

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 ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Важкі форми гестозів, HELLP – синдром (код курсу 7.1.2)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

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.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності при пізніх строках.
2. Оцінка стану плода.
3. Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної.
4. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдром.
5. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, жирового, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.

III. Об'єм нової інформації

1. Термінологія, класифікація пreeклампсії.
2. Етіологія, патогенез пreeклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
4. Клініка 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 HELLP-синдромі.
11. Методи профілактики HELLP-синдрому.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів 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. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Наказ МОЗ України від
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	оцінювати фактори ризику пре еклампсії, проводити діагностику пізніх гестозів та визначати ступінь тяжкості прееклампсії		+	
2.	Розробити оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику прееклампсії, включаючи HELLP-синдром		+	
3.	Призначити лікування вагітним з пізніми гестозами тяжкого ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.		+	
4.	Скласти план розродження вагітної з HELLP-синдромом		+	
5.	Провести профілактику розвитку HELLP-синдрому.		+	
6.	Провести медичну реабілітацію жінок, які перенесли HELLP-синдром		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пре еклампсія», HELLP-синдром?
2. Яка класифікація прееклампсії?
3. Як основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії, HELLP-синдрому?
4. Які фактори ризику щодо виникнення пре еклампсії, HELLP-синдрому?
5. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
6. Які методи діагностики HELLP-синдрому?
7. Які методи оцінки ступеня тяжкості пре еклампсії?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування HELLP-синдрому?
9. Яка тактика лікаря і методи лікування HELLP-синдрому в післяпологовому періоді?
10. Яка клініка і діагностика HELLP-синдром?
11. Яка акушерська тактика і лікування HELLP-синдрому?
12. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?
13. Які методи профілактики HELLP-синдрому?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику прееклампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості прееклампсії.
4. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику пре еклампсії, включаючи HELLP-синдром

5. Призначати лікування вагітним з пізніми гестозами тяжкого ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
6. Скласти план розродження вагітної з HELLP-синдромом.
7. Проводити профілактику розвитку HELLP-синдрому.
8. Проводити медичну реабілітацію жінок, які перенесли HELLP-синдром.

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?

- A. Еклампсія*
- B. Епілепсія
- C. Гіпертензія вагітних
- D. Преєклампсія.

3. 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?

- A. Введення магнію сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару*
- B. Введення анальгину 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського стаціонару
- C. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару
- D. Госпіталізація до акушерського стаціонару.

Ситуаційні задачі :

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

Який діагноз, план обстеження та лікування?

Преєклампсія тяжкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

2. 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..

Встановити діагноз . Яка тактика ведення вагітності ?

Еклампсія. Провести розродження методом кесарського розтину.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

На початку заняття необхідно звернути увагу курсантів на те, що повноцінне клінічне обстеження і ведення вагітних у жіночій консультації разом з іншими спеціалістами (терапевтом, окулістом, урологом, кардіологом) дає змогу діагностувати гестози на ранніх етапах.

Заздалегідь із курсантами слід розібрати патогенез гестозу, в основі якого лежать судинні розлади, які характеризуються порушенням гемодинаміки, мікроциркуляції, підвищеною судинною проникливістю, що ведуть до порушення артеріального тиску (його підвищення), та до різкого порушення периферійного кровообігу. Невідповідність об'єму судинного русла, об'єму крові веде до генералізованого спазму судин, щоб підтримати нормальний метаболізм в тканинах органів, але довготривалий спазм призводить до погіршення живлення клітин і їх функціонування, тобто, настає ішемія тканин і метаболічний ацидоз, який, у свою чергу, посилює спазм судин. Патологічні процеси чергуються по принципу займаного кола. В результаті таких циркуляторних порушень у різних судинних басейнах різко погіршуються функції печінки, нирок, головного мозку, залоз внутрішньої секреції, виникає глибоке порушення обміну речовин.

Про ступені важкості гестозу можна судити по порушенню функції нирок. В нирках розвивається спазм спочатку в привідних артеріолах, що веде за собою зниження ниркового кровообігу, зменшення клубочкової фільтрації, затримку натрію й рідини. Гіповолемія, діючи на рецептори, викликає реакцію кори головного мозку, задньої ділянки гіпофізу і наднирників, що веде до зміни екскреції антидіуретичного гормону, 17-оксикортикостероїдів та альдостерону, які сприяють додатковій затримці в організмі води та натрію, підвищенню артеріального тиску, збільшенню судинного спазму. В свою чергу гіпоксія коркової паренхіми супроводжується надлишковою продукцією реніну, що також сприяє прогресуванню судинного спазму й підвищенню артеріального тиску.

При еклампсії виникає **гостра ниркова недостатність** внаслідок гострого некрозу ниркових канальців.

Основні ознаки:

- олігурія (діурез 50-300 мл/добу), яку можна розцінювати як анурію з наступним розвитком уремії, сечовина, креатинін, затримка рідини, метаболічний ацидоз, гіпоосмолярний синдром;
- гіперкаліємія (K^+ - > 6-6,5 ммоль/л) токсичний вплив на міокард;
- відсутність сечі протягом 1-1,5 діб після корегуючої терапії свідчить про корковий некроз нирок;
- наявність в осаді сечі крові – про гломерулонефрит;
- лейкоцитів – про інтерстиціальний запальний процес у нирках.

Слід пам'ятати, що НН повинна компенсувати підсилення функції легенів, а структурні зміни в них не дозволяють значно збільшити дихальну функцію гіпоксія поглиблюється, зростає гіперкапнія, артеріальна й внутрішньочерепна гіпертензія, що провокує повторні напади еклампсії. Звідси впливає необхідність ШВЛ при еклампсії.

