного яйця, асиметрична, ущільнюється при пальпації. Слизова оболонка піхви та піхвової частини шийки матки синюшна. У аналізі крові виявлено підвищення вмісту білірубіну та залишкового азоту, у сечі – ацетон та сліди білка. Які основні принципи лікування цього ускладнення вагітності?

A) Масивна інфузійна терапія солевих розчинів на тлі нейролептичних та проти блювотних засобів.

B) Застосування спазмолітиків, аналгетиків у ранні терміни вагітності

C) Дostroково перервати вагітність

D) Безсольова, низькокалорійна, рослинна дієта з обмеженням рідини

5. Вагітна 23 років, поступила у відділення у строк вагітності 8-9 тижнів. Скарги на нудоту, блювоту до 10 разів на добу, значне слиновиділення. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, слизові оболонки губ сухі, з мацерацією шкіри біля кутів. Втрата ваги 2 кг. за 2 тижні. Температура тіла 37,3, пульс 88 за хв, АТ-100/60. Значно зменшений діурез. У сечі перехідна ацетонурія. Збоку внутрішніх органів змін не виявлено. Який метод стимуляції діурезу застосовується в комплексі лікування олігурії у даної вагітної?

A) Адекватна інфузійна терапія

B) Використання осмодіуретиків.

C) Призначення салуретиків

D) Використання антагоністів альдостерону

6. Вагітна 27 років звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на затримку місячних на 14 днів. З анамнезу: 2 попередні вагітності були перервані у зв'язку з раннім гестозом важкого ступеню. При проведенні УЗД встановлена маткова вагітність у малому терміні.

Які основні принципи профілактики розвитку раннього гестозу?

A) Виявлення груп ризику виникнення гестозу

B) Безсольова, низькокалорійна рослинна дієта з обмеженням рідини

C) Медикогенетична консультація.

D) Контроль УЗД кожні два тижні.

7. Вагітна 27 років поступила у відділення в строк 10-11 тижнів вагітності із скаргами на блювання протягом доби до 10-12 разів, при об'єктивному

обстеженні: шкіра суха, пульс 110 уд. за хв., АТ-100/60 мм рт.ст., з рота пахне ацетоном. Зменшення виділення сечі.

Які принципи лікування цього ускладнення вагітності?

A) Масивна інфузійна терапія солевих розчинів на тлі нейролептичних та протиблювотних засобів

B) Застосування спазмолітиків та анагетиків у ранні терміни вагітності

C) Санація вогнищів інфекції

D) Безсольова низькокалорійна рослинна дієта з обмеженням рідини

8. Вагітна в терміні 6 тижнів, скаржиться на блювання до 15-20 разів на добу. За стані два тижні схудла на 2 кг. Вагітна млява, апатична. Пульс 100 уд. за хв. Температура тіла 37,3°C. Збоку внутрішніх органів патології не спостерігається. При біохімічному дослідженні крові підвищений вміст надлишкового азоту. У сечі ацетон та сліди білка. Діагноз?

A) Нестримне блювання вагітних

B) Хвороба Боткіна

C) Харчова токсикоінфекція

D) Блювання вагітних середньої тяжкості

9. Вагітна в терміні 9-10 тижнів скаржиться на блювання до 12 -15 разів на добу, значне слиновиділення. За два тижні вага тіла знизилась на 5 кг.

АТ-90/60 мм рт.ст., пульс 120 уд.хв., тахіпное. Шкіра суха, бліда. Олігурія, в аналізі сечі виявлені ацетон та білок. Який характер олігурії?

A) Преренальна

B) Нормоволемічна

C) Гіперволемічна

D) Ренальна

10. Вагітна доставлена машиною швидкої допомоги в коматозному стані.

Вдома були приступи судом. Об'єктивно: АТ 180/100 мм рт.ст., 190/110 мм рт.ст., набряки на нижніх кінцівках і обличчі. ВСДМ – 35 см, ОЖ - 98 см. Положення плоду поздовжнє, серцебиття приглушене, ритмічне, 160 уд/хв. При піхвовому обстеженні шийка матки закрыта. Який імовірний діагноз у даному випадку?

A) Еклампсія.

B) Гіпертонічна хвороба

C) Епілепсія

D) Діабетична кома

Е) Гестоз І половини вагітності

11. Вагітна З., 29 років, доставлена каретою швидкої допомоги у приймальне відділення пологового будинку, де з'явилися скарги на біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, миготіння “мушок” перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановіть правильний діагноз.

- А) Прееклампсія важкого ступеня**
- В) Відшарування сітківки ока
- С) Загроза крововиливу в мозок
- Д) Еклампсія
- Е) Прееклампсія середнього ступеня

12. Вагітна К., 38 років, в терміні вагітності 34 тижні госпіталізована у реанімаційне відділення з відсутністю свідомості. Годину тому у жінки відбувся напад еклампсії. Об'єктивно: АТ 200/110 мм.рт.ст., виражені набряки тіла. Пологова діяльність відсутня. Серцебиття плода приглушене 120 уд. за 1 хв. Піхвове дослідження – шийка матки збережена, щільна, церв кальний канал закритий. Яка подальша тактика?

