

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

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення вченої ради ІПО

Протокол 12.03.26 № 7

Голова вченої ради ІПО

Т.А. Вежновець

(підпис, МП)



НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН ТА ПРОГРАМА
ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ.
ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГІПЕРТЕНЗІЯ,
СПРИЧИНЕНА ВАГІТНІСТЮ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ЕКЛАМПСІЯ, HELLP
СИНДРОМ).

Тривалість навчання: 2 тижні (78 годин)

Кафедра госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

Київ — 2026

РЕЦЕНЗЕНТИ

1) Громова Антоніна Макарівна

доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України,
професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 ПДМУ

2) Бенюк Василь Олексійович

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетського
акушерства і гінекології, НМУ імені О.О. Богомольця

Навчальна програма та план циклу тематичного удосконалення «Ведення вагітності та пологів високого ризику. Гіпертензивні розлади під час вагітності (гіпертензія, спричинена вагітністю, прееклампсія, еклампсія, Hellp синдром)» розглянуті постійно діючою навчально-методичною комісією вченої ради Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ:

Протокол від _____ 202__ р №_____.

СКЛАД РОБОЧОЇ ГРУПИ

- **Говсєєв Дмитро Олександрович**

д. мед. н., професор, завідувач кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Громова Олександра Леонідівна**

д. мед. н., асистент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Геревич Надія Василівна**

к. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Мартінова Лілія Іванівна**

к. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Литвак Олена Олегівна**

д. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Семенюк Людмила Миколаївна**

д. мед. н., професор кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Титова Тетяна Олегівна**

асистент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Навчальна програма циклу тематичного удосконалення «Ведення вагітності та пологів високого ризику. Гіпертензивні розлади під час вагітності (гіпертензія, спричинена вагітністю, прееклампсія, еклампсія, Hellp синдром)» призначена для підвищення кваліфікації спеціалістів лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів-хірургів, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-терапевтів.

Цикл проводиться відповідно до «Положення про організацію та здійснення освітньої діяльності на післядипломному рівні в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця» з урахуванням засад Постанов Кабінету Міністрів України від 14.07.21 р № 725 «Про затвердження Положення про систему БПР медичних і фармацевтичних працівників» та від 29 вересня 2023 р. № 1036 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725»; наказів Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2023 № 1347 «Про затвердження Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними спеціальностями» (зі змінами), від 16 квітня 2025 № 650 «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України», від 22.07.1993 № 166 «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів та фармацевтів (провізорів)» (зі змінами).

Мета циклу — освоєння сучасних та нових методів вирішення професійних завдань, формування і закріплення на практиці професійних знань, умінь і навичок, отриманих в результаті теоретичної підготовки, вивчення світового досвіду, формування організаторських навичок для виконання обов'язків на займаній або на більш високій посаді з питань проблем ведення вагітності та пологів високого ризику, а саме ведення вагітних з гіпертензивними розладами (гіпертензія, спричинена вагітністю, прееклампсія, еклампсія, Hellp синдром), традиційних підходів до менеджменту ведення вагітності та пологів у жінок з наявними гіпертензивними розладами. Вчасна діагностика та профілактика ускладнень.

Цикл тематичного удосконалення передбачає розгляд підходів лікування до вагітних з гіпертензивними розладами, корекція способу життя для профілактики викинення гіпертензивних розладів, методи профілактики розвитку ускладнень з метою покращення перинатальних наслідків, та довгострокового прогнозу для матері.

У навчальному плані циклу зазначено контингент слухачів, тривалість їх навчання, розподіл годин, відведених на вивчення тем навчальної програми. У разі необхідності, враховуючи базовий рівень знань слухачів, кафедра може вносити корективи та доповнення до навчальних годин, які регламентовані навчальними планами, в межах 15 % від загального обсягу часу.

Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення доповнені переліком практичних навичок, списком рекомендованих літературних джерел.

Для виконання цієї програми під час навчання передбачено такі види навчальних занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарських занять, а також самостійну роботу слухачів.

Перед початком циклу здійснюється контроль рівня знань особи у формі тестування.

