

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

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

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

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Ведення вагітності і пологів у жінок із патологією шлунково-кишкового тракту</b>  (код курсу 6.4)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### I. Актуальність теми

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. Навчальні цілі заняття

*Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:*

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями травного каналу і печінки

*Завдяки проведеному заняттю інтерн повинен вміти:*

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 екстрагенітальною патологією, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультатції, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з хворобами травного тракту і печінки.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Анатомічну будову та топографію органів травної системи.	
2. Фізіологія	Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану. Характеристика	

	фізіологічних змін травної системи протягом вагітності.	
<i>Наступні:</i>		
1. Внутрішні хвороби.	Клініка, діагностика і лікування захворювань органів травної системи. Механізми розвитку захворювань травного каналу і печінки під час вагітності.	Виконувати всі види загального обстеження хворих з патологією травного каналу і печінки. Вміти оцінювати патологічні зміни у клінічному та біохімічному аналізах крові.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки патології органів травлення вагітної для немовляти.	

## **V. Зміст теми семінарського заняття**

### **Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією**

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

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

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

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

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

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

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

## **ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ВАГІТНИХ**

### **Холецистит**

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

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

## **Класифікація**

- I. Хронічний безкам'яний холецистит;  
хронічний калькульозний холецистит.
- II. Садія процесу: загострення; неповної ремісії; ремісії.
- III. Ступінь тяжкості: легкий; середній; тяжкий.

### **Діагностика**

*Суб'єктивні дані:* больовий синдром (тупий, ниючий біль у ділянці правого підребер'я з ірадіацією в праву половину грудної клітки, у праву ключицю, шию праворуч, 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 у суглобах, у ділянці серця, субфебрильна температура, прискорене серцебиття).

*Об'єктивні дані:* позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, правобічний френікус - симптом), помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації. Додатково проводять ультразвукове дослідження, визначення концентрації в крові білірубину, АлТ, АсТ, лужної фосфатази, амілази, холестерину; клінічний аналіз калу; дуоденальне зондування з клінічним та бактеріологічним дослідженням жовчі.

### **Лікування**

Спостереження вагітної з хронічним холециститом у жіночій консультації проводять спільно з терапевтом. За умови відсутності загострення процесу профілактично призначають: лікувальну фізкультуру; раціональне харчування (стіл №5 у теплом вигляді, прийом їжі не менше 5 разів на добу); лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) - 1 раз на тиждень, всього 4-6 разів в II та III триместрах. У 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 мг сорбіту чи 20 мг ксиліту, розчинених в 100 мл води; препарати що містять жовчні кислоти (хологон, дехолін, алохол, холензим, ліобіл); препарати рослинного походження (фламін, холосас, холагол, хофитол, холаголум, гепабене); гідрохолеретики (мінеральні води "Єсентуки" №17 та 4, "Трускавецька", "Смирновська", "Славянська", "Нафтуся"); холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії - соняшникова, оливкова, обліпихова). У разі загострення процесу призначають: діету (стіл №); для ліквідації больового синдрому - М-холінолітики (платифілін, пірензепін), міотропініспазмолітики (дротаверин, папаверин); у разі супутньої гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії - прокінетики (метоклопрамід); фітотерапія (настої м'яти, ромашки, кропиви, нагідок лікарських, цикорію, безсмертника, кукурудзяних рилець, шипшини); при затуханні запалення - фізіотерапевтичні методи (солюкс, аплікації озокериту, УВЧ на ділянку правого підребер'я).

### **Ведення вагітності і пологів**

Вирішують питання про можливість виношування вагітності до 12 тижнів. *Протипоказання до виношування вагітності:* механічна жовтяниця, часті напади печінкової коліки, гнійне запалення жовчного міхура. Стан після холецистектомії не перешкоджає виношуванню вагітності.

