

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 № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Ведення вагітності і пологів при захворюваннях ШКТ та печінки» (код курсу 1.2.4)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

I. Мета заняття

Донести до курсантів наступні знання:

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями печінки.
3. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями жовчного міхура.
4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів травлення.

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, кислотно-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. Особливості перебігу гострого і хронічного холециститу під час вагітності.
4. Особливості перебігу холестатичного гепатозу.
5. Особливості перебігу гострої жирової дистрофії печінки.
6. Особливості перебігу вірусного гепатиту.
7. Особливості перебігу вагітності при цирозі печінки.
8. Особливості перебігу вагітності при гострій печінковій недостатності.
9. Особливості перебігу вагітності при гастритах.
10. Особливості перебігу вагітності при виразковій хворобі.
11. Особливості перебігу вагітності при панкреатитах (гострому і хронічному).
12. Особливості перебігу вагітності при кишкових захворюваннях

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. Відділення анестезіології та реанімації.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та післяпологового періоду.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.		+	
2.	Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.		+	
3.	Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з захворюваннями ШКТ, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.		+	
4.	Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.		+	
5.	Діагностувати у вагітних захворювання ШКТ; Знати особливості їх перебігу під час вагітності		+	
6.	Вміти вести вагітність при захворюваннях ШКТ.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

- Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
 Самоконтроль лікаря-курсанта.
 Вирішення ситуаційних задач.
 Комп'ютерний контроль.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

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. Особливості перебігу гострого і хронічного холециститу під час вагітності.
4. Особливості перебігу холестатичного гепатозу.
5. Особливості перебігу гострої жирової дистрофії печінки.
6. Особливості перебігу вірусного гепатиту.
7. Особливості перебігу вагітності при цирозі печінки.
8. Особливості перебігу вагітності при гострій печінковій недостатності.
9. Особливості перебігу вагітності при гастритах.
10. Особливості перебігу вагітності при виразковій хворобі.
11. Особливості перебігу вагітності при панкреатитах (гострому і хронічному).
12. Особливості перебігу вагітності при кишкових захворюваннях

Завдання для самостійної роботи .

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з захворюваннями ШКТ, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Діагностувати у вагітних захворювання ШКТ;
6. Знати особливості їх перебігу під час вагітності;
7. Знати особливості перебігу вагітності і пологів при захворюваннях ШКТ;
8. Вміти вести вагітність при захворюваннях ШКТ.
9. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

Тестові завдання

1

Жінка 22 років звернулася в жіночу консультацію з приводу вагітності 11-12 тижнів. При обстеженні виявлено позитивну реакцію Васермана, дерматолог діагностував вторинний латентний сифіліс. Ваша тактика щодо ведення даної вагітності.

А *Штучне переривання вагітності після курсу протисифілітичної терапії.

В Штучне переривання вагітності до курсу протисифілітичної терапії..

С Термінове переривання вагітності.

Д Пролонгування вагітності після 1 курсу протисифілітичної терапії.

Е Протисифілітичне лікування тричі протягом вагітності.

2

У вагітної, яка працювала вихователькою дитячого садка, та за характером своєї професійної діяльності годувала та купала дітей, встановлено діагноз вторинного сифілісу з клінічними проявами

на слизовій оболонці порожнини роту та долонях. Яка Ваша тактика відносно дитячого колективу?

А * Серологічне обстеження (РМП та реакція Васермана)

В Превентивне лікування

С Профілактичне лікування

Д Пробне лікування

Е Клінічне спостереження на протязі 1 року

3

До сімейного лікаря дільничної лікарні звернулася вагітна зі строком вагітності 8 тижнів. Скаржиться на підвищення температури тіла до 37,3С, макульозну висипку червоного кольору на шкірі живота, передній поверхні стегон. З анамнезу встановлено, що вагітна була в контакті з хворим на краснуху. Який прогноз для народження здорової дитини у цієї вагітної?

- A * Несприятливий – необхідно перервати вагітність.
- B Сприятливий.
- C Сприятливий при введенні імуноглобуліну.
- D Сумнівний.
- E Сумнівний при високому титрі специфічних антитіл.

4

При проникненні вірусу СНІДу від інфікованої вагітної до плода не спрацьовує функція плаценти:

- A. Бар'єрна
- B. Транспортна
- C. Трофічна
- D. Метаболічна
- E. Ендокринна

5

У жінки з вагітністю в терміні 20 тижнів скарги на раптовий біль в епігастрії, що поступово змістився у праву здухвинну ділянку. При пальпації живота є симптоми подразнення очеревини. З приводу підозри на яке захворювання слід негайно госпіталізувати вагітну?

- A. Апендицит
- B. Холецистит
- C. Панкреатит
- D. Гостру кишкову непрохідність
- E. Екламсію

Ситуаційні задачі :

1

На 15 добу після пологів до гінеколога звернулася жінка зі скаргами на болі в правій молочній залозі, підвищення t тіла до 38⁰ С, слабкість. Об'єктивно: у верхньому квадранті правої молочної залози пальпується болючий інфільтрат 10 x 10 см, шкіра над ним гіперемійована, з соска – гнійні виділення. Діагноз?

2

Вагітна 24 років надійшла під нагляд жіночої консультації в 8 тижнів вагітності. Скаржиться на слабкість, швидку втомлюваність, пітливість, кашель, підвищення температури тіла до 37,5⁰С. З 14 років страждає на інсулінозалежний цукровий діабет. Консультована терапевтом та фтизіатром, встановлено діагноз туберкульозу легень. Якою повинна бути тактика лікаря?

3

Вагітність 5, термін 38 тижнів, пологи 3. **Допологове** відходження навколоплодових вод. Безводний проміжок 40 год. Пологова діяльність відсутня. Підйом температури до 39,0⁰С. В загальному аналізі крові лейкоцитоз, зсув формули в ліво. Розпочато антибактеріальну терапію. З початком введення довенно розчину окситоцину, відмічається гіпертонус матки. Скарги на головну біль, акроціаноз, блювоту. Відмічається падіння АТ 80/50 мм.рт.ст., тахікардія., тахіпное. Який діагноз?

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Шифр МКХ-10: K80-K81

Хронічний холецистит – це хронічне рецидивуюче поліетіологічне захворювання, пов'язане із запальними змінами у стінці жовчного міхура.

Основну роль у розвитку холециститу відіграють – інфекція, застій жовчі, подразнення слизової оболонки жовчного міхура.

Класифікація

1. Наявність каменів:

- хронічний безкам'яний холецистит;
- хронічний калькульозний холецистит;

2. Стадія процесу:

- загострення;
- неповної ремісії;
- ремісії;

3. Ступінь тяжкості:

- легкий;
- середній;
- тяжкий;

Діагностика

1. Суб'єктивні дані:

- больовий синдром (тупий, ниючий), біль в ділянці правого підребер'я, з іррадіацією в праву половину грудної клітки, в праву ключицю, шию справа, праве плече, лопатку, біль посилюється від жирної та смаженої їжі;

- диспептичний синдром (важкість у правому підребер'ї, надчеревній області, здуття живота, нудота, гіркота в роті, порушення випорожнення, іноді – зниження апетиту);

- явища інтоксикації (слабкість, головний біль, тіпанки, біль в суглобах, в ділянці серця, субфебрильна температура, прискорене серцебиття).