Для визначення рівня засвоєння програми циклу передбачено підсумковий іспит, який складається з:

- тестування;
- оцінки практичних навичок в симуляційних умовах (в симуляційних центрах, на манекенах тощо), якщо програма навчання передбачала вдосконалення або набуття практичних навичок;
- вирішення клінічних завдань.

Слухачам, які виконали програму та успішно склали іспит, видається сертифікат про проходження циклу встановленого зразка..

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

«ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГІПЕРТЕНЗІЯ, СПРИЧИНЕНА ВАГІТНІСТЮ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ЕКЛАМПСІЯ, HELLP СИНДРОМ)»

Тривалість навчання: 2 тижні (78 годин)

Контингент: лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку, лікарі-хірурги, лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі-терапевти (відповідно до Наказів МОЗ України від 25 липня 2023р № 1347 та від 16.04.2025 № 650).

Код	Назва теми	Кількість навчальних годин				
		Лекції	Семін. заняття	Практ. заняття	Самост. робота*	Разом
1	2	3	4	5	6	7
	<i>Вступ до проблеми гіпертензивних розладів під час вагітності</i>					
1	Гіпертензивні розлади під час вагітності (гіпертензія, спричинена вагітністю, прееклампсія, еклампсія, HELLP синдром). Захворюваність та поширеність гіпертензивних розладів: Актуальність проблеми.	1		3		4
	<i>Загальні дані про прееклампсію. Теорії виникнення. Особливості перебігу прееклампсії. Профілактика ускладнень, прогноз для матері та плоду.</i>					
2.1	Прееклампсія у вагітних. Визначення поняття.			3	1	4

	Особливості патогенезу. Скринінг та визначення груп ризику розвитку преєклампсії в I триместрі вагітності. Біомаркери для раннього виявлення преєклампсії.					
2.2	Клінічні ознаки преєклампсії. Нетипові прояви преєклампсії. Клінічні критерії для постановки діагнозу. Методи діагностики преєклампсії.		1	4		5
2.3	Менеджмент вагітних пацієнок з преєклампсією. Лікування до пологів. Терміни розродження. Лікування під час та після пологів. Довгостроковий прогноз.		1	4		5
2.4	Преєклампсія з важкими ознаками. Відстрочення пологів при недоношеній вагітності. Вплив преєклампсії на плід.			4		4
2.5	Преєклампсія, що приєдналась. Захворюваність і фактори ризику. Лікування, ризик рецидиву, та особливості післяпологового ведення.			4		4
2.6	Методи профілактики виникнення преєклампсії. Прегравідарна підготовка. Профілактика ускладнень на пізніх термінах вагітності.			4		4
	<i>Еклампсія: Етіологія, діагностика та підходи до лікування.</i>					
3.1	Еклампсія. Характеристика екламптичних нападів. Методи діагностики		1	3		4

	еклампсії. Диференційна діагностика.					
3.2	Підхід до методів лікування еклампсії. Лікування в умовах інтенсивної терапії. Ведення вагітності, та тактика розродження. Профілактика повторних нападів.		1	3		4
	<i>Інші гіпертензивні розлади, що виникають під час вагітності. Огляд. Рекомендації</i>					
4.1	Гестаційна гіпертензія. Фактори ризику. Клінічні ознаки. Діагностична оцінка. Моніторинг стану плода, та стану вагітних з гестаційною гіпертензією. Терміни розродження. Перинатальні результати та прогноз для матері.		1	3	1	5
4.2	Ускладнення вагітності у жінок з гіпертензивними розладами. Діагностика та ведення пацієнтів.		1	3		4
	<i>Ведення пацієнток з HELLP – синдромом. Оцінка факторів ризику. Діагностичні критерії. Менеджмент пацієнтів. Подальше ведення пацієнток.</i>					
5.1	HELLP – синдром. Патогенез захворювання. Фактори ризику, причини та клінічні ознаки HELLP – синдрому.	1		4		5
5.2	Діагностичні критерії. Підходи до класифікації HELLP – синдрому. Диференційна діагностика.			3	1	4
5.3	Менеджмент пацієнтів з HELLP – синдромом.		1	3		4