- А) Провести кесарів розтин**
- В) Проведення плдоруйнівної операції
- С) Пологозбудження
- Д) Підготовка шийки матки простагландинами.
- Е) Комплексна терапія екламптичної коми}

13. Вагітна М., 28 років, доставлена машиною швидкої допомоги до пологового будинку зі скаргами на головний біль, нудоту, блювання, відчуття закладеності носа. Строк гестації 39-40 тижнів. АТ 170/110 мм рт. ст. Генералізовані набряки. Протеїнурія 3,6 г/л. Який вірогідний діагноз?

- А) Прееклампсія легкого ступеня**
- В) Прееклампсія середнього ступеня
- С) Еклампсія
- Д) Прееклампсія тяжкого ступеня.
- Е) Гіпертонічна хвороба

14. Вагітна у терміні 9-10 тижнів,скаржиться на блювання до 10 разів на добу,значне слиновиділення.За два тижні вага тіла знизилась на 1 кг.АТ-100/60

мм рт.ст. Пульс 110 уд за хв. Шкіра суха, бліда Вагітна психічно-лабільна. Діурез знижений. Діагноз?

- A) Блювання вагітних середнього ступеню**
- B) Блювання вагітних легкого ступеню
- C) Надмірне блювання вагітних
- D) Харчова токсикоінфекція

15. До вагітної жінки в терміні 32 тижні вагітності було викликано швидку допомогу. Жінка скаржилась на сильний головний біль, порушення зору, біль в епігастрії. На обліку у гінеколога не була, не лікувалась. Виражені набряки тіла, обличчя турбують протягом двох тижнів. АТ 190/100 мм рт.ст. При огляді з'явилися посмикування м'язів обличчя, судоми. Куди госпіталізувати вагітну?

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

16. Каретою швидкої допомоги в пологовий будинок доставлена вагітна Н. на 35-36 тижні вагітності після одиночного судорожного припадку. В свідомості, але де що заторможена. Спостерігаються набряки лиця, вік, нижніх кінцівок. АТ 180/130 мм.рт.ст., Пульс 100 уд. за 1 хвилину. Який препарат не можна використовувати в даному випадку для зниження артеріального тиску?

- A) Фуросемід**
- B) Нітрогліцерин
- C) Клофелін
- D) Магнія сульфат
- ~ Еуфілін

17. Перші пологи. Пологова діяльність розпочалась 5 годин тому назад. За цей час при достатньо енергійному лікуванні було 4 напади еклампсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад. При внутрішньому дослідженні : шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 2 сантиметри, плідний міхур цілий, голівка визначається високо над входом у малий таз, рухома. Яка найбільш правильна тактика лікаря?

- A) Зробити кесарів розтин.**
- B) Зробити амніотомію.

- С) Дати наркоз і продовжити консервативне лікування
- Д) Накласти на голівку плоду щипці за Уїлт-Івановим.
- ~ Підсилити пологову діяльність

18. Першовагітна 20 років, у строки вагітності 9 тижнів, скаржиться на значну слинотечу, мацерацію шкіри і слизових оболонок губ, температура тіла 36,5С, пульс 60 уд. за хв., АТ-110/60 мм рт.ст. Аналіз крові і сечі в межах норми. Який діагноз?

- А) Птіалізм вагітних**
- В) Блювання вагітних середнього ступеню
- С) Дерматоз вагітних
- Д) Харчова токсикоінфекція

19. Першовагітна 22 років у терміні 9 тижнів вагітності скаржиться на нудоту, ранкову блювоту. Загальний стан задовільний, вага не зменшилась, температура тіла 36,5С. Пульс 76 уд. за хв., АТ-110/60 мм рт.ст. Збоку внутрішніх органів змін не виявлено. Аналіз крові та сечі в межах норми, діурез задовільний.

- А) Які необхідні рекомендації треба надати щодо лікування:**
- В) Корекція харчового раціону, дробне харчування, рясне пиття, суха дієта
- С) Медико-генетична консультація
- Д) Безсольова низькокалорійна рослинна дієта з обмеженням рідини
- ~ Застосування спазмолітиків анальгетиків у ранні терміни вагітності

20. Першовагітна У., 18 років, відвідала жіночу консультацію у терміні 34 тижнів вагітності. Скаржилась на сильний головний біль. При огляді раптом з'явилися посмикування м'язів обличчя, тонічні і клонічні судоми. В свідомість прийшла через 2 хвилини. На обліку у гінеколога не була. Соматично здорова. Протягом 2 тижнів відмічає набряклість обличчя. АТ 190/120 мм рт.ст. В сечі – білок 3 г/л. Який діагноз у вагітної?

