

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2
кафедра акушерства і гінекології № 3
не опорна
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

За темою «Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях».

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

Затверджено
На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №3
протокол № 1 від 30.08.2023 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №3,
д.мед.н., професор Бенюк В.О.

КИЇВ 2023-2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.

Професор, д.мед.н. Диндар О.А.

Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.

Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.

Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.

Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.

Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.

Доцент, к.мед.н. Друпн Ю.Г.

Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.

Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.

Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.

Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.

Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.

Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.

Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.

Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.

Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.

Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.

Асистент Чеботарьова А.С.

Асистент, к.мед.н. Бала О.О.

Асистент Фурса-Совгіра Т.М.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № 1 від 30.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Екстрагенітальна патологія у вагітних є актуальною проблемою сучасної медицини з приводу негативного впливу на стан репродуктивного здоров'я жінки, плід та новонародженого, що істотно підвищує показники материнської та перинатальної смертності. Вивчення питання взаємообтяжуючого впливу екстрагенітальної патології і вагітності є важливим не тільки для майбутніх лікарів акушерів-гінекологів, але і для фахівців інших спеціальностей.

В наш час у зв'язку з впровадженням у медичну науку новітніх технологій і лікарських засобів показання для збереження вагітності у разі екстрагенітальної патології значно розширилися.

Інфекційні захворювання найбільш часто обумовлюють невиношування вагітності (НВ). До невиношування можуть призвести запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, ШКТ та ін., але основна роль при НВ належить урогенітальним інфекціям та захворюванням, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ). Інфекційна патологія вважається однією з глобальних проблем перинатології з огляду на високий рівень захворюваності та смертності новонароджених. Суттєва роль в розвитку інфекційно-запальних захворювань належить внутрішньоутробним інфекціям (ВУІ) плода і новонародженого, частота яких складає від 10 до 37,5%.

II. Навчально-виховні цілі

В результаті проведення заняття студент повинен *знати*:

- фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності;
- тактику лікаря при захворюваннях серцево-судинної системи у вагітних;
- принципи ведення вагітних у разі захворювань системи дихання;
- перебіг вагітності при цукровому діабеті;
- захворювання нирок при вагітності, тактику лікаря;
- особливості перебігу гострої хірургічної патології у вагітних;
- класифікацію, методи діагностики, клініку, терапію, ускладнення та методи профілактики внутрішньоутробної інфекції у плода;
- медичні показання до переривання вагітності.

В результаті проведення заняття студент повинен *вміти*:

- оцінити стан вагітної з екстрагенітальною патологією;
- діагностувати зміни, які виникають при захворюваннях органів системи кровообігу, крові, дихання, сечовиділення, травлення, ендокринних залоз у вагітних;
- визначити гостру хірургічну патологію у вагітних;
- діагностувати інфекційні захворювання у вагітних;
- діагностувати TORCH - інфекції під час вагітності.

III. Вихідні і базові знання:

- фізіологічний стан органів системи кровообігу, крові, дихання, сечовиділення, травлення, ендокринних залоз та у разі патології;
- інфекційні хвороби – вірусні інфекції: грип, червона висипка, поліомієліт,

вірусний гепатит; інфекційні хвороби, що викликані рикетсіями - висипний тиф; бактеріальні інфекції - черевний тиф, лістеріоз, орнітоз, туберкульоз, бруцельоз; паразитарні інфекції- малярія, токсоплазмоз;

- дермато-венерологія – захворювання, що передаються статевим шляхом;
- неонатологія – внутрішньоутробна інфекція та її наслідки у новонароджених;
- хірургія – гостра хірургічна патологія (апендицит, холецистит, панкреатит), хвороба Крона.

IV. Зміст навчального матеріалу

Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця

Прегравідарна підготовка

Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

- комплексне обстеження з метою встановлення причини та ступеня ураження структур серця, стадії серцевої недостатності, функціонального класу пацієнтки (за NYHA), діагностики можливих ускладнень, визначення показань до хірургічного лікування;
- радикальне хірургічне лікування основного захворювання та/або його ускладнень (за наявності показань);
- адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на ліквідацію причини захворювання та зменшення ступеня його ускладнень;
- корекцію станів, що обтяжують перебіг кардіологічної патології (анемія, порушення системи гемостазу, тиреоїдна дисфункція тощо);
- санацію вогнищ хронічної інфекції;
- нормалізацію маси тіла;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Преконцепційне консультування має на меті інформувати хвору, яка перебуває на диспансерному обліку, щодо таких питань:

- ступінь ризику майбутньої вагітності для здоров'я та життя жінки;
- необхідність продовження медикаментозного лікування під час вагітності і можливий негативний вплив його на плід;
- ризик уродженого захворювання серця у майбутньої дитини;
- очікувана тривалість життя жінки і здатність її здійснювати догляд за дитиною.

Після проведення прекоцепційного консультування хвора і лікар спільно приймають рішення щодо планування вагітності та проведення відповідної підготовки чи контрацепції.

Етапи діагностики і лікування. Тактика ведення вагітності

Оцінка ступеня ризику вагітності при захворюваннях серця дозволяє визначити прогноз перебігу та наслідки вагітності для матері, вирішити основні питання тактики ведення хворої.

Ступені ризику вагітності при захворюваннях серця (наказ МОЗ України № 42 від 28.01.2011 р.)

I ступінь (не підвищений): серцева недостатність клінічно відсутня, нормальний тиск у легеневій артерії (< 25 мм рт.ст.), гіпертрофії та дилатації серця немає. Вагітність не протипоказана, імовірність ускладнень не перевищує таку в популяції. Пологи – згідно акушерській ситуації.

II ступінь (помірно підвищений): серцева недостатність I стадії, тиск у легеневій артерії помірно підвищений (не більше ніж до 50 мм рт. ст.). Початкова чи помірна гіпертрофія відділів серця, незначна дилатація відділів серця. Вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик погіршення стану хворої. У більшості випадків можливе природнє розродження. Інколи виникає необхідність виключення періоду потуг.

III ступінь (високий): серцева недостатність II А стадії, активність ревматизму II-III ступеня. Гемодинамічні значущі порушення ритму. Легенева гіпертензія (тиск у легеневій артерії >50 мм рт.ст., проте не сягає системного), значна гіпертрофія, перевантаження і дилатація відділів серця. Коронарна патологія (із синдромом стенокардії чи без нього). Обструкція вихідного тракту шлуночків. Аневризма аорти. Інфекційний ендокардит. Необхідність постійної антикоагулянтної терапії. Ризик вагітності значно підвищений, перебіг її супроводжується кардіологічними і акушерськими ускладненнями. Вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Питання щодо переривання вирішується у кожному випадку індивідуально. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування, операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. В пологах – планове виключення періоду потуг або кесарів розтин (за показаннями).

IV ступінь (вкрай високий): серцева недостатність II Б чи III стадії. Легенева гіпертензія крайнього ступеня (тиск у легеневій артерії дорівнює системному або перевищує його). Ціаноз. Значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду < 40%). Розширена аневризма аорти. Висока імовірність материнської смерті. Показане переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни. В пологах – планове виключення потуг або кесарів розтин (за показаннями).

Дані, необхідні для адекватної оцінки ступеня ризику вагітності, отримують з медичної документації хворої (амбулаторна карта або докладна виписка з неї, виписки зі стаціонарних історій хвороби) та на підставі обстеження.

Загальний алгоритм діагностики

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності обов'язково включає:

- вивчення скарг і анамнезу хвороби;
- ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях;
- трансторакальну двомірну ехокардіографію.

За спеціальними показаннями згідно з рекомендаціями кардіолога можуть також бути проведені:

- холтерівське моніторування ЕКГ;
- трансезофагальна ехокардіографія;
- доплерокардіографія;
- рентгенографія органів грудної клітки (обов'язково з екрануванням черевної порожнини, бажано після 12 тижнів);
- черезшкірна оксиметрія.

Інвазивні та радіоізотопні методи дослідження під час вагітності застосовують лише за життєвими показаннями у випадках підготовки до кардіохірургічної операції.

Після обстеження, отримання інформації з попередньої медичної документації та уточнення діагнозу вирішується питання щодо можливості виношування вагітності.

За стабільно задовільного стану хворої спостереження проводять амбулаторно.

Мета амбулаторного спостереження – профілактика та раннє виявлення кардіологічних та акушерських ускладнень перебігу вагітності, порушень стану плода.

Основні завдання амбулаторного етапу спостереження включають:

- надання у доступній формі переконливої інформації щодо повноцінного раціонального харчування, кількості уживаної рідини, режиму праці та відпочинку, адекватних дозованих фізичних навантажень;
- попередження зумовлених вагітністю станів, що провокують погіршення перебігу основного захворювання: анемії, гіпотиреозу, гіпертензії/пreeклампсії;
- виявлення та санація вогнищ інфекції;
- забезпечення планової госпіталізації у відповідні терміни і до відповідного закладу охорони здоров'я;
- раннє виявлення декомпенсації/прогресування основного захворювання, розвитку ускладнень і екстрене скерування вагітної до стаціонару;
- моніторинг стану плода;
- психофізичну підготовку до пологів.

Динамічне спостереження вагітної здійснюють залежно від встановленого ступеня ризику спільно акушер-гінеколог і терапевт або кардіолог. За необхідності вагітну консультує кардіохірург.

Санаторне оздоровлення - важливий етап ведення кардіологічної хворої під час вагітності, здійснюється у спеціалізованому відділенні для вагітних.

Тривалість курсу санаторного оздоровлення - не менше 24 днів, оптимальний термін - від 16 до 32 тижнів.

Протипоказання до санаторного оздоровлення:

- IV ступінь ризику;
- декомпенсація/прогресування основного захворювання, наявність гострих ускладнень;
- загроза викидня чи передчасних пологів;
- пreeклампсія;
- термін вагітності більше 36 тижнів.

Госпіталізація вагітної із захворюванням серця залежно від ступеня ризику здійснюється у плановому порядку 1-3 рази.

Планова госпіталізація:

- у I триместрі (III і IV ступені ризику) - вирішення питання переривання вагітності в умовах кваліфікованого мультидисциплінарного забезпечення (за згоди хворої);
- у 26-32 тижні (II-IV ступені ризику) - забезпечення компенсації кровообігу;
- у пізньому терміні вагітності (I-IV ступені ризику) - підготовка і проведення розродження в умовах кваліфікованого мультидисциплінарного забезпечення.

Показання до екстреної госпіталізації:

- гостра серцева недостатність;

- поява або прогресування хронічної серцевої недостатності;
- виникнення чи почастищення пароксизмів гемодинамічно значущих порушень ритму, життєзагрожуючі аритмії;
- гостра коронарна патологія;
- інфекційний ендокардит;
- тромбоемболічні ускладнення;
- легенева кровотеча.

Екстрену госпіталізацію за переліченими вище кардіологічними показаннями здійснюють:

- до 22 тижнів - до профільного (кардіологічного, ревматологічного, кардіохірургічного) стаціонару;
- у 22-36 тижнів - до спеціалізованого відділення екстрагенітальної (серцево-судинної) патології акушерського стаціонару;
- після 36 тижнів - до спеціалізованого відділення екстрагенітальної (серцево-судинної) патології акушерського стаціонару.

У стаціонарі хворій забезпечують постійне спостереження і надання допомоги акушером-гінекологом і терапевтом (кардіологом).

Алгоритм лікування

Під час вагітності та родів у кардіологічних хворих може виникнути необхідність медикаментозного та хірургічного лікування.

Схема медикаментозного лікування

Медикаментозне лікування проводять за суворими показаннями посиндромно. Показання до призначення та склад лікарських засобів визначає кардіолог.

Серед суто кардіологічних препаратів вагітним протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), блокатори рецепторів до ангіотензину II, непрямі антикоагулянти - антагоністи вітаміну K та аміодарон, що належать до категорії D за класифікацією FDA.

Інгібітори АПФ спричиняють маловоддя, затримку росту плода, контрактури кінцівок, деформацію обличчя, гіпоплазію легенів, інколи антенатальну загибель плода. Препарати цієї групи більш небезпечні у II половині вагітності, тому, якщо хвора завагітніла, приймаючи інгібітор АПФ, і продовжувала лікування в I триместрі, ризик ушкодження дитини є низьким і питання про переривання вагітності не ставлять.

Блокатори рецепторів до ангіотензину II в експерименті виявили такі самі негативні дії на плід, що й інгібітори АПФ, клінічного досвіду їхнього застосування немає.

Непрямі антикоагулянти - похідні кумарину - є тератогенами і у разі застосування в період між 6 і 9-им тижнями вагітності спричиняють тяжкий специфічний симптомокомплекс - кумаринову (варфаринову) ембріопатію (гіпоплазія носа, атрезія хоан, хондродисплазія, атрезія зорових нервів, гідроцефалія, розумова відсталість). Легко проникають крізь плаценту, накопичуються в організмі плода і можуть призводити до внутрішньочерепних крововиливів у новонароджених.

Аміодарон у разі тривалого застосування може спричиняти тяжку дисфункцію щитоподібної залози у новонародженого (найчастіше - гіпотиреоз, рідше - гіпертиреоз, зоб).

Медикаментозне лікування *хронічної серцевої недостатності* (СН) залежить від її варіанту.

За систолічного варіанту СН використовують діуретики, дигоксин, периферичні вазодилататори.

а) Серед сечогінних засобів перевагу віддають петльовим діуретикам (фуросемід, етакринова кислота), але у разі помірних циркуляторних порушень достатній ефект може бути досягнутий тіазидними препаратами (гідрохлортіазид).

Досвіду застосування під час вагітності торасеміду немає, калійзберігаючі діуретики (спіронолактон) протипоказані.

Тривалий прийом сечогінних засобів може призводити до гіпокаліємії та істотного зниження плацентарно-плодової перфузії.

б) Дигоксин обов'язково призначають усім хворим з фібриляцією передсердь. Хворим із синусовим ритмом препарат показаний у період прогресування СН (декомпенсації) одночасно із сечогінними засобами. Основна небезпека систематичного вживання дигоксину - розвиток глікозидної інтоксикації. Ризик останньої збільшується у разі гіпокаліємії, гіпомagneмії, при гіпотиреозі, нирковій недостатності.

в) Вагітним з гемодинамічно стабільною хронічною СН систолічного варіанту може бути призначений бета-блокатор. Найчастіше у вагітних застосовують метопролол (краще метопрололу сукцинат) та бісопролол. Можливе застосування карведилолу та небівололу, проте досвіду застосування цих препаратів в акушерстві немає. Лікування починають з мінімальної дози і поступово збільшують її кожні 2 тижні до такої, що не викликає гіпотензію та/або брадикардію.

Протипоказаннями до призначення бета-блокаторів є: бронхообструктивний синдром, частота серцевих скорочень $<60/\text{хв.}$, артеріальна гіпотензія (сistolічний тиск <90 мм рт. ст.), атріовентрикулярна блокада II-III ст., синдром слабкості синусового вузла, виражена декомпенсація кровообігу, що потребує активної сечогінної терапії та/або внутрішньовенного введення симпатоміметиків.

Побічні ефекти бета-блокаторів під час вагітності - затримка росту плода, брадикардія у плода.

г) У разі вираженого застою у малому колі кровообігу та лівосерцевої недостатності на короткий термін (до 10-12 днів) можна призначати венулярні вазодилататори: нітрогліцерин (короткої та пролонгованої дії), ізосорбід динітрат, ізосорбід мононітрат, молсидомін (звичайна та ретардна форми).

Лікування здійснюють шляхом внутрішньовенної інфузії (на початковому етапі вираженої декомпенсації), сублінгвальним прийомом, букальним застосуванням аерозолу, вживанням таблеток тривалої дії *per os*.

Основним побічним ефектом, окрім головного болю, є гіпотензія, що може призводити до дистресу плода.

д) У вагітних із систолічним варіантом СН слід, за можливості, уникати призначення нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдів, антиаритмічних засобів I класу, антагоністів кальцію (за винятком амлодипіну та фелодипіну).

Лікування діастолічного варіанту хронічної СН передбачає у першу чергу призначення бета-блокаторів. З обережністю застосовують сечогінні та периферичні вазодилататори (можливість зменшення серцевого викиду), не використовують дигоксин. За необхідності можуть бути призначені антагоністи кальцію.

Лікування *гострої серцевої недостатності* (набряку легенів) передбачає проведення екстрених терапевтичних заходів у певній послідовності, а також обрання адекватної акушерської тактики, якщо набряк легенів розвинувся під час родів.

Хворій надають *положення сидячи*, ноги мають звисати з ліжка униз. Забезпечують постійний доступ до вени. Призначають *інгаляцію зволоженого 100% кисню* через маску з додатковим позитивним тиском на видиху (10-15 мм водн. ст.). У разі розгорнутої клінічної картини альвеолярного набряку легенів дихальні шляхи механічно звільняють від пінистої рідини, а кисень пропускають крізь 40% етиловий спирт.

Вводять *венулярні вазодилататори*. Нітрогліцерин 0,5-1 мг (1-2 табл.) дають сублінгвально 3-4 рази з інтервалом 5 хв. і водночас розпочинають внутрішньовенну інфузію зі швидкістю 0,3-0,5 мкг/кг/хв. Для цього 20 мг нітрогліцерину розчиняють у 200 мл фізіологічного розчину і вводять спочатку по 5-7 крапель/хв., збільшуючи швидкість кожні 3-5 хв. до досягнення стійкого клінічного ефекту (зменшення ціанозу, задишки, кількості вологих хрипів). Збільшення швидкості слід припинити, якщо систолічний АТ знизився нижче 100 мм рт. ст. або діастолічний - нижче 60 мм рт. ст.

Внутрішньовенно болюсно вводять *фуросемід* 40 мг. За необхідності введення повторюють (по 20-40 мг кожні 30 хв. до загальної дози 100-180 мг).

За наявності сильного кашлю, гіпервентиляції, больових відчуттів вводять *морфін* 3-5 мг внутрішньовенно повільно (впродовж 3 хв.), повторюючи за необхідності ще 1-2 рази з інтервалами 15 хв. Протипоказаннями до введення морфіну є бронхіальна астма, хронічне легеневе серце, крововилив у мозок.

У разі неефективності проведеного лікування за умови зниженого АТ призначають *інотропні засоби* групи симпатоміметиків (допамін, добутамін). Інфузію починають з невеликою швидкістю (2-3 мкг/кг/хв.), повільно збільшуючи її до появи клінічного ефекту. Побічна дія симпатоміметиків (більшою мірою допаміну) проявляється тахікардією, аритмією, надмірною гіпертензією, які змушують зменшити швидкість чи припинити інфузію.

При низькому АТ можливе введення *глюкокортикоїдів* (преднізолон 90-120 мг або еквівалентні дози інших препаратів) внутрішньовенно болюсно.

У випадках, коли набряк легенів поєднується з вираженим бронхоспазмом (сухі хрипи, "свист" у грудній клітці, подовження видиху), вводять теофілін (200-400 мг) внутрішньовенно повільно (10-12 хв.).

Збереження явної гіпоксемії попри проведену терапію є показанням до інтубації трахеї і здійснення *штучної вентиляції легенів*.

У деяких клінічних ситуаціях, коли гостра СН спричинена такими кардіологічними причинами, що можуть бути усунені, виникає нагальна потреба у специфічних етіотропних заходах.

а) набряк легенів, рефрактерний до медикаментозного лікування, у хворі з мітральним стенозом є показанням до негайної *мітральної комісуротомії*.

б) У разі тампонади серця показаний перикардіоцентез з наступним кардіохірургічним втручанням.

в) Якщо набряк легенів розвинувся внаслідок пароксизму шлуночкової тахікардії або надшлуночкових тахіаритмій з високою частотою проведення імпульсу, необхідною є *електрична кардіоверсія*.

У випадках, коли гостра СН супроводжується фібриляцією передсердь, іншими гемодинамічно значущими порушеннями ритму, внутрішньовенно вводять аміодарон (300 мг упродовж 30 хв. з подальшою інфузією до загальної дози 1200 мг/доб.).

г) У лікуванні набряку легенів, що розвинувся на фоні гіпертензивного кризу або тяжкої прееклампсії, вирішальне значення має відносно швидке, упродовж 30-60 хв., зниження АТ на 30-40% вихідного рівня, але не нижче 120 і 80 мм рт. ст. Якщо цього не вдалося досягти інфузією нітрогліцерину, або ізосорбїду динітрату, застосовують *гангліоблокатори*.

д) У разі поєднання проявів гострої СН з брадиаритмією застосовують *атропін* (0,1% розчин 0,5-1 мл, за необхідності повторно через 5 хв.), *ізопреналін* (2,5-5 мг сублінгвально), а за неефективності терміново розпочинають тимчасову *електрокардіостимуляцію*.

Ефективне лікування гострої СН у вагітної чи роділлі можливе лише за умови обрання адекватної *лікарської тактики*.

а) Якщо набряк легенів розвинувся під час вагітності, незалежно від її терміну, зусилля лікарів мають бути спрямовані на ліквідацію цього життєзагрозливого стану. Екстрене переривання вагітності чи екстрене розродження у будь-який спосіб є небезпечним і може призвести до смерті хворі жінки. Питання щодо переривання вагітності може бути обговорене лише після купірування явищ гострої СН і стійкої нормалізації стану вагітної.

б) У разі, коли набряк легенів розвинувся на початку I періоду пологів, пологову діяльність не слід підсилювати. Якщо проводили родостимуляцію, інфузію утеротонічного засобу (окситоцин, простагландини) необхідно терміново припинити. Після повної ліквідації кардіологічного ускладнення, залежно від акушерської ситуації вирішують питання щодо подальшого введення родів. У більшості подібних випадків доцільним є кесарів розтин.

в) Якщо гостра СН настала наприкінці I або у II періоді родів, необхідно пришвидшити розродження, не припиняючи інтенсивну кардіальну терапію. За необхідності пологову діяльність обережно підсилюють і, коли з'являються умови для накладання акушерських щипців, виконують цю операцію.

Антиаритмічна терапія

Аритмії, що трапляються під час вагітності частіше, ніж поза вагітністю, нерідко не зумовлюють небезпеку для здоров'я матері та дитини, а отже не потребують лікування. Питання щодо доцільності призначення антиаритмічних препаратів або інших методів терапії вирішує кардіолог.

Лікування аритмій під час вагітності та пологів у цілому не відрізняється від такого поза вагітністю. Проте, відсоток лікувальних невдач та ризик токсичних

ефектів антиаритмічних засобів у вагітних вищий. Тому призначення цих медикаментів має відбуватися за суворими показаннями, а контроль під час проведення лікування має бути максимально ретельним.

Електрична кардіоверсія та дефібриляція під час вагітності не протипоказані.

Лікування фібриляції передсердь (миготливої аритмії)

а) Постійна форма – контроль частоти серцевих скорочень за допомогою дигоксину, бета-блокаторів, верапамілу, або комбінацій дигоксин + бета-блокатор чи дигоксин + верапаміл.

б) Пароксизм – відновлення синусового ритму за допомогою ліків (прокаїнамід, пропафенон) або електричної кардіоверсії, попередження рецидиву за допомогою антиаритмічних засобів I класу (етацизин, пропафенон), бета-блокаторів, соталолу.

Лікування пароксизмальних надшлуночкових тахіаритмій

а) Ліквідація:

- вагусні проби (масаж каротидних синусів, натискання на очні яблука, прийом Вальсальви, подразнення кореня язика), верапаміл внутрішньовенно,
- аденозин внутрішньовенно;
- пропафенон або флекаїнід внутрішньовенно;
- черезстравохідна кардіостимуляція або електрична кардіоверсія.

б) Попередження – верапаміл, бета-блокатори, інвазивні методи лікування (хірургічна чи катетерна абляція).

Лікування шлуночкової тахікардії

а) З порушенням гемодинаміки:

- прекардіальний удар;
- дефібриляція.

б) Без порушення гемодинаміки:

- прекардіальний удар;
- лідокаїн;
- прокаїнамід;
- пропафенон.

в) Попередження рецидивів:

- етацизин;
- бета-блокатори;
- пропафенон;
- соталол;
- комбінація бета-блокатор + пропафенон.

Лікування брадиаритмій:

- атропіну сульфат;
- ізопреналін;
- електрокардіостимуляція.

Антикоагулянтна терапія

Антикоагулянтна терапія під час вагітності може проводитися у постійному режимі (штучні механічні клапани серця) або упродовж певного періоду (пароксизм фібриляції передсердь, що триває більше 48 год., нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда, дилатаційна кардіоміопатія, ін.). Антикоагулянти

також застосовують профілактично перед абдомінальним розродженням у жінок з високим ризиком тромбоемболії легеневої артерії.

Безпечними для плода є стандартний гепарин та низькомолекулярні гепарини (еноксапарин, надропарин кальцію, далтепарин), що можуть застосовуватися без обмежень у будь-які терміни вагітності.