	Лікування в умовах інтенсивної терапії. Профілактика ускладнень. Вибір способу та терміну розродження. Покращення перинатальних наслідків. Ведення пацієнток після стабілізації стану.					
	<i>Диференціальна діагностика інших захворювань під час вагітності</i>					
6.1	Синдром протеїнурії під час вагітності: діагностика, диференціальна діагностика та лікування нефротичного синдрому.			4		4
6.2	Гіпертонічні розлади вагітних: підхід до диференціальної діагностики. Хронічна гіпертензія проти прееклампсії. Хронічна гіпертензія проти накладеної прееклампсії. Загострення хронічної хвороби нирок проти прееклампсії. Гестаційна гіпертензія проти прееклампсії. Феохромоцитома			3	1	4
6.3	Диференційна діагностика хворих на гіпертонію і тромбоцитопенію або підвищення трансаміназ. Гостра жирова дистрофія печінки під час вагітності. Тромботична мікроангіопатія: ТТП і ГУС. Системний червоний вовчак. АФС.		1	3		4
	Іспит	4				
	Всього	2	8	58	4	78

*4 години - для двотижневого циклу;

*2 години – для однотижневого циклу

Примітка: у навчальних планах та програмах циклів тематичного удосконалення для науково-педагогічних працівників не менше 20 % навчальних годин передбачено на удосконалення раніше набутих та/або набуття нових компетентностей у межах освітньої діяльності, інноваційних технологій викладання.

**НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА
ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ.
ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГІПЕРТЕНЗІЯ,
СПРИЧИНЕНА ВАГІТНІСТЮ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ЕКЛАМПСІЯ, HELLP
СИНДРОМ)»**

Код теми, елементу	Назва теми, елементу
1	<i>Вступ до проблеми гіпертензивних розладів під час вагітності</i>
1.1	Гіпертензивні розлади під час вагітності (гіпертензія, спричинена вагітністю, прееклампсія, еклампсія, HELLP синдром). Захворюваність та поширеність гіпертензивних розладів: Актуальність проблеми.
2	<i>Загальні дані про прееклампсію. Теорії виникнення. Особливості перебігу прееклампсії. Профілактика ускладнень, прогноз для матері та плоду.</i>
2.1	Прееклампсія у вагітних. Визначення поняття. Особливості патогенезу. Скринінг та визначення груп ризику розвитку прееклампсії в I триместрі вагітності. Біомаркери для раннього виявлення прееклампсії.
2.2	Клінічні ознаки прееклампсії. Нетипові прояви прееклампсії. Клінічні критерії для постановки діагнозу. Методи діагностики прееклампсії.
2.3	Менеджмент вагітних пацієнок з прееклампсією. Лікування до пологів. Терміни розродження. Лікування під час та після пологів. Довгостроковий прогноз.
2.4	Прееклампсія з важкими ознаками. Відстрочення пологів при недоношеній вагітності. Вплив прееклампсії на плід.
2.5	Прееклампсія, що приєдналась. Захворюваність і фактори ризику. Лікування, ризик рецидиву, та особливості післяпологового ведення.
2.6	Методи профілактики виникнення прееклампсії. Прегравідарна підготовка. Профілактика ускладнень на пізніх термінах вагітності.
3	<i>Еклампсія: Етіологія, діагностика та підходи до лікування.</i>
3.1	Еклампсія. Характеристика екламптичних нападів. Методи діагностики еклампсії. Диференційна діагностика.

