

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Прееклампсія та еклампсія (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 5.2)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 4 години.

I. Мета заняття

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreeклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності. В Україні цю патологію називають також пізнім гестозом.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених пізнім гестозом, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, 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 метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань етіології, патогенезу, діагностики та тактики ведення вагітних з гестозами.

II. Об'єм повторної інформації

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікацію ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініку ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрагенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

III. Об'єм нової інформації

1. Термінологію, класифікацію пreeклампсії.
2. Етіологію, патогенез пreeклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
4. Клініку пreeклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
5. Ускладнення пreeклампсії.
6. Методи діагностики пreeклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості пreeклампсії.
8. Методи лікування різних форм пreeклампсії.
9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості пreeклампсії.
10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії.
11. Методи профілактики пreeклампсії.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
4. Лампи для фототерапії.
5. Обладнання для надання невідкладної допомоги новонародженому.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної з гестозом.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при наявності у вагітної гестозу.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану плода .		+	
4.	Визначити тактику ведення вагітності при наявності гестозу різного ступеню.		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при гестозах різних ступенів.		+	
6.	Визначити терміни проведення специфічної профілактики патології плода у вагітної з гестозом.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яка термінологія, класифікація прееклампсії?
2. Яка етіологія, патогенез прееклампсії?
3. Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
4. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
5. Які ускладнення прееклампсії?
6. Які методи діагностики прееклампсії?
7. Які методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії?
8. Які методи лікування різних форм прееклампсії?
9. Яка акушерська тактика при різних ступенях тяжкості прееклампсії?
10. Яка клініка, діагностика, лікування, акушерська тактика прееклампсії?
11. Які методи профілактики прееклампсії?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Збирання анамнезу.
2. Скласти план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
3. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при ранніх гестозах.
4. Визначити фактори ризику прееклампсії.
5. Визначити ступінь тяжкості прееклампсії.
6. Скласти план динамічного спостереження вагітних із групи ризику прееклампсії.
7. Визначити показання до госпіталізації вагітних з прееклампсією.
8. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при пізніх гестозах.

Тестові завдання

1. На черговому огляді у терапевта жіночої консультації у вагітної К. в 30 тижнів вагітності, виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. АТ 170/100 мм рт.ст., генералізовані набряки. В аналізі сечі тиждень тому визначався білок в сечі 3 г/л, гіалінові циліндри.

Який найбільш ймовірний діагноз?

А. Еклампсія.

В. Епілепсія.

С. Гіпертензія вагітних.

Д. Прееклампсія.

2. На прийомі в жіночій консультації вагітна 37 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці сонячного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск 170/110 мм. рт. ст., набряки нижніх кінцівок.

Яку першу невідкладну допомогу слід надати у жіночій консультації?

А. Введення магнію сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару.

В. Введення анальгину 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського стаціонару.

С. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару.

Д. Ніяких лікувальних заходів не проводити.

3. Вагітна доставлена швидкою допомогою зі скаргами на сильний біль в ділянці шлунка, блювання, головний біль, мерехтіння мушок перед очима. Тиждень тому, у зв'язку з прееклампсією легкого ступеня, запропонована госпіталізація, але хвора відмовилась. Об'єктивно: шкіра бліда, набряки на гомілкях і ступнях, АТ - 160/90 - 160/100 мм рт.ст. Аналіз сечі: лейкоцити - 3-4 в п/з, циліндри гіалінові і зернисті - 4-5 в п/з, білок - 4 г/л, питома вага 1. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості.

В. Харчова інтоксикація.

С. Прееклампсія важкого ступеня.

Д. Гломерулонефрит.

Е. Гострий панкреатит.

4. У вагітної в терміні 37 тижнів вагітності спостерігаються генералізовані набряки, АТ - 170/120 мм рт.ст., протеїнурія 4 г/л. Гіпотрофія плода. Яка патологія зумовлює таку картину?

А. Прееклампсія середнього ступеня.

В. Гіпертонічна хвороба.

С. Прееклампсія легкого ступеня.

Д. Прееклампсія важкого ступеня.

Е. Еклампсія.

5. Вагітна 32 років доставлена каретою швидкої допомоги на ношах. Вагітність перша, строк 3-4 тижня. Захворіла кілька годин тому, скаржитися на біль в животі, слабкість, головний біль, нудоту, виснажливу печію, свербіння шкіри. При обстеженні підвищені АСТ, АЛТ.