Введення гепарину слід припинити за 4 год. до кесарева розтину або з початком переймів і відновити через 6 год. після родів.

Побічні ефекти гепарину у разі тривалого застосування - тромбоцитопенія та остеопороз у матері.

Непрямі антикоагулянти (варфарин, аценокумарол, феніндіон), попри їх несприятливу дію на плід, застосовують для постійної антикоагулянтної терапії у вагітних зі штучними клапанами серця, підтримуючи міжнародне нормалізоване відношення 2,5-3,0 або протромбіновий індекс 50-60%. Непрямі антикоагулянти доцільно відмінити у період від 5 до 13 тижнів вагітності та обов'язково за 2-3 тижні до очікуваного терміну родів, призначивши нефракціонований гепарин або низькомолекулярний гепарин (НМГ).

Після пологів продовжують введення стандартного гепарину або НМГ, а починаючи з третьої доби призначають непрямий антикоагулянт. Упродовж трьох діб (3-5-а доба післяпологового періоду) одночасно вводять прямий і непрямий антикоагулянти. Досягнувши цільового рівня міжнародного нормалізованого відношення (3,0-3,5) або протромбінового індексу (~50%), прямий антикоагулянт відміняють.

Хірургічне лікування хвороб серця під час вагітності застосовують у плановому (має великі переваги) або екстреному порядку.

Цілковито безпечними для плода та перебігу вагітності є кардіохірургічні втручання, що виконуються без застосування штучного (екстракорпорального) кровообігу. Операції, що потребують штучного кровообігу, часто призводять до самовільного переривання вагітності/передчасних родів або антенатальної загибелі плода.

Окрім торакотомічних операцій, під час вагітності широко застосовують малоінвазивні черезшкірні ендovasкулярні втручання (балонна дилатація, катетерна абляція тощо), імплантацію електрокардіостимулятора та інші прийоми "агресивної кардіології".

Якщо хвороба серця є операбельною, і операція не потребує штучного кровообігу, хірургічне лікування - найкраща альтернатива перериванню вагітності у пізньому терміні.

Планову операцію на серці проводять у період між 16 та 26 тижнями вагітності. Цей оптимальний термін характеризується безпечністю для плода, найменшим ризиком переривання вагітності та залишає достатньо часу для реабілітації хворої до настання родів.

Особливі умови проведення хірургічного лікування під час вагітності:

- проведення медикаментозної профілактики самовільного переривання вагітності;
- забезпечення ретельного спостереження за станом плода у післяопераційному періоді;
- організація спільного нагляду хворої кардіохірургом та акушером-

гінекологом.

Показання до планової операції на серці під час вагітності:

- мітральний стеноз;
- клапанний стеноз легеневої артерії;
- стеноз устя аорти;
- коарктація аорти;
- відкрита артеріальна протока;
- констриктивний перикардит;
- порушення ритму та провідності серця.

Якщо операцію на серці проведено в оптимальні терміни, і ефект її гарний, вагітність пролонгують до фізіологічного строку родів і ведуть їх згідно з акушерською ситуацією без виключення періоду потуг.

Екстрене кардіохірургічне втручання, що має на меті врятування життя хворої, проводять у будь-якому терміні вагітності та під час родів.

Якщо екстрену операцію на серці виконують під час родів, то розродження має бути проведено відразу після операції. Спосіб розродження залежить від акушерської ситуації і, за наявності умов до накладання акушерських щипців, виконують цю операцію, за відсутності таких умов - кесарів розтин.

Одночасне проведення операції на серці та кесарева розтину в плановому порядку не рекомендується. Якщо, з огляду на тяжкий стан хворої, існує високий ризик настання набряку легенів або інших гострих кардіологічних ускладнень, як виключення приймається рішення про одночасне проведення кардіохірургічної та розроджувальної операцій, першим виконують кесарів розтин, потім - операцію на серці.

Розродження

Розродження вагітних групи I ступеня ризику проводять у родопомічному закладі II рівня акредитації; II ступеня - у закладі III рівня, III та IV ступенів - у спеціалізованому закладі.

Вагітні груп I та II ступенів ризику народжують у фізіологічному терміні після спонтанного початку пологової діяльності.

Хворі груп III та IV ступенів ризику нерідко потребують планової індукції родів, аби медичну допомогу їм надавала мультидисциплінарна бригада найдосвідченіших і кваліфікованих спеціалістів. Термін розродження таких хворих визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода.

Показання до дострокового розродження з боку матері:

- прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії;
- прогресування коронарної патології;
- розшарування аорти;
- приєднання прееклампсії, що обтяжує перебіг основного захворювання.

Показання до дострокового розродження в інтересах плода:

- наявність ціанозу (вроджені вади серця синього типу);
- легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера);
- затримка утробного росту, незалежно від характеру основного захворювання.

В усіх випадках, коли немає акушерських або спеціальних кардіологічних показань до кесарева розтину, роди починають вести через природні родові шляхи.

Роділлеї групи II ступеня ризику, окрім лікаря акушера-гінеколога, спостерігає лікар терапевт, груп III та IV ступенів - лікар кардіолог та лікар анестезіолог.

Упродовж усього родового акту у хворих високого та вкрай високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену.

Знеболення пологової діяльності може здійснюватися різними немедикаментозними та медикаментозними засобами, у тому числі наркотичними анальгетиками.

Оптимальний спосіб знеболення родової діяльності у кардіологічних хворих – епідуральна анестезія.

Специфічними кардіологічними протипоказаннями до епідуральної анестезії є:

- обструкція вихідного тракту лівого шлуночка;
- стеноз устя аорти.

Оптимальне положення роділлі - на лівому боці (дозволяє зменшити величину різниці між гемодинамічними параметрами під час переймів і потуг та в інтервалах між ними), або напівсидячи.

За показаннями проводять профілактику інфекційного ендокардиту.

Показання до профілактики інфекційного ендокардиту.

Обов'язкові:

- штучний механічний клапан серця;
- інфекційний ендокардит в анамнезі.

Можливі:

- вади серця та кардіоміопатії, що зумовлюють високий або вкрай високий ризик.

Спосіб профілактики інфекційного ендокардиту

Один чи два антибіотики вводять в активній фазі I періоду родів або за 30 хв. до початку планової операції кесарева розтину і повторюють введення через 8 годин. Антибіотики вводять внутрішньовенно. Якщо використовують два антибіотики, обидва вводять внутрішньовенно або один - внутрішньовенно, другий – внутрішньом'язово.

Можливі варіанти антибактеріальної профілактики:

- ампіцилін 2 г + гентаміцин 1,5 мг/кг;
- цефазолін 2 г;
- цефотаксим 2 г;
- цефтриаксон 2 г.

Окрім вищенаведених можуть бути застосовані й інші схеми з використанням різних напівсинтетичних пеніцилінів або цефалоспоринів, або глікопептидів у поєднанні з аміноглікозидом, карбапенемів тощо.

Не слід застосовувати будь які антибіотики в комбінації з клавулановою кислотою у зв'язку з ризиком виникнення у дитини некротичного ентероколіту.

Як утеротонічний засіб використовують окситоцин. Похідні ергометрину кардіологічним хворим протипоказані.

Хворі групи I ступеня ризику народжують самостійно. Питання щодо необхідності укорочення другого періоду у хворих II ступеня ризику вирішує терапевт залежно від стану роділлі. У разі III чи IV ступеня ризику потуги обов'язково виключають за допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції.

Кардіологічними показаннями до планового кесарева розтину є:

- аневризма аорти будь-якого генезу;
- коарктація аорти;
- значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду <40%);
- констриктивний перикардит.

Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих III та IV ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження у разі недостатньої зрілості шийки матки (алгоритм акушерської тактики ведення вагітності у жінок з хворобами серця).

Алгоритм профілактики

Післяпологове консультування щодо контрацепції

Перед випискою породіллі зі стаціонару її консультують з питань планування сім'ї. Хворим, які відносяться до груп I і II ступеня ризику, пояснюють доцільність дотримання оптимального інтервалу 2-5 років між теперішніми та наступними пологами. Хворим груп III та IV ступенів ризику переконливо радять уникати вагітності в майбутньому, пояснюють доцільність постійної контрацепції.

Хворій рекомендують звернутися для індивідуального добору методу контрацепції до Центру планування сім'ї. Докладно пояснюють ризики застосування у разі серцево-судинних захворювань комбінованих оральних контрацептивів та комбінованих ін'єкційних контрацептивів, депо-медроксипрогестерону ацетату та норетистерону енантату. Водночас пояснюють безпеку чисто прогестинових таблеток (міні-пілі), внутрішньоматкових засобів, що містять мідь, бар'єрних методів та сперміцидів. В процесі консультування також надають інформацію щодо механізму дії, надійності, переваг та недоліків рекомендованих методів контрацепції, можливих побічних ефектів та тривожних ознак. Висвітлюють можливу участь чоловіка/партнера у плануванні сім'ї.

Серцево-судинна патологія у вагітних. Серед екстрагенітальної патології у вагітних перше місце посідають захворювання серцево-судинної системи, серед яких найчастіше спостерігаються вади серця. Набуті вади серця діагностують у 7-8% вагітних. Діагностика вад серця у вагітних і рішення про можливість збереження й виношування вагітності дуже складні. Це пов'язано з фізіологічними змінами в серцево-судинній системі вагітних:

1. Необхідність забезпечення плода всім необхідним для його розвитку.
2. Збільшення маси тіла вагітної.
3. Значні гормональні зміни.
4. Збільшення ОЦК.

5. Більш високе стояння діафрагми і пов'язане з цим більш горизонтальне положення серця, що потребує від системи кровообігу перебудови та пристосування до нових умов роботи.

6. Відбувається збільшення систолічного й хвилинного об'єму серця (кількості крові, що викидається в аорту лівим шлуночком під час кожного скорочення за 1 хв.). Максимальне навантаження серце переносить у 32 тижні вагітності.

7. Збільшується маса серця і його об'єм за рахунок гіпертрофії, головним чином, лівого шлуночка. Пульс у більшості вагітних дещо прискорюється. Відзначається розширення судинного ложа капілярів, збільшується судинна проникність. Швидкість кровоплину зменшується з 13 до 36 тижнів вагітності у зв'язку із зростанням циркуляції крові в матці. На особливу увагу заслуговує поява в 30-40% здорових вагітних функціональних систолічних шумів на верхівці серця над легеневою артерією і в 3-му міжребір'ї, поблизу краю грудини. Шуми частіше вислуховують у разі горизонтального положення вагітної і можуть зникати в разі зміни положення на вертикальне. Часто вислуховують акцент II тону над легеневою артерією. Ці аускультативні дані з'являються в результаті змін положення серця й перегину легеневої артерії і спостерігаються в пізні терміни вагітності. Знання цих питань необхідні для того, щоб не припуститися діагностичної помилки й не переплутати функціональні шуми з проявами органічного захворювання серця.

Для прогнозування закінчення вагітності й пологів при набутих вадах мають значення такі фактори:

- активність ревматичного процесу;
- форма та стадія розвитку вади;
- компенсація або декомпенсація кровообігу;
- ступінь легеневої гіпертензії;
- порушення серцевого ритму;
- приєднання акушерської патології.

Всі ці фактори визначають вибір акушерської тактики під час вагітності, пологів і в післяпологовий період. Критеріями активності ревматичного процесу у вагітних є:

- зменшення вмісту альбумінів у крові;
- підвищення рівня глобулінів;
- збільшення вмісту фібриногену;

- збільшення коефіцієнта ліпопротеїдів (більше 2,5);
- збільшення показників дифеніламінової реакції (більше 0,23) і сіалової кислоти (більше 0,16);
- наростання титру антистрептолізину (більше 1:200) і антигіалуронідази (більше 1:250);
- позитивна реакція на С-реактивний білок.

У разі визначення ступеня декомпенсації кровообігу необхідно користуватися класифікацією М.Д. Стражеско й В.Х. Василенка:

I стадія - латентна. Зміни в системі кровообігу виявляються в разі фізичного навантаження.

II стадія - недостатність кровообігу.

IIA стадія - зміни кровообігу в одному колі. IIB стадія - зміни кровообігу у двох колах.

III стадія - дистрофічна. Розвиваються необоротні зміни в органах і тканинах.

Причини декомпенсації серця в період вагітності різні й не завжди відомі. До них відносяться:

- збільшення ОЦК і хвилинного об'єму серця, особливо після 30 тижнів вагітності;
- виникнення гіпертонічних розладів у вагітних в другій половині вагітності (підвищення АТ, продукції альдостерону, збільшення об'єму крові, розвиток набряків);
- загострення ревматизму; виникнення септичного ендокардиту;
- інфекція верхніх дихальних шляхів, грип, пневмонія, загострення вогнищевої інфекції;
- легенева гіпертензія і легеневе серце. Ознаками декомпенсації серця в період вагітності є:

1. Ядуха.
2. Зменшення життєвої ємності серця.
3. Тахікардія.
4. Збільшення частоти дихання.
5. Порушення серцевого ритму.

Прискорення пульсу до 100-110 і більше ударів за 1 хв. може свідчити про виникнення декомпенсації, якщо в жінки не було сильного нервового перенапруження або підвищення температури тіла. Часті й тривалі напади пароксизмальної тахікардії загрожують важкими розладами й вимагають спеціального лікування. Таке саме значення має дихання, більше 24 за 1 хв., воно може бути ознакою початку застою в легенях. Миготлива аритмія частіше спостерігається в разі мітральної ваді і є ознакою ураження міокарда, що є небезпечним для вагітної, оскільки на певному етапі може призвести до емболії.

Визначення активності ревматичного процесу під час вагітності має певні труднощі. Так, субфебрилітет, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув вліво формули білої крові бувають і в здорових вагітних. Діагностичне значення має визначення титру стрептолізину й антигіалуронідази в крові. Після встановлення діагнозу і визначення розвитку ваді серця у вагітної необхідно вирішити питання про можливість виношування і пролонгування вагітності.

Вагітність протипоказана в разі:

- активації ревматичного процесу (загострення ендоміокардиту) або у випадках, коли активний процес мав місце протягом року до теперішньої вагітності;
- ушкодження клапанів, що супроводжується функціональною недостатністю міокарда або мають місце явища недостатності кровообігу;
- мітрального стенозу III-IV-V стадії за класифікацією А.Н. Бакулева й Е.А. Дамир, а також в разі поєднаних вад з перевагою стенозу;
- миготливої аритмії;
- гострого ревматичного міокардиту;
- інфаркту міокарда, частих нападів стенокардії;
- ревматичних уражень серця, які супроводжуються захворюваннями інших органів і систем, особливо в жінок віком, старших за 30 років;
- серцево-легенева недостатність у вагітних з деформацією грудної клітки.

Вагітних з ревматичними вадами серця необхідно госпіталізувати тричі на профілактичне ліжко:

1. У ранній термін вагітності (7-8 тижнів) для уточнення діагнозу, виявлення ступеня активності ревматичного процесу, функціональної характеристики різних органів і систем, а також вирішення питання про доцільність пролонгування вагітності.

2. На 28-32-му тижні вагітності - в період максимального навантаження на серцево-судинну систему.

3. За 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів для проведення протиревматичної терапії і визначення плану ведення пологів.

Помилковим є погляд на недостатність мітрального клапана як на ваду, що не становить небезпеку в період вагітності й пологів. Тільки в початкових стадіях недостатності, коли ще немає гемодинамічних порушень, можна зберігати вагітність. У разі вираженої недостатності мітрального клапана зі значною регургітацією збереження вагітності протипоказане, тому що є серйозна небезпека швидкого наростання серцево-судинної недостатності, особливо під час пологів.

Протягом останніх років стеноз атріовентрикулярного отвору вважали протипоказанням для збереження вагітності. Тепер це питання вирішують індивідуально, залежно від стадії вади. У разі клінічного визначення стадії вади доцільно використовувати класифікацію О.М. Бакулева й С.А. Дамир. Відповідно до цієї класифікації розрізняють п'ять стадій розвитку вади:

I - відсутні ознаки декомпенсації, припустимі вагітність і пологи через природні пологові шляхи;

II - супроводжується початковими симптомами серцево-судинної недостатності, можливе збереження вагітності в разі постійного лікарського спостереження, під час пологів необхідно виключити потуги за допомогою акушерських щипців;

III - виникають застійні явища в легенях, підвищується венозний тиск, збільшується печінка;

IV - явища застою у великому й малому колах кровообігу різко виражені, значно підвищений венозний тиск, печінка значно збільшена, асцит, периферійні

набряки;

V - відповідає дистрофічній стадії за класифікацією М.Д. Стражеска, В.Х. Василенка.

У III, IV, V стадіях вагітність категорично протипоказана. У разі аортальних вад питання про можливість виношування вагітності вирішується залежно від периферійних симптомів вади. В період компенсації можливі вагітність і пологи, а у стадії декомпенсації - вагітність категорично протипоказана.

Зараз акушерам-гінекологам часто доводиться вирішувати питання про можливість збереження вагітності й способи її ведення після операції на серці (частіше після мітральної комісуротомії). Необхідно враховувати, що зворотний розвиток гемодинамічних розладів настає не раніше, ніж через 1-1,5 року після успішно виконаної мітральної комісуротомії. Дозвіл на вагітність через декілька років після операції на серці є недоцільним, оскільки за цей час може виникнути рестеноз, подальше прогресування ревматичного процесу. Вагітність протипоказана в разі негативних результатів операції, розвитку повторного ревмокардиту, підгострого септичного ендокардиту, при рестенозі атріовентрикулярного отвору.

Лікування хворих з вадами серця і ведення їх під час вагітності, підготовка до пологів вимагають комплексного спостереження акушера-гінеколога й терапевта. Рациональне ведення вагітної з вадами серця складається з таких моментів:

1. Відповідний режим.
2. Лікувальна фізкультура.
3. Лікувальне харчування.
4. Психопрофілактична підготовка до пологів.
5. Оксигенотерапія.
6. Медикаментозна терапія.

Переривання вагітності в пізній термін є небезпечним. Переривання вагітності не усуває декомпенсацію, не зупиняє патологічний процес, а в деяких випадках - ускладнює його перебіг. У тих випадках, коли комплексне лікування є неефективним і збільшуються прояви порушення кровообігу, необхідно перервати вагітність незалежно від її терміну. Недоцільним є дострокове розродження, тому що активізація ревматичного процесу після 34-36 тижнів спостерігається дуже рідко.

Закінчення вагітності для матері й плода залежить не тільки від стану гемодинаміки, але й від ефективності допологової підготовки хворої і внутрішньоутробного плода. Допологова підготовка складається з протиревматичної, кардіотонічної, кардіотрофічної терапії, лікування акушерських ускладнень. Одночасно проводять підготовку пологових шляхів введенням спазмолітиків, вітамінів, гормонів, енергетичних речовин, застосуванням ламінарій, введення гелю з простагландинами в заднє склепіння піхви, шийку матки.

Пологи через природні пологові шляхи дозволяють хворим, у яких стабільні показники гемодинаміки та сприятлива акушерська ситуація: не обтяжений акушерський анамнез, вік не старший за 28 років, головне передлежання плода,

маса плода більше, ніж 2500 г, задовільний стан, зрілі пологові шляхи. Акушер-гінеколог, терапевт, анестезіолог призначають день пологів, засоби для неінгаляційного наркозу, обсяг інтенсивної терапії в I, II, III періоди пологів і в ранній післяпологовий період. Обов'язково проводять катетеризацію підключичної вени для проведення інтенсивної терапії. Контроль центральної гемодинаміки через катетер Сван-Ганца, який вводиться у легеневу артерію, необхідний у роділь з III і IV функціональним класом. Можливою альтернативою катетеризації легеневої артерії є вимірювання центрального венозного тиску. З появою переймів забезпечують анальгезію і психологічний спокій. Наприкінці II періоду пологів наркоз поглиблюють за допомогою ШВЛ. Застосування епідуральної анестезії є безпечним і ефективним методом. Проте, слід запобігати гіпотензії – не рекомендується застосовувати медикаменти, що викликають тахікардію (атропін, панкуроніум, меперидин). II період проводиться в положенні жінки на лівому боці; закінчуювати II період пологів накладанням акушерських щипців необов'язково (відповідно до акушерської ситуації).

У жінок в післяпологовому періоді найчастіше виникає ускладнення - загострення ревматичного процесу. Тому необхідно призначити курс протиревматичної терапії, крім того, можливі ускладнення, зумовлені розвитком післяпологової інфекції.

Питання про доцільність розродження шляхом операції кесарева розтину виникає у таких випадках:

- у разі повторного й підгострого септичного ендокардиту;
- у разі різко вираженої вади серця з перевагою стенозу або недостатності лівого шлуночка, коарктації аорти, за відсутності ефекту від активної тривалої медикаментозної терапії;
- у разі поєднання вади серця з акушерською патологією (вузький таз, поперечне положення плода, передлежання плаценти).

Кесарів розтин необхідно виконувати лише тоді, коли до захворювання серця приєднується акушерська патологія, що не дозволяє розраховувати на швидке закінчення пологів через природні пологові шляхи. Під час кесарева розтину дуже швидко змінюються умови гемодинаміки, до яких хворе серце не завжди встигає адаптуватися. Все це дає привід рекомендувати розродження шляхом операції кесарева розтину тільки за поєднаної патології (терапевтичної і акушерської).

Виключення II періоду пологів здійснюють шляхом накладання акушерських щипців за таких умов:

- 1) повільний перебіг ендокардиту;
- 2) комбінована вада з перевагою стенозу або чистий стеноз III-IV-V ступеня (за класифікацією Бакулєва-Дамир);
- 3) недостатність кровообігу II ступеня й більше;
- 4) миготлива аритмія;
- 5) коронарна недостатність внаслідок ревматичного коронариту. Частим і загрозливим ускладненням пологів у хворих з мітральною вадою є набряк легень. Якщо набряк легень почався в I періоді пологів, не слід прискорювати пологи. Необхідно використовувати комплексну терапію для боротьби з гострою серцево-судинною недостатністю, усунути у хворих набряк легень і тільки після цього

вирішувати питання про розродження залежно від акушерської ситуації. Якщо набряк розвився в II період пологів, необхідно максимально швидко провести розродження, у той самий час вживати заходи щодо виведення хворої з цього стану.

Вроджені вади серця

Існує близько 50 різноманітних відомих вроджених аномалій розвитку серцево-судинної системи, з них близько 15-20 форм - це вади, з якими хворі не доживають до репродуктивного віку. У недалекому минулому за будь-якої форми вродженої вади серця вагітність вважалася неприпустимою. На сьогодні у зв'язку з набутим досвідом ведення таких хворих, вважається, що вагітність припустима в разі оперованої відкритої аортальної протоки, ізольованого стенозу легеневої артерії з невеликим звуженням, що перебігає без значного навантаження на праві відділи серця, коарктації аорти II ступеня (за умов стабілізації АТ в межах 160/90 мм рт. ст.), низько розташованого дефекту (у м'язовому відділі) міжшлуночкової перетинки й невеликому ізольованому дефекту міжпередсердної перетинки. *Вагітність протипоказана в разі:*

- вад із ціанозом, що виникає у хворих із високо розташованим дефектом міжшлуночкової перетинки;
- значного стенозу легеневої артерії;
- великого дефекту міжпередсердної перетинки;
- коарктації аорти II-III ступеня (АТ вище 160/100 мм рт. ст.);
- вад «синього» типу.

У цих хворих вагітність найчастіше настає на тлі аменореї, що зумовлена важким перебігом захворювання, тому її пізно діагностують. У результаті цього складається ситуація, за якої пролонгування вагітності або переривання її будь-яким способом поєднані з ризиком для життя хворої.

Гіпертонічна хвороба

Гіпертонічну хворобу діагностують у 7-29% вагітних. За даними ВООЗ материнська смертність у разі гіпертонічної хвороби сягає 40%. Крім того, гіпертонічна хвороба в період вагітності відноситься до факторів ризику подальшого прогресування захворювання після пологів і розвитку ІХС. Діагноз гіпертонічної хвороби в період вагітності встановити складно, якщо він не був встановлений до її настання. Він базується на таких ознаках:

1. Раннє (у перші чотири місяці вагітності) підвищення АТ.
2. Відсутність симптомів гестозу вагітних (набряки, протеїнурія, циліндрурія).

Класифікація гіпертонічної хвороби (за ОЛ. М'ясниковим):

I стадія, фаза А - латентна, передгіпертонічна, за якої спостерігається лише тенденція до підвищення АТ під впливом емоцій, холоду й інших факторів. Це ще не хвороба, а гіперреактивність на тлі виражених невротичних реакцій.