Розродження проводять з врахуванням акушерської ситуації при доношеній вагітності. У післяпологовому періоді призначають охоронний режим, збалансоване харчування (діета №5). Породілля може бути виписана залежно від інволюції матки на 3-5 добу. При виписуванні оцінюють стан жовчного міхура. При неповній стабілізації стану - показаний перевід у терапевтичне відділення або в хірургічний стаціонар

### **Гепатити**

#### ***Хронічний гепатит***

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

## Класифікація

### I. За етіологією та патогенезом:

- хронічний гепатит В (ХГВ);
- хронічний гепатит й (ХГй);
- хронічний гепатит С (ХГС);
- невизначений хронічний вірусний гепатит;
- автоімунний гепатит;
- хронічний медикаментозний гепатит;
- токсичний гепатит;
- алкогольний гепатит;
- криптогенний гепатит;
- первинний біліарний цироз;
- первинний склерозуючий холангіт;
- захворювання печінки Вільсона-Коновалова;
- хвороба недостатності антитрипсину печінки.

### II. За ступенем активності (визначається тяжкістю запально-некротичного процесу):

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

## Клініка

*Гепатолієнальний синдром* - збільшення печінки та селезінки різного ступеню, ущільнення консистенції печінки, інколи болючість при пальпації. *Диспептичний синдром* - знижений апетит, нудота, інколи блювання, відчуття важкості в епігастрії, відрижка, здуття живота, закріпи, непереносимість жирної їжі. *Астеновегетативний синдром* - загальна слабкість, пригнічений настрій, дратівливість, безсоння, знижена працездатність, біль голови. *Холестатичний синдром* - свербіння шкіри, ахолічний кал, темно-коричневе забарвлення сечі. Жовтяниця - частий, але не обов'язковий симптом. Інколи спостерігається біль, диспептичні явища. *Геморагічний синдром* - крововиливи та синці на шкірі, підшкірній жировій клітковині, кровоточивість ясен, носові кровотечі, гематурія, кров'янисті виділення із піхви. *Синдром портальної гіпертензії* - стійка диспепсія без патологічних змін шлунка, метеоризм, періодично пронос, зменшена маса тіла, варикозне розширення вен кардії з рецидивуючими кровотечами, спленомегалія.

## Діагностика

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

### Лабораторні показники:

Маркери вірусних гепатитів: - *антигенні* - НВвДд, НвсАд; - *серологічні* - анти-НВв, анти-нВе, анти-НВс, анти-НВс- Ід, анти-НОУ, анти-НОУ- Ід; - *генетичні* - вірусна ДНК або РНК.

Біохімічні показники: тімолова проба > 4 ОД; АлТ- при мінімальній активності підвищення не більше, ніж в 3 рази; при помірній - від 3 до 10 разів; при вираженій - більше, ніж в 10 разів; - білірубін > 22 мкмоль/л; - лейкоцитоз - 10 - 20  $10^9$ /л; - лужна фосфатаза >5 ОД; - протромбін < 80 %.

*Дані ультразвукового дослідження* - ознаки хронічного гепатиту.

## Лікування

Призначають діету № 5: харчування повинно бути збалансованим, повноцінним, по можливості екологічно чистим з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів.

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

Медикаментозне лікування ХГ проводиться із застосуванням мінімуму препаратів (метаболізм більшості лікарських засобів здійснюється в 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.

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

### **Тактика ведення вагітності і пологів**

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

*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 в 38 тижнів вагітності.

### **Гострий вірусний гепатит**

Гострий вірусний гепатит (ГВГ) - це дифузне запалення печінки, вірусної етіології, який супроводжується жовтяницею.

### **Класифікація**

#### **1. За етіологією:**

Вірусний гепатит А, В, С, D, Е, F,G

#### **2. За ступенем тяжкості:**

- легка форма;
- середньої тяжкості;
- тяжка;
- вкрай тяжка (фульмінантна).

### **Клініка**

Наявність одного чи більше синдромів: інтоксикаційний, астеновегетативний, холестатичний, мезанхімально-запальний, цитолітичний синдром та інші (див. клініку ХГ).

*Ускладнення гострого гепатиту:* гостра й підгостра дистрофія печінки (гостра печінкова енцефалопатія), функціональні та запальні захворювання жовчовивідних шляхів та жовчного міхура, позапечінкові ураження (індукція імунокомплексних та автоімунних захворювань), хронічний гепатит, цироз печінки, первинний рак печінки (гепатоцелюлярна карцинома).