Який попередній діагноз?

А. Дерматоз вагітних.

В. Гострий жировий гепатоз вагітних*

С. Прееклампсія.

Б. Хорея.

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . Вагітна 16 років поступила до відділення в термін 7-8 тижнів вагітності із скаргами на блювання протягом доби (до 10-12 разів). При об'єктивному обстеженні: шкіра суха, пульс 110/120 уд/хв, АТ 90/60 мм ст., з рота пахне ацетоном, жінка виснажена, язик сухий, тахіпноє (до 30 дихальних рухів на хвилину), зменшення відділення сечі, температура 37,6°.

Запитання: Ваш діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Надмірне блювання вагітних з порушенням обміну речовин. Відновлення водного балансу, лікування метаболічного ацидозу, визначення тактики протягом 5-7 діб. При відсутності ефекту лікування - переривання вагітності.

Задача 2. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст., протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода.

Запитання: Який діагноз, план обстеження та лікування?

Відповідь: Преeklampсія тяжкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

Задача 3. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв..

Запитання: Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності ?

Відповідь: Екklampсія. Провести розродження методом кесарського розтину.

Задача 4. Вагітна 23 років, строк вагітності 6-7 тижнів. Турбують нудота та блювота 4-7 разів на добу, виділення слини досягає 1,0 л за добу. Вага зменшилась на 3 кг.

Запитання: Який діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Помірне блювання вагітних із салівацією. Відновлення водного балансу, внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу, полоскання порожнини рота засобами, що мають в'язучі властивості.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ

В Україні існує різна термінологія стосовно даної патології. До цього часу застосовують термін - пізні гестози, який можна вважати застарілим. Сучасними термінами є - преeklampсія, гіпертензивні розлади при вагітності.

Преeklampсія є симптомокомплексом поліорганної та полісистемної недостатності, що виникає під час вагітності. Преeklampсія не є самостійним захворюванням, це клінічний прояв неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, що розвивається. Реалізується ця неспроможність через різноманітний ступінь виразності перфузійно-дифузійної недостатності в системі мати — плацента — плід.

Класифікація преeklampсії МКХ-10: O13-O15

- Легка преeklampсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії.
- Преeklampсія середньої тяжкості.
- Тяжка преeklampсія.
- Преeklampсія не уточнена.
- Екklampсія:
 - ✓ Екklampсія під час вагітності.
 - ✓ Екklampсія під час пологів.
 - ✓ Екklampсія в післяпологовому періоді.
 - ✓ Екklampсія не уточнена за терміном.

Етіопатогенез преeklampсії

Серед причин преeklampсії, особливо тяжких форм, провідне місце займає екстрагенітальній патології, аутоімунним порушенням; ендокринним захворюванням.

Важлива роль у походженні прееклампсії належить:

- 1) недостатності спіральних артеріол матки, яка спричиняє порушення плацентарного кровообігу;
- 2) дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.

Зміни в органах, характерні для прееклампсії:

1. В серцево-судинній системі: генералізований вазоспазм, підвищення периферичного опору судин, гіповолемія.
2. Гематологічні зміни: активація тромбоцитів, що супроводжується коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в'язкості крові, гемоконцентрація.
3. В нирках: протеїнурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, зниження екскреції сечової кислоти.
4. В печінці: перипортальні некрози, субкапсулярна гематома.
5. В ЦНС: набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

Існує важка клінічна форма гестозу - HELLP-синдром (**H**emolysis-мікроангіопатична гемолітична анемія, **E**levation of **L**iver enzymes - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові, **L**ow **P**latelet count - зниження рівня тромбоцитів). Патолофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм призводить до порушення кровотоку в печінці і розтягнення глисонової капсули (болі у верхній ділянці живота). Гепатоцелюлярний некроз обумовлює підвищення трансаміназ.

Тромбоцитопенія і гемоліз виникають внаслідок пошкодження ендотелію в змінених судинах. Якщо це порочне коло, що складається з пошкодження ендотелію та внутрішньосудинної активації системи зсідання, не переривається, то протягом декількох годин розвивається ДВЗ-синдром із смертельною кровотечею.

