

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
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
практичного заняття для лікарів-курсантів циклу тематичного
удосконалення
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Захворювання щитоподібної залози у вагітних. Тиреотоксичний криз. Невідкладна допомога. (Код курсу 4.6)
Курс	Тематичне удосконалення.
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

- Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
- Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями щитоподібної залози.
- Перебіг та ведення вагітності у жінок із дифузним токсичним зобом.
- Перебіг та ведення вагітності у жінок із гіпотиреозом.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотного-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань ендокринної системи.

III. Об'єм нової інформації

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Яка патологія ендокринної системи зустрічається найчастіше?
4. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи?
5. Як впливають захворюваннями щитоподібної залози на вагітність?
6. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із дифузним токсичним зобом?
7. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок з гіпотиреозом?

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів 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. Пологова зала.
5. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.
6. Кабінет УЗД.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
5. Кардіотокограф.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна й	опан. +	овол. +
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику або наявності патології ендокринної системи під час вагітності.		+	
2.	Оцінити результати КТГ при захворюваннях ендокринної системи під час вагітності.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану плода.		+	
4.	Визначити тактику ведення вагітності при захворюваннях ендокринної системи.		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при захворюваннях ендокринної системи.		+	
6.	Визначити методи профілактики та своєчасної діагностики захворювань ендокринної системи.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

- 1 Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
- 2 Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
- 3 Яка патологія ендокринної системи зустрічається найчастіше
- 4 Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи?
- 5 Як впливають захворюваннями щитоподібної залози на вагітність?
- 6 Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із дифузним токсичним зобом?
- 7 Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок з гіпотиреозом?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
4. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

Тестові завдання

1

Вагітна 26 років страждає на гіпотиреоз протягом 24 років. Отримує лікування тиреоїдом. Надійшла під спостереження жіночої консультації в терміні 8 тижнів вагітності.

Визначить тактику лікаря

- A*** Лікування тиреоїдом під контролем рівня гормонів щитоподібної залози
- B** Лікування в ендокринологічному відділенні
- C** Лікування в гінекологічному відділенні
- D** Сцинтиграфія щитовидної залози
- E** Переривання вагітності

2

В жіночу консультацію звернулася вагітна 18 років, термін вагітності 6 тижнів. Скарги на слабкість, тошноту, блювоту до 10 разів на добу. Яка тактика лікаря:

- A. Інфузійна терапія
- B. Повне амбулаторне криничне обстеження
- C. Ультразвукове обстеження

- D. Госпиталізувати для лікування гестоза
- E. Бімануальне обстеження

3

В жіночій консультації вагітна 12 тижнів скаржиться на блювання, яке виникає вранці і 5 разів на протязі доби, нудоту, зниження апетиту. Раніше була здорова. Визначте проблему первинного пріоритету:

- A. Отруєння
- B. Пізній гестоз вагітних
- C. Гіперсалівація
- D. Гіпосалівація
- E. Блювання вагітних

4

При щотижневому зважуванні вагітної жінки (термін вагітності 33 тижні) відмічено зростання маси тіла на 800 г. Зроблено жінці пробу Мак-Клюра-Олдріча. Папула розсмокталася через 20 хвилин. Про що це може свідчити?

- A. Захворювання нирок
- B. Наявність прихованих набряків
- C. Розвиток гіпертонічної хвороби
- D. Ожиріння
- E. Захворювання серцево-судинної системи

5

Вагітна у терміні 9-10 тижнів скаржиться на блювання до 15 разів на добу, значне слиновиділення. За 2 тижні вага тіла знизилася на 2 кг. АТ 100/60, пульс 110 уд. за хв. Шкіра суха, бліда. Вагітна психічно лабільна. Діурез знижений. Діагноз?

- A. Блювота вагітних легкої тяжкості
- B. Блювота вагітних середньої тяжкості.
- C. Надмірна блювота вагітної
- D. Хвороба Боткіна
- E. Харчова токсикоінфекція

Ситуаційні задачі :

1

Вагітна 26 років страждає на гіпотеріоз протягом 24 років. Отримує лікування тиреоїдіном. Надійшла під спостереження жіночої консультації в терміні 8 тижнів вагітності.

Визначить тактику лікаря

2

Першовагітна Л., 18 років, спостерігається в жіночій консультації з приводу вагітності терміном 32-33 тижні. За останній місяць маса тіла збільшилась на 2,9 кг. Набряків не виявлено. Про яку патологію свідчить така прибавка маси тіла?

3

Жінка, 19 років, при терміні вагітності 8-9 тижнів. 2 тижні тому з'явилась нудота та

блювання до 25 разів за добу. Жінка схудла на 10 кг, з'явилась різка слабкість. Стан тяжкий,

Рs- 120/хв., АТ 100/50 мм.рт ст., у сечі реакція на ацетон позитивна (++++).

Діагноз?

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

Перша планова госпіталізація проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ І ВАГІТНІСТЬ

ПАТОЛОГІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

У період гестації найчастіше зустрічаються: дифузійний токсичний зоб (гіпертрофія, гіперплазія і гіперфункція щитоподібної залози), гипотиреоз, ендемічний зоб, вузлуватий нетоксичний зоб, тиреоїдити різного генезу. Ускладненнями вагітності при патології щитоподібної залози у жінок є невиношування (25-50%), преєклампсія, мертвонародження, аномалії розвитку плода.