В залежності від стадії ГНН розрізняють:

1. Початкову.
2. Олігоануричну.
3. Поліуричну.

Призначається відповідне лікування. Так, принципами лікування олігозуричної стадії являються:

1. Виключення післяренальної перешкоди відтоку сечі.
2. Суворо враховувати водний баланс (кількість введеної рідини не повинна перевищувати 500-700 мл/добу).
3. Враховувати рівень гіперкаліємії по даних ЕКГ.
4. Профілактичне призначення антибіотиків зменшеними дозами, використання серцевих глікозидів, протисудомні препарати.

Показами для проведення діалізу при ГНН є: неможливість консервативними методами усунути азотемію, креатинінемію, гіперкаліємію (більше 6,5 ммоль/л), гіпергідратацію, вміст сечовини більше 25-33 ммоль/л; важкий метаболічний алкалоз.

Лікування ГНН у стадії поліурії (виділення сечі 2 л/добу при гіпо- або ізостенурії) заключається у відновленні втрати рідини, електролітів і білків, усуненні метаболічного ацидозу, запобіганні генералізації інфекції. Ускладненнями поліуричної стадії ГНН

являються втрата іонів натрію, калію, хлору, інфекційні захворювання, сепсис, тромбоемболічні ускладнення.

Екламптична і постекламптична кома є свідченням важкого гіпоксичного і метаболічного уражень мозку. Це можуть бути ішемічні і геморагічні інсульти, гострий набряк мозку (який не вдалося купувати), або дифузне судинне порушення гемісфери, стовбуру, або ретикулярної формації.

При цьому несприятливими прогностичними ознаками є:

- гіпертермія (указує на наявність інфекції (ендоміометрит, перитоніт, пневмонія, сепсис), або на загибель кори головного мозку);
- розлади дихання (глибоке, “машинне”, парадоксальне, форсоване, реберне, атоксичне – нерегулярне по глибині й частоті) – свідчить про порушення стовбуру мозку.

Найбільш характерними ознаками ураження печінки являється порушення її білковостворюючої функції, яка одночасно з порушенням функції нирок та протеїнурією обумовлює гіпопротеїнемію. Порушується також дезінтоксикаційна, сечовиностворююча та інші функції печінки.

Ураження печінки при пізньому гестозі:

- Hellp – синдром;
- гострий жировий гепатоз;
- гостра печінково-ниркова недостатність;
- розрив капсули печінки.

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). Патофізіологічні 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. Уміст АСТ, АЛТ різко підвищений в 10-15 разів, що свідчить про некроз печінкової паренхіми. Ця форма ураження печінки розвивається при аутоімунній гемолітичній анемії (розпад еритроцитів). Синдром розвивається гостро. З'являється різка слабкість, задишка, серцебиття, болі в попереку, підвищення температури, жовтяниця, позитивні результати проби Кумбса й агрегатгемаглютинаційної проби.

Лікування – термінове переривання вагітності.

Гострий жировий гепатоз (ГЖГ) розвивається на фоні важкого пізнього гестозу, який протікає з розвитком печінково-ниркового синдрому. Патогенез його полягає в дифузному жировому переродженні гепатоцитів без реакцій запалення й некрозу. Розвивається ГЖГ в останньому триместрі вагітності. Основні клінічні прояви: анорексія, різка слабкість, нудота, печія, ознаки геморагічного діатезу (блювота “кавовою гущею”, підвищена кровоточивість ясен), олігурія. В більш пізній стадії з'являється сверблячка шкіри, жовтяниця. В аналізах – різко виражена гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія, зниження вмісту факторів зсідання крові, гіперлейкоцитоз, гіпербілірубінемія, гіпоглікемія, тромбоцитопенія, декомпенсований метаболічний ацидоз. Характерна діагностична ознака – нормальні значення АСТ, АЛТ – немає некрозу гепатоцитів.

Прогноз – летальність 70-90%.

Лікування – термінове пологорозрішення, інтенсивна дезінтоксикаційна терапія, введення білкових препаратів (плазма, альбумін), легалон, есенціале-форте, трентал, вітаміни.

Гостра печінково-ниркова недостатність (ГПНН) – є наслідком і термінальною стадією важкого гестозу. Розвивається після нападу еклампсії і є результатом важких імунних уражень печінки й нирок. У клініці переважають симптоми, характерні для коагулопатії, інтоксикації, кровотечі, прееклампсії. Тільки більш глибоке дослідження

функціонального стану печінки та нирок дозволяє виявити їх біохімічні та гістоморфологічні порушення.

Курсантам необхідно пам'ятати, що обстеження вагітних із гестозом повинно бути повним і всестороннім, з використанням сучасних лабораторних та інструментальних методів обстеження. У хворих гестозом із підозрою на гострий печінково-нирковий синдром необхідно визначати: добовий діурез, концентрацію залишкового азоту, сечовини в плазмі і креатиніну. При ГПНН порушується протромбіноутворююча функція печінки і розвивається геморагічний синдром.

Необхідно знати, що лікування хворих з ГПНН повинно бути комплексним, індивідуальним і направленим на корекцію порушень функцій органів і систем. Схема лікування повинна бути динамічною і строго регламентованою по часу на протязі кожної доби.

Для лікування і профілактики гострої ниркової недостатності використовують манітол у малих дозах (15%-100 мл). Крім того використовують діуретики (фуросемід і етакринову кислоту).

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
3. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
4. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
5. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
6. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.
7. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестоз: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2005. – 312 с.
8. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. – Полтава: Соломия, 2000. – 104с.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
10. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.

17.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

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.