I стадія, фаза В - транзиторна. Підвищення АТ нестійке й короткочасне. Під впливом спокою, режиму, лікування або без видимих причин АТ нормалізується, зникають усі симптоми хвороби. Ця стадія оборотна.

II стадія, фаза А - нестійка, характеризується лабільністю постійно підвищеного АТ. У разі лікування теж може спостерігатися її оборотний розвиток.

II стадія, фаза В - стійка, АТ стабільно підвищений. Але й у цій стадії

зберігається функціональний характер захворювання, тому що не відзначають виражені анатомічні зміни в органах.

III стадія, фаза А - компенсована. АТ стабільно підвищений. Виражені дистрофічні й фіброзно-склеротичні зміни органів і тканин, що зумовлені розвитком артеріологіалінозу й артеріолонекрозу, а також приєднанням атеросклерозу великих судин мозку, серця, нирок. Однак зміни значною мірою компенсовані.

III стадія, фаза В - декомпенсована. Характеризується стійким підвищенням АТ і важкими порушеннями функціонального стану внутрішніх органів. У цій стадії хворі повністю непрацездатні.

У разі гіпертонічної хвороби II стадії вагітність перебігає відносно задовільно, хоча в 20% вагітних може виникнути прееклампсія, у 12% - передчасні пологи. У хворих на гіпертонічну хворобу II стадії рідко виникають гіпертонічні кризи, стенокардія. Вагітність при II стадії допустима.

У разі гіпертонічної хвороби IIIA стадії ускладнення вагітності виникають частіше. У половини хворих приєднуються симптоми прееклампсії, у кожної п'ятої хворої виникають передчасні пологи, а в такої самої кількості хворих плід гине антенатально, у тому числі внаслідок передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Високий АТ спричинює порушення матково-плацентарного кровообігу, тому в плода виявляють ознаки дистресу й гіпотрофії.

Гіпертонічні кризи, важка коронарна недостатність, які можуть виникнути при IIIA стадії гіпертонічної хвороби, стабільно високий АТ, відсутність ефекту від медикаментозної терапії, прогресування прееклампсії є показанням до переривання вагітності.

У разі IIIB стадії гіпертонічної хвороби вагітність рекомендують перервати. У разі III стадії у зв'язку з декомпенсованим станом внутрішніх органів вагітність абсолютно протипоказана, її переривають в будь-якому терміні.

Вагітні з гіпертонічною хворобою повинні перебувати на диспансерному обліку. Контроль АТ в першій половині вагітності проводять 1 раз на 10 днів, у другий - 1 раз на 4-5 днів. За наявності II стадії гіпертонічної хвороби хвору слід повторно госпіталізувати: перший раз до 12 тижнів вагітності для уточнення діагнозу й вирішення питання про можливість збереження вагітності. Друга планова госпіталізація в 28 тижнів. Позапланово - в разі порушення стану жінки (ознаки прееклампсії, гіпертонічні кризи) і симптомів неблагополуччя плода. Остання госпіталізація - за 3-4 тижні до строку пологів для вирішення питання про метод розродження і для підготовки пологів.

У більшості випадків ведення пологів носять очікувальний характер, їх слід проводити через природні пологові шляхи з адекватним знеболюванням. У II період пологів за неефективності гіпотензивної терапії, погіршення стану роділлі й плода необхідно закінчувати пологи шляхом накладання акушерських щипців. Показаннями для операції кесарева розтину є виникнення до пологів або в I період пологів таких патологічних станів, як передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, відшарування сітківки, порушення мозкового кровообігу, дистресу плода.

Необхідно пам'ятати, що в жінок із гіпертонічною хворобою в пологах може

виникнути еклампсія, підвищена крововтрата в III період пологів.

Терапію хворих із гіпертонічною хворобою проводять індивідуально, вона залежить від стадії захворювання. Лікування повинне бути комплексним: охоронний режим, дієтотерапія, медикаментозне лікування, велике значення має психопрофілактична підготовка до пологів. Основні групи препаратів, які використовують, це спазмолітики, салуретики, симпатолітики, гангліоблокатори, адреноблокатори. Поєднуючи 2-3 препарати можна здобути добрий ефект і знизити дозу гіпотензивних препаратів, що дуже важливо для попередження негативного впливу на плід.

Артеріальна гіпотензія у вагітних. Артеріальна гіпотензія може бути конституціональною особливістю індивідуума або симптомом іншого захворювання. При артеріальній гіпотензії можуть бути скарги на запаморочення, головний біль, слабкість, втому. Хворі часто непритомніють, трапляються колаптоїдні стани. Характерні м'язова слабкість, судинна лабільність, схильність до анемії, гіпоглікемія, адинамія. Артеріальна гіпотензія у більшості випадків не є протипоказанням до збереження вагітності.

Лікування артеріальної гіпотензії у вагітних. Показані тривалі курси внутрішньовенних вливань 20 % розчину глюкози з тіаміну гідрохлоридом (вітаміном В₁ мл 5 % розчину, кордіамін - 2 мл підшкірно або по 20 крапель 3 рази на день всередину, тонгінал по 15 крапель тричі на день всередину, мезатон - 1 мл 1 % розчину 2 рази на день підшкірно).

Анемія і вагітність

Під час вагітності збільшуються ОЦК і його складові - об'єм плазми і об'єм еритроцитів, причому об'єм плазми підвищується більше, ніж об'єм еритроцитів. Відбувається розведення еритроцитів у великій кількості рідини, відносно зменшення їх числа при абсолютному збільшенні об'єму плазми. Цей стан називається гідремією і не є анемією, хоча і спостерігається закономірне зменшення показників червоної крові.

Однак у вагітних часто розвивається справжня анемія. Частота захворювання коливається від 21 до 89% серед вагітних усього світу. У більшості випадків (90%) розвивається залізодефіцитна анемія. Анемія, що діагностується в ранні терміни вагітності, зазвичай, виникає до її настання. Анемія, що зумовлена вагітністю, розвивається в другій її половині.

Клінічна картина і діагностика. Часто хворі з анемією не мають ніяких скарг. Однак можуть спостерігатися слабкість, задишка, головокружіння, непритомність. Часто з'являються трофічні зміни, що пов'язані з дефіцитом в організмі ферментів, які містять залізо: випадіння волосся, ламкість нігтів, тріщини в куточках рота. В крові в разі анемії виявляють зменшення вмісту гемоглобіну, кількості еритроцитів, рівня заліза сироватки крові. Діагноз справжньої анемії підтверджується в разі виявлення в мазку крові змінених еритроцитів - поїкілоцитів і анізоцитів. Розрізняють анемію легкого, середнього і важкого ступеня. В разі анемії легкого ступеня вміст гемоглобіну в крові складає 90-109 г/л, гематокрит 37-31%, у разі середнього ступеня важкості - 70-89 г/л, гематокрит 30-24%, а в разі важкої анемії - менше 69 г/л, гематокрит 23-13%. Для діагностики анемії вагітних, крім визначення гемоглобіну і гематокриту обов'язковим є

визначення кольорового показника і мікроцитозу, також концентрації сироваткового заліза. Необхідно визначати рівень феритину – «золотий стандарт» діагностики анемії, загальної залізо зв'язувальної здібності сироватки крові, трансферину.

Лікування. В лікуванні анемії у вагітних важливе значення має дієта – диверсифікація раціону харчування, тобто вживання харчових продуктів з високим вмістом мікроелементів і вітамінів.. Жінці слід споживати не менше 120 г білка за день. Із м'яса засвоюється 6% заліза, а з рослинної їжі - тільки 0,2%. Анемію лікують препаратами заліза (іонні, сольові, комбіновані), які вживають всередину в формі таблеток, капсул або розчинів (сорбіфер, актиферин, тотема, гінотрідиферон та ін.). Внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення препаратів заліза не має переваг, але може призвести до важких ускладнень. Лікування анемії тривале і не передбачає швидкого досягнення ефекту. Вміст гемоглобіну збільшується до кінця 3-го тижня лікування, нормалізація цього показника відбувається ще пізніше - через 9-10 тижнів, але самопочуття жінки покращується швидко. Дуже важливим є той факт, що у разі одужання вагітної, не слід припиняти терапію ще протягом 3 місяців, оскільки передбачаються пологи з певною крововтратою, тривалий період вигодовування дитини груддю, що може спричинити рецидив анемії. Якщо в період вагітності ліквідувати анемію не вдається, то після пологів необхідно кожен рік протягом 1 місяця вживати препарати, що містять залізо. Лікування залізодефіцитної анемії проводять переважно амбулаторне, тільки у важких випадках потрібна госпіталізація.

У вагітних, окрім залізодефіцитної анемії, можуть спостерігатися і анемії іншого генезу: мегалобластна, гіпопластична, апластична, гемолітична, серпоподібно-клітинна. Для їх виявлення необхідно проводити обстеження в спеціалізованих лікувальних закладах. Після отримання результатів призначають адекватну терапію.

Серпоподібно-клітинна анемія - захворювання, що зумовлено порушенням амінокислотного складу гемоглобіну, наявність в еритроцитах генетично зумовленого патологічного S-гемоглобіну, у якому глютамінова кислота в кожному β-ланцюгу заміщена валіном. Аномалія наслідується за домінантним типом, проте клінічні прояви хвороби виникають лише при гомозиготному типі, тобто наслідуються за рецесивним типом. Серпоподібно-клітинна анемія поширена в Центральній Африці, у країнах Середземномор'я, у Закавказзі і Середній Азії. Хоча Україна не є ендемічним осередком серпоподібно-клітинної анемії, питання діагностики і лікування цієї хвороби стають актуальними тому, що в Україні перебуває велика кількість емігрантів і втікачів з ендемічних щодо серпоподібно-клітинної анемії районів. Найхарактернішою рисою серпоподібно-клітинної анемії (дрепаноцитозу) є своєрідна аномалія еритроцитів, що полягає в їх здатності набувати серпоподібну форму в умовах гіпоксемії.

Відхилення від норми амінокислотного складу молекул S-гемоглобіну призводять до його структурної недостатності, різко зменшується розчинність у відновленому стані; вона в 50 разів менша, ніж у нормального гемоглобіну. Основний дефект S-гемоглобіну, що призводить до зміни форми еритроцитів, виявляється тільки у фазі відновленого гемоглобіну за зниженого кисневого тиску

або за низького тиску. Серпоподібно-клітинні еритроцити мають знижену здатність до деформації, що призводить до оклюзії у мікроциркуляторному руслі. Повторні епізоди серпоподібного утворення сприяють підвищеній ригідності і ламкості еритроцитів, що в остаточному підсумку призводить до гемолізу еритроцитів. Практичне значення набуває той факт, що до розвитку судинно-оклюзійного кризу призводить підвищення показника гематокриту, яке супроводжується гіпервенозністю крові. Розвитку судинно-оклюзійного кризу сприяють і відкриті останнім часом прокоагулянтні властивості тромбоцитів, і їх підвищена адгезивність до судинного ендотелію. Таким чином, дрепаноцитоз, що є молекулярною хворобою гемоглобіну, дуже швидко після народження стає хворобою систем циркуляції і респірації, що виявляється гострою або хронічною целюлярною і органною гіпоксією. Вагітні, хворі на дрепаноцитоз, потребують спостереження гематолога-трансфузіолога й акушера-гінеколога. За наявності криз, що перебігають із ризиком для життя матері і плода, показане термінове переливання цільної крові або еритроцитарної маси, сумісних за усіма системами.

У останньому триместрі показані систематичні, кожні 3-4 тижні, екссангвінації з наступними трансфузіями фенотипованих розморожених еритроцитів. Перорально вводять фолати і збагачені фолатами продукти. З метою профілактики інфекцій за 10 днів до розродження призначають парентерально антибіотикотерапію. Пренатальну діагностику дрепаноцитозу здійснюють у жінок із HbA в I триместрі вагітності шляхом одержання трофобласта і дослідження гена В-гемоглобіну. Виявлення у плода аномального гена за наявності в обох батьків HbAS дозволяє визначити стан ризику народження гомозиготи SS і отже показання до переривання вагітності.

Пренатальна діагностика дрепаноцитозу. Спочатку пренатальну діагностику дрепаноцитозу здійснювали на фібробластах амніотичної рідини плода з ризиком гомозиготної А-таласемії. Методом одержання фібробластів плода є амніоцентез.

Останнім часом перспективною вважають процедуру біопсії хоріона найбільш безпечною (можна навіть проводити в амбулаторних умовах) і такою, що надає достатню кількість матеріалу для подальшого опрацювання. Під час цієї процедури критичним для успіху є спроможність одержати в біопсійному препараті можливо більше число трофобласних клітин, уникаючи вилучення сполучної тканини. Гомозиготну В-таласемію внутрішньоматково діагностували за допомогою вимірювання швидкості біосинтезу глобінових ланцюжків на ретикулоцитах плода, отриманих під час фетоскопії. Кров у плода беруть на 18-20-му тижні вагітності, коли судини пупкового канатика набувають достатнього розміру для пункції, а амніотична рідина не мутніє. Під контролем ультразвука в амніотичну рідину вводять фетоскоп, що має пристосування для взяття біопсії. Пунктують вену пупкового канатика і відбирають 0,1-1 мл крові, що безпосередньо досліджується на співвідношення в узятому зразку материнських і фетальних еритроцитів. Фетоскопія із взяттям крові - досить складна процедура і має важкі ускладнення - спонтанні аборти - 2,5%, перинатальна смертність - 5%, народження недоношених немовлят - 9%.

Хвороби органів дихання і вагітність

Бронхіти

Гострий бронхіт частіше виникає весною і восени. У вагітних превалюють первинні бронхіти, що розвиваються внаслідок інфекційного, вірусного ураження бронхів у разі переохолодження тіла. Рідше спостерігаються вторинні бронхіти - ускладнення туберкульозу і інших інфекційних захворювань. Бронхіт може бути алергійним. У цьому випадку він нерідко супроводжується астматичним компонентом. Причиною бронхіту можуть бути професійні шкідливості: хімічні, фізичні, пилові подразники дихальних шляхів. Гострий бронхіт часто поєднується з ларингітом, трахеїтом, гострою респіраторною вірусною інфекцією. Вагітність не зумовлює захворювання на бронхіт, але для періоду вагітності характерне набухання слизової оболонки бронхів.

Клінічна картина гострого бронхіту у вагітних не відрізняється від проявів захворювання у невагітних. На перебіг вагітності гострий бронхіт суттєво не впливає, але можливе внутрішньоутробне інфікування плода. Лікування в разі гострого бронхіту полягає у частому споживанні теплого пиття. Застосовують мікстуру з термопсиса, інгаляції лужних розчинів. Для пригнічення кашлю рекомендують слизистий відвар кореня алтеї. Для усунення бронхоспазму можна використовувати еуфілін (0,15 г 3 рази на день). У більшості випадків вдається ліквідувати гострий бронхіт у вагітних без антибактеріальних препаратів. За необхідності слід застосовувати ампіцилін (250 мг 4-6 рази на день).

Хронічний бронхіт. Клінічна картина хронічного бронхіту у вагітних аналогічна такій у невагітних. Неускладнений хронічний бронхіт не є протипоказанням до вагітності і пологів. Вагітним із хронічним бронхітом рекомендують припинити паління. Хворі потребують обстеження, у разі виявлення захворювань навколоносових пазух і зубів проводять необхідне лікування, оскільки ці захворювання можуть бути причиною хронічного бронхіту. Лікарські засоби і фізичні методи такі самі, як у разі лікування гострого бронхіту. Пологи у хворих на бронхіт перебігають без ускладнень.

Пневмонії

Гостра пневмонія у вагітних частіше перебігає важче через зменшення дихальної поверхні легень, високе стояння діафрагми, що обмежує екскурсію легень, додаткове навантаження на серцево-судинну систему.

Клінічна картина гострої пневмонії не відрізняється від такої самої у невагітних. За умов розвитку пневмонії незадовго до пологів слід за можливості відкласти розвиток пологової діяльності за допомогою β-міметиків та інших засобів, оскільки пологи небезпечні в зв'язку з дією токсичних та інфекційних факторів на нервову і серцево-судинну системи.

Лікування. Застосування антибіотиків дає можливість не тільки ефективно лікувати хворих, але і запобігати внутрішньоутробній загибелі плода. Під час вибору антибіотика слід зважати на чутливість мікрофлори, що виділяється з мокротинням, до антибіотиків з урахуванням терміну вагітності і впливу препарату на плід. Можуть бути використані ті самі антибіотики і в таких самих дозах, що й під час лікування гострого бронхіту. Не слід нехтувати і протигрибковими препаратами. Призначають муколітичні засоби. У разі тенденції до артеріальної гіпотензії застосовують сульфокамфокаїн, кордіамін внутрішньом'язово. Дуже

корисна киснева терапія. Як правило, пневмонія не є протипоказанням до збереження вагітності. Однак несвоєчасне і безладне призначення антибіотиків спричинює утворення вірулентних форм мікроорганізмів, нечутливих до антибіотиків, призводить до дисбактеріозу, зниження захисних сил організму, а як наслідок - до переходу гострої пневмонії в хронічну.

Хронічна пневмонія. У разі хронічної пневмонії I стадії вагітність припустима. У разі II стадії захворювання вагітність можна зберегти, але хворі повинні тривалий час лікуватися в стаціонарі. У III стадії хронічної пневмонії виражені дихальна і легенево-серцева недостатність. Функції зовнішнього дихання порушені, знижено поглинання кисню. Розвивається міокардитичний кардіосклероз - легеневе серце. При такому важкому стані вагітність абсолютно протипоказана. Вагітні мають бути госпіталізовані, за допомогою лікувальних процедур досягають максимально можливого покращання стану, після чого вагітність повинна бути перервана.

Лікування. У період загострення хронічної пневмонії призначають антибіотики. Цим хворим антибіотики показані і в разі застудних захворювань. Доцільно застосовувати еуфілін, оскільки при цьому знижується тиск в малому колі кровообігу, тобто еуфілін діє на основний патогенетичний механізм легеневого серця. Крім того, він усуває бронхоспазм. За недостатності кровообігу призначають серцеві глікозиди і сечогінні препарати. Не слід обмежувати вживання муколітичних засобів.

Пологи у хворих на хронічну пневмонію I та II стадій не мають особливостей, жінка може народжувати через природні пологові шляхи, але під час пологів необхідна терапія: постійна інгаляція кисню, введення 10 мл 2,4% розчину еуфіліну. У хворих на хронічну пневмонію III стадії потуги виключають за допомогою акушерських щипців або проводять операцію кесарева розтину. Це зумовлено тим, що характерне для «легеневого серця» збільшення ОЦК внаслідок притоку крові з матки при кожній переймі може спричинити гостру правошлуночкову недостатність серця, послабленого міокардіосклерозом і працюючого в умовах гіпоксії. У разі хронічної пневмонії III стадії терапія повинна включати внутрішньовенне введення серцевих глікозидів, незважаючи на метод розродження.

Бронхіальна астма

Частіше бронхіальна астма розвивається до вагітності, але може виникнути вперше під час вагітності. Напади ядухи у деяких жінок розвиваються на початку вагітності, в інших - у другій половині. Виникнення бронхіальної астми у вагітних пов'язують зі змінами, що відбуваються в організмі жінки, а саме - зі зміною синтезу простагландинів, що спричиняють бронхоспазм. Бронхіальна астма, що виникла в період вагітності, може зникнути після пологів, але може залишитися як хронічне захворювання. З урахуванням того, що під час вагітності збільшується вміст кортизолу, преднізолону і гістаміну в плазмі, у більшості хворих на бронхіальну астму можна було б очікувати на деяке покращання. Приблизно у 20% хворих спостерігається ремісія, у 10% - настає покращання в період вагітності. У більшості вагітних (70%) захворювання перебігає важче, зокрема превалюють середньоважкі і важкі форми загострення з нападами ядухи, періодично виникає

астматичний статус.

Перебіг астми погіршується в I триместрі вагітності. Напади бронхіальної астми під час пологів виникають рідко, особливо в разі профілактичного призначення в цей період бронхолітичних засобів і глюкокортикоїдних препаратів.

У вагітних з бронхіальною астмою частіше, ніж у здорових жінок, спостерігаються гестози. У них народжуються недоношені і гіпотрофічні немовлята. Іноді трапляється антенатальна загибель плода.

Бронхіальна астма не є протипоказанням для вагітності. Тільки за астматичних станів, що повторюються, і явищ легенево-серцевої недостатності може постати питання про дострокове розродження.

Лікування бронхіальної астми полягає насамперед у попередженні і блокуванні нападів ядухи. У легких випадках буває достатньо застосування бронхолітичних препаратів у формі інгаляцій і таблеток. У разі важких нападів ядухи лікування хворих з астматичним статусом обов'язково проводять у стаціонарі.

Важливе значення має виключення з раціону продуктів з високими алергенними властивостями і неспецифічних харчових подразників.

Захворювання системи травлення

Панкреатит

Гострий панкреатиту вагітних розвивається рідко, перебігає важко і в 39% випадків закінчується летально. Перинатальна смертність при цьому захворюванні складає 33%. Гострий панкреатит розвивається за будь-якого терміну вагітності, але частіше в її другій половині; материнська смертність у разі гострого панкреатиту підвищується зі збільшенням терміну вагітності.

У 75% вагітних гострий панкреатит клінічно проявляється гострим болем у верхній частині живота. Часто відзначаються оперізуючий біль. З'являються нудота, блювання, розвивається колапс. На самому початку захворювання живіт може залишатися м'яким, відсутні симптоми подразнення очеревини, в подальшому виникає парез кишечника і його непрохідність. У вагітних частіше, ніж у невагітних, спостерігаються безболісні форми гострого панкреатиту. У цих випадках захворювання проявляється шоком і симптомами ураження ЦНС. Прогноз стосовно життя вагітної вкрай несприятливий, летальність у таких випадках складає 83%, під час шоку іноді відбуваються передчасні пологи. Під час огляду інколи виявляють іктеричність склер. На шкірі можуть з'являтися крововиливи, ділянки ціанозу на шкірі бічних поверхонь живота (симптом Грея-Тернера) або навколо пупка (симптом Каллена). У половини хворих спостерігається лихоманка. У більшості випадків гострого панкреатиту рівень амілази в крові підвищується через 8 годин після нападу і сягає максимуму через 24-36 год. Значно підвищується вміст амілази (діастази) в сечі, звичайно через 24-48 г від початку захворювання, і залишається підвищеним протягом 10 днів. Рівень ліпази підвищується пізніше і залишається таким довше, ніж рівень амілази.

Важливе діагностичне значення має зниження вмісту кальцію в крові. У більшості жінок, у яких в період вагітності розвивається гострий панкреатит, відзначається лейкоцитоз і у 25% хворих - анемія. Гострий панкреатит

супроводжується зміною рівня глюкози в крові, часто гіпо- і гіперкаліємією. Гіпоглікемія зумовлена голодуванням або підвищеним рівнем інсуліну. Гіперглікемія свідчить про важкий перебіг захворювання, що, зазвичай, закінчується летально. У 15-25% жінок після нападу гострого панкреатиту розвивається цукровий діабет.

Лікування гострого панкреатиту проводять разом із хірургом. Воно полягає у лікуванні шоку. Для зменшення функції підшлункової залози проводять відсмоктування вмісту шлунка за допомогою назогастрального зонда, виключають вживання препаратів і харчових продуктів, вводять холінолітики. Для зменшення вираженості і усунення больового синдрому і спастичних явищ вводять спазмолітичні препарати і болезаспокійливі засоби. Хворим з панкреанекрозом для запобігання нагноєнню призначають антибіотики. З метою зниження секреторної функції підшлункової залози і усунення її набряку показано введення сечогінних препаратів. Крім того, під час лікування гострого панкреатиту необхідно підтримувати електролітний баланс. З цією метою вводять велику кількість рідини (3-6 л) з електролітами. За відсутності ефекту від проведеної адекватної консервативної терапії виконують операцію в хірургічному відділенні.

Акушерська тактика. Переконливі свідчення того, що переривання вагітності в I триместрі або стимулювання передчасних пологів в другій її половині покращують прогноз для матері, відсутні. У разі розвитку гострого панкреатиту в період вагітності необхідно як можна раніше почати адекватну терапію, за відсутності ефекту від лікування питання про переривання вагітності і подальше хірургічне лікування вирішують індивідуально. Вибір методу розродження у вагітних з гострим панкреатитом складний. Операція кесарева розтину небажана, оскільки її доводиться виконувати при інфікуванні черевної порожнини, тому методом вибору може бути екстраперитонеальний кесарів розтин.

Хронічний панкреатит

Захворювання розвивається після перенесеного гострого панкреатиту як первинно-хронічний процес. Загострення хронічного панкреатиту під час вагітності виникає рідко.

Клінічна картина загострення хронічного панкреатиту під час вагітності подібна до такої в разі його загострення поза вагітності.