2. Об'єктивні дані:

- позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, правобічний френікус – симптом, Боаса та ін.);

- помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації.

3. Ультразвукове дослідження:

- потовщення стінок жовчного міхура;
- пластівчастий вміст міхура;
- наявність сонографічного симптому Мерфі (болючість при натисканні датчиком приладу на ділянку проекції жовчного міхура);
- наявність затінків від стінок жовчного міхура;
- наявність паравезикального ехонегативного ободка набряку;
- конкременти;
- обкладений язик, часто з відтисками зубів.

4. Дуоденальне зондування:

- каламутність жовчі в порції В;
- наявність слизу, великої кількості клітин циліндричного епітелію, лейкоцитів та їхніх скупчень;
- кристали холестерину;
- можлива наявність паразитів;
- патогенна флора за даними бактеріологічного посіву.

5. Диференційну діагностику проводять з наступними захворюваннями:

- інфекції сечових шляхів;
- сечокам'яна хвороба;
- захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки;
- захворювання підшлункової залози.

Медична допомога вагітним

1. Вирішення питання про можливість виношування вагітності:

1.1. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- механічна жовтяниця,
- часті напади печінкової коліки,
- гнійне запалення жовчного міхура.

Стан після холецистектомії не перешкоджає виношуванню вагітності.

2. Амбулаторне ведення - див. алгоритм.

2.1. Спостереження вагітної з хронічним холециститом в жіночій консультації проводять спільно з терапевтом

2.2. Обстеження (окрім загального для усіх вагітних):

- УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та селезінки;
- визначення концентрації в крові білірубину, АЛАТ, АсАТ, лужної фосфатази, амілази, холестерину;

- клінічний аналіз калу;

- дуоденальне зондування з клінічним та бактеріологічним дослідженням жовчі.

2.3 За умови відсутності загострення процесу профілактично призначають:

- лікувальну фізкультуру;

- раціональне харчування (стіл №5 в теплому вигляді, прийом їжі не менше 5 разів на добу);

- лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) – 1 раз на тиждень – 4-6 разів у II та III триместрах. В якості жовчогінних засобів застосовують 2 склянки відвару шипшини або мінеральної води, 1-2 столові ложки оливкової олії, 50-60 мл 25-33 % розчину сульфату магнію, 20 г сорбіту чи 20 г ксиліту, розчинених у 100 мл води.

Жовчогінні засоби:

1) препарати що містять жовчні кислоти (хологон, дехолін, аллохол, холензим, ліобіл);

2) препарати рослинного походження (фламін, холосас, холагол, хофитол, холагогум, гепабене);

3) гідрохолеретики мінеральні води “Ссентуки” №17 та 4, “Трускавецька”, “Смирновська”, “Славянська”, “Нафтуса” та інш.;

4) холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії - соняшникова, оливкова, обліпихова).

2.4 У разі загострення процесу призначають:

- звільнення від роботи;

- дієта - стіл №5;

- для ліквідації больового синдрому – М-холінолітики (платифілін, пірензепін), міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин);

- у разі супутній гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії – прокінетики (метоклопрамід), холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії - соняшникова, оливкова, обліпихова);

- фізіотерапевтичні методи (солюкс, аплікації озокериту, УВЧ на ділянку правого підребер'я) – при затуханні запалення;

- фітотерапія (настої м'яти, ромашки, кропиви, нагідок лікарських, цикорію, безсмертника, кукурудзяних рилець, шипшини);

- антибактеріальна або антипаразитарна терапія (в залежності від збудника) упродовж 1-2 тижнів у середніх терапевтичних дозах (ампіцилін/сульбактам, амоксицилін/клавуланова кислота, нітроксолін, еритроміцин).

Розродження проводить з врахуванням акушерської ситуації при доношеній вагітності.

Післяпологовий період:

- охоронний режим

- збалансоване харчування (дієта №5)

- хвора може бути виписана залежно від інволюції матки на 3-5 добу. При виписуванні оцінюють стан хворої. При неповній стабілізації стану – показаний перевід у терапевтичне відділення або у хірургічний стаціонар.

Після виписки із пологового будинку спостереження за жінками з хронічним холециститом:

- у хворих з безкам'яним холециститом проводять реабілітацію на терапевтичній ділянці, у санаторіях шлунково-кишкового профілю.

- у жінок з калькульозним холециститом вирішують питання про планове оперативне лікування.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ГОСТРИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ

Шифр МКХ-10 (B15-B19)

Гострий вірусний гепатит – це дифузне запалення печінки, вірусної етіології, яке супроводжується жовтяницею та причина якого не пов'язана з вагітністю.

Класифікація за МКХ-10

B15 гострий гепатит А

B15.0 Гепатит А з печінковою комою

B15.9 Гепатит А без печінкової коми

Гепатит А (гострий), (вірусний) БДВ

V16 гострий гепатит В
V16.0 Гострий гепатит В з дельта - агентом (коінфекція) і печінковою комою
V16.1 Гострий гепатит В з дельта - агентом (коінфекція) без печінкової коми

V16.2 Гострий гепатит В без дельта - агента із печінковою комою
V16.9 Гострий гепатит В без дельта - агента і без печінкової коми
Гепатит В (гострий), (вірусний) БДВ
V 17 інші гострі вірусні гепатити
V17.0 Гостра дельта (супер) - інфекція у носія гепатиту В
V17.1 Гострий гепатит С
V17.2 Гострий гепатит Е
V17.8 Інший уточнений гострий вірусний гепатит
Гепатит ні А ні В (гострий), (вірусний) ННК
V 19 Неуточнений вірусний гепатит
V 19.0 Неуточнений вірусний гепатит з комою
V 19.9 Неуточнений вірусний гепатит без коми
Вірусний гепатит БДВ

Клінічна класифікація вірусних гепатитів.

Виділяють вірусні гепатити:

А. За етіологією:

1. Вірусний гепатит А
2. Вірусний гепатит В
3. Вірусний гепатит С
4. Вірусний гепатит Е
5. Вірусний гепатит D
6. Вірусний гепатит G
7. Вірусний гепатит F

Б. За вираженістю клінічних проявів:

1. Безсимптомні форми:
 - інапарантна;
 - субклінічна.
2. Маніфестні форми:
 - безжовтянична;
 - жовтянична.

В. За циклічністю перебігу:

1. Циклічні.
2. Ациклічні.

Г. За ступенем тяжкості:

1. Легка.
2. Середньої тяжкості.
3. Тяжка.
4. Вкрай тяжка (фульмінантна).

Д. Ускладнення:

1. Гостра і підгостра дистрофія печінки (гостра печінкова енцефалопатія).
2. Функціональні та запальні захворювання жовчовивідних шляхів та жовчевого міхура.
3. Позапечінкові ураження (індукція імунокомплексних та аутоімунних захворювань).