3.2	Підхід до методів лікування еклампсії. Лікування в умовах інтенсивної терапії. Ведення вагітності, та тактика розродження. Профілактика повторних нападів.
4	<i>Інші гіпертензивні розлади, що виникають під час вагітності. Огляд. Рекомендації</i>
4.1	Гестаційна гіпертензія. Фактори ризику. Клінічні ознаки. Діагностична оцінка. Моніторинг стану плода, та стану вагітних з гестаційною гіпертензією. Терміни розродження. Перинатальні результати та прогноз для матері.
4.2	Ускладнення вагітності у жінок з гіпертензивними розладами. Діагностика та ведення пацієнтів.
5	<i>Ведення пацієнок з HELLP – синдромом. Оцінка факторів ризику. Діагностичні критерії. Менеджмент пацієнтів. Подальше ведення пацієнок.</i>
5.1	HELLP – синдром. Патогенез захворювання. Фактори ризику, причини та клінічні ознаки HELLP – синдрому.
5.2	Діагностичні критерії. Підходи до класифікації HELLP – синдрому. Диференційна діагностика.
5.3	Менеджмент пацієнтів з HELLP – синдромом. Лікування в умовах інтенсивної терапії. Профілактика ускладнень. Вибір способу та терміну розродження. Покращення перинатальних наслідків. Ведення пацієнок після стабілізації стану.
6	<i>Диференціальна діагностика інших захворювань під час вагітності.</i>
6.1	Синдром протеїнурії під час вагітності: діагностика, диференціальна діагностика та лікування нефротичного синдрому.
6.2	Гіпертонічні розлади вагітних: підхід до диференціальної діагностики. Хронічна гіпертензія проти преєклампсії. Хронічна гіпертензія проти накладеної преєклампсії. Загострення хронічної хвороби нирок проти преєклампсії. Гестаційна гіпертензія проти преєклампсії. Феохромоцитома
6.3	Диференційна діагностика хворих на гіпертонію і тромбоцитопенію або підвищення трансаміназ. Гостра жирова дистрофія печінки під час вагітності. Тромботична мікроангіопатія: ТТП і ГУС. Системний червоний вовчак. АФС.

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
ДЛЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ.
ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГІПЕРТЕНЗІЯ,
СПРИЧИНЕНА ВАГІТНІСТЮ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ЕКЛАМПСІЯ, HELLP
СИНДРОМ)»

№ з/п	Назва практичної навички
1	2
1	Вимірювання АТ у вагітної жінки, оцінка даних та інтерпретація результатів.
2	Вимірювання ІМТ, контроль прибавки маси тіла.
3	Визначення наявності набряків, їх локалізацію та ступеню вираженості. Інтерпретація результатів
4	Оцінка факторів ризику прееклампсії, в тому числі при першому відвідування
5	Оцінка скарг на головний біль
6	Оцінка та інтерпретація даних загального аналізу сечі, включаючи тест на наявність білку), та даних результату добової протеїнурії.
7	Оцінка стану вагітної та плода, та визначення часу та способу розродження.
8	Визначення плану обстеження при прееклампсії
9	Диференційна діагностика хворих на гіпертонію і тромбоцитопенію або підвищення трансаміназ.
10	Диференційна діагностика хворих з наявністю протеїнурії.
11	Визначення діагностичних критеріїв HELLP – синдрому
12	Визначення загрозливих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді, у вагітних з гіпертензивними розладами.
13	Скринінг у I триместрі: Вміння розраховувати індивідуальний ризик прееклампсії за допомогою калькуляторів (наприклад, FMF), інтерпретувати дані середнього артеріального тиску (МАР) та пульсаційного індексу в маткових артеріях.