Фактори ризику розвитку прееклампсії

1. Екстрагенітальна патологія: захворювання нирок, печінки, гіпертонічна хвороба, хронічні захворювання легенів та бронхів, вади серця, цукровий діабет, ожиріння та інші прояви ендокринопатії.
2. Акушерсько-гінекологічні фактори ризику:

- наявність гіпертонічних розладів у спадковому анамнезі;
- наявність прееклампсії при попередній вагітності;
- вік вагітної (менше 19, більше 30 років);
- багатоводдя, багатопліддя;
- анемія вагітної;
- ізосенсибілізація за Рп-фактором та АВО-системою;

3. Соціально-побутові чинники:

- шкідливі звички;
- професійні шкідливості;
- незбалансоване харчування.

Знання чинників ризику розвинення прееклампсії та їх виявлення дозволить своєчасно формувати групи ризику щодо виникнення прееклампсії.

Клінічні прояви прееклампсії

Класична тріада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертонія), описана у 1913 році німецьким акушером Цангемейстром. В теперішній час вважається, що помірні набряки не є значущими проявами прееклампсії.

Головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та правому підребер'ї є додатковими клінічними проявами тяжких форм прееклампсії.

Діагностика прееклампсії

Діагноз прееклампсії є правомірним у термін більше 20 тижнів гестації за наявності АТ більше 140/90 мм рт. ст. або у разі підвищення діастолічного АТ на 15% від вихідного в I триместрі вагітності з наявністю протеїнурії (білок у добовій сечі більше 0,3 г/л) і генералізованих набряків (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць).

Діагноз "прееклампсія" встановлюють за наявності гіпертензії у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак.

На даний час розрізняють "чисті" і "поєднані" форми прееклампсії. Поєднаний гестоз розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань. Для поєднаних форм пізніх гестозів ставлять діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають фразу "на тлі" якоїсь екстрагенітальної патології.

Як критерій тяжкості гіпертензії у вагітних, показання до початку антигіпертензивного лікування та оцінки його ефективності використовують тільки значення діастолічного АТ. Для визначення останнього слід враховувати V тон Короткова (а не IV, як раніше).

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка прееклампсія	90-99	<0,3	—
Прееклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка прееклампсія	>110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї

Таблиця 3. Додаткові клініко-лабораторні критерії прееклампсії.

Ознаки	Легка прееклампсія	Прееклампсія середньої тяжкості	Тяжка прееклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5-8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75-120	> 120 або олігурія
Тромбоцити 10^9 /л	> 150	80-150	< 80

З метою моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку прееклампсії необхідно проводити скринінгові тести (контроль маси тіла, контроль АД, дослідження кількості тромбоцитів, дослідження сечі на вміст білка, бактеріоскопічне дослідження сечі) 1 раз на 3 тижні в першій половині вагітності і 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня вагітності.

Показання до негайної госпіталізації

- діастолічний АТ > 110 мм рт. ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл./год.);
- тромбоцитопенія (< $100 \cdot 10^9$ /л).

Лікування прееклампсії

Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії.

Легка преєклампсія

У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої преєклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах жіночої консультації. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку преєклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

Проводять *лабораторне обстеження*: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості). Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації': поява хоча б однієї ознаки преєклампсії середньої тяжкості; порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої преєклампсії тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть згідно акушерської ситуації.

Преєклампсія середньої тяжкості

Планова госпіталізація вагітної до стаціонару 2 рівня акредитації.

Первинне *лабораторне обстеження*: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, група крові та резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

Охоронний режим - напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

Раціональне харчування: їжа з підвищеним вмістом білків, **без обмеження солі та води**, вживання продуктів, які не викликають спраги.

Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності препарати заліза. При діастолічному АТ > 100 мм рт.ст. призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу, максимальна доза - 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза -100 мг).

В термін вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для *профілактики респіраторного дистрес-синдрому* (РДС) - дексаметазон по 6 мг через 12 годин, чотири рази впродовж 2 діб.

Дослідження проводять із встановленою кратністю **динамічного спостереження показників**:

- контроль АТ - кожні 6 годин першої доби, надалі - двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі - щодоби;
- добова протеїнурія - щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АЛТ і АСТ, креатинін, сечовина - кожні три дні;
- щоденний моніторинг стану плода

При прогресуванні преєклампсії розпочинають підготовку до розродження:

Розродження.

Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів та станом плода. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландінами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Перехід до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої преєклампсії здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:

- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;

- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100 10⁹/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АлТ та АсТ.

Тяжка преєклампсія

Вагітну госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.

Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ - центральну вену, для контролю погодинного діурезу - сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.

Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлТ та АсТ; група крові та резус-фактор (за відсутності); загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін та його фракції, електроліти.

Ретельне динамічне спостереження:

- контроль АТ - щогодини;
- аналіз сечі - кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фалей);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми - щодоби;
- моніторинг стану плода

Лікування. Охоронний режим (суворий ліжковий). В термін вагітності до 34 тижнів - кортикостероїди для профілактики РДС- дексаметазон по 6 мг через 12 годин, чотири рази, впродовж 2 діб.

Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу незалежно від строку вагітності.

Антигіпертензивна терапія.

Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90-160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку. Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода. Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску > 100 мм рт.ст. Доведено, що медикаментозну антигіпертензивну терапію не слід розпочинати, якщо АТ<150/100 мм рт.ст. Постійна антигіпертензивна терапія здатна зменшити частоту прогресування гіпертензії (розвитку тяжкої гіпертензії) та підвищення тяжкості преєклампсії, що розвинулася, але не може запобігти преєклампсії. Постійна антигіпертензивна терапія не поліпшує наслідки вагітності для плода і, навіть, призводить до збільшення частоти народження дітей з низькою масою тіла та з малою масою для гестаційного віку. У цілому, зниження АТ завдяки медикаментозній терапії може покращувати наслідки вагітності для матері, але не для плода. З антигіпертензивних засобів під час вагітності застосовують: метилдофу 1,0-3,0 г на добу (препарат вибору), ніфедипін 5-10 мг під язик, лабеталол внутрішньовенно 10 мг, адреноблокатори, клонідин 0,5-1 мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово або 0,15-0,2 мг під язик 4-6 разів на день, гідралазин 20 мг (1 мл)

внутрішньовенно. За умови можливості дослідження типу гемодинаміки антигіпертензивну терапію проводять з його урахуванням. У разі гіперкінетичного типу доцільно застосовувати комбінацію лабеталолу з ніфедипіном, при гіпокінетичному - клонідин + ніфедипін на фоні відновлення ОЦК, при еукінетичному - метилдофа + ніфедипін.

Слід уникати застосування сечогінних, особливо у випадках прееклампсії (крім набряку легенів або ниркової недостатності). Категорично протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту та блокатори рецепторів ангіотензину II.

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують сульфат магнію, що є препаратом вибору для профілактики та лікування судом, які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої прееклампсії.

Абсолютно доведено, що сульфат магнію попереджає розвиток еклампсії і є препаратом вибору для її лікування. Усі жінки з еклампсією повинні отримувати сульфат магнію під час пологів та упродовж 24 годин після пологів. Магnezіальна терапія - це болусне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію (в/в протягом 5 хвилин) з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої. Магnezіальну терапію починають з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ > 130 мм рт.ст. Мета магnezіальної терапії - підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.

Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4-6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію (зниження колінних рефлексів, ЧД < 14).

Ознаки магnezіальної інтоксикації можливі навіть на фоні терапевтичних концентрацій магнію у плазмі крові за умови комбінації з іншими препаратами, особливо з блокаторами кальцієвих каналів. З появою ознак токсичності сульфату магнію призначають 1 г глюконату кальцію (10 мл 10%-го розчину) в/в, який завжди повинен знаходитися біля ліжка хворої.

Моніторинг стану вагітної під час проведення антигіпертензивної та магnezіальної терапії включає вимірювання АТ кожні 20 хв.; підрахунок ЧСС; спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути не менше 14 за 1 хв.); визначення сатурації O₂ (не нижче 95%); кардіомоніторний контроль; ЕКГ; перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.; контроль погодинного діурезу (має бути не менше 50 мл/год.). Крім того, контролюють симптоми наростання тяжкості прееклампсії: головний біль, порушення зору (двоїння предметів, «мерехтіння мушок» в очах), біль у епігастрії; симптоми можливого набряку легенів (тяжкість в грудях, кашель з мокротинням чи без нього, задуха, підвищення ЦВТ, поява крепітації чи вологих хрипів при аускультатії легенів); зростання ЧСС та ознак гіпоксії; зниження рівня свідомості; стан плода (аускультатія серцебиття щогодини, фетальний моніторинг).