Лікування складається з тих самих принципів, що і при гострому панкреатиті. Дієтотерапія є основною і найбільш важливою ланкою комплексної терапії в разі хронічної форми захворювання. У період ремісії потрібно споживати їжу 4-5 разів на день, їжа повинна містити велику кількість вуглеводів, водорозчинних вітамінів, речовин, що мають ліпотропну дію, обмежену кількість жирів за нормальної або підвищеної кількості білків. У разі загострення хронічного панкреатиту в перші 1-3 доби призначають режим голоду і спраги. У подальшому рекомендують дієту зі значним зниженням калорійності, з виключенням з раціону жиру, солі, азотовмісних екстрактивних речовин. Із лікарських препаратів призначають спазмолітичні і знеболювальні, антиферментні препарати.

В період ремісії хронічного панкреатиту призначають панкреатин або препарати, що містять ферменти шлунка, підшлункової залози і тонкої кишки.

Акушерська тактика. За умов стійкої ремісії захворювання, за відсутності

виражених порушень функції підшлункової залози і ускладнень, таких як цукровий діабет, вагітність у разі хронічного панкреатиту може бути дозволена. С перших тижнів вагітності жінки з хронічним панкреатитом мають перебувати під спостереженням акушера-гінеколога і терапевта, для того, щоб у разі виникнення перших ознак загострення була розпочата відповідна терапія. Вагітність у таких хворих у 28% випадків ускладнюється раннім гестозом. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності і на її закінчення. У разі загострення захворювання тактика ведення вагітності і пологів така сама, як при гострому панкреатиті.

Хвороби печінки та жовчного міхура

Гепатит - запальне захворювання печінки. Хронічний гепатит – поліетіологічне дифузне ураження печінки запального характеру, тривалістю понад 6 місяців з прогресуючим перебігом та розвитком фіброзу навіть до цирозу. Найчастіше виникнення гепатиту пов'язане з інфекцією (малярія, бруцельоз, сифіліс); гострий токсичний гепатит можуть спричинити застосування деяких лікарських препаратів (ПАСК, похідних гідразиду ізонікотинової кислоти), вплив промислових отрут (фосфору), отруєння грибами (блідою поганкою), а також ураження іонізуючим випромінюванням. Гострий вірусний гепатит - це дифузне запалення печінки вірусної етіології, яке супроводжується жовтяницею та причина якого не пов'язана з вагітністю (вірусні гепатити А, В, С, Е, D, G, F). Після встановлення діагнозу хронічного гепатиту спільно з терапевтом (гастроентерологом), комплексного обстеження, вирішується питання про можливість виношування вагітності. Протипоказаннями до виношування вагітності (до 12 тижнів) є виражена активність запально-некротичного процесу, виражений фіброз паренхіми печінки, портальна гіпертензія, синдром холестазу, цитолітичний синдром. Проводиться оцінка стану вагітної, лабораторний контроль, при виникненні акушерських ускладнень або загостренні основного захворювання - стаціонарне лікування у відділенні екстрагенітальної патології, де проводять і розродження. Перевагу надають пологам через природні пологові шляхи. Кесарів розтин - у разі наявності акушерських показань, портальної гіпертензії. Головною загрозою для життя вагітних є кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу, тому при портальній гіпертензії оптимальним методом розродження є кесарів розтин у 38 тижнів вагітності.

У разі гострого вірусного гепатиту після встановлення попереднього діагнозу спільно з терапевтом та інфекціоністом вирішується питання щодо необхідності і місця госпіталізації – інфекційне відділення до 36 тижнів чи до початку пологової діяльності, тому що гострий гепатит є протипоказання до переривання вагітності у будь-якому терміні.

У легких випадках перебіг захворювання безсимптомний, а у важчих - клінічні симптоми розвиваються швидко, поєднуючись з ознаками загальної інтоксикації. Для гепатиту характерні: жовтяничне забарвлення шкіри та склер, знебарвлення калу, насичено-темний колір сечі, носові кровотечі, свербіж шкіри, брадикардія, підвищена дратівливість, безсоння.

Під час пальпації та перкусії відзначається трохи збільшена й болісна

печінка. При лабораторному дослідженні виявляється гіпербілірубінемія, зниження активності АлАТ, диспротеїнемії, підвищення тимолової проби, зниження сулемової, значне зниження рівня загального білка і А/Г коефіцієнту, протромбінового індексу і фібриногену. Інформативними є маркери вірусних гепатитів – антигенні, серологічні, генетичні, специфічні обстеження методом ІФА, ПЛР.

Лікування. Обов'язкова госпіталізація хворих в інфекційне відділення. Хворим призначають ліжковий режим, щадну дієту з обмеженням кількості жирів та збільшеним вмістом вуглеводів, часте дробне харчування. Внутрішньовенно вводять до 500 мл 5-10 % розчину глюкози, 0,9% натрію хлориду. При тяжких формах амінокислотні суміші 2-3 рази на тиждень, бажано на фоні введення глюкозо-інсуліно-калієвої суміші. У разі появи печінкової недостатності призначаються есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти (кверцетин, вітамін Є), секвестранти жовчних кислот (холестирамін). Кортикостероїди показані лише при аутоімунному гепатиті. Специфічне протівірусне лікування вірусних гепатитів під час вагітності не проводиться. У разі виникнення поліорганної недостатності проводиться інтенсивна терапія в умовах відділення інтенсивної терапії. В період реконвалесценції призначають гепатопротектори.

З початком пологової діяльності у разі гострого вірусного гепатиту роділля госпіталізують до обсерваційного відділення. Пологи ведуть через природні пологові шляхи як передчасні. У гострій стадії захворювання пологи не загрожують роділлі ускладненнями, які пов'язані з гепатитом. Кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показаннями, тому що операція не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до дитини. У всіх новонароджених від інфікованих HCV матерів у сироватці крові визначаються материнські анти - HCV, які проникають крізь плаценту. У неінфікованих дітей антитіла зникають у перший рік життя. Грудне вигодовування не впливає на ризик інфікування дитини. Новонароджений не є безпечним для інших новонароджених.

Холецистит і жовчнокам'яна хвороба. Найчастіше трапляються у огрядних жінок, а в останні роки спостерігається збільшення захворюваності на ці хвороби у осіб молодого віку. Гострий холецистит та жовчнокам'яна хвороба клінічно характеризуються колькою, нудотою, повторним блюванням, відчуттям гіркоти в роті, пітливістю, підвищенням температури тіла, тахікардією. Під час пальпації живіт болісний у ділянці правого підребр'я, напружений. Симптом подразнення очеревини позитивний. Під час постукування по правій підреберній дузі біль посилюється. При обережній пальпації іноді вдається визначити збільшений, напружений, болісний жовчний міхур.

Диференціальна діагностика проводиться з апендицитом, перфоративною виразкою шлунка, панкреатитом, правобічною нирковою колькою. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу (повідомлення про холецистит), клінічній картині та на результатах лабораторного дослідження (гіпербілірубінемія, лейкоцитоз, у сечі - жовчні пігменти).

Лікування. Ведення вагітних з холециститом потребує постійного нагляду терапевта. При хронічному холециститі проводять профілактичні заходи щодо

загострення холециститу: відповідна дієта, спазмолітичні та седативні засоби, жовчогінні препарати, антибіотики широкого спектра дії. Якщо ефекту немає, а стан хворої погіршується, необхідна консультація хірурга.

Загострення холециститу може настати в будь-який термін вагітності, але найчастіше воно трапляється у другій половині її. Це, певно, пов'язане зі зміщенням маткою, що збільшується, внутрішніх органів, особливо в разі багатоводдя, багатопліддя, великого плода. Неускладнений перебіг холециститу та жовчнокам'яної хвороби не потребує переривання вагітності, оскільки на перебіг вагітності та розвиток плода негативного впливу вони не справляють.

Гострий холецистит, ускладнений обтураційною жовтяницею, повторними нападами кольки, флегмонозним холециститом, перфорацією жовчного міхура, є показанням до екстреного хірургічного втручання у будь-який термін вагітності.

Ендокринні захворювання і вагітність

Цукровий діабет і вагітність

В останні два десятиліття відзначається збільшення числа вагітних, хворих на цукровий діабет. На сьогодні 0,1-0,3% жінок народжують із цією патологією, й у той самий час 2-3 жінки зі 100 мають порушення вуглеводного обміну під час вагітності.

Перебіг вагітності й пологів при цукровому діабеті несприятливо позначається на внутрішньоутробному розвитку плода, збільшується частота вад розвитку, підвищується рівень перинатальної захворюваності та смертності.

В клінічній практиці розрізняють три основних типи цукрового діабету:

I тип - *інсулінозалежний*;

II тип - *інсулінонезалежний*;

III тип - *гестаційний діабет*, що розвивається після 28 тижнів вагітності і є транзиторним порушенням утилізації глюкози у жінок в період вагітності.

В перші тижні вагітності перебіг цукрового діабету в більшості вагітних залишається без змін, у цей час спостерігається поліпшення толерантності до вуглеводів, що стимулює виділення інсуліну підшлунковою залозою. В свою чергу, поліпшується периферійне засвоєння глюкози. Це супроводжується зниженням рівня глікемії, появою у вагітних гіпоглікемії, що вимагає зниження дози інсуліну.

В другій половині вагітності завдяки підвищеній діяльності контрінсулярних гормонів (глікоген, плацентарний лактоген, пролактин) погіршується толерантність до вуглеводів, посилюються діабетичні скарги, підвищується рівень глікемії, підвищується глюкозурія, можливий розвиток кетоацидозу.

Наприкінці вагітності у зв'язку зі зниженням рівня контрінсулярних гормонів знову поліпшується толерантність до вуглеводів, знижуються рівень глікемії й дози інсуліну для введення.

В пологах у вагітних, хворих на цукровий діабет, можлива як висока гіперглікемія, стан ацидозу, так і гіпоглікемічний стан.

У перші дні післяпологового періоду рівень глікемії знижується, надалі до 4-5-ї доби - підвищується.

Перша половина вагітності в більшості хворих на цукровий діабет перебігає без особливих ускладнень. Виключення становить загроза мимовільного

аборту. У другій половині вагітності частіше можуть бути такі акушерські ускладнення, як гіпертензивні розлади та прееклмпсія, багатоводдя, загроза передчасних пологів, гіпоксія плода, інфекції сечовивідних шляхів.

Перебіг пологів ускладнює наявність великого плода, що є причиною цілої низки подальших ускладнень у пологах: слабкість пологових сил, несвоєчасне злиття навколоплідних вод, наростання гіпоксії плода, розвиток функціонально вузького таза, ускладнення під час народження плечового поясу, розвиток ендометриту в пологах, пологовий травматизм матері й плода. Цукровий діабет матері впливає на розвиток плода й немовляти. Існує низка особливостей, які відрізняють дітей, народжених від матерів, хворих на цукровий діабет. До них відносять характерний зовнішній вигляд (кругле місяце-подібне обличчя, надмірно розвинена підшкірна жирова клітковина), велика кількість крововиливів на шкірі обличчя й кінцівок, набряклість, ціанотичність, надмірна маса тіла, значна частота вад розвитку, функціональна незрілість органів і систем. Найбільш важким проявом соматичної фетопатії є перинатальна смертність дітей. У нелікованих протягом вагітності жінок вона дуже висока. За умови спеціалізованого спостереження вона різко знижується й становить 15%. Сьогодні в багатьох клініках ця цифра не перевищує 7-8%.

Період новонародженості в таких дітей відрізняє уповільнений розвиток, неповноцінність процесів адаптації до позаутробного існування, що проявляється млявістю, гіпотонією і гіпореклексією дитини, нестабільними показниками гемодинаміки, уповільненим відновленням маси тіла, підвищеною схильністю до важких респіраторних розладів. Однією з головних умов ведення вагітних, хворих на цукровий діабет, є його компенсація. Інсулінотерапія під час вагітності обов'язкова навіть за легких форм цукрового діабету. Ведення вагітних з цукровим діабетом здійснюють в умовах амбулаторного й стаціонарного спостереження. Вагітних з цукровим діабетом доцільно тричі госпіталізувати в плановому порядку:

1-а госпіталізація - в ранньому терміні вагітності для обстеження й вирішення питання про збереження вагітності, проведення профілактичного лікування, компенсації цукрового діабету.

Протипоказання до вагітності в разі цукрового діабету:

- Наявність швидко прогресуючих судинних ускладнень.
- Наявність інсулінорезистентних і лабільних форм цукрового діабету.
- Наявність цукрового діабету в обох батьків, що різко підвищує ризик захворювання в дітей.
- Поєднання цукрового діабету та резус-сенсibilізації матері.
- Поєднання цукрового діабету й активного туберкульозу легень, за якого вагітність нерідко призводить до важкого загострення процесу.

2-а госпіталізація - у терміні 21-25 тижнів у зв'язку з погіршенням перебігу цукрового діабету й розвитком ускладнень вагітності, що вимагає проведення адекватної терапії і ретельної корекції дози інсуліну.

3-я госпіталізація - у терміні 34-35 тижнів для ретельного спостереження за станом плода, лікування акушерських і діабетичних ускладнень та визначення терміну й методу розродження.

Термін розродження у вагітних, хворих на цукровий діабет, визначають із

урахуванням важкості перебігу захворювання, ступеня його компенсації, функціонального стану плода, наявності акушерських ускладнень.

За наявності цукрового діабету можливе запізнile дозрівання функціональних систем плода, тому оптимальним фактором є своєчасні пологи. Однак наростання різних ускладнень, таких як фетоплацентарна недостатність, прееклампсія тощо, диктує необхідність проводити розродження в терміні 37-38 тижнів вагітності.

Під час планування розродження хворих на цукровий діабет матерів потрібно проводити оцінку ступеня зрілості плодів. Оптимальним методом розродження для матерів, хворих на цукровий діабет, і їх плодів вважають пологи через природні пологові шляхи.

У випадку виявлення гіпоксії плода або слабкості потужного періоду - оперативне розродження, а саме - операція накладання акушерських щипців з проведеною планово епізіотомією.

У разі непідготовлених пологових шляхів і за відсутності ефекту від розродження після появи симптомів наростаючої гіпоксії плода пологи необхідно завершувати шляхом кесарева розтину.

Гіпотиреоз і вагітність

Гіпотиреоз - це симптомокомплекс, що виникає в разі значного дефіциту в організмі вагітної тиреоїдних гормонів. Але, на щастя, вагітність при гіпотиреозі спостерігається значно рідше, ніж при дифузійному нетоксичному зобі. Вагітність може виникнути у жінок із вродженим гіпотиреозом або з надбаним в результаті операцій на щитоподібній залозі, тобто в разі вторинного гіпотиреозу. Під час вагітності симптоми гіпотиреозу менш виражені. Це залежить від компенсаторного збільшення щитоподібної залози у плода та надходження тиреоїдних гормонів від плода до матері. Найбільш виражена форма гіпотиреозу - це мікседема. Відзначене в останні роки збільшення поширеності цієї патології можна пояснити поліпшенням діагностики, підвищенням частоти аутоімунних уражень щитоподібної залози та лімфоїдного тиреоїдиту, за якого відбувається руйнування тканини щитоподібної залози аутоантитілами.

Розрізняють первинний і вторинний гіпотиреоз. У разі первинного - страждає тканина самої залози, а вторинний гіпотиреоз розвивається внаслідок ураження гіпоталамо-гіпофізарної системи, що регулює функцію щитоподібної залози. Існує дві основні патогенетичні форми гіпотиреозу - це вроджена й набута. Серед набутих форм первинного гіпотиреозу найчастіше спостерігаються аутоімунний гіпотиреоз або післяопераційний гіпотиреоз. Може бути гіпотиреоз після лікування радіоактивним йодом. Існують і іноді зустрічаються патогенетичні форми первинного гіпотиреозу, зокрема зоб Хашімото, для якого характерна збільшена, щільна, «гумової» консистенції щитоподібна залоза.

Лікарська тактика. Вагітних із гіпотиреозом відносять до групи високого ризику щодо материнської смертності. У жінок, хворих на гіпотиреоз, нерідко спостерігаються порушення менструального циклу, репродуктивної функції, тобто безплідний шлюб. Але, незважаючи на це, вагітність іноді настає. Зачаття можливе й у жінок з тотально посиленою функцією щитоподібної залози, а також у хворих

із вродженим гіпотиреозом на тлі гормональної терапії в адекватних дозах. У жінок з гіпотиреозом протягом вагітності відзначають такі ускладнення, як загроза переривання вагітності, гестоз, залізодефіцитна анемія, передчасні пологи, мертвонароджуваність, вади плода. Розвиток і здоров'я дітей, матері яких страждають на гіпотиреоз, має свої особливості. Рання корекція гормональних порушень за допомогою тиреоїдних препаратів призводить до успішного результату. За підозри на гіпотиреоз у вагітних необхідно оцінити функціональний стан щитоподібної залози. Оцінку функції щитоподібної залози проводять на підставі:

1. Анамнезу.
2. Клінічного симптомокомплексу.
3. Лабораторних досліджень.

- Анамнез: зазначена спадкова схильність до захворювань щитоподібної залози. Слід з'ясувати характер оперативного лікування на щитоподібній залозі. В анамнезі у кожної п'ятої жінки відзначається оліго- або аменорея. Кожна четверта жінка страждає невиношуванням.

- Скарги: слабкість, депресія, мерзлякуватість, зниження пам'яті, сонливість, сухість шкіри, випадіння волосся, закрепи.

- Огляд: бліда, набрякла шкіра. Сповільненість рухів і мови, брадикардія, захриплість.

- Аналіз крові: гіперхолестеринемія - 9,36 ммоль/л. Однак спостерігаються і важкі для діагностики стерті форми. Не всі методи лабораторної діагностики можна застосовувати під час вагітності. Протипоказане сканування, застосування радіоактивних засобів. Можна визначити: основний обмін, пов'язаний з білками, йод. Найбільш достовірною є оцінка концентрації в сироватці тиреотропного гормону (ТТГ) гіпофізу та тиреоїдних гормонів: тироксину й трийодтироніну. На підставі цих показників оцінюють обсяг замісної терапії. На підставі цих самих показників оцінюють ефективність терапії. У разі виявлення гіпофункції щитоподібної залози із самих ранніх термінів необхідно починати гормональну терапію з метою корекції недостатньо ефективної функції щитоподібної залози. Для цього рекомендується: тиреоїдин окремо або в комбінації із трийодтироніном в індивідуальних дозах залежно від важкості захворювання. Дозу препарату можна змінювати залежно від строку вагітності, показників функції щитоподібної залози.

Захворювання системи сечовиділення

Часто виникає пієлонефрит (20%), гломерулонефрит (0,1-0,2%), сечокам'яна хвороба (0,1-0,2%). Пієлонефрит знаходиться на другому місці після серцево-судинних захворювань. Серед інфекційних - на другому місці після гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ).

Пієлонефрит

Жінки хворіють на пієлонефрит в 5 разів частіше, ніж чоловіки, що пов'язано з анатомічними особливостями - сечівник у жінок широкий, розташований горизонтально. В період вагітності пієлонефрит спостерігається у 48% жінок, у післяпологовому періоді - у 35%, в пологах - у 17%.

Умови виникнення пієлонефриту в період вагітності

Гестаційний пієлонефрит - виникає вперше під час вагітності й залишається

на все життя. Фізіологічні зміни, що відбуваються з боку сечовидільної системи - гормональна перебудова з превалюванням прогестерону призводить до розслаблення гладком'язової тканини матки, сечового міхура, сечоводів, кишечника, внаслідок чого виникає:

- гіпотонія сечоводів;
- розширення чашково-мискової системи, сечоводів;
- порушення кровообігу в нирках.

Це призводить до стазу сечі й виникнення рефлюксів (міхурово-сечовідного, сечовідно-мискового). Застою сечі сприяє також матка (особливо страждає правий сечовід - тому частіше виникає правобічний пієлонефрит). Права яєчникова вена перебуває в одному сполучнотканинному футлярі з сечоводом, і варикозно розширена вена механічно перешкоджає відтоку сечі. Посилений викид кортикостероїдів під час вагітності провокує латентні інфекції, підвищує ризик поширення інфекцій, наявних в організмі.

Джерелами інфекції для пієлонефриту є:

• гінекологічні захворювання (запальні процеси матки, каналу шийки матки, піхви, сечівника). Також можливий гемато- і лімфогенний шляхи. Збудник тропний до сечовидільної системи, оскільки у статевих органів і сечової системи загальна ембріональна закладка;

- гематогенний шлях - хронічний тонзиліт, карієс, коліт.

Збудники пієлонефриту:

• групи ентеробактерій - *E. coli* до 90%, *Klebsiella* - до 14%, синьогнійна паличка й ентерокок - до 15%, також можуть бути гриби, мікоплазми. Для пієлонефриту характерні монокультури, але можуть бути й асоціації мікроорганізмів. *Клінічна картина гострого пієлонефриту:*

- виражена інтоксикація; температура тіла до 40° С; слабкість; головний біль, озноб;
- біль у поперековій ділянці (одно- або двобічний); дизуричні явища;
- змушене положення тіла з притиснутими до живота ногами;
- у разі сечокам'яної хвороби - біль до втрати свідомості.

Терміни виникнення пієлонефриту:

- на 23-28 тижнях, що пов'язано з максимальним підвищенням рівня кортикостероїдів;
- на 34-36-му тижнях, коли матка сягає максимальних розмірів;
- на 39-40-му тижні, коли голівка притиснута до входу в малий таз;
- після пологів - на 2-5-у добу або на 10-12-у добу. Пієлонефрит клінічно проявляється неоднаково в різний термін вагітності.

Діагностика: аналізи сечі та УЗД.

У I триместрі - для пієлонефриту характерна гостра картина, оскільки ще немає максимальної гормональної перебудови. У II і III триместрі - стерта клінічна картина.

Диференціальний діагноз проводять з гострим апендицитом, гострим холециститом, нирковою або печінковою колькою, загальними інфекційними захворюваннями.

З боку акушерських ускладнень: загроза передчасних пологів, передчасне

відшарування нормально розташованої плаценти, емболія навколоплідними водами, хоріонамніоніт, ендометрит, аднексит.

Особливості перебігу вагітності у разі пієлонефриту:

- загроза переривання вагітності, спровокована больовим синдромом, гарячкою, екзотоксинами грамнегативних мікроорганізмів кишкової групи, оскільки вони підвищують збудливість матки;
- загроза дистресу плода, гіпотрофія плода;
- внутрішньоутробне інфікування плода;
- прееклампсія - дуже часте ускладнення вагітності в разі пієлонефриту. До 80% випадків пієлонефриту поєднуються з прееклампсією.

Ведення вагітних з пієлонефритом

Жінок із цим захворюванням, зазвичай, розподіляють на 3 групи ризику за ступенем пієлонефриту:

1-й ступінь - неускладнений пієлонефрит, що виник в період вагітності вперше;

2-й ступінь - хронічний пієлонефрит, що виник до вагітності;

3-й ступінь - хронічний пієлонефрит до вагітності з азотемією, гіпертензією.

Пієлонефрит єдиної нирки.

У разі 1-2-го ступенів можна дозволяти виношувати вагітність, при цьому жінка повинна перебувати на диспансерному обліку в уролога-нефролога й акушера-гінеколога, а також проходити регулярний контроль сечі - кожні 2 тижні, а в період з 22-го по 28-й тиждень - щодня.

У разі 3-го ступеня вагітність протипоказана.

Госпіталізацію проводять:

- під час першого звернення жінки в період вагітності для уточнення діагнозу;
- у разі загострення процесу;
- за умов виникнення ускладнень вагітності – прееклампсія, дистрес плода, гіпотрофія.

Переривання вагітності показано в разі:

1. Поєднання пієлонефриту з важкими формами гестозів вагітних.
2. Відсутності ефекту від проведеної терапії.
3. Гострої ниркової недостатності.
4. Дистресу плода.

Переривання бажано проводити шляхом пологозбудження. Кесарів розтин протипоказаний, оскільки інфекція в нирках сприяє розвитку ускладнень у післяопераційний період. Кесарів розтин виконують тільки за акушерськими показаннями.

Загострення під час пологів відбувається внаслідок оклюзії сечоводів, тому в цей період обов'язково призначають спазмолітики. Лікування після пологів слід проводити протягом 2-3 тижнів. Рекомендовано раннє вставання з ліжка, що сприяє кращому відтоку сечі. Після виписки породілля має перебувати на диспансерному обліку терміном від 3 до 5 років.

Жінкам з пієлонефритом протипоказані гормональні контрацептиви, тому що вони призводять до розвитку загострень.

Гломерулонефрит вагітних становить від 0,1% до 9%. Це інфекційно-алергічне захворювання, що спричинює імунотоксичне ураження клубочків нирок. Збудник - гемолітичний стрептокок. Частіше захворювання виникає після ангіни або грипу.