14	Інтерпретація біомаркерів: Клінічне застосування та оцінка співвідношення ангіогенних факторів sFlt-1/PlGF для прогнозування преєклампсії протягом наступних 1–4 тижнів.
15	Моніторинг АТ: Опанування методики стандартизованого вимірювання артеріального тиску та добового моніторування (ДМАТ) у вагітних.
16	Лабораторний моніторинг: Оцінка динаміки рівня протеїнурії (співвідношення альбумін/креатинін у сечі), протеїнограми, ферментів печінки, коагулограми та кількості тромбоцитів для діагностики HELLP-синдрому.
17	Протокол надання допомоги при еклампсії: Відпрацювання алгоритму дій під час нападу (позиціонування, прохідність дихальних шляхів, захист від травматизму).
18	Магnezіальна терапія: Розрахунок доз, введення «навантажувальної» дози та підтримуючої терапії сульфатом магнею. Моніторинг ознак магнеєвої інтоксикації (колінний рефлекс, ЧД, діурез) та застосування антидоту (кальцію глюконат).
19	Керування гіпертензивним кризом: Вибір препарату першої лінії (лабеталол, ніфедипін, гідралазин) та покрокове зниження тиску для запобігання відшаруванню плаценти та інсульту.
20	Доплерометрія: Оцінка критичних станів кровотоку (реверсний або нульовий кровоток в артерії пуповини, зміни в венозній протоці) для визначення часу негайного розродження.
21	Аntenатальна КТГ: Вміння розпізнавати патерни дистресу плода на фоні хронічної гіперперфузії плаценти.
22	Диференціальний алгоритм: Вміння відрізнити HELLP-синдром від гострої жирової дистрофії печінки (за критеріями Свонсі) та тромбоцитопенічної пурпури.
23	Командна робота в мультидисциплінарній бригаді: Взаємодія «акушер-гінеколог — анестезіолог — реаніматолог — неонатолог» під час критичного стану.
24	Консультації: Роз'яснення пацієнтці та родичам довгострокових ризиків (серцево-судинні захворювання в майбутньому) та планування наступної вагітності.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ТЕСТУВАННЯ
ДО ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ.
ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГІПЕРТЕНЗІЯ,
СПРИЧИНЕНА ВАГІТНІСТЮ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ЕКЛАМПСІЯ, HELLP
СИНДРОМ)»

1. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржить на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

А. Операція накладання акушерських щипців

В. Динамічне спостереження за вагітною та плодом

С. Плороруйнівна операція

Д. Консервативне проведення пологів з епізіотомією

Е. Стимуляція пологової діяльності

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

А. Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної терапії

В. Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії

С. Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологорозрішенням

Д. Накладання акушерських щипців

Е. Рання амніотомія

3. У вагітної З., 29 років на прийомному покої з'явилися нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановити правильний діагноз.

А. Прееклампсія важкого ступеня

В. Еклампсія

- C. Відшарування сітківки ока
- D. Загроза крововиливу в мозок
- E. Преєклампсія легкого ступеня

4. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35-36 тижнів. АТ-180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Преєклампсія тяжкого ступеня

- B. HELLP-синдром
- C. Преєклампсія середнього ступеня
- D. Преєклампсія легкого ступеня
- E. Поєднаний НППГ-гестоз

5. Вагітна з терміном гестації 7 тижнів госпіталізована до пологового будинку у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рс-105/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9о С . У крові: Нв-154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

A. Переривання вагітності

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

6. Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

A. Преєклампсія тяжкого ступеня

- B. Преєклампсія легкого ступеня

С. Еклампсія

Д. Гіпертонічний криз

Е. набряки вагітних

7. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37, 2 °С. Знижений діурез. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Блювання вагітних середнього ступеня

В. Блювання вагітних легкого ступеня

С. Преєклампсія 1 ступеня

Д. Передчасне переривання вагітності

Е. Харчове отруєння

8. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в площині виходу малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

А. Операція накладання акушерських щипців

В. Кесарський розтин

С. Плоруруйнівна операція

Д. Консервативне проведення пологів з епізіотомією

Е. Стимуляція пологової діяльності

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

А. Магнію сульфат

В. Діазепам

С. Фенітоїн

Д. Ламотриджин

Е. Натрію вальпроат

10. Вагітність 40 тижнів, АТ - 180/120 мм рт.ст. Пологова діяльність відсутня. набряки нижніх кінцівок, одутлість обличчя, головний біль, порушення зору, вдома був напад судом. Розпочата терапія - без ефекту. Яка подальша тактика ведення вагітної?

А. Кесарський розтин

В. Розпочати інфузійну терапію

С. Розпочати седативну терапію

Д. Провести стимуляцію пологової діяльності

Е. Нагляд в умовах відділення інтенсивної терапії

11. Вагітна М., скаржиться на головний біль, мерехтіння “мушок” перед очима. Вагітність 32 тижні. набряки генералізовані. АТ – 190/110 мм.рт.ст. При кип’ятінні сечі - значний осад. Згідно заключення УЗД плід відповідає 29 тижням. Який діагноз у вагітної?