Інфузійна терапія. Умовою адекватної інфузійної терапії є суворий контроль об'єму введеної і випитої рідини та діурезу. Діурез має бути не менше 50 мл/год. Загальний об'єм рідини, що вводиться, має відповідати добовій фізіологічній потребі жінки (у середньому 30-35 мл/кг) з додаванням об'єму нефізіологічних витрат (крововтрата тощо). Швидкість введення рідини не повинна перевищувати 85 мл/год. або погодинний діурез + 30 мл/год. Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є ізотонічні сольові розчини (Рингера, ЇаС1 0,9%). У разі необхідності відновлення ОЦК оптимальними препаратами є 6% або 10% розчини гідроксиетилкрохмалю (стабізол, рефортан). Гідроксиетилкрохмалі або декстрини слід вводити разом з кристалоїдами у співвідношенні 2:1. До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати донорську свіжозаморожену плазму для ліквідації гіпопротеїнемії (показники білка плазми < 55 г/л),

нормалізації співвідношення антикоагулянти/прокоагулянти, що є профілактикою кровотеч у пологах і післяпологовому періоді.

Не використовують гіпоосмолярні розчини - 5% і 10% глюкозу, а також їх суміші з електролітами ("поляризуючі суміші"), оскільки вони часто викликають гіпоглікемію у плода, посилюють накопичення лактату в мозку матері, погіршуючи неврологічний прогноз у разі еклампсії. До введення розчинів глюкози у хворої на тяжку прееклампсію вдаються лише за абсолютними показаннями - гіпоглікемія, гіпернатріємія та гіпертонічна дегідратація, іноді - у хворих на цукровий діабет для профілактики гіпоглікемії.

Тактика розродження.

Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації. Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням (епідуральна анестезія або інгаляція закисом азоту).

За умови готових пологових шляхів проводять амніотомію з наступним призначенням родозбудження окситоцином.

За умови неготової шийки матки та відсутності ефекту від підготовки простагландинами, або у разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину.

Показанням до планового кесаревого розтину у разі тяжкої прееклампсії є прогресування прееклампсії або погіршення стану плода у вагітної з незрілими пологовими шляхами.

При погіршенні стану вагітної або плода у другому періоді пологів накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода на фоні адекватного знеболення.

У третьому періоді пологів - утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно краплинно). Метилергометин не застосовують!

Після пологів лікування прееклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів.

Еклампсія

Про високий ризик розвитку еклампсії свідчать: сильний головний біль, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт.ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підбер'ї та/або епігастральній ділянці.

Пристипи судом приєднуються до існуючих симптомів прееклампсії або нефропатії. Перед початком їх спостерігаються посилення головного болю, погіршення зору, безсоння, занепокоєння, підвищення артеріального тиску і білка в сечі. Кожен приступ еклампсії триває 1-2 хвилини і складається з наступних послідовних періодів.

У перебігу еклампсії виділяють **4 періоди**:

- передсудомний період - триває 20-30 секунд. З'являються дрібні посмикування м'язів обличчя, повіки закриваються, видно тільки білки очей, кути рота опускаються;
- період тонічних судом - тривалість - 20-30 секунд, найбільш небезпечні для матері та плоду. Відбуваються тетанічні скорочення м'язів всього тіла, тулуб напружується, дихання припиняється, жінка стає синюшного кольору;
- період клонічних судом - триває 20-30 секунд. Виникають бурхливі судомні посмикування м'язів обличчя, тулуба та кінцівок, які поступово слабшають, з'являється хрипле дихання, з рота виділяється піна, пофарбована кров'ю через прикушування язика;
- період дозволу припадку - тривалість його різна, іноді триває годинами. Хвора перебуває в коматозний стан, свідомість повертається повільно, те що

трапилося, вона не пам'ятає. Напади часто супроводжуються підвищенням температури, уповільненням пульсу, подальшим підйомом артеріального тиску. Іноді ще в комі знову починаються судоми. Буває і безсудомна форма (рідкісна), при якій хвора відразу впадає в коматозний стан, і прогноз при цьому неблагоприємний. Через глибокі порушення важливих життєвих функцій, в тому числі центральної нервової системи, різко підвищується збудливість організму, тому всі подразники (біль, шум, яскраве світло та ін) можуть спровокувати новий напад. Викликані порушеннями мозкового кровообігу набряк, крововиливи в мозок та його оболонки є головними причинами смертельного результату. Без відповідної допомоги під час нападу можуть виникнути пошкодження: прикушування язика, забиття, переломи.