## Діагностика

### *Лабораторні показники.*

Загальний аналіз крові - лейкопенія (можливий лейкоцитоз), лімфопенія, зниження ШОЕ, тромбоцитопенія. Біохімічні показники крові - підвищення загального білірубину переважно за рахунок прямого, підвищення активності АлТ, і в меншій мірі АсТ, диспротеїнемія, підвищення тимолової проби (не змінюється при ГВГВ), зниження сулемової проби, альбуміно-глобулінового, альбуміно-гамаглобулінового коефіцієнтів, протромбінового індексу та фібриногену. В сечі - уробілінурія.

Специфічне обстеження - виявлення в крові методом ІФА специфічних антитіл, методом ПЛР вірусів.

## Лікування

### ***Етапи надання медичної допомоги вагітним:***

*Жіноча консультація:*- оцінка стану вагітної; встановлення попереднього діагнозу спільно з терапевтом та інфекціоністом; вирішення питання щодо необхідності та місця госпіталізації. Гострий гепатит є протипоказанням до переривання вагітності в будь-який термін; ризик самовільного переривання вагітності підвищується у два рази, в II-III триместрі ризик вищий, ніж в I-му.

*Інфекційне відділення:* госпіталізація до 36 тижнів вагітності чи до початку пологової діяльності.

*Обсерваційне відділення пологового будинку:* госпіталізація з початком пологової діяльності.

*В післяпологовому періоді* лікування та реабілітація породіль в амбулаторних умовах.

### ***Принципи надання медичної допомоги.***

Лікувально-охоронний режим з виключенням фізичного й психічного навантаження. Дієта № 5 а, 5 у залежності від періоду хвороби, тяжкості її перебігання.

При легкому та середньому ступеню тяжкості гепатиту лікування обмежується наданням лікувально-охоронного режиму та дієтою. Специфічне протівірусне лікування вірусних гепатитів під час вагітності не проводиться. Дезінтоксикаційна терапія з метою виведення шкідливих метаболітів із крові, корекція водно-електролітного та кислотно-лужного балансу забезпечується призначенням ентеросорбентів, а також внутрішньовенного крапельного введення 5% розчину глюкози, 0,9% розчину 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 на день при ГВГВ. Ферментативна терапія призначається в 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. У разі виникнення поліорганної недостатності проводиться інтенсивна терапія в умовах відділення інтенсивної терапії.

У період реконвалесценції призначають гепатопротектори. При гострому вірусному гепатиті вітамінотерапія не показана. Лікування загрози переривання вагітності та інших акушерських та перинатальних ускладнень проводиться загальноприйнятими методами в акушерстві.

### ***Принципи надання акушерської допомоги.***

У гострій стадії захворювання пологи не загрожують роділлі ускладненнями, які пов'язані з гепатитом, тому їх ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показаннями. Кесарів розтин не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до дитини. Показана профілактика кровотечі в III періоді пологів (активне ведення послідового періоду). 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.

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.

У всіх новонароджених від інфікованих НОУ матерів у сироватці крові визначається материнські анти - НОУ, які проникають крізь плаценту. У неінфікованих дітей антитіла зникають у першій рік життя. Грудне вигодовування не впливає на ризик інфікування дитини ( А).

### **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 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 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 пологорозршення 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, мертвонароджувальності. 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, 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

## VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<b>Підготовчий етап</b> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Загальні принципи надання спеціалізованої медичної допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією. 2. Клініка та діагностика холециститу у вагітних. 3. Лікування вагітних з холециститом. 4. Тактика ведення вагітності і пологів у жінок з холециститом. 5. Клініка та діагностика гепатиту у вагітних. 6. Лікування вагітних з гепатитом. 7. Тактика ведення вагітності і пологів у жінок з гепатитом. 8. Вірусні гепатити у вагітних. 9. Гострий гастрит. 10. Гострий та хронічний панкреатит. 11. Захворювання кишківника.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<b>Заключний етап</b> Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали	10 хв.

		самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

## **VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття**

*Місце проведення заняття:* навчальна кімната, палата патології вагітних, кабінет функціональної діагностики.

*Оснащення:* Для проведення заняття підготувати 3-5 вагітних з різними формами екстрагенітальної патології, історії вагітності і пологів, необхідні аналізи, таблиці тощо.