Е. За наслідками:

1. Видужання.
2. Залишкові ознаки патології (постгепатитна гепатомегалія і гіпербілірубінемія, затяжна реконвалесценція – астеновегетативний синдром).
3. Хронічний гепатит.
4. Цироз печінки.
5. Первинний рак печінки (гепатоцелюлярна карцинома).

Діагностика гепатитів

Клінічні дані.

Наявність одного чи більше синдромів:

- інтоксикаційний синдром;
- астеновегетативний синдром;
- холестатичний синдром;
- мезанхімально-запальний синдром;

- цитолітичний синдром;
- інші.

Лабораторні показники.

1. Загальний аналіз крові – лейкопенія (можливо лейкоцитоз), лімфопенія, зниження ШОЕ, тромбоцитопенія.

2. Біохімічні показники крові – підвищення загального білірубину переважно за рахунок прямого, підвищення активності АлАТ, і у меншій мірі АсАТ, диспротеїнемія, підвищення тимолової проби (не змінюється при ГВГВ), зниження сулемової проби, альбуміно-глобулінового, альбуміно-гамаглобулінового коефіцієнтів, протромбінового індексу та фібриногену, поява продуктів розпадів.

3. Специфічне обстеження (виявлення у крові):

Методом ІФА:

- гепатит А- анти-НАV IgM – навіть однократне виявлення є абсолютним доказом захворювання (з'являються в крові за 4-5 днів до виявлення симптомів захворювання та зникають через 6-8 міс.);

- гепатит В – НВsAg (основний маркер інфікування НВ – вірусом, виявляється з 3-5 тижня захворювання і визначається 70-80 днів), НВeAg (маркер епідеміологічного ризику, активної реплікації вірусу та трансмісії від матері до плоду; ризик враження плода при цьому підвищується до 90%), НВсAg (у крові не визначається, але можуть бути антитіла до нього – анти НВсIgM та НВсIgG, що свідчить про етіологію ГВГВ та про перспективу вірусоносійства), НВсoAg, НВxAg, анти-НВс IgM;

- гепатит С - анти- НCV IgM (діагностичне значення при хронічному гепатиті);

- гепатит D – НВsAg (маркер активної реплікації вірусу при гострому гепатиті), анти- HDV IgM (з'являються на 10-15 день захворювання і зберігаються 2,5-3 міс.);

- гепатит E- анти- HEV IgM.

Методом ПЛР (по можливості):

- гепатит А- РНК НАV;

- гепатит В –ДНК НВV;

- гепатит С- РНК НCV;

- гепатит D- РНК HDV;

- гепатит E- РНК HEV.

4. Уробілінурія.

Про несприятливий прогноз гепатиту свідчать:

- поява геморагічного і асцитично-набрякового синдромів;

- підвищення рівня загального білірубину більше як 200 мкмол /л за рахунок непрямого;

- зниження активності АлАТ до норми на фоні наростання інтоксикації та росту рівня білірубину;

- значне зниження рівня загального білка, альбуміно/глобуліновий коефіцієнт <1, альбуміно/гамаглобуліновий коефіцієнт <2,5;

- зниження протромбінового індексу $\leq 50\%$ і фібриногену.

ГВГВ представляє реальну загрозу для життя жінки, плода і новонародженого.

Етапи надання медичної допомоги:

1. Жіноча консультація:

- оцінка стану вагітної;

- встановлення попереднього діагнозу спільно з терапевтом та інфекціоністом- вирішення питання щодо необхідності та місця госпіталізації;

- гострий гепатит є протипоказом до переривання вагітності у будь-якому терміні;

- ризик переривання вагітності підвищується в два рази, в II-III триместрі ризик вищий, ніж в I-му .

2. Інфекційне відділення (до 36 тижнів вагітності чи до початку пологової діяльності).

3. Обсерваційне відділення пологового будинку.

4. Лікування та реабілітація породіль в амбулаторних умовах.

Принципи надання медичної допомоги.

1. Лікувально-охоронний режим з виключенням фізичного і психічного навантаження.

2. Дієта № 5 а, 5 в залежності від періоду хвороби, тяжкості її протікання. Необхідно забезпечити хворій не менше 2000 ккал на добу чи 8374 кДж на добу. Забезпечується така кількість калорій за рахунок білків (1,5 – 2 г/кг маси тіла на добу), жирів (0,8 – 1,8 г/кг маси тіла на добу), вуглеводів (4 – 5 г/кг маси тіла на добу). Половина отриманих з їжею білків має бути рослинного походження.

3. При легкому та середньому ступеню тяжкості гепатиту лікування обмежується наданням лікувально-охоронного режиму та дієтою.

4. Специфічне протівірусне лікування вірусних гепатитів під час вагітності не проводиться.

5. Дезінтоксикаційна терапія з метою виведення шкідливих метаболітів із крові, корекції водно-електролітного та кислотно-лужного балансу. забезпечується призначенням ентеросорбентів, а також внутрішньовенного крапельного введення 5% розчину глюкози, 0,9% натрію хлориду та інших кристалоїдних розчинів з урахуванням клініко-лабораторних показників При тяжкій формі – амінокислотні

суміші 2 – 3 рази на тиждень по 500 мл інфузійно, повільно, протягом 12 – 24 годин, 7 – 10 вливань на курс, бажано на фоні введення глюкозо – інсуліно – калієвої суміші (В). Рибоксин по 0,2 г 4 рази в день при ГВГВ.

6. Ферментативна терапія призначається у разі дефіциту власних ензимів для зменшення навантаження на травну систему та покращення роботи кишківника. Застосовують поліферментні препарати, які призначають хворим тричі на день під час їжі.

7. У разі виникнення поліорганної недостатності проводиться інтенсивна терапія в умовах відділення інтенсивної терапії.

8. У період реконвалесценції призначають гепатопротектори.

9. При гострому вірусному гепатиті вітамінотерапія не показана.

10. Лікування загрози переривання вагітності та інших акушерських та перинатальних ускладнень.

11. Лабораторний контроль проводять у залежності від перебігу захворювання. При легкій і середньої тяжкості – один раз на 2 дні, при тяжкій формі - щодня проводиться повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін) та визначення: білку, цукру, сечовини, креатиніну, трансамінази, білірубину, електролітів, фібриногену та продуктів його розпаду, протромбіну і протромбінового часу. Щодня – аналіз сечі.

Принципи надання акушерської допомоги.

1. З початком пологової діяльності хвору госпіталізують до обсерваційного відділення.

2. Пологи ведуть через природні пологові шляхи:

- у гострій стадії захворювання пологи не загрожують роділлі ускладненнями, які пов'язані з гепатитом (С);

- пологи ведуть як передчасн.

- кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показаннями. Кесарів розтин не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до дитини.

- профілактика кровотечі у III періоді пологів.

- з метою профілактики інфекційних ускладнень не застосовуються препарати з переважно печінковим шляхом елімінації та з гепатотоксичною дією. Препаратами вибору є цефалоспорини II – III генерації та напівсинтетичні пеніциліни.

3. У післяпологовому періоді:

- лікувально – охоронний режим;

- дієтичне харчування;

- аналіз сечі – один раз у три дні;

- загальний аналіз крові;

- біохімія крові та коагулограма – за показаннями;

- спостереження інфекціоніста, терапевта.