Дифузний токсичний зоб (ДТЗ)

Клініка. Скарги на стомлюваність, нервозність, пітливість, екзофтальм. В 1-й половині вагітності відзначається тахікардія, зниження артеріального тиску, високий пульсовий тиск, субфебрилітет, ЕКГ ознаки тиреотоксичної дистрофії міокарду, часто приєднується нудота, блювання вагітних. В 2-й половині вагітності стан хворих покращується за рахунок збільшення гормонзв'язуючих білків крові. У середньотяжких і тяжких випадках тиреотоксикозу з 28-30 тижнів вагітності з'являється серцево-судинна недостатність, тахікардія до 120-140 уд/хв, миготлива аритмія, можливий розвиток серцевої недостатності..

Діагностика гіперфункції щитоподібної залози у вагітних: збільшення щитоподібної залози, частий пульс під час сну, тахікардія, що перевищує функціонально припустиму у вагітних, екзофтальм, аномальне зниження маси тіла, значне підвищення рівня тироксину в плазмі крові.

Лікування гіпертиреозу у вагітних здійснюється згідно рекомендаціям ендокринолога в залежності від ступеня тяжкості. Застосовують дейодтирозин, мерказолил, вітамініотерапію, при відсутності ефекту від консервативного лікування - хірургічне лікування.

Ведення вагітності і пологів

- госпіталізація до 12 тижнів для рішення питання про збереження вагітності;
- обстеження включає визначення частоти пульсу, АТ, ЕКГ, дослідження рівня ТТГ у крові кожні 5 тижнів, консультації фахівців (терапевта та ендокринолога);
- проведення оздоровчих заходів;
- лікування за рекомендаціями ендокринолога;
- вичікувальна тактика в родах з контролем діяльності серцево-судинної системи;
- швидкий плин пологів з можливим розвитком дистреса плода та родового травматизму;
- у післяпологовому періоді можлива гіпогалакції, загострення тиреотоксикозу, що може бути показанням до припинення лактації.

Гіпотиреоз

Клініка. Основні скарги на млявість, сонливість, зниження пам'яті, сухість шкіри, випадання волосся, ламкість нігтів, завзяті запори, мерзлякуватість, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначається блідість шкіри, набряклість, уповільнена мова, повільність рухів, хрипкий голос, ЧСС -52-60 уд за хвилину. *Ускладнення вагітності і пологів* у жінок з гіпофункцією щитоподібної залози: важка прееклампсія, еклампсія, тиреоїдна анемія, антенатальна загибель плода, аномалії розвитку плода, слабкість пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі, гіпогалактія

Діагностика. Визначення рівня ТТГ, тиреоїдних гормонів та антитиреоїдних антитіл (АТТГ) в крові. Характерним є зниження рівня ТТГ при низькому або нормальному рівні тиреоїдних гормонів, виявлення АТТГ в діагностичних титрах (в нормі не виявляються).

Лікування. При гіпофункції щитоподібної залози проводять замісну терапію препаратами левотироксину, який не проходить через плаценту і не впливає на плід. Дозу препарату обирає ендокринолог таким чином, щоб утримувати рівень ТТГ в межах норми. Рекомендована дієта, збагачена продуктами, які мають в своєму складі йод (морська капуста, морська риба).

Ведення вагітності і пологів.

- вагітність не протипоказана при легких формах гіпотиреозу та в умовах адекватної корекції функції щитоподібної залози;
- госпіталізація у 1-му триместрі вагітності для рішення питання про клінічний стан хворих;
- у пологах проводиться своєчасне виявлення та лікування слабкості пологової діяльності, профілактика атонічних кровотеч методом активного ведення 3 періоду пологів.

Тиреоїдний криз є життєво небезпечним ускладненням і характеризується гіперметаболічним станом, лихоманкою, змінами ментального статусу; він частіше трапляється у жінок з некорегованим захворюванням. Криз може розвиватися під час пологів або кесаревого розтину, нерідко у зв'язку з допологовою або післяпологовою інфекцією. Тиреоїдний криз може спостерігатися при гестаційній трофобластичній хворобі.

Лікування тиреоїдного кризу полягає у нормалізації температури тіла, гемодинаміки, проведенні регідратації, призначенні тіонамідів, пропілтіоурацилу, бета_блокаторів, стероїдів, препаратів йоду з метою блокади вивільнення тиреоїдних гормонів, а також лікуванні супутньої інфекції, анемії та гіпертензії.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. 0 164 с.
2. Медведь В.И., Авраменко Т.В. Сахарный диабет беременных // Doctor. – 2003. – № 5. – С. 47-49.
3. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2004. – 185 с.

4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.і
5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. — К., 2000.
6. Акушерство/Під редакцією Грищенко В.І. — Харків, 2000.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. –

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас.
кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.**

5.01.2017

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні
кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня
2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена
„_____” _____ 201__ р.**