Головні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

- попередження повторних судомних нападів;
- усунення гіпоксії і ацидозу (дихального та метаболічного);
- профілактика аспіраційного синдрому;
- невідкладне розродження.

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії. Лікування у разі нападу судом починається на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції. Штучна вентиляція легенів (ШВЛ) не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) - обов'язкова умова проведення інших заходів.

При повному відновленні свідомості; відсутності судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів; стабілізації гемодинаміки; стабільності стану системи гемостазу; відновленні кисневої ємності крові (гемоглобін не менше 80 г/л) слід планувати припинення ШВЛ, яка повинна супроводжуватися повною відміною седативної терапії.

Вказаних вище критеріїв і, в першу чергу, нормалізації гемодинаміки, необхідно досягти протягом першої доби.

У разі крововиливу у мозок і коматозного стану вагітної питання про припинення ШВЛ обговорюється не раніше, ніж за дві доби. Інтенсивну терапію продовжують у повному обсязі.

Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію - болус 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1-2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Катетеризують сечовий міхур. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну. Здійснюють обстеження невропатологом та окулістом. Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін, час

згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія.

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії, або організовують індивідуальний пост.

Розродження здійснюється терміново. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи, виконують операцію кесарів розтин. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки. Після пологів лікування продовжують відповідно до стану породіллі. Магnezіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

Спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію/еклампсію після виписування з пологового стаціонару. В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

- патронаж на дому,
- консультація профільних спеціалістів (за необхідності),
- комплексне обстеження через 6 тижнів після пологів.

Жінки, які потребують лікування гіпотензивними препаратами, після виписки з пологового стаціонару проходять огляд щотижня з обов'язковим лабораторним контролем рівня протеїнурії та концентрації креатиніну у плазмі крові.

У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної середнього ступеня або тяжкої прееклампсії чи еклампсії - 1 рік.

Об'єм і терміни обстеження:

- загальний аналіз сечі - через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів;
- загальний аналіз крові - через 1 і 3 місяці;
- офтальмоскопія - через 1, 3 і 12 місяців;
- ЕКГ - через 1 місяць, далі - за призначенням терапевта. Рекомендувати жінкам, що перенесли прееклампсію щоденний контроль АТ на

протязі року після пологів, так як у великих проспективних дослідженнях продемонстровано, що в жінок, які перенесли гестаційну гіпертензію або прееклампсію, існує підвищений ризик розвитку артеріальної гіпертензії у подальшому; смерті від інсульту; смерті від усіх серцево-судинних причин.

Тому такі породіллі мають перебувати під наглядом терапевта і регулярно проходити обстеження (визначення вмісту холестерину і глюкози щороку).

Велике значення для жінок, що перенесли еклампсію (а також для її чоловіка) представляє допомога психолога, оскільки тяжкі ускладнення вагітності часто приводять до посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 4

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ. ПОКАЗАННЯ ДО ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість дисп.нагляд у та критерії зняття з обліку
-------------------	-------------	---------------------	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	--

<p>Попередня гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня есенціальна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня кардіоваскулярна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня кардіоваскулярна та ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня вторинна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня неуточнена гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня гіпертензія з протейнурією, яка приєдналася.</p>	<p>O 10</p> <p>O 10.0</p> <p>O 10.1</p> <p>O 10.2</p> <p>O 10.3</p> <p>O 10.4</p> <p>O 10.9</p> <p>O 11</p>	<p>1. Вимірювання АТ</p> <p>2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності</p> <p>3. Огляд окуліста (при постановці на огляд, у 28 і 36 тиж.)</p> <p>4. ЕКГ (при постановці на огляд, у 28 - 30 тиж., після 36 тиж.)</p> <p>5. Коагулограма</p>	<p>Згідно Клінічного протоколу "Гіпертензивні розлади під час вагітності" (Наказ N 676 від 31.12.2004)</p>	<p>1. До 12 тиж. для вирішення питання про можливість виношування вагітності.</p> <p>2. Неконтрольована тяжка гіпертензія</p> <p>3. Приєднання преєклампсії.</p> <p>4. Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії</p> <p>3. Виникнення акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Попередження еклампсії</p> <p>2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>
--	---	--	--	--	---	--