4. У всіх новонароджених від інфікованих HCV матерів у сироватці крові визначається материнські анти – HCV, які проникають крізь плаценту. У неінфікованих дітей антитіла зникають у першій рік життя. Грудне вигодовування не впливає на ризик інфікування дитини. Новонароджений не є безпечним для інших новонароджених.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ

Хронічний гепатит (ХГ) – поліетіологічне дифузне ураження печінки запального характеру тривалістю понад 6 місяців з прогресуючим перебігом та розвитком фіброзу аж до цирозу.

2. Класифікація

2.1. За МКХ-10

К 73 Хронічний гепатит

К 73.0 Хронічний персистуючий гепатит

К 73.1 Хронічний лобулярний гепатит

К 73.2 Хронічний активний гепатит

Вовчаковий гепатит

К 73.8 Інший хронічний гепатит

К 73.9 Хронічний гепатит, неуточнений

2.2. Клінічна класифікація (Всесвітній конгрес гастроентерологів, 1994)

2.2.1. За етіологією та патогенезом:

- хронічний гепатит В (ХГВ);

- хронічний гепатит D (ХГD);

- хронічний гепатит С (ХГС);
- невизначений хронічний вірусний гепатит;
- аутоімунний гепатит;
- хронічний медикаментозний гепатит;
- токсичний гепатит;
- алкогольний гепатит;
- криптогенний гепатит;
- первинний біліарний цироз;
- первинний склерозуючий холангіт;
- захворювання печінки Вільсона-Коновалова;
- хвороба недостатності α -антитрипсину печінки.

2.2.2. За клініко-біохімічними та гістологічними критеріями

Ступінь активності (визначається тяжкістю запально-некротичного процесу):

- а) мінімальна (АлАТ підвищена не більш, ніж у 3 рази);
- б) помірна (АлАТ підвищена від 3 до 10 разів);
- в) виражена (АлАТ підвищена більш, ніж у 10 разів).

Стадія (визначається розповсюдженістю фіброзу та розвитком цирозу печінки):

- 0 – фіброзу немає;
- 1 – слабо виражений перипортальний фіброз;
- 2 – помірний фіброз з порто-портальними септами;
- 3 - виражений фіброз з порто-центральною септами;
- 4 - цироз печінки.

3. Діагностика

3.1. Анамнез (вірусний гепатит В або С, або D; професійні, хімічні шкідливі чинники; медикаментозні інтоксикації; зловживання алкоголем; підпечінковий холестаза; метаболічні порушення та ін.).

3.2. Клінічні дані:

3.2.1. *Гепатоліснальний синдром*: збільшення печінки та селезінки різного ступеню, ущільнення консистенції печінки, інколи болючість при пальпації.

3.2.2. *Диспептичний синдром*: знижений апетит, нудота, інколи блювання, відчуття важкості у епігастрії, відрижка, здуття живота, закрепи, непереносимість жирної їжі.

3.2.3. *Астеновегетативний синдром*: загальна слабкість, пригнічений настрій, дратівливість, безсоння, знижена працездатність, біль голови.

3.2.3. *Холестатичний синдром*: свербіння шкіри, ахолічний кал, темно-коричневе забарвлення сечі. Жовтяниця – частий, але не обов'язковий симптом. Інколи спостерігається біль, диспептичні явища.

3.2.4. *Геморагічний синдром*: крововиливи та синці на шкірі, підшкірній жировій клітковині, кровоточивість ясен, носові кровотечі, гематурія, кров'янисті виділення із піхви.

3.2.6. *Синдром портальної гіпертензії*: стійка диспепсія без патологічних змін шлунка, метеоризм, періодично пронос, зменшена маса тіла, варикозне розширення вен кардії з рецидивуючими кровотечами, спленомегалія.

3.3 Лабораторні показники:

3.3.1. *Маркери вірусних гепатитів*:

- **антигенні** – HBsAg, HbcAg;
- **серологічні** – анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc – IgM, анти-HCV, анти-HCV – IgM;
- **генетичні** – вірусна ДНК або РНК.

3.3.2. *Біохімічні показники*:

- тімолова проба > 4 ОД;
- АлАТ: при мінімальній активності підвищення не більше, ніж у 3 рази; при помірній – від 3 до 10 разів; при вираженій – більше, ніж у 10 разів);
- білірубін > 22 мкмоль/л;
- лейкоцитоз – $10 - 20 \cdot 10^9$ /л;
- лужна фосфатаза ≥ 5 ОД;
- протромбін < 80 %.

3.4. *Дані ультразвукового дослідження* – ознаки хронічного гепатиту: вогнищева або дифузна акустична неоднорідність тканини печінки, зміни форми, щільності та розподілу ехосигналів, ослаблення останніх у глибоких ділянках печінки (ознаки фіброзного заміщення паренхіми). Зміни судинної системи печінки, а також селезінки, порожнистої та верхньої брижової артерії.

4. Тактика ведення вагітності (див. алгоритм)

4.1. Встановлення діагнозу спільно з терапевтом (гастроентерологом).

- 4.2. Комплексне обстеження.
- 4.3. Вирішення питання щодо можливості виношування вагітності.
- 4.4. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):
- виражена активність запально-некротичного процесу;
 - виражений фіброз паренхіми печінки;
 - портальна гіпертензія;
 - синдром холестазу;
 - цитолітичний синдром.
- 4.5. Оцінка стану вагітної (амбулаторне спостереження або стаціонарне лікування).
- 4.6. Лабораторний контроль у залежності від тяжкості захворювання (один раз на тиждень проводиться біохімічний аналіз крові та повний аналіз крові).
- 4.7. При виникненні акушерських ускладнень (пreekлампсія, загроза переривання вагітності, гіпоксія плода та ін.) або при загостренні основного захворювання - стаціонарне лікування у відділенні екстрагенітальної патології.

5. Пологи

- 5.1. Розродження проводять у спеціалізованому відділенні екстрагенітальної патології.
- 5.2. Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять у разі наявності акушерських показань, портальної гіпертензії. Головною загрозою для життя вагітних є кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Тому при портальній гіпертензії оптимальним методом розродження є кесарів розтин у 38 тижнів вагітності.

6. Лікування

- 6.1. Дієта № 5:
Харчування повинно бути збалансованим, повноцінним, по можливості екологічно чистим з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів;

Якісний склад добового раціону:

- білки – 100 г;
- вуглеводи – 400 – 500 г;
- жири – 80 г.

Загальний калораж – 2800 – 3500 ккал/доб.

Виключаються жири тваринного походження, продукти багаті холестерином (тверді сири, субпродукти та ін.).

6.2. Медикаментозне лікування ХГ проводиться із застосуванням мінімуму препаратів (метаболізм більшості лікарських засобів здійснюється у печінці, тому при ХГ порушений). Виключаються інсоляції, вживання алкоголю, медикаментів, які можуть виявити гепатотоксичний ефект (нітрофурани, саліцилати та ін.).