А. Прееклампсія важкого ступеня

В. Прееклампсія легкого ступеня

С. Гіпертонічна хвороба

Д. Еклампсія

Е. Перееклампсія середнього ступеня

12. Першовагітна М., з’явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарг немає. За останні 2 тижня набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Білок в сечі – 0.8г/л. Встановлено діагноз – прееклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.

А. Стаціонарне лікування

В. Амбулаторне лікування

С. Термінове розродження

Д. Кесарський розтин

Е. Пролонгування вагітності\

13. Роділля, 24 років, поступила в пологовий будинок через 4 години від початку родової діяльності зі скаргами на головний біль, нечіткий зір. АТ – 180/100 мм.рт.ст., значні набряки на ногах. Положення плода повздовжне, головне

передлежання. Серцебиття плоду 130 уд/хв. Під час внутрішнього акушерського дослідження стався приступ судом з втратою свідомості. Яке ускладнення виникло в пологах?

А. Еклампсія.

В. Передеклампися легкого ступеню

С. Передеклампися середнього ступеню..

Д. Гіпертонічний криз.

Е. Епілепсія.

14. Вагітна, 25 років доставлена в пологовий будинок . Зі слів родичів, удома було три напади судом. На епілепсію не хворіла. Об'єктивно: вагітна непритомна. АТ на правій і на лівій руці 190/120 мм рт.ст., на нижніх та верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Діагноз?

А. Еклампсія.

В. Епілепсія.

С. Діабетична кома.

Д. Гостра ниркова недостатність.

Е. Печінкова кома.

15. Вагітна в терміні 35 тижнів, стан тяжкий. Скаржиться на головний біль, порушення зору, миготіння “мушок” перед очима. При огляді: загальний набряк, АТ -180/120. Раптово з’явилися фібрилярні посмикування м’язів обличчя, тонічні судоми. Дихання припинилося. Через 1 хвилину дихання поновилося. З рота значна кількість піни. Амнезія. У клінічному аналізі сечі: білок 7 г/л. Діагноз ?

А. Еклампсія

В. Черепно-мозкова травма

С. Гіпертонічний криз

D. Передекламписія тяжкого ступеню

E. Епілеписія

16. Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Діагноз?

A. Гіпертонічна хвороба

B. Прееклампсія легкого ступеню

C. Прееклампсія середнього ступеню

D. Епілеписія

E. Астено-невротичний синдром

17. Вагітна 25 років привезена до пологового будинку в тяжкому стані. Сроку вагітності 34 тижні. Хвора скаржиться на головний біль, порушення зору, нудоту. Із анамнезу відомо, що раніше жінка нічим не хворіла. При огляді визначаються набряки ніг, АТ - 170/130 мм рт.ст. на обох руках. Раптом у вагітної з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні та клонічні судоми, дихання припинилося. Через 1,5 хв. відновилось дихання, з рота з'явилась піна, забарвлена кров'ю. Вагітна про напад не пам'ятає. У клінічному аналізі сечі: білок 3,5 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Еклампсія

B. Епілеписія

C. Набряк головного мозку

D. Крововилив у мозок

E. Виразка шлунку

18. Перші пологи. Пологова діяльність розпочалась 5 годин тому. За цей час при достатньо енергійній терапії було 4 напади еклампсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, зів матки пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий, високо над входом у малий таз визначається рухома голівка. Яка найбільш правильна тактика лікаря?

A. Зробити кесарський розтин

B. Підсилити пологову діяльність

C. Дати наркоз і продовжити консервативну терапію.

D. Накласти на голівку плоду щипці за Уілт-Івановим

E. Зробити амніотомію.

19. Першовагітна, строк вагітності - 34 тижні, поступила в стаціонар зі скаргами на головний біль та погіршення зору . АТ- 170/120мм рт.ст. Набряки передньої черевної стінки, обличчя. В сечі білок – 0,12 г/л. Протягом тижня інтенсивного лікування стан вагітної погіршився. Заключення окуліста: відшарування сітківки, що розпочалося. Пологової діяльності немає. Який шлях термінового розродження показаний вагітній?