Клінічна картина. Біль у попереку, головний біль, зниження працездатності, часті сечовипускання. Основний симптом в період вагітності - набряки на обличчі під очима, на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Підвищення АТ, ретиноангіопатія. У сечі - білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри. В аналізах сечі за Нечипоренком кількість еритроцитів більше, ніж кількість лейкоцитів. За важкого перебігу - збільшення креатинину, сечовини, залишкового азоту. Анемія.

В ранні терміни вагітності необхідно провести обстеження жінки та вирішити питання про можливість збереження вагітності. Гострий гломерулонефрит є показанням до переривання вагітності. Після перенесеного гострого гломерулонефриту вагітність можлива не раніше, ніж через 3-5 років.

Хронічний гломерулонефрит у стадії загострення з вираженою гіпертензією і азотемією є протипоказанням для пролонгування вагітності.

У терміні 36-37 тижнів необхідна планова госпіталізація для підготовки до пологів і вибору методу розродження. Кесарів розтин у вагітних з гломерулонефритом виконують рідко, здебільшого за акушерськими показаннями. У післяпологовий період у разі погіршення стану породіллю переводять у спеціалізований стаціонар.

Сечокам'яна хвороба

Дана патологія спостерігається в 0,1-0,2% вагітних, роділей і породілей. У розвитку сечокам'яної хвороби (СКХ) відіграють роль зміни фосфорно-кальцієвого обміну, порушення обміну сілової і щавелевої кислот, розширення сечоводів, зниження їхнього тону, утруднення відтоку та підвищення концентрації сечі - все це сприяє утворенню каменів. Важливе значення мають інфекції. Хронічний пієлонефрит ускладнюється СКХ у 85% вагітних, у 80% до СКХ приєднується пієлонефрит. Зміни уродинаміки та гіпертрофія сечоводів призводять до просування каменів, тому перебіг СКХ в період вагітності погіршується. Часто захворювання вперше виявляють саме під час вагітності.

Клінічна картина характеризується класичною тріадою - біль, гематурія, відходження конкрементів. Усе це перебігає у вигляді нападів, які призводять до загрози переривання вагітності та передчасних пологів. У деяких випадках доводиться проводити дострокове розродження, якщо напад не можна зупинити.

Оперативне лікування СКХ у плановому порядку у вагітних не проводять. Негайно оперують жінок з тривалою нирковою колькою, анурією, з атакою гострого пієлонефриту, а також, якщо шляхом катетеризації мисок не вдалося відновити відтік сечі.

Хвороби нервової системи та вагітність

Неврит - запальне або дегенеративне ураження периферичних нервів. Причинами невритів є інфекція (грип, черевний тиф та ін.), інтоксикація (свинець, миш'як, алкоголь тощо), порушення обміну речовин (цукровий діабет, авітаміноз),

травми тощо. Іноді трапляються неврити та поліневрити, прояви яких пов'язані з вагітністю.

Клінічно неврити характеризуються порушеннями рухомості, появою парезу або паралічу м'язів, що іннервуються даним нервом. Іноді неврит супроводжується болем, неприємними відчуттями, порушенням чутливості.

Лікування - усунення причини, лікування основного захворювання, препарати вітамінів В, дибазол, амідопірин, фізіотерапія, масаж з місцевознеболювальними мазями.

На перебіг вагітності неврит шкідливого впливу не справляє.

Невралгія на відміну від невриту не супроводжується порушенням нервової провідності, тому при невралгії не виникають парези й паралічі. Причини невралгії такі самі, як і невриту.

Клінічно невралгія проявляється нападами болю за ходом уражених нервів, біль буває різний за силою й характером (гострий, стріляючий, тощо). Напади болю часто супроводжуються спазмами й посіпуванням м'язів, висипами на шкірі за ходом ураженого нерва. У вагітних невралгічний біль спостерігається у ділянці трійчастого, сідничного, плечового та міжреберних нервів.

Лікування таке саме, як і при невритах.

Психоз виникає переважно у жінок з нестійкою нервовою системою, іноді він ускладнює вагітність і пологи, найчастіше трапляється у післяпологовий період. Психози, пов'язані з вагітністю, часто мають характер депресії - хворі перебувають у пригніченому стані, але післяпологовим психозам, навпаки, частіше притаманне підвищене збудження (настрій хворих різко змінюється, вони можуть не усвідомлювати своїх вчинків).

Лікування проводиться разом з психіатром. Вагітних з розладом психіки треба переводити у добре ізольовані приміщення пологового будинку під ретельний нагляд медичного персоналу. При проведенні відповідного лікування, призначеного за участю психіатра, хвора досить швидко видужує, і лише в деяких вагітних психози набувають затяжного характеру. В такому разі психози вагітних є показанням до переривання вагітності. Породіль, хворих на післяпологовий психоз, слід госпіталізувати у психіатричну лікарню. Однак треба пам'ятати, що післяпологові психози можуть бути проявом септичної інтоксикації. Тому таких породіль необхідно всебічно обстежити на наявність післяпологової інфекції, і якщо це припущення не підтвердилось, таку хвору можна переводити з акушерського стаціонару в психіатричний.

Епілепсія - різні за тривалістю судомні напади з цілковитою втратою свідомості; вони можуть виникати без будь-яких видимих причин, але найчастіше їх появу пов'язують із хвилюванням, переляком, перевтомою тощо. Поступово в міру прогресування захворювання відбуваються зміни характеру хворої в бік зниження інтелекту. Іноді вперше епілепсія проявляється під час вагітності. Хворі на епілепсію реагують на вагітність по-різному: найчастіше вагітність не погіршує перебіг епілепсії, зрідка навіть поліпшує стан хворої, але іноді під час вагітності напади епілепсії стають частішими і тяжчими - у цих випадках вагітність треба перервати, оскільки може виникнути епілептичний статус, за якого напади можуть бути настільки частими, що хвора не виходитиме зі стану непритомності.

Диференціальна діагностика епілептичних нападів проводиться з нападами еклампсії, яким властива тріада симптомів (артеріальна гіпертензія, альбумінурія, набряки), та з симптоматичними нападами, що супроводжують деякі нервові захворювання (енцефаліт, пухлини мозку, струс мозку, тощо), для них характерна поява першого нападу під час вагітності.

Лікування. За вагітними, хворими на епілепсію, необхідний ретельний нагляд акушера-гінеколога та психіатра. Їм призначають препарати, що знижують збудливість центральної нервової системи (дифенін, бензонал по 0,05-0,1 г), кальцію глюконат, глутамінову кислоту, невеликі дози фолієвої кислоти та кофеїну, тощо. З раціону треба виключити страви, що збуджують, необхідний подовжений нічний сон. Якщо виникне епілептичний статус під час пологів, а умов для швидкого розродження природними шляхами немає, проводять кесарів розтин, виконуючи його під інтубаційним наркозом.

Хорея - захворювання нервової системи, що починається, як правило, в дитячому віці у хворих на ревматизм. Характеризується появою зайвих мимовільних рухів, судомних посіпувань м'язів, що заважають ходити, стояти, говорити, їсти. Під час вагітності хорея іноді поновлюється, часто напади судом повторюються вдень і вночі, підвищується температура тіла, прискорюється пульс, іноді виникає розлад психіки. Хорея часто викликає передчасне переривання вагітності.

Лікування проводиться спільно з невропатологом. Призначають протиревматичні, загальнозміцнювальні та снодійні засоби, препарати кальцію. Якщо ефекту від лікування немає, показане переривання вагітності в будь-який термін.

Міастенія – важке захворювання, що проявляється слабкістю і патологічною стомлюваністю різних груп м'язів тіла, що іннервуються черепними нервами. При цьому захворюванні виникають ураження мімічних і рухових м'язів ока, розлади мови, жування, ковтання. Найсерйознішим ускладненням захворювання є міастенічні кризи, при яких припиняються функції дихальних м'язів, що може призвести до загибелі хворої.

Виникнення міастенії часто пов'язують з патологією загруднинної залози (пухлина, лімфоїдна гіперплазія, тощо), але часто з'ясувати причину її просто неможливо.

Поєднання вагітності й міастенії трапляється рідко. На початку вагітності найчастіше буває тільки невелике загострення процесу, згодом симптоми стають менш виразними, а наприкінці вагітності можуть цілком зникнути. У післяпологовий період загострення міастенії трапляється частіше і з більш вираженим симптомокомплексом, ніж під час вагітності. Вагітні з важкою формою міастенії часто народжують дітей з неонатальною або транзиторною формою міастенії. Пологи настають вчасно, іноді ускладнюються слабкістю пологових сил.

Лікування. Антихолінестеразні препарати (прозерин, оксазил), препарати калію, у важких випадках операція - тимектомія.

Хворим з міастенією протипоказане призначення калійвивідних діуретичних препаратів, хініну, міорелаксантів курареподібної дії, транквілізаторів, похідних бензодіазепіну.

Ведення вагітності та пологів. Усі хворі на міастенію в період вагітності мають перебувати під постійним наглядом невропатолога та акушера-гінеколога. Обов'язкова госпіталізація в разі загострення захворювання та за 2 тижні до пологів. Пологи у хворих на міастенію слід проводити пологовими шляхами, забезпечуючи при цьому адекватне, поетапне знеболювання, за обов'язкової участі акушера-гінеколога, анестезіолога, неонатолога, а за необхідності й невропатолога. У зв'язку з тим, що під час пологів може настати слабкість пологової діяльності, треба вчасно діагностувати це ускладнення і провести відповідне лікування окситоцином та простагландінами. Розродження шляхом кесарева розтину проводиться за акушерськими показаннями, а також у тому випадку, якщо у хворой з'явився симптом дихальної недостатності.

Показання до переривання вагітності – зростання міастенічного процесу, який не коригується антихолінестеразними препаратами та препаратами калію; в цих випадках перервати вагітність можна в будь-якому терміні.

Хвороби органів зору та вагітність

Захворювання очей, крім злякисних, не є протипоказання до виношування вагітності. Питання про виношування вагітності в разі глаукоми й атрофії зорових нервів з'ясовується індивідуально. Захворювання рогівки та скловидного тіла не є протипоказаннями до природного розродження. Якщо вагітна хвора на катаракту, бажано знизити поріг або зовсім зняти потужний період пологів, наклавши під час пологів вихідні або порожнинні акушерські щипці. У разі травматичних ушкоджень очного яблука, а також відшарування сітківки розродження проводиться шляхом кесарева розтину. Така сама операція показана вагітним у разі високого ступеня короткозорості, пов'язаної з атрофією зорового нерва будь-якого генезу (інфекційного, травматичного, токсичного) чи з черепно-мозковою травмою.

У разі **короткозорості,** зумовленої вродженою аномалією зору, перебіг вагітності і пологів нормальні, як у всіх здорових жінок. У той же час набута короткозорість будь-якого генезу (інфекція, травма, оперативні втручання на очах, тощо) під час пологів потребує спеціальних методів розродження: діставання плода за допомогою акушерських щипців, вакуум-екстракції плода з метою скорочення або виключення другого періоду пологів, а в деяких випадках – проведення операції кесарева розтину.

У всіх випадках при очних захворюваннях у вагітних тактика ведення вагітності й особливо розродження погоджується з окулістом. У разі високого ступеня міопії вагітність протипоказана. Якщо короткозорість не прогресує, зниження гостроти зору незначне і на очному дні немає суттєвих змін, вагітність можна дозволити, але потрібний ретельний систематичний нагляд офтальмолога.

Неврит зорового нерва під час вагітності може виникнути при розвитку прееклампсії, еклампсії. Для невриту характерне зниження зору, нерівномірне звуження поля зору. Під час огляду очного дна видно, що диск зорового нерва гіперемований, його межі стушовані, артерії сітківки дещо звужені, вени розширені й звивисті, можливі крововиливи в ділянці диска та біля нього.

Лікування насамперед спрямовують на боротьбу з прееклампсією, що є причиною невриту зорового нерва. Проте, якщо не вдалося досягти поліпшення

зору, то, як правило, вагітність треба перервати у будь-який термін. Так само необхідно перервати вагітність у тому випадку, коли у вагітної виявиться нейроретиніт або відшарування сітківки.

Гострі та хронічні інфекційні хвороби і вагітність

Інфекційні захворювання ускладнюють перебіг вагітності та пологів, багато які з них створюють серйозну небезпеку для життя та розвитку плода. Перебіг більшості інфекційних хвороб набагато важчий у вагітних, ніж у не вагітних жінок. Особливо це стосується грипу, тифів та деяких інших інфекційних захворювань. Найважче ускладнення - переривання вагітності (аборт та передчасні пологи), що часто трапляється при гострих інфекційних захворюваннях, призводить до погіршення стану хворої внаслідок втрати крові, порушення обміну речовин, виснаження організму. Причинами переривання вагітності при гострих інфекціях можуть бути: 1) висока температура тіла; 2) токсичний геморагічний децидуальний ендометрит, що порушує зв'язок плідного яйця з маткою; 3) швидка внутрішньоутробна загибель плода внаслідок важкої інтоксикації.

Причинами смерті плода при інфекційних захворюваннях можуть бути різні перегрівання термолабільного організму плода, отруєння токсинами матері, зараження інфекційною хворобою внаслідок проникнення збудників крізь плацентарний бар'єр (тифи, грип).

Можна виділити чотири групи збудників внутрішньоутробних інфекційних хвороб плода: 1) віруси; 2) рикетсії; 3) бактерії; 4) паразити.

До збудників внутрішньоутробних вірусних інфекцій відносять такі віруси: пневмотропні (збудники грипу, цитомегалії), дерматотропні (збудники червоної висипки, вітряної віспи, герпесу), гепатотропні (збудники вірусного гепатиту), нейротропні (збудники поліомієліту, сказу, орнітозу).

Вірусна інфекція найчастіше розвивається у перші 3 місяці вагітності, наслідки внутрішньоутробної інфекції бувають особливо важкими - загибель ембріона, численні вогнища некрозу в різних органах, розвиток важких вроджених вад. Особливо небезпечними для плода є червона висипка, грип, цитомегалія, вірусний гепатит, що пов'язано з проникненням збудника крізь плацентарний бар'єр і ураженням органів та систем плода.

До збудників рикетсіозів належать рикетсії висипного тифу, гарячки Ку, кліщових гарячок. Захворювання, викликане ними, супроводжується гіпертермією, інтоксикацією, що може призвести до передчасного переривання вагітності.

Збудниками бактеріальних інфекцій є: сальмонели (збудники черевного тифу), мікобактерії (збудники туберкульозу), лістерії (збудники лістеріозу), бруцели (збудники бруцельозу), спірохети (збудники сифілісу), тощо. Найважчі ураження плода трапляються при сифілісі, лістеріозі, бруцельозі.

До збудників паразитарних інфекцій, що викликають внутрішньоутробне ураження плода, належать: плазмодії малярії (збудники малярії), трипаносоми (збудники сонної хвороби, токсоплазмозу). Серед паразитарних захворювань особливе місце посідає токсоплазмоз, що призводить до розвитку вад плода, передчасного переривання вагітності, мертвонародження.

Прогноз для плода визначається насамперед терміном вагітності, при якому

виникло зараження плода. З огляду на це розрізняють інфекційну ембріо- та фетопатію. Про ембріопатію йдеться у тих випадках, коли захворювання розвивається у перші 3 місяці вагітності. При цьому наслідки внутрішньоутробної інфекції бувають особливо важкими: загибель ембріона, тяжкі вади плода - мікроцефалія, гідроцефалія, мікрофтальмія, тощо. Інфекційні ембріопатії найчастіше є наслідком вірусних уражень. Інфекційні фетопатії розвиваються в період з 4-го місяця вагітності до моменту народження плода, виникають у разі зараження бактеріями або паразитами.

Якщо ці захворювання виявити вчасно і системно їх лікувати, можна не допустити багатьох випадків народження неповноцінних дітей з важкими ураженнями різних органів.

Вірусні інфекції

Грип. Захворювання на грип мають епідемічний, рідше пандемічний характер. Збудник грипу - вірус. У наш час відомо чимало типів вірусів грипу, зокрема, А, А₁, А₂, В, С. Усі вони викликають захворювання, що мають подібну клінічну картину. Передається грип головним чином повітряно-крапельним шляхом від хворої людини до здорової.

Клініка. Перебіг грипу залежить від епідеміологічних особливостей цього захворювання, типу вірусу та опірності організму. Багато хто переносить грип легко, не відриваючись від звичної роботи. Для типової картини грипу характерний раптовий початок, швидке підвищення температури тіла до високого рівня, пропасниця, ломота (народне - гостець, гризь), адинамія, головний біль, загальна інтоксикація. Місцеві ознаки грипу проявляються катаром верхніх дихальних шляхів з перевагою риніту, ларингіту, катаральної ангіни. Грип іноді ускладнюється грипозною пневмонією, перебіг якої у вагітних має дуже важку мігруючу форму, часто з летальним кінцем; вагітність, як правило, переривається.

Грип викликає переривання вагітності, особливо у пізні терміни її, майже у 30-40% випадків. Пандемії часто призводять до зниження народжуваності. У роділь, хворих на грип, перейми розвиваються мляво і супроводжуються сильним болем. Післяпологовий період нерідко ускладнюється кровотечами, післяпологовими захворюваннями, пневмонією, емпіємою легенів. У період пандемії смертність роділь максимальна, загибель плода і смертність новонароджених сягає 40%. Внутрішньоутробне передавання вірусу грипу плоду та раннє зараження новонародженої дитини від інфікованої матері мають важливе епідеміологічне значення, тому необхідне вчасне і швидке виявлення хворих.

Під час проведення диференційної діагностики грипу з катаром верхніх дихальних шляхів враховується клінічна картина грипу та епідеміологічне оточення.

Методом етіологічної діагностики є метод імунофлюоресценції у прямій і непрямій модифікації. Цей метод дає змогу диференціювати грип, викликаний вірусами типу А₂ і В. Діагноз уточнюється при зараженні курячих ембріонів змивами з носової частини глотки, органів дихання та крові хворих.

Лікування: ліжковий режим, теплові процедури, ацетилсаліцилова кислота, інтерферон, інтерфероногени, протигрипозний гамма-глобулін; при катарі верхніх

дихальних шляхів застосовують опромінювання ультрафіолетовими променями; в разі ускладнення показані антибіотики, сульфаніламідні, серцеві засоби, оксигенотерапія, необхідно вжити також заходів щодо боротьби з передчасним перериванням вагітності.

Профілактика. Новонароджені діти дуже легко піддаються захворюванню на грип. Якщо не вжити відповідних заходів профілактики та лікування, грип швидко поширюється серед дітей, які перебувають у пологовому будинку. Тому, як тільки з'являються перші ознаки грипозної інфекції, то для того щоб запобігти поширенню захворювання, необхідно ізолювати хворих жінок і дітей. Приміщення провітрюється і знезаражується опроміненням ртутно-кварцевої лампи. Як хворі, так і персонал зобов'язані носити маски.

Червона висипка (краснуха) - гостре інфекційне вірусне захворювання. Джерелом інфекції є людина, хвора на червону висипку; передається контактним та повітряно-крапельним шляхом. Спалахи епідемії повторюються через 7-12 років. Хворіють найчастіше діти, але під час спалахів - і дорослі. У навколишньому середовищі вірус червоної висипки нестійкий, гине при нагріванні до 56°C, а також при висушуванні. Після захворювання залишається стійкий імунітет.

Особливо небезпечне захворювання на червону висипку для вагітних жінок через те, що відбувається внутрішньоутробне зараження плода, оскільки вірус має тропність щодо ембріональної тканини; він викликає значні зміни у розвитку плода, причому частота уражень плода залежить від терміну вагітності: якщо жінка захворіла на червону висипку на 3 - 4-му тижні вагітності, то вроджені вади плода трапляються у 60-80 % випадків, на 9-12-му тижні - у 15 %, на 13-16-му тижні - у 7%.

Клініка. Інкубаційний період – 10-22 доби. Загальний стан вагітної порушується мало. Спостерігаються невелика слабкість, нездужання, слабо виражені синдроми катару верхніх дихальних шляхів, незначна гіперемія зів, кон'юнктивіт. Температура тіла переважно субфебрильна, тримається 1-3 дні. Характерне збільшення лімфатичних вузлів, особливо потиличних і задньошийних. На 1-3-й день від початку захворювання виникає висипка, спочатку на обличчі й шиї, але вже через кілька годин поширюється по всьому тілі. Висипка дрібнокрапкова, у вигляді висипань діаметром 2-4 мм, які не зливаються і ледь підвищуються над рівнем шкіри. Тримається близько 3 днів. Пігментації після висипки не залишається.

Вроджена червона висипка призводить до значного затримання розвитку дитини (зросту, маси тіла), збільшуються печінка і селезінка, виявляються вроджені вади серця, приблизно у половини заражених дітей виникають ураження очей (мікрофтальм, катаракта, глаукома), глухота, часто вражаються кістки кінцівок і черепа, трапляються й інші вади розвитку.

Діагностика червоної висипки під час епідемічного спалаху не викликає утруднень, у спорадичних випадках доводиться диференціювати її з захворюваннями, що супроводжуються екзантемою (аденовірусні та ентеровірусні захворювання, кір, медикаментозна екзантема, тощо). Правильній діагностиці сприяють наявність властивої червоної висипки картини периферичної крові (лейкопенія, лімфоцитоз, збільшення кількості плазматичних клітин), виділення

вірусу червоної висипки в гострий період хвороби із ротової частини глотки, крові, випорожнень, серологічні реакції нейтралізації й гальмування гемаглютинації.

Лікування: ліжковий режим, спокій, свіже повітря, повноцінне харчування, в ускладнених випадках - хінгамін або делагіл - 0,2 г 2-3 рази на добу протягом 5-7 днів; димедрол - 0,05г 2 рази на день; бутадіон - 0,15г 3-4 рази на день; симптоматичні засоби; в разі геморагічного синдрому - преднізолон - 15-20 мг на добу протягом 7-10 днів, аскорбінова кислота - 600-800 мг 3 рази на день протягом 14 днів. Лікування вродженої червоної висипки ще не розроблене.

Профілактика. Для специфічної профілактики застосовується вакцинація живою ослабленою вакциною, особливо у жінок дітородного віку, але під час вагітності введення живої вакцини проти червоної висипки протипоказане, оскільки вірус може проникнути крізь плаценту і викликати зараження плода.

Для профілактики вродженої червоної висипки у зв'язку з високим ризиком ураження плода вважають за краще переривати вагітність штучним шляхом.

Вагітних, які захворіли на червону висипку, ізолюють, пологи мають проводитися в ізоляторі, новонароджені також мають бути ізольовані.

Поліомієліт - гостре інфекційне захворювання, що вражає центральну нервову систему з подальшим розвитком парезів та паралічів. Збудником захворювання є фільтруючий вірус; джерело зараження - хвора людина або здоровий вірусоносі; головний шлях передавання - заражені продукти харчування. Захворюють переважно діти у віці до 10 років, але під час епідемічних спалахів хворіють і дорослі, причому серед вагітних спостерігається підвищена захворюваність на поліомієліт.

Клініка. Інкубаційний період - 5-12 діб. Розрізняють 2 форми поліомієліту; легку непаралітичну і важку - паралітичну. Перша проявляється нетривалою гарячкою, невеликим кашлем, нежиттю, диспепсичними розладами або легким серозним менінгітом. При паралітичній формі протягом перших 1-3 днів відзначається нездужання, підвищення температури тіла, нежить, фарингіт, закреп або пронос. Через 2-4 дні з'являється вторинна гарячкова хвиля з підвищенням температури тіла до 39-40°C, різке погіршення загального стану, головний біль, блювання, адинамія, сонливість, біль у спині, кінцівках, пітливість, тонічні й клонічні судоми, сплутаність свідомості, нерізко виражені менінгеальні симптоми, вегетативні розлади (гіпергідроз, червоні плями на шкірі, «гусяча шкіра», тощо). На 3-5-й день раптово виникають паралічі, частіше м'язів нижніх кінцівок, трапляються паралічі м'язів тулуба, шиї; з розвитком паралічів з'являється спонтанний біль у м'язах, що триває 1-2 місяці.

Ускладнення: пневмонія, ателектаз легенів, інтерстиціальний міокардит, тощо; у вагітних; хворих на поліомієліт, зростає частота передчасного переривання вагітності й мертвонароджень, іноді - вад розвитку плода. На перебіг пологів поліомієліт не впливає; штучне переривання вагітності не рекомендується. Обговорюється питання щодо можливості внутрішньоутробного захворювання плода на поліомієліт.

Діагноз поліомієліту встановлюється на підставі епідеміологічних даних, клінічної картини та наданих спеціальних лабораторних досліджень. Проводять диференціальну діагностику його з гострим мієлітом, полірадикулоневритом,

ботулізмом та кліщовим енцефалітом.