- А) Еклампсія.**
- В) Прееклампсія тяжкого ступеню.
- С) Гіпертонічний криз.
- Д) Екламптична кома
- ~ Епілепсія.

21. Першовагітна, 18 років, в терміні вагітності 33 тижні звернулась до гінеколога жіночої консультації зі скаргами на підвищення АТ до 140/90 мм рт ст. За останні два тижні вагітна набрала вагу до 2 кг. Який метод обстеження необхідно провести для визначення діагнозу?

- A) Визначення білка в разовій порції мочі**
- B) Рентген діагностика органів черевної порожнини
- C) Загальний аналіз крові.
- D) УЗД органів малого тазу.
- E) Коагулограма

22. Повторнородяча Ш., 42 років, госпіталізована в прелімінарному періоді. На обліку в жіночій консультації не була. Пульс 88 уд. за хвилину. АТ 170/110 мм рт.ст. Набряків немає. Добовий діурез 1600 мл. Протеїнурії немає. За вагітність набула 8 кг. На ЕКГ спостерігаються ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Оглянута окулістом - артерії сітківки звужені, звиті. Якій нозології відповідає описана симптоматика?

- A) Гіпертонічна хвороба II ступеню.**
- B) Симптоматична артеріальна гіпертензія
- C) Нейроциркуляторна дистонія
- D) Прееклампсія легкого ступеню
- E) Прееклампсія тяжкого ступеню
- F) Прееклампсія середнього ступеню

23. У вагітної К., 28 років, яка знаходиться на лікуванні з діагнозом прееклампсія тяжкого ступеню, відбувся приступ судом. Які з нижчеперелікованих ліків треба ввести при наданні невідкладної допомоги:

- A) Седуксен.**
- B) Барбітурати.
- C) Сомбревін.
- D) Морфін.
- E) Кетамін.

24. У вагітної Л., 21 року, яка в терміні гестації 36 тижнів знаходиться на лікуванні прееклампсії важкого ступеню з'явилась жовтяниця, ознаки загальної інтоксикації. Лабораторно: гіпокоагуляція - тромбоцити $1,0 \times 10^9/\text{л}$; ПДФ +++; загальний білірубін 80 мкмоль/л; прямий – 20 мкмоль/л; непрямий – 60 мкмоль/л; АЛТ - 3,5; АСТ - 2,6. Найбільш імовірний діагноз?

A) HELLP-синдром.

- B) Гострий гепатоз вагітних.
- C) Антифосфоліпідний синдром.
- D) Гепатит В.
- E) Синдром Жильбера.

25. У першовагітної у строці 36 тижнів з'явився сильний головний біль, нудота, погіршився зір і слух. Об'єктивно: Шкіра бліда, анасарка, фібрилярні скорочення м'язів, а згодом тонічні і клонічні судоми і втрата свідомості, тони серця ритмічні, АТ - 230/130 мм рт.ст., сечовина - 30 ммоль/л, Нб - 100 г/л, білок сечі - 6,6 г/л. Хлориди плазми - 86 ммоль/л. Ваш діагноз?

A) Еклампсична кома

- B) Передчасне відшарування плаценти
- C) Епілепсична кома
- D) Хлоропенічна кома
- E) Уремична кома

26. У породіллі 25 років, в терміні вагітності 38 тижнів на тлі пізнього гестозу на протязі 2-х хвилин розвинулися тонічні судоми, що поширюються з голови, шиї та рук на тулуб та ноги. Дихання неадекватне. АТ – 180/120 мм рт. ст., ЧСС – 100 в хв. Зіниці розширені. Шкіра і слизові – ціанотичні, язик прикушений. Який можна поставити діагноз?

A) Еклампсія

- B) Гостре порушення мозкового кровообігу
- C) Істерія
- D) Епілепсія
- E) Прееклампсія

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$) :

1. Зібрати скарги і акушерський анамнез.
2. Провести основні методи акушерського обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

1. Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні раннім гестаційним ускладненням та гіпертензивним розладам при вагітності
2. Скласти план обстеження для діагностики ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
3. Оцінити результати основного та додаткового обстеження при ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
4. Провести діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
5. Призначати лікування при ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
6. Визначати профілактичні заходи щодо ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності

.

1. Інтерактивне завдання ($\alpha=4$) :

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки УЗ досліджень з різними формами ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:

Підгрупа 1 – проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби

Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

А) Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

7.3. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

Література.

Навчальна.

Основна:

1. Національний посібник з акушерства для студентів і викладачів медичних університетів - Венцківський Б.М. 2018

2. Акушерство: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, М.Є.Яроцького).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 646 с.
3. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.
4. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013
Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

1. Норвітц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.

Методична

3. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
4. Наказ МОЗ «Гіпертонічні розлади у вагітних» - КН 2022-151. - 24.01.2022