A. Кесарський розтин

B. Амніотомія

C. Накладання акушерських щипців

D. Родрзбудження по Барацу

E. Пологозбудження на цілому плідному міхурі

20. Жінка в 36 тиж. вагітності скаржиться на головний біль, нудоту, блювоту, біль в правому підребір'ї. Об'єктивно: блідість шкіриних покривів, жовтяниця слизових оболонок, АТ160/100 мм рт.ст. на обох руках, набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки, крововиливи в місцях ін'єкцій.

Пальпаторно визначається різкий біль в епігастральній ділянці та збільшення печінки. Показники крові: збільшення АЛТ, АСТ, тромбоцитопенія, гемоглобін 85 г/л, гіпербілірубінемія Яке ускладнення виникло у вагітної?

A. HELP синдром.

B. Екламптичний статус.

C. Синдром дисемінованого внутрішньо-судинного згор_тання крові.

D. Розрив печінки.

E. Еклампсія

21. 26-річна вагітна жінка доставлена до від_ділення невідкладної терапії на 36-му ти_жні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 170/90 мм рт.ст., пульс - 85/хв., частота ди_ханья - 15/хв., температура - 36,9°C, набря_ки кінцівок. Серцебиття плоду - 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад

генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

- A. Магнію сульфат**
- B. Діазепам
- C. Фенітоїн
- D. Ламотриджин
- E. Натрію вальпроат

22. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37, 2оС. Знижений діурез. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Блювання вагітних середнього ступеня**
- B. Блювання вагітних легкого ступеня
- C. Прееклампсія 1 ступеня
- D. Передчасне переривання вагітності
- E. Харчове отруєння

23. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35-36 тижнів. АТ-180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Прееклампсія тяжкого ступеня**
- B. HELLP-синдром
- C. Прееклампсія середнього ступеня
- D. Прееклампсія легкого ступеня
- E. Поєднаний НППГ-гестоз

24. На диспансерному обліку на ФАПі знаходиться жінка, у якої в анамнезі в попередніхпологах виникла прееклампсія. Якими препаратами акушерка буде проводити профілактику гестозу під час наступної вагітності?

A Аспірин

B Спазмолітики

C Білкові препарати

D Антикоагулянти

E Дезінтоксикаційна терапія

25. На пологовий пропускник доставлена вагітна зі скаргами на головний біль, пелену перед очима, „миготіння мушок”. Строк вагітності 36 тижнів. АТ 170/110 мм рт.ст., протеїнурія в разовій порції сечі понад 5 г/л, набряки нижніх кінцівок і передньої черевної стінки. На пропускнику у вагітної почалися тоніко-клонічні судоми. Який вірогідний діагноз?

A Еклампсія.

B Геморагічний інсульт.

C Менінгоенцифаліт.

D Пухлина головного мозку.

E Епілепсія

26. Вагітна 19-ти років в терміні 30 тижнів поскаржилася на головний біль, порушення зору, блювання з домішками крові. Стан важкий, АТ- 160/100 мм рт.ст., склери жовтушні, підшкірні крововиливи, набряки нижніх кінцівок, сеча геморагічного кольору. В крові: тромбоцитопенія. Який найбільш імовірний діагноз?