У разі стійкої ремісії ХГ призначають седативні препарати (мікстура Павлова, настоянка пустирника, валеріани у звичайних дозах), аскорбінову кислоту (0,1-0,2 г три рази на добу), рутин (0,05 г три рази на добу).

При загостренні процесу – стаціонарне лікування, режим ліжковий. Інфузійна терапія (реополіглюкін - 400 мл в/в, 10 % альбумін – 200 мл; глюкозо-калієво-інсулінова суміш (В): 5 % розчин глюкози – 300-400 мл., 3 % розчин калію хлориду – 50-70 мл, інсулін – 6-8 ОД), есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти (кверцетин, вітамін Е), секвестранти жовчних кислот (холестирамін, х'юарова смола тощо), ентеросорбція. Кортикостероїди показані лише при аутоімунному гепатиті: преднізолон 30-40 мг/доб., поступово знижуючи дозу по мірі поліпшення стану хворої.

7. У післяпологовому періоді: дієта № 5, аналіз сечі – один раз на 3 дні, біохімія крові (білок, трансамінази, тімолова проба, лужна фосфатаза, протромбін), спостереження терапевта.

Холестатичний гепатоз вагітних

Етіологія повністю не з'ясована. Деякі автори вважають, що він розвивається внаслідок імунконфлікту між організмом матері і плода. Інші – внаслідок розширення жовчних капілярів, зміщення печінки, зниження тонууса жовчовидільної системи, згущення жовчі, збільшення продукції холестерину, зменшення жовчовидільної функції холангіол.

Ця патологія частіше виникає в III триместрі вагітності і повністю проходить після пологів.

Клінічна картина: загальний стан хворої майже не змінюється. Рідко спостерігається втрата апетиту, нудота, блювота, пронос і біль в животі. Печінка не збільшена. Ведучим симптомом є сверблячка шкіри. Потім з'являється жовтяниця (слабко виражена).

В аналізі крові: помірний лейкоцитоз і нейтрофілоз, помірне збільшення ШОЕ (більше ніж при вагітності), зниження тромбоцитів в крові. Подібний стан розвивається при всіх вагітностях. Відмічають помірну гіпербілірубінемію (до 90 ммоль/л), значне збільшення лужної фосфатази (в III триместрі вона збільшується в 3 рази у всіх вагітних), помірна гіперхолестеринемія. В сечі: постійно або періодично

уробіліноген і білірубін.

В печінці знаходять розширення жовчних протоків.

Лікування: стіл № 5. Для зменшення сверблячки призначають анаболічний стероїд неробол – по 5-10 мг на добу, 5-6 днів. Якщо сверблячка поновлюється, то призначають його знову. Призначають холестірамін – до 12-16 г на добу, фенобарбітал (люмінал, валокордин, корвалол).

Ця патологія не впливає на стан матері і плода. Але можуть бути передчасні пологи, кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періоді, може підвищуватись перинатальна смертність. Іноді проводять дострокове пологорозрішення.

Гострий жировий гепатоз вагітних

Це важка патологія печінки, пов'язана з вагітністю. Розвивається на початку третього триместру вагітності.

Етіологія не з'ясована. Вважають, що ГЖГВ розвивається внаслідок медикаментозної інтоксикації (тетрациклін, левоміцетин) і білкового голоду. Не виключена вірусна природа захворювання. Можливо, виникає при імуноконфлікті.

При цьому в центральних долях печінки розвивається жирова дистрофія гепатоцитів при відсутності некрозу.

Клініка характеризується гострим початком. Захворювання швидко прогресує. Основні симптоми: сильний головний біль, відсутність апетиту, печія, біль в животі, зростаюча непереривна блювота (блювотні маси спочатку забарвлені жовцю, потім мають вигляд кофейної гущі з вмістом блакитної крові). Хворі дуже збуджені. Пульс – 120-140 уд/хв.

Безжовтянична фаза змінюється прогресивним наростанням жовтяниці. Розвивається олігурія. Свідомість хворої зберігається довго. Розвивається важкий синдром ДВЗ зі значними кровотечами з матки, інших органів. Часто розвиваються виразки слизової оболонки травного тракту, шлунку, кишківника. Виникають значні крововиливи в мозок, підшлункову залозу. Розвивається метаболічний ацидоз, важка печінкова недостатність, хвора швидко гине.

Лабораторні дослідження виявляють зростаючий нейтрофільний лейкоцитоз ($30,0 \times 10^9/\text{л}$ і більше), підвищену ШОЕ, гіпербілірубінемію, помірне підвищення ЛФ і амінотрансфераз, гіпоглікемію, гіпопротеїнемію, зниження рівня протромбіну.

Лікування: при будь-якій стадії захворювання показане термінове переривання вагітності. Переривання вагітності краще проводити через природні пологові шляхи. Якщо це не можливо, то роблять кесарський розтин, хоча це дуже небезпечно.

Комплексна терапія включає введення розчинів глюкози, гемодезу, реополіглюкіну, реомакродекса, альбуміну, поліаміну, переливання теплої донорської крові, плазми. Вводять вітаміни, інгібітори протеаз.

Материнська летальність – 80-90%. При діагностиці в першій стадії захворювання і своєчасному перериванні вагітності летальність значно знижується.

Цироз печінки

Це хронічне дифузне враження печінки, яке морфологічно характеризується порушенням цитоархітектоніки печінкових часточок. З формуванням псевдочасточок. Це кінцева стадія багатьох запальних і некротичних патологічних процесів паренхіми і жовчовивідної системи печінки.

При цьому розвивається функціональна недостатність печінки і портальна гіпертензія.

Клініка. Загальна слабкість, наростання жовтяниці, підвищення температури, збільшення печінки, селезінки, клінічні ознаки, перигепатиту, перикардиту, рідко плевриту, збільшення лімфатичних вузлів, портальна гіпертензія, геморагічний синдром. В аналізах: підвищення АТ, γ -глобуліну, зниження сулемової проби, підвищення тімолової проби, рівня білірубину, прискорення ШОЕ. Зробити УЗД, комп'ютерну томографію печінки.

Вагітність при цирозі печінки протипоказана. При компенсованій стадії вагітність переривають через 12 тижнів. Якщо жінка звертається після 29 тижнів, то її обстежують, лікують. Можливе виношування до 36 тижнів, а потім пологорозрішення через природні шляхи. Кесарський розтин тільки по акушерським показам.

Гостра печінкова недостатність

Виникає при важких формах ВГ внаслідок поглиблення патологічних процесів, що приводить до гострого масивного некрозу паренхіми печінки, що зумовлює печінкову недостатність.

Види печінкової недостатності:

1. Печінковоклітинна – виникає на фоні значного некрозу.
2. Портокавальна – виникає при наявності портокавальних анастомозів.
3. Змішана.

В клінічній картині переважають зміни з боку ЦНС: свідомість відсутня, значні рухомі порушення, патологічні рефлекси. Біль в підребір'ї. Прогресивно зменшуються розміри печінки, значна жовтяниця. Геморагічний синдром, кровотечі з носа, матки, шлунку.