Лікування комплексне. До нього входить введення сироватки реконвалесцентів, гамма-глобуліну, цитратної крові; у відповідний період використовують антихолінестеразні препарати (прозерин, дибазол), глутамінову кислоту, лейцин, гліцин та ін. Щоб запобігти утворенню контрактур, хвору вкладають на жорсткий матрац без подушки, у положення з витягнутими нижніми кінцівками й зафіксованими шиною стопами.

Профілактика поліомієліту здійснюється шляхом масової активної імунізації живою послабленою вакциною. Пологи приймають в ізоляторі, хворих матерів та їхніх дітей ізолюють. Після перенесеного у ранньому дитячому віці поліомієліту внаслідок однобічного паралічу нижніх кінцівок може розвинутися косозвужений таз, що треба мати на увазі під час ведення пологів у роділь з такою патологією.

Цитомегалія. Збудником захворювання є вірус з групи герпесу. При цитомегалії вражуються слинні залози, підщлункова залоза, печінка, кишечник, органи дихання, нирки й мозок. Зараження може відбуватися як під час статевих, так і при тісних побутових контактах, оскільки віруси цитомегалії можуть бути в сечі, слині, грудному молоці, крові, виділеннях із статевих органів. Тривалий час інфекція клінічно не проявляється.

Внутрішньоутробне ураження плода може викликати гепатоспленомегалію, жовтяницю, мікроцефалію, хоріоретиніт. До більш пізніх ускладнень належать втрата слуху та розумова відсталість. Хвороба може виявитися у новонароджених, причому у переважній більшості випадків діагноз встановлюється посмертно. При цьому характерною ознакою є наявність в окремих органах велетенських клітин, а у збільшених клітинах - внутрішньоядерних і протоплазматичних включень. Перебіг цитомегалії у вагітних латентний і може бути причиною мимовільного абортів, недоношування вагітності та перинатальної смертності. Інфекція часто вражає плід у перші 3 місяці вагітності - в період органогенезу, і може бути причиною розвитку вад плода.

Клінічна картина хвороби у новонароджених характеризується прогресуючою жовтяницею та ознаками геморагічного діатезу, крововиливами у шкіру та слизові оболонки, збільшенням печінки й селезінки.

Необхідно проводити диференційну діагностику цитомегалії з резус-конфліктом крові матері й плода, вродженим сифілісом, токсоплазмозом та сепсисом.

Профілактика й лікування цитомегалії не розроблені. Припускається, що джерелом зараження людини є інфіковані продукти харчування і тварини, оскільки це захворювання поширене серед морських свинок, гризунів, лисиць, мавп і норок; можливе передавання вірусу крапельним та контактним шляхом.

Лікують захворювання антибіотиками тетрациклінового ряду, а також препаратами кори надниркових залоз (гідрокортизоном, преднізолоном).

Вірусний гепатит (хвороба Боткіна). Збудником інфекційного вірусного гепатиту є фільтруючий вірус. Найчастіше трапляються два його різновиди - віруси А і В. Вірус А викликає спорадичну й епідемічну форми захворювання, вірус В - переважно сироватковий гепатит.

Під час вагітності перебіг вірусного гепатиту дуже важкий. Летальність вагітних, хворих на вірусний гепатит, особливо першовагітних, вища за летальність від усіх інших гострих інфекційних захворювань.

Несприятливе завершення захворювання на вірусний гепатит відзначається у 37 % вагітних, летальний кінець - у 9,3 %, передчасні пологи та штучне переривання вагітності - у 24 %, розвиток хронічної форми гепатиту - у 3,7 %. Розрізняють три періоди перебігу захворювання:

1. Продромальний (переджовтяничний) період триває від 3 до 15 днів, характеризується нездужанням, свербінням шкіри, болем у суглобах та м'язах, незначним підвищенням температури тіла, дратівливістю, запамороченням, часто у хворих з'являється тупий біль у правому підребер'ї та під грудьми, нудота, блювання, пронос.

2. Жовтяничний період. Інтенсивність всіх клінічних симптомів першого періоду зростає. Виразно пальпується збільшена печінка, консистенція її ущільнена, край гострий, завжди чутливий під час пальпації. Збільшення печінки часто супроводжується збільшенням селезінки. Пульс нерідко трохи уповільнений через накопичення у крові жовчних кислот. Артеріальний тиск знижується. Кал стає безбарвним (ахолічним), а сеча набуває темного кольору внаслідок підвищеного вмісту у ній білірубіну (забарвлена піна сечі свідчить про наявність у ній білірубіну). У цей період часто з'являються ознаки загрози передчасних пологів. Тривалість жовтяничного періоду коливається від 2 до 4 тижнів.

3. Період одужання. Стан хворої поступово поліпшується, зникають млявість та адинамія, відновлюється апетит, печінка й селезінка зменшуються, сеча світлішає, кал набуває звичайного забарвлення. Захворювання може перебігати у легкій, середній та важкій формах.

Вагітні жінки хворіють на вірусний гепатит майже у 5 разів частіше, ніж невагітні. Це пояснюється високою вразливістю тканин печінки в період вагітності вірусом гепатиту внаслідок зміни функції органа. Вагітність звичайно обтяжує перебіг гострого вірусного гепатиту, нерідко гостра стадія захворювання переходить у хронічну (хронічний гепатит).

Найважчим ускладненням інфекційного гепатиту є гостра дистрофія печінки, причому це тяжке ускладнення під час вагітності може виникнути навіть при відносно легкій формі вірусного гепатиту. Із збільшенням терміну вагітності перебіг хвороби набагато важчий і саме у другій половині вагітності, як правило, і настає дистрофія печінки як наслідок гепатиту. Для цього ускладнення характерні ознаки прогресуючої печінкової недостатності: задишка, тахікардія, відсутність апетиту, нудота, блювання, млявість, сонливість або, навпаки, збудженість і порівняно швидке зменшення розмірів печінки, яка ніби заходить під праве підребер'я.

Материнська смертність при інфекційному гепатиті становить не менше, ніж 0,1 - 0,2 %, основною причиною загибелі вагітних є гостра дистрофія печінки, яка може виникнути як у ранні, так і в пізні терміни вагітності. Єдиним засобом збереження життя жінки при цьому захворюванні є своєчасне (при найменших ознаках недостатності печінки) переривання вагітності незалежно від її терміну. Показаннями до цього є ознаки зростання інтоксикації, загальна слабкість,

пригнічений стан, посилення жовтяниці, тахікардія (до 120 за 1 хв.) при нормальній температурі тіла, пастозність обличчя і нижніх кінцівок, нейтрофільний лейкоцитоз.

Вірусний гепатит негативно впливає на перебіг вагітності і розвиток плода та новонародженої дитини, викликаючи цілу низку ускладнень: передчасне мимовільне переривання вагітності (до 15 - 20 % випадків), послідову та післяпологову кровотечу внаслідок зниження скоротливої здатності матки і зменшення вмісту у крові протромбіну, який виробляється в печінці; підвищується частота мертвонароджень, крім того у новонароджених, котрі народилися від матерів, які перенесли під час вагітності вірусний гепатит, нерідко виражений синдром ЗРП, у них більш тривалий час зберігається так звана фізіологічна жовтяниця новонароджених, інколи розвивається гостра жовта дистрофія печінки.

Лікування. Всіх вагітних з припустимим діагнозом вірусного гепатиту треба обов'язково госпіталізувати в інфекційний стаціонар незалежно від важкості захворювання та терміну вагітності. В стаціонарі вагітна з припустимим діагнозом вірусного гепатиту підлягає ретельному клінічному обстеженню та комплексному лікуванню з урахуванням можливих ускладнень: ліжковий режим, необхідний як для лікування вірусного гепатиту, так і для запобігання перериванню вагітності, щадяща висококалорійна дієта з достатнім вмістом вітамінів (молочно-рослинна, багата на вуглеводи, фрукти, соки, обмеження жирів), треба багато пити, підшкірно або внутрішньовенно вводити ізотонічний розчин натрію хлориду з глюкозою (до 50-60 мл 40% розчину на добу), інсулін (5-10 ОД на добу); вітамінотерапія; рекомендується введення плазми та цільної крові для нормалізації процесів білкового обміну та регенерації печінкової тканини, позитивний ефект дає застосування преднізолону, кортикотропіну та кисню.

У разі захворювання на вірусний гепатит пологи мають проводитися в ізоляторі, новонароджену дитину також треба ізолювати. Після пологів і мати, і дитина мають перебувати під наглядом лікаря протягом 8-12 місяців.

Інфекційні хвороби, викликані рикетсіями

Висипний тиф - гостре інфекційне захворювання, збудником якого є дрібні мікроорганізми - рикетсії Провацека; джерело інфекції - хвора людина; передаються збудники вошами.

Клінічний перебіг висипного тифу у вагітних нічим не відрізняється від звичайного: інкубаційний період - 12-14 днів, гострий початок, гарячка, сильний головний біль, збудження, гіперемія обличчя та кон'юнктиви; з 3-4-го дня хвороби збільшуються печінка і селезінка, швидко настає знесилення; з 4-6-го дня на тілі з'являється характерний висип, стан погіршується, порушується свідомість, з'являється марення, артеріальний тиск падає, зникає апетит, сухість у роті, спрага, закріп, діурез зменшений.

Початок одужання: прискорене зниження температури тіла, відновлення діяльності внутрішніх органів. *Лікування* проводиться в інфекційному стаціонарі. *Ускладнення.* Особливістю перебігу вагітності при висипному тифі є велика частота передчасного переривання її у першій половині - у 66%, а в другій - у 17,5 % випадків. Внутрішньоутробне захворювання плода в медичній літературі не

описане, перебіг пологів нормальний, після них часто трапляється субінволюція матки та зниження лактації. Пологи приймають в інфекційній лікарні.

Бактеріальні інфекції

Черевний тиф - гостре інфекційне захворювання. Збудником його є сальмонела - рухлива грамнегативна паличка. Джерело інфекції - людина. Поширюється через харчові продукти та воду.

На початку захворювання черевний тиф у вагітних може певний час залишатися нерозпізнаним, особливо наприкінці вагітності, у зв'язку із збільшенням матки, що утруднює пальпацію органів черевної порожнини, зокрема селезінки і печінки. У 60-80 % випадків в разі захворювання вагітної на черевний тиф трапляється переривання вагітності (частіше в ранні терміни). Викидень звичайно буває на 2-3-му тижні хвороби в разі внутрішньоутробної смерті плода, який гине від дії токсинів. Реакція Відаля у плода майже завжди позитивна.

Якщо вагітна захворіла на черевний тиф наприкінці вагітності, пологи перебігають звичайно, але послідовий та післяпологовий періоди часто ускладнюються кровотечею; у післяпологовий період клінічна картина черевного тифу (висока температура тіла, сонливість, головний біль, збільшені селезінка і печінка, розеоли, зростаюча інтоксикація, адинамія, метеоризм, тощо) може бути помилково кваліфікована як клініка септичного післяпологового захворювання.

Діагноз висипного тифу встановлюють на підставі клінічного спостереження (гарячка, характерний пульс, розеоли, збільшена селезінка, брадикардія, бурчання під час пальпації у правій здухвинній ділянці живота), наявності лейкопенії з нейтропенією та інших ознак, а також відповідного епідемічного анамнезу та даних серологічного і бактеріологічного досліджень.

Запобіжні щеплення вагітним не дозволяються. Годування новонародженої дитини груддю краще заборонити, хоч у молоці матері бацил немає. *Лікування* проводиться в інфекційному стаціонарі.

Лістеріоз. Сапрозоонозне інфекційне захворювання. Збудник хвороби - бактерія *Listeria monocytogenes*. На лістеріоз хворіють свійські тварини - свині, вівці, кози, коні, корови, собаки, коти, а також гризуни, лисиці, птахи. Зараження може відбуватися від вживання в їжу молока та м'яса хворих на лістеріоз тварин, а також при вдиханні інфікованого пилу.

Вхідними ворітьми лістеріозної інфекції є слизова оболонка порожнини рота й носової частини глотки, мигдаликів, очей і травного каналу. Зараження лістеріями плода може статися у будь-який термін вагітності.

Розрізняють первинно-вогнищеві форми лістеріозу: ангінозну, шкірну, абдомінальну, очно залозисту, змішану та генералізовані форми – первинні і вторинні. Також виділяють вторинно-вогнищеві форми: ангінозну, пневмонічну, шкірну, геніальну, пієлонефритичну, гепатичну, менінгоенцефалічну, абдомінальну, змішану. Перебіг захворювання може бути гострий, підгострий, хронічний та абортивний.

Симптоматика лістеріозу неоднакова при різних клінічних формах захворювання. Для вагітних особливо небезпечними є гострі форми лістеріозу, які супроводжуються високою температурою тіла. При лістеріозі у вагітних можуть

трапитися мимовільні аборти, внутрішньоутробна загибель плода, мертвонародження, аномалії розвитку плода, тощо. Часто буває гарячка. У крові - моноцитоз, мононуклеоз (лімфоцитоз), лейкоцитоз, зрушення лейкоцитарної формули вліво, зниження проценту полінуклеарів. У цереброспінальній рідині - цитоз.

При септичній формі найбільш характерні зміни спостерігаються в печінці, селезінці, лімфатичних вузлах, серці, центральній нервовій системі, мозкових оболонках, матці, плаценті та в органах новонароджених дітей. При цьому характерним є утворення в тканинах органів так званих лістеріом - сірувато-білих або жовтавих гранульозних вузликів, які складаються із скупчення у центрі частково фагоцитарних лістерій, а на периферії великої кількості ретикулярних та мононуклеарних клітин, а також ядерного детриту. У плода - ознаки септицемії.

Серологічна діагностика полягає у постановці реакції аглютинації та реакції зв'язування комплементу з лістеріозним антигеном. Сучасна діагностика полягає в проведенні РІФ, ІФА, ПЛР крові, мазків із зіву, статевих шляхів, детекції ДНК збудника.

Лікування. В разі захворювання на лістеріоз під час вагітності проводиться комбіноване лікування антибіотиками та сульфаніламідними препаратами. Найефективнішими є антибіотики тетрациклінової групи (ауреоміцин, тераміцин, тетрациклін, тетра-олеан, олететрин, сигмамідин, олеандоміцин). Приймати їх треба протягом 10 днів, після цього - сульфадиметоксин, сульфален або бісептол за схемою протягом 7 днів. За період вагітності проводять від 1 до 3 курсів лікування, причому в разі повторних курсів призначають тільки сульфадиметоксин.

Орнітоз (від грецького ornīs, ornitos - птах) - важке інфекційне захворювання, що передається від хворих птахів людині (найчастіше від папуг, свійських і диких качок та ін.). Викликається орнітоз хламідіями, розмір яких - 0,20-0,45 мкм. За певних умов збудники орнітозу можуть зберігатися тривалий час: у тканинах живих мишей і птахів, у замороженому вигляді вони є життєздатними до 2 років, але при нагріванні до температури 70-80°C руйнуються.

Шляхи зараження людини орнітозом: у разі безпосереднього контакту з хворими птахами, їх пір'ям, яйцями, м'ясом, у випадку укусу хворої пташки; через повітря, якщо вірус потрапить у дихальні шляхи людини. Хворіють на орнітоз найчастіше особи, старші за 20 років, частіше жінки (близько 70 %); у вагітних жінок перебіг захворювання важчий, ніж у невагітних.

Клініка. Інкубаційний період триває 6-14 днів, після чого захворювання починається раптово: з'являються гарячка, головний біль у ділянці лоба й скронь, біль у горлі, животі й кінцівках, інколи - нудота і блювання. Обличчя пастозне, бліде, виражені жовтяничність склер, явища кон'юнктивіту. Нерідко захворювання на орнітоз проявляється запаленням легенів різної інтенсивності: на початку хвороби часто з'являється сухий кашель, згодом - харкотиння з домішками крові. Дихання порушується тільки у випадках тотального ураження легенів запальним процесом. Період гарячки триває до 20 днів, потім температура тіла раптово спадає і хвора поступово видужує. На початку хвороби відзначається лейкоцитоз, згодом - лейкопенія. Підвищення ШОЕ зберігається до 25-35 днів від початку захворювання.

Ускладнення вагітності при орнітозі. Орнітоз може викликати передчасну скоротливу активність матки, що й призводить до переривання вагітності як у ранні, так і в пізні терміни. При мимовільних абортах та передчасних пологах зростає небезпека виникнення септичної інфекції, оскільки інфекційний процес послаблює захисні сили організму.

Циркуляція збудника в крові хворої на орнітоз вагітної жінки створює умови для проникнення його крізь плаценту до плода, і таким чином відбувається внутрішньоутробне зараження. Часто при захворюванні вагітної на орнітоз внаслідок загальнотоксичної дії інфекції та гарячкового стану матері плід гине. Він може загинути і через безпосереднє ураження вірусом життєво важливих органів плода. Загибель плода посилює інтоксикацію організму та погіршує перебіг і прогноз хвороби для матері.

Діагностику орнітозу утруднює брак чітко визначеної картини захворювання та недостатня обізнаність лікарів з клінікою орнітозу. Наявність атипової пневмонії, неврологічних та епідемічних даних (контакт з птахами) дає підставу запідозрити орнітоз. Діагноз уточнюється бактеріологічним та серологічним обстеженням хворої. Можна застосувати алергічну шкірну пробу, яка, починаючи з 3-4-го дня хвороби, буває позитивною (у 97,5 % випадків результати її збігаються з даними бактеріологічного дослідження).

Лікування. Найкращий результат дає комплексний метод лікування: застосування симптоматичного лікування у поєднанні з антибіотиками та хіміотерапевтичними препаратами. Позитивний ефект дає призначення антибіотика специфічної дії - ауреоміцину, застосування якого знижує летальність з 18-20 до 1-2 %. Ефективними засобами є також синтоміцин і тераміцин.

Лікування хворих на орнітоз має проводитися в інфекційних відділеннях, а приймати пологи треба у спеціальних ізоляторах (боксах).

Профілактика орнітозу - посилення санітарного та ветеринарного нагляду за підприємствами, які вирощують та обробляють птицю; термічна обробка продуктів харчування; вилучення із житлових приміщень, де мешкає вагітна, птахів і тварин.

Туберкульоз. Нерідко супутником вагітності є туберкульоз. Частіше він виникає до настання вагітності, рідше - під час її. Збудник туберкульозу - мікобактерія (паличка Коха).

Джерелом зараження є зазвичай хвора людина, яка виділяє з харкотинням під час кашлю мікобактерії туберкульозу. Крім того, людина може заразитися, вживаючи в їжу молоко, м'ясо, яйця від хворих на туберкульоз тварин і птахів.

Клініка різноманітна, найбільш характерними ознаками туберкульозної інфекції є субфебрильна температура тіла, швидка стомлюваність, нічне потовиділення, схуднення, деяке зниження працездатності, нерізка збільшення лімфатичних вузлів, помірний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ і органний симптомокомплекс: при туберкульозі легенів - кашель, кровохаркання, легеневі кровотечі; при туберкульозі гортані - кашель, біль під час ковтання, хрипкість голосу; при туберкульозі кишківника - біль у животі, пронос, що чергується з закрепом; у разі туберкульозу шкіри - вовчак або скрофулодерма з ураженням підщелепних та шийних лімфатичних вузлів, тощо. Для встановлення діагнозу велике значення мають дані анамнезу та об'єктивного дослідження. Для уточнення його

проводиться додаткове обстеження: аналіз харкотиння на предмет виявлення у ньому мікобактерій туберкульозу, рентгеноскопія та рентгенографія легенів, туберкулінові проби, тощо. Після встановлення характеру й фази туберкульозу питання про можливість доношування вагітності мають з'ясовувати акушер-гінеколог спільно зі фтизіатром. Питання це необхідно визначити до 12 тижнів вагітності, тобто тоді, коли аборт менш небезпечний для здоров'я та життя хворої на туберкульоз жінки.

Показаннями до переривання вагітності до 12 тижнів є всі форми активного туберкульозу легенів, гортані та інших органів. Переривання вагітності терміном понад 12 тижнів у разі важкого перебігу туберкульозу легенів, гортані, туберкульозного менінгіту та інших активних форм завжди приховує в собі важкі наслідки для матері, оскільки операція переривання вагітності, а також штучні пологи, як правило, викликають загострення туберкульозного процесу з різким погіршенням стану хворої та небезпекою летального кінця.

Туберкульоз гортані - найнебезпечніша форма захворювання вагітних, оскільки процес швидко прогресує і в більшості випадків призводить до смерті жінки. Тому туберкульоз гортані є прямим показанням до аборту. Переривати вагітність у такому разі треба у перші тижні, бо у другій половині вагітності видалення плода вже не зупиняє прогресування туберкульозного процесу.

Вплив вагітності на туберкульозний процес у кістках та суглобах також несприятливий.

При туберкульозі нирок, перебіг якого погіршується в разі вагітності, не слід відкладати надовго нефректомію. Після операції вагітність та пологи звичайно перебігають без ускладнень.

Проникнення мікобактерій туберкульозу від матері до плода крізь плаценту трапляється дуже рідко. Частіше новонароджені діти інфікуються аерогенним шляхом внаслідок контакту з хворою матір'ю. Маса й зріст плода (дитини) у матері, хворої на туберкульоз, як правило, нормальні, показник смертності ізолюваних дітей не вищий за середньостатистичний. Але якщо таких новонароджених не ізолювати, смертність їх різко зростає.

Лікування. У разі збереження вагітності проводять інтенсивну комплексну терапію: антибіотики (найефективніший - стрептоміцин), хіміопрепарати (ПАСК, фтивазид, салюзид), раціональне висококалорійне вітамінізоване харчування, тривале перебування на повітрі, достатній сон та відпочинок.

Пологи у хворих на туберкульоз перебігають без особливої патології, однак з профілактичною метою другий період пологів бажано скоротити (перинеотомія, вихідні щипці), а у разі поширеного туберкульозного процесу з ознаками вираженої легенево-серцевої недостатності, легневих кровотеч, при кровохарканні, перенесеному туберкульозному менінгіті, а також у жінок з пневмотораксом або в тих, які перенесли торакопластику, розродження має бути оперативним, щоб виключити потужну діяльність. Можливе лікування туберкульозу у вагітних з застосуванням штучного (однобічного) пневмотораксу.

Пологи у хворих на туберкульоз проводяться у спеціальних відділеннях-ізоляторах, які влаштовуються в одному з міських пологових будинків. Активна форма туберкульозу з виділенням мікобактерій є проти показанням до годування

новонародженої дитини груддю. Якщо бацили не виділяються, а також якщо туберкульозний процес втамувався, годувати груддю дозволяється, але за матір'ю-годувальницею встановлюється постійний нагляд, оскільки у післяпологовий період, особливо у матерів-годувальниць, часто буває загострення туберкульозного процесу. Під час годування дитини ніс і рот матері треба закривати маскою.

Для *профілактики* туберкульозу у новонароджених проводять вакцинацію дітей у перші дні життя ослабленою культурою мікобактерій туберкульозу (бацилою Каль-метта-Герена). Новонароджені надзвичайно схильні до захворювання на туберкульоз, тому їх необхідно обережати від контакту з хворими на цю хворобу протягом 6 тижнів з дня останньої вакцинації.

Бруцельоз - зоонозне інфекційне захворювання, системний ретикулоендотеліоз з переважним ураженням опорно-рухового апарату, нервової та статеві системи. Збудником бруцельозу є дрібні нерухомі бактерії - бруцели (за іменем англійського вченого D.Bruce, 1886), стійкі щодо умов навколишнього середовища, добре переносять низьку температуру. На бруцельоз хворіють різні свійські тварини і птиця (кози, вівці, корови, свині, осли, коні, олені, кури та ін.). Зараження людей відбувається аліментарним шляхом (через молоко, м'ясо) або під час контакту з хворими тваринами (догляд за худобою, допомога під час отелення, обробки туш тощо).

У жінок, хворих на бруцельоз, вагітність погіршує перебіг хвороби й призводить до загострення всіх її клінічних проявів, бруцельоз у свою чергу ускладнює перебіг вагітності.

Частота мимовільних абортів у жінок, хворих на бруцельоз, становить 8,6 %. Найчастіше вагітність переривається у ранні терміни (9-10 тиж). Антенатальна смерть плода при бруцельозі відбувається у 10,9% випадків. Бруцельоз може стати причиною вроджених вад розвитку.

Пологи при бруцельозі найчастіше ускладнюються слабкістю пологової діяльності, матковою кровотечею. Перинатальна смертність при бруцельозі у кілька разів перевищує середньостатистичну. У післяпологовий період частіше трапляються ускладнення - гарячкові післяпологові захворювання.