A. HELP синдром

B. ДВЗ–синдром

C. Еклампсія

D. Хвороба Боткіна

E. Гепатоз вагітних

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про вищу освіту» - <http://zakon4.rada.gov.ua>.
2. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти 2015 – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-p>.
3. Акушерство і гінекологія : підручник: у 2-х кн. Кн.1 Акушерство : Акушерство / Б. М. Венцківський, М. О. Щербина, В. І. Грищенко [та ін.] ; – 4-те вид., випр. – К. : Медицина, 2020. – 424 с.
4. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. В.М. Запорожана. – 2-е вид., випр. – К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 1032 с.
5. Гестаційна гіпертензія та преєклампсія: Практичний бюлетень АСОГ, номер 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135:e237. Повторно підтверджено 2023.
6. Клінічне акушерство і гінекологія / А. Браян, Магован, Філіп Оуден, Ендрю Томсон; науковий редактор перекладу М. Щербина - К. : «Медицина», 2021. – 512 с
7. Магован Б.А. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання / Б.А. Магован, Ф. Оуен, Е. Томпсон. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
8. *Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology* / Sabaratnam Arulkumaran, William Ledger, Lynette Denny, Stergios Doumouchtsis – Oxford University Press, 2020, 928 p.
9. Bushman ET, Grobman WA, Bailit JL, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, Thorp JM Jr, Caritis SN, Prasad M, Saade GR, Sorokin Y, Rouse DJ, Blackwell SC, Tolosa JE; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Outcomes of induction vs prelabor cesarean delivery at <33 weeks for hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* MFM. 2023 Aug;5(8):101032. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.101032. Epub 2023 May 26. PMID: 37244639; PMCID: PMC10521213.
10. Gestational Hypertension and Preeclampsia : ACOG Practice Bulletin, Number 222 / American College of Obstetricians and Gynecologists. — *Obstetrics & Gynecology*. — 2021. — Vol. 135, Iss. 6. — P. e237-e260. — DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891.
11. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management : NICE Guideline [NG133] / National Institute for Health and Care Excellence. — Updated 2023. — London : NICE, 2023. — URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
12. The ISSHP classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised international consensus statement / S. T. Magee, M. A. Brown, J. G. Hall [et al.] ; International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. — *Pregnancy Hypertension*. — 2022. — Vol. 27.

- P. 1-10. — DOI: <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.11.008>. Williams Obstetrics, 26th Ed.-/ F.G. Cunningham, K.G. Leveno, J.S., Dasheetal. - 2022. McGrawHill/Medical – 1328 p.
13. FIGO Best Practice Advice: Monitoring of high-risk pregnancies with placental insufficiency / International Federation of Gynecology and Obstetrics. — International Journal of Gynecology & Obstetrics. — 2024. — Vol. 164, Iss. 1. — P. 15-28. — DOI: 10.1002/ijgo.15112.
 14. Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy / edited by R. N. Taylor, F. G. Cunningham, J. M. Roberts [et al.]. — 6th ed. — London : Academic Press, 2022. — 720 p. — ISBN 978-0128184233.
 15. High Risk Pregnancy: Management Options / edited by D. K. James, P. J. Steer. — 6th ed. — Cambridge : Cambridge University Press, 2023. — 1350 p. — ISBN 978-1108488006.
 16. Preeclampsia: Etiology, Risk Factors and Management / edited by B. M. Sibai. — 2nd ed. — Philadelphia : Elsevier, 2024. — 380 p. — ISBN 978-0323876543.
 17. Prediction and prevention of preeclampsia with aspirin: An updated meta-analysis / S. Roberge, E. Bujold, K. Nicolaides. — American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2025. — Vol. 232, Iss. 2. — P. 115-130. — DOI: 10.1016/j.ajog.2024.08.012.
 18. HELLP Syndrome: Pathophysiology and Update on Management / M. Cavalcante, J. S. Reis, S. B. Garcia. — Reproductive Sciences. — 2024. — Vol. 31, No. 4. — P. 892-905. — DOI: 10.1007/s43032-023-01344-9.
 19. The sFlt-1/PlGF ratio in the management of preeclampsia: A systematic review of cost-effectiveness / L. J. Duhig, N. W. Sharp. — Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. — 2023. — Vol. 61, No. 3. — P. 302-315. — DOI: 10.1002/uog.26120.
 20. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/
 21. <http://www.drlz.com.ua/>
 22. https://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics_gynecology_guidelinesTemplate.htm
 23. <https://www.cochrane.org>
 24. <https://www.acog.org>
 25. <https://www.ebcog.org>
 26. <https://www.uptodate.com>
 27. <https://www.online.lexi.com>
 28. <https://www.ncbi.nlm.nih.com>
 29. <https://www.thelancet.com>
 30. <https://www.rcog.org.uk>.
 31. <https://www.npwh.org>