Лікування – в спеціалізованому стаціонарі (детоксикація, глюкокортикоїди, інгібітори протеаз, вітаміни). Вводять 5% розчин глюкози до 3 л/добу з кокарбоксілазою по 300 мг, вітаміном В12 500 мкг, ліпоєвою кислотою – 180 мг (20-30 крапель/хв.). Преднізолон – 150 мг в/в, потім кожні 4 години по 90 мг. L – аргінін – 25 мг в/в, крапельно кожні 8 годин або 10% розчину глютамінової кислоти по 100-150 мл кожні 8 годин, або орнітетіл – по 5-25 г/добу.

Під контролем КЛС вводять в/в 200-400 мл 4% розчину бікарбонату натрію, 200-400 мл 5-10% розчину альбуміну на добу, сорбіт і 15% маніт до 800 мл. Есенціале по 10 мл 3 рази на добу в/в, цитохром – до 100 мг/добу, лазікс – по 40-60 мг в/в під контролем діурезу. ГОМК по 50-120 мг/кг, гепарин, контрикал (під контролем коагулограми). Призначають антибіотики широкого спектру дії. При кровотечах – гемостаз, введення плазми, крові по 100-200 мл 2-3 рази на добу. Можлива гемосорбція, плазмафорез. Вагітність перервати.

Гострий гастрит

Це гостре запалення слизової оболонки шлунку. Симптоми: нудота, блювота, біль в епігастральній ділянці, відвернення до харчів, іноді підвищення температури і розлади стільця. Язик обкладений, болючість при пальпації в епігастрії.

Лікування: спазмолітики, протизапальні засоби. Гострий гастрит негативно на перебіг вагітності не впливає.

Хронічний гастрит

Це хронічне запалення слизової оболонки шлунку з порушеннями його моторної, секреторної і частково інкреторної функції.

У хворих з хронічним анацидним і гепацидним гастритом переважають симптоми шлункової і кишкової дисплатії (нудота, блювота, відриг, метеоризм, порушення стільця). При гіперацидному гастриті переважають болі в животі. Діагноз ставлять за допомогою визначення секреторної функції шлунку, ендоскопії.

Хронічний гастрит під час вагітності загострюється рідко (частіше в 1 триместрі) і не впливає негативно на перебіг вагітності і пологів.

Виразкова хвороба

Це хронічне захворювання з циклічним перебігом і утворенням виразок шлунку або 12-персонної кишки.

Характерні скарги на болі в епігастрії, які носять періодичний, сезонний характер. Болі пов'язані з прийомом харчів, зменшуються після блювоти, прийому молока, лужних розчинів і дисплатичні порушення. Діагноз ставлять після вивчення секреторної функції шлунку, ендоскопії. В калі знаходять кров.

Під час вагітності частіше спостерігається ремісія захворювання. Загострення можуть бути в 1 триместрі і за 2-3 тижні до пологів.

Лікування: дієта № 2, харчі приймають 5-6 разів на день. Антицидні препарати (альмагель, фосфалогель, гавіскон, кальція карбонат), обволікуючі засоби (відвар ромашки), спазмолітики, седативні препарати (корінь валеріани, настій пустирника), вітаміни групи В.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Якщо виразкова кровотеча виникає в першому періоді пологів, то роблять кесарський розтин і оперативно лікують виразку. Якщо виразкова кровотеча виникає в другому періоді пологів, то накладають акушерські щипці, а потім оперативно лікують виразку.

Треба відмітити, що при вагітності у жінки, яка була раніше прооперована на шлунок, збільшується можливість виникнення постгастрорезекційних порушень. Вагітність у цих хворих ускладнюється розвитком гіпохромної залізодефіцитної анемії. У жінок, які перенесли резекцію шлунку, вагітність може ускладнюватись невиношуванням, розвитком гіпоксії плода.

Гострий панкреатит

Це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20-30%. Перинатальна смертність дітей складає – 38%. При вагітності іноді важко поставити діагноз. Хвороба починається гостро з значних болей у верхній половині живота, які носять опоясуючий характер. З'являється нудота, блювота, після якої легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових оболонок, на шкірі – крововиливи, "синяки" (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації – значна болючість в епігастрії, підребер'ях. Часто підвищується температура.

Лікування: призначають голод, спазмолітики (платіфілін 1,0 в/м, папаверин 2,0, но-шпа 2,0, баралгін 5,0 - 3-4 рази на добу). Інфузійну терапію починають з літичної суміші (атропін 1,0, промедол 2% - 1,0, дімедрол 1% - 1,0). В/в вводять 20-40 мл 0,5% новокаїну, глюкозу, розчин Рінгера, реополіглюкін, гемодез. Вводять інгібітори протеаз (трасілол, контрикал, гордокс). Призначають еуфілін 2,4% - 10,0 в/м, 2 рази на добу, вітаміни, кокарбоксілазу. Для профілактики гнійних ускладнень призначають антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорини). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з деструкцією.

В гострій фазі захворювання переривають вагітність тільки по акушерським показам. При розвитку перитоніту і необхідності акушерської операції роблять спочатку кесарський розтин (при цьому частіше

видаляють матку. При консервативному лікуванні і панкреатиту і терміні вагітності більше 36 тижнів проводять допологову підготовку і дострокове пологорозрішення природнім шляхом. При загрозі переривання вагітності зберігаючи терапію не проводять. Розвивається гіпоксія плода. В третьому триместрі вагітності він гине в 38% випадків).

Хронічний панкреатит

Клінічна картина схожа з гострим панкреатитом, але менше виражена. Загострення захворювання у вагітних буває дуже рідким. При тривалості ремісії хронічного панкреатиту, відсутності ускладнень вагітність можна виношувати. В 28% випадків вагітність ускладнюється раннім токсикозом, який може тривати до 17-20 тижнів. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності і на пологи.

Захворювання кишківника

Вагітність змінює функцію кишківника, хоча в меншій ступені, ніж функцію інших органів. У вагітних посилюється всмоктування заліза, збільшується реабсорбція води, іонів натрію, з'являються закрепи.

Хвороба Крона – хронічне гранульоматозне запалення тонкого кишківника, частіше його термінального відділу. Але можуть вражатись і інші ділянки, навіть вторинно лімфовузли, печінка, шкіра, суглоби. Причина захворювання не відома. Має значення інфекція і імунологічна сенсibilізація організму. Захворювання носить прогресуючий характер, загострення змінюється ремісіями.

Основні скарги на болі в животі і діарею. Переймоподібна біль з'являється після їжі. Частота стільця залежить від локалізації запалення: при регіонарному ентериті стілець 2-4 рази на добу, при гранульоматозному коліті – 3-10 разів на добу. Кал м'який, сформований, але може бути і рідким, містить багато слизу. Постійна діарея і відсутність апетиту приводять до значного похудіння.

Ускладнення: злуковий процес, перехід на сусідні органи, утворення фістул, перфорація кишківника, утворення перианальних і параректальних нориць і абсцесів. Може бути стеноз кишківника, кишкові кровотечі, непрохідність, пухлиноподібні конгломерати, гіпохромна анемія, набряк ніг і черевної стінки, асцит.

Діагноз поставити важко. Використовують ректороманоскопію.