Клініка. Інкубаційний період при бруцельозі триває 1-3 тижнів. Захворювання розвивається поступово, загальний стан і працездатність довго не порушуються. Незважаючи на лихоманку, хворі скаржаться на головний біль, швидку втомлюваність, дратівливість, повторні озноби, що змінюються сильним потовиділенням, біль у суглобах та м'язах. Печінка і селезінка збільшені, інші органи - без змін; мікрополіаденіт - дещо збільшені лімфатичні вузли, малоболісні, різної щільності. Згодом з'являються ураження, що локалізуються у великих суглобах (артрити, бурсити), у м'язах (міозити), у нервовій системі (радикуліт, плексит, менінгіт), у статевій системі (орхіт, оофорит, ендометрит).

Гематологічна картина при бруцельозі: червона кров без змін, лейкопенія, лімфоцитоз, нейтропенія із зсувом лейкоцитарної формули вліво, моноцитоз, еозинопенія, ШОЕ - помірно збільшена.

Проводиться диференціальна діагностика бруцельозу з малярією, сепсисом, черевним тифом, ревматизмом та неспецифічним інфекційним поліартритом.

Діагноз бруцельозу встановлюється на підставі даних анамнезу (контакт з

тваринами, у жінок - звичні викидні, найчастіше у ранні терміни вагітності), клінічної картини та позитивних серологічних реакцій Райта і Хаддлсона, реакції зв'язування комплементу з бруцельозним антигеном, алергічної внутрішньошкірної проби Бюрне та бактеріологічного методу виділення збудника на гемокультурі або мієлокультурі.

Лікування. Якщо вагітна захворіє на бруцельоз, необхідно вчасно призначити лікування ударними дозами антибіотиків у поєднанні з вакциною, вітамінами, фізіотерапевтичними та іншими відповідними засобами.

Основа профілактики - комплекс санітарно-ветеринарних заходів по боротьбі з бруцельозом свійських тварин, контроль за якістю продуктів тваринництва та заборона продажу молока хворих на бруцельоз корів без знезаражування.

Вагітних, хворих на бруцельоз, ізолюють. Під час надання акушерської допомоги медичний персонал має працювати з дотриманням суворого сан-епід. режиму. Новонароджених також необхідно ізолювати.

Паразитарні хвороби

Малярія (болотна пропасниця) - гостре протозойне захворювання. Джерелом інфекції є людина, хвора на малярію, або здоровий гаметоносій; переносять інфекцію різні види комарів. Розпізнавання малярії в ендемічній за малярією місцевості не становить труднощів і ґрунтується на характерній клінічній картині: напади трясучого ознобу, що регулярно повторюються, гіпертермія, потовиділення, збільшення печінки й селезінки, зростаюча анемія, швидке поліпшення само почуття і повторні напади через певний час (48 або 72 год.).

Для уточнення діагнозу всім вагітним, роділлям і породіллям, яких лихоманить, проводять спеціальне дослідження на виявлення малярійних плазмодіїв (мазок і товста крапля), але слід враховувати, що при перших двох нападах кількість паразитів у крові невелика і виявити їх легше після трьох нападів малярії. Диференціювати малярію доводиться з сепсисом, лептоспірозом, вісцеральним лейшманіозом, бруцельозом та іншими захворюваннями, при яких можливе нападоподібне підвищення температури тіла та збільшення печінки й селезінки.

Малярія викликає переривання вагітності майже у половині випадків; найчастіше трапляються аборти, рідше - передчасні пологи. Патогенез невиношування - у нестачі аскорбінової кислоти, що затримує утворення гормону жовтого тіла. Затяжна нелікована малярія викликає у вагітних анемію. Малярія, ускладнена анемією, також призводить до невиношування вагітності і високої дитячої смертності, підвищення числа післяпологових захворювань та материнської смертності.

На подальшу долю дитини великий вплив може справити внутрішньоутробне інфікування плода збудниками малярії. Шляхи внутрішньоутробного зараження малярією остаточно не виявлені. Вважають, що основне значення при цьому мають ушкодження плаценти та пов'язане з цим потрапляння материнських еритроцитів із паразитами, які містяться в них, у кров плода.

Клінічні прояви вродженої малярії: блідість шкірних покривів, анемія, збільшення селезінки і печінки, підвищення температури тіла, відставання у

фізичному розвитку та наявність у крові новонародженої дитини збудника захворювання. Перебіг вродженої малярії, як правило, важкий, часто завершується летально. Однак при вчасній діагностиці та ранньому систематичному лікуванні прогноз для дитини може бути цілком сприятливим. Тому діти, народжені від жінок, які перенесли малярію під час вагітності або незадовго до її настання, мають перебувати під ретельним лікарським наглядом.

Найнадійнішою профілактикою вродженої малярії є раціональне лікування цього захворювання у вагітних протималярійними засобами (акрихін, плазмоцид, поліцин, діамінопіримідину хлорид, хіноцид, примахін, хінгамін, сульфазин, тощо).

Лікування вагітних, хворих на малярію, протималярійними засобами є обов'язковим. При цьому не треба зволікати, що протималярійне лікування викличе викидень або передчасні пологи - найчастіше вони настають у результаті захворювання на малярію, рідше – від протималярійного лікування. Специфічну терапію малярії слід поєднувати з лікуванням, спрямованим на підтримання сил вагітної та на боротьбу з різними ускладненнями: під час переймоподібного болю призначають спокій та наркотичні засоби, при анемії - гемостимулювальну терапію, препарати заліза, сиру печінку та її препарати, переливання крові. Якщо раціональну терапію застосовують вчасно, гострі напади малярії припиняються і вагітність завершується благоприємно.

Токсоплазмоз призводить до серйозних порушень у деяких органах і системах людини. Це захворювання є однією з причин акушерської та дитячої патології. Збудник токсоплазмозу – *Toxoplasma gondii* - одноклітинний паразит із класу найпростіших. Відкритий у 1908 р., саме тоді його було виявлено в африканських гризунів гонді, але ґрунтовне вивчення токсоплазмозу розпочалося тільки в 1939 р., коли збудника вдалося виділити від хворої людини. Головне джерело зараження людини токсоплазмозом - хворі ссавці і птахи. Остаточним хазяїном зазвичай буває кішка, в кишківнику якої утворюються ооцисти, а проміжним господарем можуть бути численні ссавці й птахи. Але у тварин перебіг хвороби латентний.

Людина може заразитися, якщо збудник потрапив через рот з сирими або недостатньо термічно обробленими продуктами тваринного походження, а також внаслідок проникнення збудника через ушкоджені слизові оболонки та шкіру із сечі, калу, слини, крові, в яких містяться токсоплазми.

Найбільше вивчений трансплацентарний шлях передавання токсоплазмозу у людини, коли, внаслідок зараження плода крізь плаценту, дитина народжується з ознаками вродженого токсоплазмозу. Тривалість інкубаційного періоду захворювання залежить від вірулентності, дози збудника та імунобіологічних властивостей організму. При лабораторному зараженні вона коливається в межах 3-9 діб.

Клінічні прояви токсоплазмозу різноманітні. Ще й досі не існує єдиної класифікації цього захворювання.. Розрізняють вроджений і набутий токсоплазмоз. Перебіг набутого токсоплазмозу може бути гострим, підгострим та хронічним. Спостерігаються такі форми його перебігу: 1) лімфогландулярна - ураження лімфатичних вузлів з відносно незначно вираженою загальною

інтоксикацією; 2) екзантемна - з загальною тяжкою інтоксикацією та ураженням внутрішніх органів (міокардит, інтерстиціальна пневмонія, гепатит, нефрит, ентероколіт); 3) менінго-енцефалітична; 4) вісцеральна - з ураженням серця, печінки, легенів та інших органів; 5) очна - з переважним ураженням сітківки; 6) стерта, нетипова, латентна форма токсоплазмозу.

Перебіг набутого токсоплазмозу, як правило, хронічний. Його вивчення заслуговує на особливу увагу, оскільки ця форма хвороби призводить до важкої акушерської та дитячої патології (мимовільні аборти, передчасні пологи, мертвонародження, акушерські кровотечі, народження дітей із вродженими вадами та аномаліями розвитку).

Діагноз токсоплазмозу можна поставити лише у разі поглибленого комплексного клініко-лабораторного обстеження хворої.

Вроджений токсоплазмоз. Виникнення тієї чи іншої стадії вродженого токсоплазмозу залежить від терміну вагітності, коли сталося зараження плода. Якщо плід заражається в останній тиждень внутрішньоутробного життя, дитина народжується з гострою формою захворювання - у стадії генералізації, що характеризується гепатоспленомегалією, гарячкою; можливі жовтяниця, екзантема, пневмонія, ураження серця. У разі інфікування плода у більш ранні терміни вагітності стадія генералізації завершується під час внутрішньоутробного періоду. У таких випадках дитина народжується з підгострим перебігом захворювання, зокрема переважають симптоми ураження центральної нервової системи (менінгоенцефаліт, що проявляється судомами, паралічем, блюванням, неспокоєм або, навпаки, адинамією, гідроцефалією чи мікроцефалією).

Якщо перебіг гострої або підгострої стадії хвороби завершився у внутрішньоутробний період, дитина народжується з хронічним токсоплазмозом. У даному випадку спостерігаються органічні ураження центральної нервової системи, різні вроджені вади розвитку: симптомокомплекс хвороби Дауна, хвороби Літтла, гідроцефалія, мікроцефалія, олігофренія, ідіотія, епілепсія, вади серця, розщеплення губи, твердого й м'якого піднебіння, аненцефалія, мікрофтальм, недорозвинення та вади кінцівок, спинального грижа, анофтальм, вроджена катаракта, хоріоретиніт, косоокість, гіпоспадія, гермафродитизм, тощо.

Усі перелічені ураження трапляються в тих випадках, коли вагітність зберігається і плід розвивається до часу народження. У деяких випадках плід гине і вагітність завершується мимовільним абортom, мертвонародженням або народженням нежиттєздатної дитини.

Враховуючи те, що токсоплазмоз є однією з причин акушерської та дитячої патології, для того щоб виявити захворювання, слід ретельно обстежувати такі контингенти жінок дітородного періоду: 1) з обтяженим акушерським анамнезом (мимовільні аборти, передчасні пологи, мертвонародження, акушерські кровотечі, народження дітей з різними аномаліями); 2) жінок, у яких народжувалися діти з гідроцефалією, мікроцефалією, симптомокомплексом хвороби Дауна, хвороби Літтла; 3) з урахуванням патології органа зору (хоріоретиніт, вроджена катаракта, косоокість, міопія та інші ураження, особливо нез'ясованої етіології); 4) тих, які страждають на неврологічні захворювання незрозумілої етіології; 5) з ураженням внутрішніх органів, особливо нез'ясованої етіології (захворювання серця й судин,

печінки, легенів, лімфатичних вузлів). Крім того, необхідно періодично обстежувати жінок дітородного віку, які контактують зі свійськими та дикими тваринами, птахами або продуктами тваринного походження, з хворими на токсоплазмоз людьми. Це можуть бути тваринники, робітники птахоферм, ветеринари, зоотехніки, робітники боєнь, м'ясокомбінатів, шкіряної промисловості, працівники харчоблоків, віваріумів, медичні працівники акушерсько-гінекологічних, хірургічних та інфекційних відділень. Жінкам цих груп слід проводити внутрішньошкірну алергічну пробу, протипоказанням до неї є гострі гарячкові стани, алергічні захворювання та активний органний туберкульоз. Якщо у когось виявиться позитивна проба, то хворого направляють для подальшого комплексного амбулаторно-клінічного та спеціального серологічного обстеження (постановка реакції зв'язування комплементу). Реакцію слід проводити в бактеріологічних лабораторіях районних, міських та обласних санепідемстанцій.

Дані численних досліджень свідчать про те, що реакція зв'язування комплементу з токсоплазмозним антигеном та внутрішньошкірна проба з токсоплазмозом не завжди специфічні. Тому негативний результат реакції зв'язування комплементу, отриманий при одноразовому дослідженні, не дає права лікареві остаточно відкинути діагноз токсоплазмозу, а наявність у хворої клінічних симптомів хвороби вимагає повторного серологічного обстеження.

Для диференціації токсоплазмозу від інших захворювань, що можуть викликати таку саму акушерську й дитячу патологію, необхідно одночасно провести серологічні реакції на лістеріоз, бруцельоз, сифіліс та резус-належність крові.

Лікування. Призначаючи лікування вагітній, слід враховувати характер токсоплазматичного процесу, термін та перебіг вагітності, загальний стан жінки, зміни в органах і системах, а також стан внутрішньоутробного плода. Лікування хронічного токсоплазмозу під час вагітності не проводиться.

Лікування гострого токсоплазмозу у вагітних має дві мети – лікування гострого токсоплазмозу у матері і профілактику вродженого токсоплазмозу. Проводиться після 16 тижня вагітності препаратом Spiramycin (роваміцин) перорально за схемою – разова доза 3 млн. ОД тричі на добу з проміжком у 8 годин протягом 10 днів (добова доза – 9 млн. ОД, курсова 90 млн. ОД). Застосування комплексу «піріметамін + сульфадоксин (фансидар) не має особливих переваг (призначається після 20-го тижня вагітності, погано переноситься).

Вагітні жінки, хворі на токсоплазмоз, можуть народжувати в загальних пологових відділеннях, але треба застосовувати запобіжні заходи щодо внутрішньолікарняного зараження.

Вагітність при аномаліях розвитку жіночих статевих органів

Часто вагітність настає при таких захворюваннях, як звуження піхви, хронічне запалення матки та її придатків, недорозвинення і вади розвитку матки, пухлинні процеси жіночих статевих органів тощо. У таких випадках фізіологічний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду нерідко порушується.

Статевий інфантилізм часто є причиною непліддя. Але якщо вагітність настає, вона нерідко не доношується і завершується мимовільним викиднем або

передчасними пологами. При доношеній вагітності часто трапляється слабкість пологових сил або з самого початку пологів, або згодом - у період зганняння. Ускладнюється послідовий період, що може призвести до аномалії відшарування плаценти і пов'язаної з цим кровотечі. В післяпологовому періоді у разі недорозвинення матки спостерігається недостатній зворотний розвиток її (субінволюція).

При подвійній матці (uterus duplex) вагітність може розвинути одночасно в кожній її відокремленій половині. Однак у більшості жінок з такою аномалією вагітність розвивається тільки в одній половині матки. Друга, невагітна, половина матки при цьому збільшується в об'ємі незначно, а в її слизовій оболонці відбуваються децидуальні зміни.

У матці, поділеній перетинкою цілком (uterus septus) або частково - біля дна (сідлоподібна матка – uterus arcuatus), вагітність, як правило, не доношується. Але якщо жінка доношує вагітність, то під час пологів, передчасних або своєчасних, нерідко спостерігається слабкість пологових сил, а при сідлоподібній матці, крім того, поперечне положення плода і передчасне відшарування плаценти.

За наявності однорогої матки перебіг вагітності і пологів без будь-яких особливостей.

Вагітність у рудиментарному розі матки. Запліднена яйцеклітина може розвиватися у відокремленому розі матки. Така імплантація відбувається або внаслідок зовнішнього просування заплідненої яйцеклітини, що дозріла в яєчнику нормально розвинутої половини матки, в маткову трубу, що відходить від зачаткового рогу, або внаслідок пересування сперматозоїда з маткової труби розвинутого рогу у протилежну маткову трубу. Якщо вагітність розвивається в зачатковому розі матки, стінка його в місці імплантації заплідненої яйцеклітини розплавляється ворсинками хоріона і розтягується плідним яйцем, що росте, і, зрештою, на 14-18-му тижні вагітності або й пізніше плодосховище розривається. Внутрішньочеревна кровотеча при цьому буває дуже сильною і якщо не надати негайної оперативної допомоги (видалення вагітного рогу матки), хвора може загинути від шоку та гострої крововтрати.

Піхвова перетинка (подвійна піхва) не заважає, як правило, перебігу пологів. Якщо перетинка розривається під час проходження передлежачої частини плода через піхву, починається кровотеча. В разі загрози розриву перетинки її треба розсікти.

Зміщення матки може стати причиною патологічного перебігу вагітності. Щодо цього практичне значення має, головним чином, загин матки дозад, який зазвичай супроводжується запальними змінами органів малого тазу, внаслідок чого матка виявляється фіксованою запальними злуками. Як правило, фіксуючі її злуки під впливом вагітності часто розсмоктуються, матка стає рухливою, і вагітність перебігає звичайно, якщо ці злуки або тяжі настільки міцні, що не піддаються розсмоктуванню, вагітна матка залишається нерухомою. Якщо при цьому не відбувається мимовільного викидня, настає ущемлення вагітної матки у малому тазі. При цьому виникає утруднене сечовипускання, порушується живлення сечового міхура, він перерозтягується, відбувається застій сечі в ньому, ішемія і некроз його стінок

Лікування полягає у виведенні ущемленої матки після ретельного спорожнення сечового міхура. Це здійснюють під наркозом і дуже обережно.

Перебіг вагітності і пологів при гінекологічних захворюваннях

Мікотичний вульвовагініт. Викликається дріжджоподібним грибом роду *Candida*. Характеризується появою на слизовій оболонці піхви білястих бляшок, схожих на осілі (згорнуті) невеликі згортки білої плісняви, від чого й дістало назву захворювання. Пліснявка піхви поза вагітністю нерідко супроводжує хронічні захворювання внутрішніх статевих органів у жінок, а також спостерігається у жінок, які тривалий час лікувалися антибіотиками. Пліснявка може бути одним із симптомів загального кандидозу.

Збудником захворювання є гриб роду *Candida*, який тривалий час може бути сапрофітом у піхві. Як правило, спори гриба потрапляють у піхву із зовнішнього середовища, якщо воно забруднене. Захворювання на пліснявку починається з почервоніння слизової оболонки піхви, на якій з'являються бляшки білого кольору. Згодом, у міру розростання міцелію гриба, на слизовій оболонці з'являються нальоти молочного кольору; вони можуть зливатися, утворюючи плівку. При спробі зняти її виникає кровотеча. У разі захворювання на пліснявку у вагітної може і не бути якихось неприємних відчуттів, за винятком збільшення кількості виділень (білів) із піхви. У подальшому може приєднатися свербіж.

Діагностика захворювання не становить труднощів. Діагноз ґрунтується на наявності на слизовій оболонці піхви характерних білих нальотів, схожих на молоко, що зсілося. Діагноз підтверджується також мікроскопічними дослідженнями (гриб пліснявки складається з довгих, поділених перетинками гілчастих ниток і круглястих спор).

Лікування пліснявки піхви у вагітних проводиться методом обробки (змащування) слизової оболонки розчинами анілінових барвників (1 % водний розчин піоктаніну, генціанвіолету) або 10-20 % розчином натрію тетраборату у гліцерині, змішаним з водою у співвідношенні 1:1. Звичайно після 2-3 днів змащування зазначеними препаратами пліснявка зникає. Останніми роками для лікування цього захворювання використовують протигрибкові препарати: клотримазол у вигляді мазі, латрекс, канестен – вагінальні супозиторії, пімафуцин (піхвові глобулі). Глобулі пімафуцину вводять у піхву один раз на ніч, курс лікування - 3-6 введень.

Перебіг вагітності й пологів у жінок з пліснявкою піхви звичайний. Новонародженим треба обов'язково проводити профілактику пліснявки шляхом введення в порожнину рота розчину пімафуцину, а дівчаткам обробити ним отвір піхви.

Генітальний герпес - одне з найчастіших причин виразкових уражень жіночих статевих органів, що полегшує зараження іншими хворобами, які передаються статевим шляхом і, зокрема, сифілісом та СНІДом. Вірус герпесу тривалий час персистує в організмі, як гадають, у нервових гангліях. Під впливом різних чинників - охолодження, фізичного навантаження, імунологічних та гормональних зрушень - відбувається реактивація вірусу, внаслідок чого він

переміщується периферичними нервами, уражаючи клітини епідермісу.

Герпетична інфекція розвивається або реактивується в організмі з ослабленою імунною системою. Тому найчастіше вона буває в разі тривалого призначення цитостатичних та глюкокортикоїдних препаратів, при трансплантації органів у реципієнтів, у хворих на СНІД.

У літературі описано тривалий перебіг герпетичного ураження шийки матки, прямої кишки, екстрагенітальні прояви інфекції. Особливо небезпечним зараження герпетичною інфекцією є під час вагітності, оскільки можливе зараження плода гематогенним шляхом, що стимулює викидні, передчасні пологи, вроджені вади, а іноді й внутрішньоутробну загибель плода. У разі активації генітального герпесу у вагітної з доношеною вагітністю показане розродження шляхом кесарева розтину для того, щоб під час проходження пологовими шляхами плід не заразився вірусом герпесу.

Кондиломи зовнішніх статевих органів. У вагітних найчастіше трапляються в ділянці промежини і присінка піхви гострокінцеві кондиломи, рідше - кондиломи на широкій основі.

Кондиломи - це доброякісні, схожі на смочок, розростання покривного епітелію, що виступають над поверхнею довколишнього незміненого багатошарового плоского епітелію (екзофітний ріст). Поза періодом вагітності гострокінцеві кондиломи вульви і піхви з'являються на ґрунті хронічного запалення статевих органів у жінок, частіше при трихомонозі, кандидозі, гонореї, сифілісі й туберкульозі. Макроскопічно кондилома - це обмежені смочочки на тонкій ніжці або широкій основі. Поверхня кондиллом нерівна, дрібно- або великозерниста, часто вкрита відростками, що нагадують «цвітну капусту» або півнячі гребені. Кондиломи можуть бути різні за забарвленням - від брудно-коричневого до темно-бурого. У разі некробіозу кондиллом можливі виразки та кровотечі.

У наш час вважається, що причиною розвитку кондиллом є віруси. Вагітність, як правило, є чинником, що провокує зростання раніше прихованих кондиллом. Цьому сприяє також загострення хронічного запалення піхви, що супроводжується гіперсекрецією білів, котрі витікають з піхви і мацерують слизову оболонку отвору піхви і шкіру промежини, що призводить до розростання папілом (кондиллом) у цих ділянках. Не виключений і стимулювальний вплив гормонів вагітності на гіперпластичні процеси шкіри промежини та слизову оболонку піхви.

Діагностика кондиллом не становить труднощів. Клінічно визначається розростання кондиллом. Вагітна скаржиться на підвищену кількість білей, що мацерують шкірні покриви промежини, свербіж й печіння у ділянках розростання кондиллом. У разі некробіозу кондиллом спостерігаються біль і кровотеча з цих новоутворень.

Лікування кондиллом промежини та інших зовнішніх статевих органів, як правило, консервативне. Застосовують примочки з антисептичних препаратів (фурациліну, мікроциду, етонію, пімафуцину, антибіотиків), а також мазеві аплікації (синтоміцинової, гідрокортизонової, пімафуцинової, тетрациклінової та інших мазей). Хірургічне лікування - вирізування кондиллом ножицями, кріовплив, діатермокоагуляція та лазерна коагуляція кондиллом - у вагітних застосовується рідко. Необхідно пам'ятати, що після пологів кондиломи звичайно зникають

самостійно (піддаються зворотному розвитку).

Пологи у цього контингенту вагітних проводяться в обсерваційному відділенні і, як правило, перебіг їх нормальний (якщо немає поєднання акушерської або екстрагенітальної патології). Під час пологів необхідне промивання піхви антисептичними засобами, оброблення промежини 5 % розчином йоду спиртовим або 1 % розчином брильянтового зеленого. Новонародженій дитині проводиться ретельна профілактика гонобленореї, а також кандидозу порожнини рота, у дівчаток – статевих органів.

TORCH-інфекції у вагітних, клінічний перебіг, діагностика, лікування, профілактика

Ураження плода певними збудниками перинатальних інфекцій спричиняє розвиток схожого симптомокомплексу, який позначався аббревіатурою **TORCH**, складений з перших букв назв найбільш частих внутрішньоутробних інфекцій: **T** (токсоплазмоз); **O** (інші - сифіліс, ВІЛ, вітряна віспа, а також інфекції, спричинені ентеровірусами та парвовірусом В19); **R** (краснуха); **C** (цитомегалія); **H** (герпес).

Загальні ознаки перинатальних інфекцій:

- малосимптомна клінічна картина у матері;
- симптомокомплекс у плода;
- затримка росту плода;
- жовтяниця;
- гепатоспленомегалія;
- екзантеми;
- ураження ЦНС і органів кровообігу;
- персистуючий перебіг хвороби у новонародженого;
- схильність до генералізації;
- вроджені вади розвитку.

Методи діагностики інфекції під час вагітності

1. Дослідження вмісту цервікального каналу, піхви, уретри:

- бактеріоскопічне;
- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне.