### **Рекомендована література (навчальна, наукова)**

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
3. Наказ МОЗ України № 676 від 31. 12. 2004 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2004.– 185 с.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
5. Наказ МОЗ України від 01.10.2012 № 764 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «ведення вагітності та пологів у вагітних із пренатально встановленими вродженими вадами серця плода»
6. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги»
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 720 с.

### **Питання**

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. 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.
13. Особливості ведення вагітності і пологів при вищезазначеній патології.

### **Тестові завдання**

1. Вагітна 30 років надійшла до гастроентерологічного відділення зі скаргами на майже постійний біль в правому підребір'ї, нудоту, головний біль, періодичне підвищення температури тіла до 37,5С. Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, "синці" під очима, язик обкладений білим нальотом, сухий. При пальпації живота біль в ділянці жовчного міхура, позитивні симптоми Кера, Ортнера, Мерфі. При ультразвуковому дослідженні виявлено потовщення та ущільнення стінок, неоднорідність вмісту жовчного міхура, уповільнена евакуація жовчі. В аналізі крові: Лейк. - 12,2 Г/л, сегм. - 68%, еоз. - 4%. лімф. - 25%, мон. - 3%, ШОЕ - 30 мм/год. Найбільш вірогідний діагноз?

А. Хронічний холецистит, період загострення\*

В. Хронічний гастродуоденіт, період загострення

- С. Виразкова хвороба 12-палої кишки
- Д. Дискінезія жовчовивідних шляхів
- Е. Хронічний панкреатит, період загострення

2. Жінка 33 роки, на 14 тижні вагітності звернувся зі скаргами на біль в правому підребер'ї, жовтушність шкіри, потемніння сечі, знебарвлений кал, швидко втому, підвищення температури тіла. Живіт м'який, помірно болючий у правому підребер'ї. Відомо, що 5 місяців тому було видалення зуба. Відображена картина дозволяє запідозрити:

- А. Вірусний гепатит В\*
- В. Гострий холецистит
- С. Хронічний панкреатит
- Д. Абсцес печінки
- Е. Цироз печінки

3. Жінка 34 роки, зловживає алкоголем, строк вагітності 11 тижнів, скаржиться на загальну слабкість, здуття живота, схуднення. Об'єктивно: пониженого живлення, іктеричність склер, шкіра суха, "судинні зірочки" на обличчі і верхніх кінцівках, гіперемія долонь, збільшення молочних залоз. Язик малиновий. Живіт збільшений, нижній край печінки загострений, щільний, виступає на 4 см з-під краю реберної дуги. Селезінка на 6-7 см виступає з підреберної дуги. ШОЕ-24 мм/год, тимолова проба - 8 од. Який попередній діагноз?

- А. Ктиптогенний цироз печінки\*
- В. Хронічний гепатит
- С. Жировий гепатоз
- Д. Доброякісне гіпербілірубінемія
- Е. Ехінокок печінки

4. Через тиждень після госпіталізації вагітної, хворої на вірусний гепатит В, стан її погіршився: наростає жовтяниця, з'явилися анорексія, нудота, носова кровотеча, тахікардія, гіпотонія, зменшилися розміри печінки. Хворий збуджений, погано спить вночі, загальмований. Орієнтація в часі порушена. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А. Гостра печінкова недостатність\*
- В. ДВС синдром
- С. Гостра надниркова недостатність
- Д. Інфекційно-токсичний шок
- Е. Цироз печінки

5. Вагітна П., 37 р. Скарги на відчуття важкості, розпирання, ниючий біль в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, відсутність апетиту, схильність до проносів, загальну слабкість. Об-но: живіт м'який, болючий в епігастрії. Кал рідкий, без домішок. ЕФГДС: слизова оболонка шлунка бліда, з ділянками гіперемії, стоншена. Морфологічно: лімфоцитарна інфільтрація з формуванням фолікулів, атрофія слизової оболонки дна шлунка. Найбільш ймовірний діагноз?