Вагітність погіршує перебіг захворювання у 80% випадках. Рецидиви частіше виникають в першому триместрі вагітності, після абортів, пологів. Хвороба Крона часто призводить до невиношування вагітності, хронічної гіпоксії плода, мертвонароджуваності. Вагітність у жінок з хворобою Крона допустима при наявності стійкої ремісії. Загострення захворювання є показом для переривання вагітності.

Лікування: дієта, багата вітамінами, білками, з обмеженням клітковини і тваринного жиру. Призначають сульфаніламідний препарат – сульфасалазін по 1 г 3 рази на день, 3 тижні, а потім по 0,5 г 4 рази на день, 1-2 місяці. Він не впливає на плід. У важких випадках призначають преднізолон по 20-30 мг на день. Рекомендують антианемічну терапію, вітаміни.

При перфорації кишківника, кровотечах, непрохідності – термінове хірургічне втручання.

Неспецифічний виразковий коліт

Це хронічне некротизуюче запалення слизової оболонки прямої і товстої кишок неінфекційного походження.

Основні клінічні ознаки: діарея і болі в животі. Пронеси до 20 разів на добу, стілець рідкий, містить багато гною і крові. В період ремісії – сформований. Біль переймоподібний, після дефекації проходить. При важкій формі: анорексія, втрата ваги, лихоманка, анемія, дегідратація, гіпоальбумінемія, набряк ніг. В крові – нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Ускладнення: перфорація кишківника, геморой, випадіння прямої кишки, утворення нориць і абсцесів та інші.

Це захворювання не є протипоказом до вагітності. Під час вагітності рецидиви носять легкий характер, а після пологів може бути стійкий рецидив. Коліт, який виник після пологів, протікає дуже важко. Загострюється частіше в першому триместрі вагітності. На перебіг вагітності захворювання не впливає. Пологи ведуть в залежності від акушерської ситуації.

У вагітних з цим захворюванням часто виникають алергічні реакції, сверблячка.

Лікування: дієта збагачена білками, вітамінами.

Апендицит у вагітних

При вагітності є сприятливі умови для виникнення гострого, загострення хронічного апендициту: зміщення сліпої кишки і апендикса вгору та вправо, збільшення рівня статевих і кортикостероїдних гормонів. В результаті виникають перегин апендикса, порушення його кровообігу, застій вмісту.

Клініка апендициту в 1 половині вагітності не відрізняється від класичної. В 2 половині вагітності характерна стерта клінічна картина гострого апендициту. Розрізняють:

1. Катаральний.
2. Флегмонозний.

3. Гангренозний.

Основні симптоми катарального апендициту: біль в епігастрії або по всьому животу, через 3-4 години, біль локалізується вище правої клубової ділянки; незначне напруження м'язів передньої черевної стінки; нудота іноді блювота, сухість в роті; підвищення температури тіла до 37,6-38С; ознаки Щоткіна-Блюмберга, Сітковського, Ровзінга, та ін., які виявляють подразнення очеревини (у вагітних вони виражені менше ніж у невагітних.).

По мірі розвитку запального процесу наростають симптоми подразнення очеревини, захисне напруження м'язів черевної стінки в правій клубовій ділянці, що свідчить про розвиток флегмонозно-гангренозного апендициту та локального перитоніту.

Важливою діагностичною ознакою є наростання нейтрофільного лейкоцитозу , тахікардія більше 100-110 уд/хв., що виявляє деструктивні процеси в апендиксі.

Якщо сліпа кишка з апендиксом розташовані позаду від вагітної матки то симптоми подразнення відсутні, з'являється позитивний псоас – симптом.

Лікування у всіх випадках оперативне. В 1 половині вагітності – типова апендектомія за методикою Волковича-Дьяконова.

При апендициті з деструктивними змінами та в 2 половині вагітності – нижньосерединна лапаротомія, апендектомія, огляд прямокишкового простору і задньої поверхні матки, туалет черевної порожнини, введення дренажу.

При недоношеній вагітності – терапія направлена на її збереження, при доношеній вагітності – пологи вести через природні пологові шляхи з використанням окситоцина, простагландинів. Кесарський розтин – тільки при передлежанні плаценти та відшаруванні нормально розташованої плаценти, тоді роблять ще екстирпацію матки з трубами.

Після швидкого положорозрішення через природні пологові шляхи показана апендектомія, дренажування черевної порожнини, антибактеріальна та інфузійна терапія. У жінок з апендектомією в анамнезі внаслідок злукового процесу при вагітності можуть виникнути болі внизу живота, що викликає скорочення матки і передчасне переривання вагітності. В таких випадках назначають загальне УФО, яке знімає больовий синдром, сприяє роз'єднанню злуків.

Кишкова непрохідність у вагітних

Розрізняють: динамічну та механічну. Критичні періоди для розвитку гострої кишкової непрохідності: вихід матки з порожнини малого тазу (12-16 тижнів вагітності); опускання голівки плода в кінці вагітності; зменшення об'єму матки після пологів з швидкою зміною внутрішньочеревного тиску.

Клініка: гострий раптовий переймоподібний біль в животі, разом з нудотою, блювотою, затримкою газів та стільця, погіршенням загального стану. Лікування – негайне оперативне втручання. Питання збереження вагітності вирішується індивідуально.

Гострий холецистит у вагітних

Гострий холецистит або загострення хронічного процесу частіше виникає у жінок з порушенням обміну речовин. Велику роль в розвитку захворювання грає інфекція. До розвитку холециститу можуть призвести різні причини: гіпокінезія жовчних шляхів, морфологічні зміни в структурі термінального відділу загального жовчного протоку, зниження імунологічних факторів, гіперкоагуляція крові та інші.

Найбільш частими ускладненнями гострого холециститу є механічна жовтяниця і холангіт.

Діагностика захворювання пов'язана з труднощами, зумовленими змінами анатомо-топографічних взаємовідносин під час вагітності і зміною реакції вагітних на запальний процес.

Захворювання проявляється болями в правому підребер'ї з ірадіацією в праву лопатку, та плече. Іноді біль має тупий характер. Нудота і блювота не приносять полегшення хворій. Із анамнезу з'ясовують наявність холециститу, порушення дієти (жирні, гострі продукти). Загальний стан задовільний. При пальпації: болючість в ділянці жовчного міхура. Основні симптоми:

Симптом Ортнера: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі.

Симптом Мюсі: болючість при натисканні над дужкою в ділянці між ніжками грудинно-дужково-сосочкового м'язу.

Симптом Боаса: болючість при натисканні пальцем справа від VIII-X грудних хребців.

Симптом Кера: біль на вдосі при пальпації правого підребер'я.

При катаральному холециститі інтоксикація відсутня, температура субфібрильна, симптоми подразнення очеревини локальні (не завжди є), перистальтика активна. З боку матки може бути підвищення її тону, серцебиття плоду не порушено. Якщо запальний процес прогресує, то стан жінки погіршується. Наростає інтоксикація, з'являється трясівниця, температура підвищується до 38С, симптоми подразнення очеревини наростають. Діагноз виставляють разом з хірургом. Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові і сечі (уробелін, жовчні пігменти), біохімія крові (білірубін, холестерин, глюкоза, трансфераза, електроліти).

