

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

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Ведення вагітності і пологів у жінок із патологією шлунково-кишкового тракту (код курсу 4.2.5.4)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Кількість навчальних годин 2 години.

I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

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 травної системи.

III. Об'єм нової інформації

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

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.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести діагностику у вагітних з захворюванням ШКТ		+	
2.	Скласти план ведення вагітності у вагітних з захворюванням ШКТ		+	
3.	Скласти план пологів у вагітних з захворюванням ШКТ		+	

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

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Діагностувати у вагітних захворювання ШКТ;
2. Знати особливості їх перебігу під час вагітності;
3. Знати особливості перебігу вагітності і пологів при захворюваннях ШКТ;
4. Вміти вести вагітність при захворюваннях ШКТ

Тестові завдання

1. Вагітна 36 років, IV вагітність 30 тижнів поступила в стаціонар із скаргами на різкі болі в правому підребер'ї, які іррадіюють в праве плече, шию, лопатку, нудоту, була блювота. Ці симптоми з'явилися вночі, а напередодні вагітна подорожувала машині по гірській дорозі. Об-но. АТ 110/60мм рт.ст., Р-120 уд/хв ритмічний. При огляді живота симптом Мерфі позитивний. Живіт здутий, виражений метеоризм, матка при пальпації в нормотонусі. Рухи плоду відчуває добре, серцебиття плоду 136 уд/хв.

- A** *Приступ жовчевої коліки
- B** Кишкова непрохідність
- C** Апендицит гострий
- D** Пієлонефрит
- E** Панкреатит

2. Вагітна у терміні 31 тижня скаржиться на біль внизу живота, більше праворуч, який з'явився 5 годин тому, нудоту, одноразову блювоту. АТ – 120/80 мм рт. ст. Пульс –

88/хв, ритмічний. При пальпації живота – біль у правій здухвинній ділянці, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Матка в нормотонусі. Виділення з піхви слизові. В аналізі крові: лейкоцитів $16 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерних – 15%. Аналіз сечі без змін. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** (Апендицит під час вагітності.
- B** Загроза переривання вагітності.
- C** Ниркова колька під час вагітності.
- D** Холецистит під час вагітності.
- E** Абдомінальна форма пізнього гестозу.

Ситуаційні задачі :

1. У вагітної хворої на цукровий діабет, термін гестації 34 тижні. Спостерігається посилення діабетических скарг (спрага, погіршення зору), гірше відчуває рухи плода. Глюкоза крові - 8,2 ммоль /л, в сечі- 1% цукру, КТГ плода - монотонний базальний ритм 170 уд/хв, БПП - 6 балів, УЗД - гіперплазія плаценти. Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

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, Боасе та ін.);
- помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації.

3. Ультразвукове дослідження:

- потовщення стінок жовчного міхура;

- пластівчастий вміст міхура;
- наявність сонографічного симптому Мерфи (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 білірубіну, 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 теплом 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.

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 білірубіну 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-HAV 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 – HBsAg (основний маркер інфікування HB – вірусом, виявляється з 3-5 тижня захворювання і визначається 70-80 днів), HBeAg (маркер епідеміологічного ризику, активної реплікації вірусу та трансмісії від матері до плоду; ризик враження плода при цьому підвищується до 90%), HBcAg (у крові не визначається, але можуть бути антитіла до нього – анти HBcIgM та HBcIgG, що свідчить про етіологію ГВГВ та про перспективу вірусоносійства), HBcorAg, HBxAg, анти-HBc IgM;

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

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

- гепатит Е- анти- HEV IgM.

Методом ПЛР (по можливості):

- гепатит А- РНК HAV;

- гепатит В –ДНК HBV;

- гепатит С- РНК HCV;
- гепатит D- РНК HDV;
- гепатит E- РНК HEV.

4. Уробілінурія.

Про несприятливий прогноз гепатиту свідчать:

- поява геморагічного і асцитично-набрякового синдрому;
- 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 (С).

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 (А).

4. Специфічне противірусне 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 (С).

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, білірубіну, 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 передчасні (С).
 - кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показаннями. Кесарів розтин не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до дитини (А).
 - профілактика кровотечі у III періоді пологів (А).
 - з метою профілактики інфекційних ускладнень не застосовуються препарати з переважно печінковим шляхом елімінації та з гепатотоксичною дією. Препаратами вибору є цефалоспорины 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 (А). 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

Клінічна класифікація (Всесвітній конгрес гастроентерологів, 1994)

За етіологією та патогенезом:

- хронічний гепатит В (ХГВ);
- хронічний гепатит D (ХГD);
- хронічний гепатит С (ХГC);
- 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.

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-центральними септами;
- 4 – цироз печінки.

3. Діагностика

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

3.2. Клінічні дані:

3.2.1. *Гепатолієнальний 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 (пreeклампсія, 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 імуноконфлікту 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 триметрі 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 нейтрофіліоз, 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, валокардін, 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 пологорозршення.

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, левоміцетін) і білкового голоду. Не виключена вірусна природа захворювання. Можливо, виникає при імуніконфлікті.

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 x 10⁹/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 цитоархітекτονіки 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 лімфотичних вузлів, портальна гіпертензія, геморагічний синдром. В аналізах: підвищення АТ, @ -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 пологорозршення 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 рефлексії. 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 орніцетіл – 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 дисплазії (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 диспластичні 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, фосфалюгель, 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 диструктивними 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 сумші (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, контрікал, 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 диструкцією.

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 перфоратії 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, геморої, 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.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
2. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення вагітних із гострим вірусним гепатитом, ведення вагітних із хронічним гепатитом, ведення вагітних із хронічним холециститом).
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»

8. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.