- А. Хронічний гастрит типу А\*
- В. Хронічний гастрит типу В
- С. Хронічний гастрит типу С
- Д. Рак шлунка
- Е. Хвороба Менетріє

#### **Ситуаційні задачі :**

**Задача 1.** Вагітна М. 30 років, термін 28-29 тижнів, скаржиться на слабкість, головокружіння, шум у вухах. Протягом останніх 2-х тижнів виникло загострення, тричі було блювання "кавовою гущею", дьогтьоподібні випорожнення. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки бліді, чисті. Пульс ритмічний, 108/хв. АТ- 80/50 мм рт.ст. Живіт напружений та болючий при пальпації в епігастрії. В крові: ер. - 2,6x10<sup>12</sup>/л, Нв - 68 г/л, КП -

0,7, л -10х9/л, е-3%, п/я-4%, с/я-58%, л-27%, м-8%, ШЗЕ-22 мм/год. Згортання крові: початок - 2 хв 30 сек, кінець - 5 хв, тривалість кровотечі - 4 хв. Реакція Грегерсена різко позитивна.

Запитання :

1. Який найбільш ймовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження слід призначити?
3. Яка тактика ведення вагітності?
4. Яке лікування слід призначити?

**Задача 2.** Жінка 36 років, вагітність III, 25 тижнів, скаржиться на нудоту, напади болю в животі, перед актом дефекації, проноси, часте здуття живота. В анамнезі: систематичне вживання алкоголю. Вважає себе хворою 6 років. Об'єктивно: зниженого живлення, пульс-98/хв, ритмічний. Язик обкладений білим нашаруванням. Живіт м'який, помірно здутий, чутливий при пальпації в навколупуповій ділянці: відзначається біль в зоні Шоффара, Губергриця-Скульського, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печінка і селезінка не збільшені. В аналізі калу: стеаторея, креаторея. В сечі: активність діастази -180 г/л.

Запитання :

1. Ваш діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження слід призначити?
3. Яка тактика ведення вагітності?

**Задача3.** У вагітної, 30 років, термін 14 тижнів, гострі болі в правій клубовій ділянці, температура до 38°C, була блювота. Біль періодично збільшувався. При огляді: пульс 100 уд/хвилину, язик сухий, живіт при пальпації болісний в правій клубовій ділянці, там виявляється захисний напруг м'язів та перитонеальні симптоми. Лейкоцитів в крові 12,0х10<sup>9</sup> в 1 мкл. З діагнозом гострий апендицит хвора оперована. В черевній порожнині виявлені значні зміни в термінальному відділі клубової кишки: вона багрового кольору, покрита фібрином, стінка кишки стовщена, апендикс не змінений.

Запитання :

1. Який найбільш ймовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження слід призначити?
3. Яка тактика ведення вагітності?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі:**

**Задача 1.**

1. Вагітність 28-29 тижнів. Виразкова хвороба шлунку, період загострення, шлункова кровотеча.
2. Загальноклінічний аналіз крові, коагулограма, ФГДС, УЗД органів черевної порожнини, Реакція Грегерсена, біохімічний аналіз крові.
3. Лікування в умовах стаціонару. Моніторне спостереження за станом плода.
4. Інфузійна терапія: реополіглюкін, неогемодез, р-г глюкози 5% - 200 мл, амінокапронова кислота 5% - 100 мл, етамзилат 12,5% - 2 мл, вікасол 1% - 1мл у 0,9 % розчині Хлориду натрію. При неефективності консервативної терапії – хірургічна зупинка кровотечі.

**Задача 2.**

1. Вагітність III, 25 тижнів. Хронічний рецидивуючий панкреатит, період загострення.
2. Клінічний аналіз крові, аналіз сечі на діастазу, аналіз крові на цукор, біохімічний аналіз крові зокрема на амілазу, ліпазу, печінкові проби, копрограма, аналіз калу на еластазу-1, УЗД ОЧП, за можливості КТ ЧП.
3. Лікування в умовах стаціонару. Моніторне спостереження за станом плода.

**Задача 3.**

1. Вагітність 14 тижнів. Хвороба Крона. Період після апендектомії.
2. Клінічний аналіз крові, копрограма, колоноскопія, КТ ЧП.
3. Дообстеження та подальше лікування в стаціонарі.