Наявність камінців в жовчних шляхах приводить до виникнення холангіту, механічної жовтухи. Загальний стан хворої ще більше погіршується, біль наростає. З боку матки можуть бути нерегулярні скорочення. Наростає жовтяничне забарвлення склер, посилюється трясівниця , температура носить

гектичний характер, печінка і селезінка збільшуються в розмірах. Наростає гіпербілірубінемія до 50-200 мМоль/л, гіперхолестеринемія, підвищується активність ЛФ, ГГТП, 5-НУК. Може далі підвищуватись АТ. Для діагностики використовують також УЗД.

Тактика ведення: термінова операція показана:

- при гострому холециститі з явищами розливного перитоніту;
- при гострому холециститі з холангітом, важкою формою панкреатиту, механічною жовтяницею, деструктивними змінами стінок жовчного міхура;
- при прогресуючому запальному процесі, не дивлячись на лікування.

Консервативне лікування: голод 24-48 годин; в/в вводять 5-10% розчин глюкози – 500,0, з інсуліном, 150-200 мл 0,25% розчину новокаїну, розчин Рінгера, лактосоль, гемодез, реополіглокін. Вводять спазмолітики (НО-ШПА, платифілін, баралгін, нітрогліцерін). Антигістаміни (тавегіл, дімедрол, піпільфен). Призначають антибіотики. При значних болях – знеболюючі препарати.

Якщо лікування неефективне, то оперують в перші 2-3 доби. При ефективному лікуванні оперують через 3-4 тижні (в холодному періоді).

Пологрозрішення краще проводити через природні пологові шляхи. Кесарський розтин – тільки по акушерським показам. У цих роділь частіше спостерігаються передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, несвоєчасний вилив навколоплідних вод, гіпоксія плода, кровотечі, затримка розвитку плода.

Гострий панкреатит у вагітних

Це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20-30%. Перинатальна смертність дітей складає – 38%. При вагітності іноді важко поставити діагноз. Хвороба починається гостро з значних болей у верхній половині живота, які носять опоясуючий характер. З'являється нудота, блювота, після якої легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових оболонок, на шкірі –крововиливи, “синяки” (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації – значна болючість в епігастрії, підребер'ях. Часто підвищується температура.

Лікування: призначають голод, спазмолітики (платифілін 1,0 в/м, папаверин 2,0, но-шпа 2,0, баралгін 5,0 - 3-4 рази на добу). Інфузійну терапію починають з літичної сумші (атропін 1,0, промедол 2% - 1,0, дімедрол 1% - 1,0). В/в вводять 20-40 мл 0,5% новокаїну, глюкозу, розчин Рінгера, реополіглокін, гемодез. Вводять інгібітори протеаз (трасілол, контрікал, гордокс). Призначають еуфілн 2,4% - 10,0 в/м, 2 рази на добу, вітаміни, кокарбоксілазу. Для профілактики гнійних ускладнень призначають антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорини). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з деструкцією.

В гострій фазі захворювання переривають вагітність тільки по акушерським показам. При розвитку перитоніту і необхідності акушерської операції роблять спочатку кесарський розтин (при цьому частіше видаляють матку. При консервативному лікуванні і панкреатиту і терміні вагітності більше 36 тижнів проводять допологову підготовку і дострокове пологорозрішення природнім шляхом. При загрозі переривання вагітності зберігаючи терапію не проводять. Розвивається гіпоксія плода. В третьому триместрі вагітності він гине в 38% випадків).

Хронічний панкреатит у вагітних

Клінічна картина схожа з гострим панкреатитом, але менше виражена. Загострення захворювання у вагітних буває дуже рідким. При тривалості ремісії хронічного панкреатиту, відсутності ускладнень вагітність можна виношувати. В 28% випадків вагітність ускладнюється раннім токсикозом, який може тривати до 17-20 тижнів. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності і на пологи.

Захворювання кишківника у вагітних

Вагітність змінює функцію кишківника, хоча в меншій ступені, ніж функцію інших органів. У вагітних посилюється всмоктування заліза, збільшується реабсорбція води, іонів натрію, з'являються закрепи.

Хвороба Крона – хронічне гранульоматозне запалення тонкого кишківника, частіше його термінального відділу. Але можуть вражатись і інші ділянки, навіть вторинно лімфовузли, печінка, шкіра, суглоби. Причина захворювання не відома. Має значення інфекція і імунологічна сенсibilізація організму. Захворювання носить прогресуючий характер, загострення змінюється ремісіями.

Основні скарги на болі в животі і діарею. Переймоподібна біль з'являється після їжі. Частота стільця залежить від локалізації запалення: при регіонарному ентериті стілець 2-4 рази на добу, при гранульоматозному коліті – 3-10 разів на добу. Кал м'який, сформований, але може бути і рідким, містить багато слизу. Постійна діарея і відсутність апетиту приводять до значного похудіння.

Ускладнення: злуковий процес, перехід на сусідні органи, утворення фістул, перфорація кишківника, утворення перианальних і параректальних норниць і абсцесів. Може бути стеноз кишківника, кишкові кровотечі, непрохідність, пухлиноподібні конгломерати, гіпохромна анемія, набряк ніг і черевної

стілки, асцит.

Діагноз поставити важко. Використовують ректороманоскопію.

Вагітність погіршує перебіг захворювання у 80% випадках. Рецидиви частіше виникають в першому триместрі вагітності, після абортів, пологів. Хвороба Крона часто призводить до невиношування вагітності, хронічної гіпоксії плода, мертвонароджуваності. Вагітність у жінок з хворобою Крона допустима при наявності стійкої ремісії. Загострення захворювання є показом для переривання вагітності.

Лікування: дієта, багата вітамінами, білками, з обмеженням клітковини і тваринного жиру. Призначають сульфаніламідний препарат – сульфасалазін по 1 г 3 рази на день, 3 тижні, а потім по 0,5 г 4 рази на день, 1-2 місяці. Він не впливає на плід. У важких випадках призначають преднізолон по 20-30 мг на день. Рекомендують антианемічну терапію, вітаміни.

При перфорації кишківника, кровотечах, непрохідності – термінове хірургічне втручання.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
2. Дикий О.М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288 с.
3. Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Степанян М.Л. и др. Тромбофилии в акушерской практике. – Спб.: Издательство Н-Л, 2005. – 46 с.
4. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза, диагностики и интенсивной терапии ДВС-синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике / Методические рекомендации. – Красноярск, 2001. – 29 с.
5. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
6. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. – Київ: Тріумф, 2010. – 232 с.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 720 с.
8. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014. - 497 с.
9. Лихачев В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 840 с.
10. Сенчук А.Я., Венцковский Б.М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Монография / А.Я.Сенчук, Б.М.Венцковский, Т.П.гарник и др. – К.: Маком, 2003.
11. 11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві).
12. В.М.Сидельникова, П.А.Кирющенко Гемостаз и беременность. – М., „Триада-Х”, 2004.
13. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых Д.О.С.Зайнулина и др.УПод ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.