<p>Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк та протеїнурія без гіпертензії.</p> <p>Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк.</p>	<p>О 12</p> <p>О 12.0</p>	<p>1. Вимірювання АТ, контроль прибавки маси тіла</p> <p>2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності</p> <p>3. Огляд окуліста</p> <p>4. Аналіз крові, тромбоцити, гематокрит.</p> <p>5. Коагулограма.</p>	<p>Дієтотерапія.</p>	<p>1. Приєднання преєклампсії.</p> <p>2. Виникнення акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.</p> <p>2. Народження живої дитини</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Гестаційна (зумовлена вагітністю) протеїнурія.</p> <p>Гестаційні (зумовлені вагітністю) набряк та протеїнурія.</p> <p>Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія без значної протеїнурії</p>	<p>О 12.1</p> <p>О 12.2</p> <p>О 13</p>	<p>1. Вимірювання АТ, контроль прибавки маси тіла</p> <p>2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності</p> <p>3. Огляд окуліста</p> <p>4. Аналіз крові, тромбоцити, гематокрит.</p> <p>5. Коагулограма.</p>	<p>Згідно Клінічного протоколу "Гіпертензивні розлади під час вагітності" (Наказ N 676 від 31.12.2004)</p>	<p>1. Приєднання преєклампсії.</p> <p>2. Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії</p> <p>3. Виникнення акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.</p> <p>2. Народження живої дитини</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія зі значною протеїнурією.</p> <p>Преєклампсія середньої тяжкості.</p>	<p>О 14</p> <p>О 14.0</p>	<p>Вимірювання АТ</p>	<p>Ургентне скерування в акушерський стаціонар.</p>	<p>Наявність зазначеної патології.</p>	<p>1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.</p> <p>2. Народження живої дитини</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Тяжка преєклампсія.</p> <p>Преєклампсія неуточнена.</p> <p>Еклампсія.</p> <p>Еклампсія під час вагітності.</p> <p>Еклампсія під час пологів.</p> <p>Еклампсія в післяпологовому періоді.</p> <p>Еклампсія неуточнена щодо проміжку часу (еклампсія БДВ)</p> <p>Неуточнена материнська гіпертензія.</p>	<p>О 14.1</p> <p>О 14.9</p> <p>О 15</p> <p>О 15.1</p> <p>О 15.1</p> <p>О 15.2</p> <p>О 15.9</p> <p>О 16</p>	<p>Обстеження та лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>Невідкладна госпіталізація, лікування в умовах акушерського стаціонару</p>	<p>Наявність зазначеної патології.</p>	<p>1. Відсутність загрозливих для життя матері ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.</p>	<p>1. Закінчення післяпологового періоду</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>

Профілактика

Ефективними методами профілактики преєклампсії, які мають доведену ефективність, є використання антиагрегантної терапії та вживання кальцію.

Результати рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про те, що антиагрегантна терапія знижує ризик виникнення преєклампсії на 19%. [A] Крім того, у групі вагітних, які отримували антиагрегантну терапію спостерігалася достовірне зниження рівня неонатальної смертності на 16% та частоти народження дітей з малою масою тіла - на 8%. [A]

Таким чином, використання антиагрегантної терапії (низькі дози аспірину), має помірний ефект у попередженні преєклампсії та зниженні перинатальної смертності. Ця терапія може бути рекомендована жінкам з такими факторами ризику, як гіпертонічна хвороба та антифосфоліпінний синдром.

Більш виражений клінічний ефект у попередженні преєклампсії мають препарати кальцію. Вживання кальцію у дозі 1 г/добу, у порівнянні з плацебо, супроводжується достовірним зниженням ризику підвищеного артеріального тиску на 30%, преєклампсії - на 50%. [A] Найбільш ефект спостерігається у жінок, групи високого ризику, а також у жінок з низьким вживанням кальцію. У цих групах ризик преєклампсії знижується відповідно на 78% та 64%. [A] До того ж, у жінок, які вживали кальцій були достовірно знижені показники материнської смертності та тяжкої захворюваності (в середньому на 20%).

IX. Основна література для опрацювання

1. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
2. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
3. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.
4. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
5. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.
6. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
7. Венцківськмі Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. «Гестози вагітних»: навчальний посібник. К.: Аконт, 2002.
8. Э.К.Айламазян и соавт. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. СПб.6 ООО «Издательство Н-Л», 2002.
9. Запорожан В.М. и соавторы Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери к ребёнку / Учебное пособие, Киев 2002.
10. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
11. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.
12. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
13. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.