2. Дослідження крові на наявність специфічних антитіл. Серологічні дослідження.

3. Дослідження сечі:

- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне;
- мікроскопічне;
- біохімічне (визначення нітритів).

Дослідження сечі має на меті виявлення безсимптомної бактеріурії або підтвердження діагнозу маніфестних форм інфекції сечових шляхів (уретрит, цистит, пієлонефрит).

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікробних збудників у кількості $> 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не

обов'язково).

4. Молекулярно-біологічні методи:

- лігазна ланцюгова реакція;
- полімеразна ланцюгова реакція.

Методи діагностики інфекції у плода

1.Ультрасонографія - дозволяє виявити синдром затримки росту плода, аномальну кількість навколоплідних вод, зміни структури плаценти, водянку плода, гідроцефалію, церебральні кальцифікати, розширення чашково-мискової системи нирок, гепатомегалію, гіперехогенність кишечника.

2.Трансабдомінальний амніоцентез (за показаннями) з наступною ідентифікацією збудника в навколоплідних водах.

3.Кордоцентез (за показаннями) - визначення збудника та/або рівня специфічних антитіл у пуповинній крові.

Медична допомога

Комплексне обстеження жінок з метою виявлення інфікованості збудниками пренатальних інфекцій, особливо групи **TORCH**, слід проводити до вагітності.

Лікування цих інфекцій є однією з основних задач прегравідарної підготовки. Однак більша частина цих інфекцій ефективно або взагалі не лікується!

Усі жінки репродуктивного віку, які планують вагітність, повинні бути тестовані на наявність антитіл до вірусу краснухи. Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію з наступною контрацепцією упродовж трьох місяців. Доцільно також до настання вагітності проводити щеплення проти гепатиту В.

Клінічне значення наявності інфекції у вагітної та можливість попередження/лікування її наслідків

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода, новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
1. Безсимптомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід в маніфестну інфекцію сечових шляхів - гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик	Затримка росту плода недоношеність. Мала маса новонародженого	Скринінг усіх вагітних при взятті на облік - бактеріологічне або двократне -мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів в сечі (А). Антибіотикотерапія пероральною однократною дозою (фосфоміцину трометамол) - або упродовж трьох днів (напівсинтетичні

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода, новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
2.Стрептокок групи В	Безсимптомне носійство. Інфекції сечових шляхів. Хоріоамніоніт. Післяпологові гнійно-запальні захворювання.	РДС. Сепсис. Менінгіт. Енцефаліт	Скринінг не проводять (А). За наявності факторів ризику (безводний період при доношеній вагітності 18год., лихоманка під час пологів >38°, інфікування стрептококами групи В попередньої дитини, але не позитивні результати бактеріологічного дослідження під час попередньої вагітності, бактеріурія стрептококом групи В) - на початку пологів
3.Хламідіоз	Безсимптомний перебіг (часто) Дизурія. Збільшення виділень з піхви	Мала маса новонародженого Кон'юнктивіт. Пневмонія в перший місяць життя	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями(наявність клінічних ознак хламідіозу, ПСШ) Лікування після 14 тиж вагітності антибіотиком -
4.Гонорея	Рясні виділення з піхви. Дизурія. Передчасне вилиття навколоплідної рідини	Загибель плода в різні терміни вагітності. Гонобленорея. Сепсис	Скринінг не проводять Обстеження за показаннями (наявність клінічних ознак гонореї, ПСШ). Лікування вагітної антибіотиками спільно з
5.Сифіліс	Твердий шанкр, регіонарний склероденіт, пля-мисто-папульозна висипка на тулубі	Мертвонародження Ранній вроджений сифіліс. Пізній вроджений сифіліс	Скринінг усіх вагітних (А) - при взятті на облік та в 28-30 тиж. вагітності. Лікування проводять спільно з дерматовенерологом. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція новонародженого не потрібна
6.ВІЛ-інфекція	Різноманітні клінічні прояви - від безсимптомного перебігу до розгорнутої клінічної картини	Затримка росту плода Вроджені аномалії розвитку У 20-40% випадків плод/новонароджений мертвий	Скринінг усіх вагітних за їх добровільною згодою при взятті на облік та в 27-28 тижнів вагітності (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого МОЗ України

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода, навантажено	Тактика лікаря при веденні вагітної
7.Токсоплазмоз	Безсимптомний перебіг. Лімфаденопатія. Міалгія. Самовільні викидні (при первинному інфікуванні)	Затримка росту плода. Гепатоспленомегалія. Розсіяні внутрішньомозкові кальцинати. Хоріоретиніт. Судоми	Скринінг не проводять (А). Обстеження за наявністю клінічних ознак. Лікування не проводять. Профілактика: не вживати в їжу м'яса без термічної обробки; виключити контакт з котами; при роботі з ґрунтом
8. Червона висипка	Захворювання зазвичай легкого перебігу (висип, артралгії, лімфаденопатія)	Вроджені вади розвитку (у разі інфікування вагітної у перші 16 тижнів). Мала маса при народженні. Гепатоспленомегалія.	Скринінг не проводять Обстеження за показаннями (наявність захворювання, що супроводжується висипкою, або контакт вагітної, яка не має імунітету до краснухи з хворим на краснуху). Діагностика на підставі серологічних тестів. Якщо
9.Генітальний герпес:	У 60% безсимптомний перебіг, у 20%-атиповий перебіг, у 20%-типів клінічні		Скринінг не проводять (А). Обстеження за показаннями (типовий висип на зовнішніх статевих органах)
- первинна інфекція	Висока вірусемія, лихоманка, нездужання, м'язові, головні, суглобові болі. Локальна симптоматика-болючі пухирцеві елементи на вугльві. у	Внутрішньоутробне інфікування буває рідко. Ризик інтранатального інфікування - 50%. Третина інфікованих дітей помирає. У більшості тих, які вижили, спостерігаються неврологічні	Лікування протівірусними препаратами не проводять (за виключенням випадків нагальних показань з боку матері). Якщо інфікування відбулося впродовж 1 місяця перед пологами - розродження шляхом операції кесарів розтин, якщо більше 1 місяця - пологи через природні пологові шляхи. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода, новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
- рецидив	Вірусне навантаження менше ніж при первинній інфекції, триває 7 днів	Загальний ризик інфікування новонародженого 1-3%	Лікування протівірусними препаратами не проводять (за виключенням випадків нагальних показань з боку матері). При виникненні рецидиву за тиждень до
10. Цитомегаловірусна (ЦМВ) інфекція	Гостра інфекція найчастіше перебігає субклінічно і проявляється катаральним синдромом. Хронічна інфекція клінічних проявів не має	Затримка росту плода. Вроджені аномалії розвитку. При первинній інфекції у матері плід інфікується у 30-50% випадків. Клінічні симптоми (жовтяниця, пневмонія, гепатоспленомегалія) є у 5-10%	Скринінг та лікування вагітних не проводять Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна
11. Вітряна віспа	Часто тяжкий перебіг захворювання. Лихоманка, везикулярний висип, головний біль, пневмонія (20%), енцефаліт (рідко)	Частота трансмісії --до 1%. Вроджена вітряна віспа виникає при інфікуванні до 20 тижнів та проявляється: малою масою, рубцями на шкірі, порушеннями скелету, неврологічними розладами (розумова	Скринінгу не існує Вагітна з тяжкою інфекцією потребує лікарняного догляду та лікування. Лікування проводять ацикловіром по 200 мг 5 разів у день усередину 7-10 діб (у разі вкрай тяжкого перебігу інфекції - ацикловір внутрішньовенно). Жінка впродовж 5 діб після останнього висипу є контагіозною і потребує ізоляції. Грудне вигодовування не протипоказане за виключенням гострого

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода, новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
12. Гепатит В	Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї.	Реальна загроза розвитку гострого внутрішньочеревного гепатиту В, хронічного	Скринінг проводять при взятті на облік (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження
13. Гепатит С	Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї. Часто перебігає без-симптомно,	Носійство вірусу гепатиту С	Скринінг не проводять Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження через природні пологові шляхи. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна
14. Лістеріоз	Безсимптомний перебіг, катаральні симптоми, менінгіт(	Ранній прояв інфекції у новонародженого - сепсис (в перші 3 доби),	Скринінг не проводять Лікування антибіотиками пеніцилінового ряду. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція
15. Кандидоз	Свербіж, печіння вульви, густі білі, сироподібні або рідкі	Для плода і новонародженого інфекція безпечна	Скринінг не проводять Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагініту). Лікування проводять протигрибковими
16. Тріхомоніаз	Перебігає у формі гострого, підгострого і хронічного запального процесу	Для плода і новонародженого інфекція безпечна	Скринінг не проводять Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагініту) Лікування проводять препаратами групи імідазолу: У першому триместрі -
17. Бактеріальний вагіноз	Виділення з піхви, часто зі специфічним риб'ячим запахом.	Мала маса новонародженого	Скринінг не проводять Обстеження за показаннями (наявність скарг). Лікування проводять кліндамицином або препаратами групи імідазолу:

Перинатальні інфекції є на сьогодні однією з основних причин порушень перебігу вагітності і пологів, патології плода та новонародженого. Водночас у переважній більшості випадків лікування під час вагітності не існує або воно немає

сенсу.

Слід пам'ятати, що наявність бактерій в організмі, антитіл до інфекційних агентів в крові вагітної не обов'язково означає наявність інфекційного процесу.

Госпіталізувати вагітну для лікування інфекції слід лише коли таке лікування неможливо проводити амбулаторно. В інших випадках перебування в стаціонарі може зашкодити матері і дитині.

Не ізолюйте вагітну від інших вагітних, породіллі від її дитини, якщо такий контакт не зумовлює явної небезпеки.

Не відмінюйте грудне вигодовування через наявність у матері інфекції. Така відміна виправдана лише у випадку ВІЛ - інфекції та під час гострого періоду висококонтагіозних інфекційних захворювань, що передаються респіраторним шляхом (тимчасово).

Високий рівень розповсюдженості ІПСШ обумовлює необхідність усім медичним працівникам завжди користуватися засобами індивідуального захисту при контакті з біологічними середовищами організму вагітної, роділлі, породіллі.

Гостра хірургічна патологія у вагітних

Гострий апендицит зустрічається у 3–3,5 % вагітних, частіше в І триместрі. Летальність від гострого апендициту серед вагітних в 10 разів більша, ніж у невагітних. Переривання вагітності при гострому апендициті спостерігається в 5-7% випадків, при перитоніті – в 90%. Особлива небезпека цього захворювання під час вагітності зумовлюється низкою причин: зміщення догори хробакоподібного відростка і сальника з розвитком вагітності, зменшення можливості утворення злук та обмеження запального процесу, кровонаповненням та розрихленням тканин і швидким прогресуванням запального процесу в черевній порожнині. Треба взяти до уваги недостатню обізнаність деяких акушерів з симптомами апендициту при вагітності та зумовлене цим несвоєчасне проведення хірургічного втручання.

В першій половині вагітності клініка не відрізняється від такої у невагітних жінок. Болі виникають спочатку в епігастрії, потім переміщуються в праву здухвинну ділянку, може бути нудота, одноразове блювання. Відмічається місцева болючість і напруження м'язів в правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла, тахікардія, лейкоцитоз. Такі симптоми, як нудота та блювання, болі в животі можуть помилково прийматися за прояви раннього гестозу, загрозу переривання вагітності.

В другій половині вагітності спостерігається нетипова локалізація болі за рахунок зміщення вагітною маткою сліпої кишки вгору та назовні. За рахунок розтягнення передньої черевної стінки вагітною маткою неможливо визначити напруження м'язів живота. При цьому найбільше значення надається динаміці лейкоцитозу у співставленні з частотою пульсу. Ознаки подразнення очеревини з'являються пізно. Перитоніт при апендициті у вагітних швидко стає розлитим. Ексудат подразнює очеревину, що вкриває матку, і це приводить до абортів чи передчасних пологів. Скорочення матки, спровоковані запальним процесом, можуть маскувати апендицит.

При розпізнаванні апендициту у вагітної треба проводити диференційну діагностику з позаматковою вагітністю, апоплексією яєчника, гострим і підгострим

запаленням придатків матки, абортom, передчасними або терміновими пологам, пієлітом, холециститом, сечокам'яною хворобою.

Враховуючи труднощі діагностики, треба старанно вивчати анамнез, динаміку захворювання, здійснювати всебічне обстеження, зокрема і піхове та прямокишкове. Потрібна консультація хірурга, повторний огляд хворої через кожні 2-3 години. Лікування хворої з гострим апендицитом хірургічне. Виконують апендектомію і проводять профілактику загрози переривання вагітності. При необхідності виконують штучний аборт, його проводять через 2-3 тижні після апендектомії. При формуванні апендикулярного інфільтрату проводять консервативне лікування, апендектомія через 4-6 тижнів. При патологічних пологах одночасно виконують кесарів розтин і апендектомію. За умов перитоніту кесарів розтин закінчують видаленням матки. Після апендектомії вагітні включаються в групи ризику по загрозі невиношування вагітності, внутрішньоутробного інфікування плода.

Захворювання на **холецистит** і **холелітіаз** буває у вагітних нерідко. Вагітність може бути фактором, що провокує захворювання, при ній іноді виникає дискінезія жовчних шляхів, утруднення відтікання жовчі і в другій половині вагітності – гіперхолістерінемія. Симптоми захворювання: болі, відчуття тиснення у лівому чи правому підребер'ї і в ділянці шлунка, порушення апетиту, блювання, іноді больові напади і поява жовтяниці.

Діагноз ґрунтується на названих вище симптомах, даних пальпації печінки і ділянки жовчного міхура, даних дуоденального зондування. При появі перелічених симптомів акушер повинен диференціювати ознаки мимовільного аборту, передчасних пологів, пієліту, запалення придатків матки та апендициту від приступу холециститу, холелітіазу. Якщо приступ холециститу вперше виник після пологів, то треба диференціювати його від апендициту і запалення придатків матки.

Терапія, як правило, консервативна, питання про хірургічне втручання у хворої або породіллі постає рідко і вирішується звичайно консультативно з хірургом.

Захворювання кишечника

Вагітність змінює функцію кишечника: підсилюється всмоктування заліза, збільшується реабсорбція води та іонів натрію, з'являються закрепи. Змінюється характер протікання хронічних захворювань кишечника.

Хвороба Крона (термінальний ілеїт) – хронічне гранулематозне запалення тонкого кишківника, переважно його термінальної ділянки. Причина захворювання невідома, має значення інфекція та імунологічна сенсibiliзація організму. Хворіють переважно у дітородному віці. Хвороба Крона має прогресуючий характер, загострення чергуються з ремісіями.

Основні скарги - біль в животі та діарея. Постійна діарея та відсутність апетиту призводять до схуднення хворих.

Ускладнення хвороби Крона: злуки кишечника з сусідніми органами, утворення перфорації кишечника, перианальні нориці та абсцеси, гіпохромна анемія, набряки, асцит.

Діагностика хвороби Крона у вагітних утруднена, оскільки рентгенологічне

дослідження кишківника протипоказане. Ректороманоскопія та кольпоскопія утруднені внаслідок зміщення товстої кишки вагітною маткою, їх необхідно проводити дуже обережно. Більшість досліджувачів вважають, що вагітність погіршує перебіг хвороби. Рецидиви найчастіше виникають в I триместрі, після абортів, пологів. Це пов'язано з рівнем ендогенного кортизолу, який підвищується в II та III триместрах вагітності, попереджуючи загострення, та різко знижується після пологів. Разом з тим, відмічають можливість загострення хвороби Крона в III триместрі, викликану механічним тиском матки на прилягаючі відділи кишківника. Прогноз більш сприятливий, якщо вагітність почалася в період ремісії, неблагоприємний, якщо на фоні рецидиву захворювання.

Вплив хвороби Крона на перебіг вагітності полягає в збільшенні частоти невиношування, передусім за рахунок штучного переривання вагітності через тяжкість захворювання, а також внаслідок мимовільних абортів та мертвонародження.

Вагітність у жінок, що хворіють на хворобу Крона дозволяється за наявності стійкої ремісії запального процесу. Її загострення є показанням до переривання вагітності. Питання щодо доцільності та об'єму лікування вагітних є дискусійним. Спостерігається парадоксальна реакція: у жінок, що отримували лікування під час вагітності мимовільні викидні та народження незрілих плодів спостерігалось частіше, ніж в групі нелікованих. Якщо вагітність протікала на фоні активної фази захворювання, ускладнення спостерігались частіше незалежно від того, проводилось лікування чи ні. Тому лікування вагітних, передбачає повноцінне харчування та вітамінотерапію. При тяжких ускладненнях: перфорація кишечника, кишкова непрохідність, масивна кровотеча, формування абсцесу - необхідна негайна операція в будь-якому терміні вагітності. В ранні терміни вагітності операції може передувати аборт.

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) – хронічне некротизуюче запалення слизової оболонки прямої та товстої кишки неінфекційної природи.

Основні клінічні ознаки: кишкові кровотечі, діарея (до 20 разів на добу, стілець рідкий, містить багато гною, слизу та крові), біль (переймоподібний, проходить після дефекації), анемія.

На відміну від хвороби Крона НВК не є перешкодою до настання вагітності. Якщо коліт виник за декілька років до вагітності, то під час її рецидиви звичайно легкі, а іноді після пологів настає стійка ремісія. Якщо коліт виник після пологів, то він перебігає найтяжче. Штучне переривання вагітності може стати провокуючим моментом для виникнення рецидиву коліту. Посилення кровонаповнення тазових органів під час вагітності сприяє набряку та кровоточивості слизової оболонки прямої та сигмоподібної кишки. Певну роль в загостренні процесу відіграють закрепи та травматизація слизової оболонки кишки твердим калом. Стихання активності процесу у II та III триместрах вагітності обумовлено ендогенною гіперсекрецією глюкокортикоїдів. Основним методом діагностики НВК є ректороманоскопія, але проводити її слід дуже обережно.

Лікування проводять у відділенні патології вагітних. Забезпечують повноцінне харчування, вітамінотерапію (В₂; В₆; В₁₂; С). Проводять гемостимулюючу терапію. Кортикостероїдну терапію застосовують лише при

тяжкому загостренні з системними проявами (артралгії, лихоманка). Всі види місцевого лікування (клізми, зрошення) протипоказані, внаслідок можливості викликати кровотечу та мимовільний аборт.

Не зважаючи на те, що вагітність у жінок, що страждають на НВК, пов'язана з великим ризиком для здоров'я, не встановлено негативного впливу на перебіг самої вагітності, пологи та здоров'я дитини. Рідко необхідно переривати вагітність або форсувати родорозрішення. Показанням є тільки важке загострення захворювання та небезпечні для життя ускладнення (токсична дилатація товстої кишки, профузні поноси, масивні кишкові кровотечі). Пологи проводять природними пологовими шляхами. Кесарів розтин виконують тільки за акушерськими показаннями.

V. План організації заняття

Організаційний момент	2% навчального часу;
Мотивація теми	3% навчального часу;
Контроль вихідного рівня знань	20% навчального часу;
Самостійна робота студента	35% навчального часу;
Контроль остаточного рівня знань	20% навчального часу;
Оцінка знань студентів	15% навчального часу;
Узагальнення викладача, завдання додому	5% навчального часу;

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий - мотивування теми, контроль вихідного рівня базових і основних знань, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний - самостійна робота студентів під контролем викладача, а саме - робота з навчальною літературою і навчальними посібниками (таблиці, таз, лялька, муляжі для реанімаційних заходів). Кардіотокографія. Оцінювання лабораторних аналізів, клінічна інтерпретація результатів лабораторного та інструментального обстеження. Курація вагітних з захворюваннями серцево-судинної системи, органів дихання, захворюваннями нирок, органів травлення, ендокринних органів (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози), хворобами крові, органів зору, нервової системи.

Призначення лікування залежно від тяжкості екстрагенітальних захворювань, вибір терміну для дострокового розродження, вибір методу розродження з урахуванням стану матері і плода.

Студенти разом з викладачем здійснюють обхід у відділенні патології вагітних: оглядають вагітних з інфекційними захворюваннями, зокрема TORCH-інфекціями, визначають тактику лікування вагітних, розробляють план ведення пологів та післяпологового періоду, працюють у відділенні неонатології.

В. Заклучний - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язання ситуаційних задач, усної відповіді студентів, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження викладача з оцінкою культури спілкування, знання питань медичної етики і деонтології, домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, пологовий зал, відділення реанімації та інтенсивної терапії, фантом-клас, навчальні кімнати.

Оснащення: таблиці, слайди, набори для венесекції, катетери, інструментарій для інтубації трахеї, апарати для вимірювання АТ, ЦВТ, кардіотокограф, УЗ-сканер, наркозний апарат, лікарські засоби, інфузійні розчини, набір лабораторних аналізів, історії пологів хворих з екстрагенітальними та інфекційними захворюваннями, зокрема TORCH-інфекціями.

VIII. Контрольні запитання та завдання

1. Організація допомоги вагітним з екстрагенітальними захворюваннями.
2. Особливості проведення трьох планових госпіталізацій у вагітних з екстрагенітальними захворюваннями.
3. Коли і з якою метою проводиться перша планова госпіталізація вагітних з екстрагенітальними захворюваннями?
4. Друга планова госпіталізація до відділення екстрагенітальної патології вагітних з екстрагенітальними захворюваннями у критичні для кожного захворювання періоди.
5. Третя планова госпіталізація до відділення екстрагенітальної патології вагітних з екстрагенітальними захворюваннями.
6. Як часто проводиться огляд вагітних з екстрагенітальною патологією терапевтом (у разі необхідності ендокринологом, кардіологом та іншими суміжними спеціалістами)?
7. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше зустрічаються у вагітних?
8. Що потрібно враховувати, вирішуючи питання щодо можливості виношування вагітності у хворих з набутими (ревматичними) вадами серця?
9. Визначте протипоказання до збереження вагітності у разі набутих вад серця.
10. Особливості перебігу вагітності і пологів у хворих з вродженими вадами серця. Визначте протипоказання до продовження вагітності у разі вроджених вад серця.
11. Вагітність і пологи у жінок, що перенесли операцію на серці (мітральну комісуротомію, протезування клапанів, корекцію вроджених вад серця).
12. Дайте характеристику первинної артеріальної гіпертензії вагітних. Розкажіть класифікацію гіпертонічної хвороби залежно від ураження органів. Вкажіть ускладнення перебігу вагітності.
13. Які три типи гемодинаміки виділяють у хворих на артеріальну гіпертензію?
14. Визначте протипоказання до виношування вагітності у хворих на гіпертонічну хворобу.
15. Вкажіть особливості перебігу вагітності у разі артеріальної гіпотензії.
16. Особливості обстеження та підготовки вагітних з екстрагенітальними захворюваннями у відділенні екстрагенітальної патології до пологів.
17. Розкажіть про вибір методу розродження у жінок з хворобами серцево-

судинної системи:

- а) самостійне розродження природними пологовими шляхами;
- б) виключення потужного періоду шляхом операції накладання акушерських щипців;
- в) розродження шляхом кесарева розтину.

18. Вкажіть протипоказання до виношування вагітності у разі хвороб органів дихання.

19. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок з хворобами нирок. Вплив на плід та новонародженого.

20. Визначте протипоказання до збереження вагітності у жінок з патологією нирок.

21. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок, хворих на цукровий діабет. Вплив на плід та новонародженого.

22. Вкажіть протипоказання до збереження вагітності у жінок, хворих на цукровий діабет.

23. Третя планова госпіталізація вагітних з цукровим діабетом. Обстеження, дородова підготовка, профілактика дистрес-синдрому.

24. Вибір часу і методу розродження у вагітних з цукровим діабетом.

25. Показання до розродження шляхом проведення планового кесарева розтину у вагітних з цукровим діабетом.

26. Протипоказання до виношування вагітності у разі захворювань щитоподібної залози.

27. Визначте протипоказання до збереження вагітності у жінок із захворюваннями крові.

28. Хвороби печінки та жовчного міхура, за наявності яких вагітність протипоказана.

29. Вкажіть протипоказання до збереження вагітності у жінок з хворобами органів травлення.

30. Особливості перебігу вагітності, пологів у жінок з хворобами органів зору.

31. Реабілітація жінок з екстрагенітальною патологією в післяпологовому періоді.

32. Роль жіночої консультації в профілактиці ускладнень під час вагітності і пологів у жінок з екстрагенітальною патологією.

33. Групи збудників внутрішньоутробних інфекційних хвороб?

34. Методи діагностики, клініка, лікування та профілактика вірусних інфекцій?

35. Тактика ведення вагітних з висипним тифом?

36. Як діагностуються та лікуються бактеріальні інфекції під час вагітності?

37. Причини смерті плода при різних видах інфекційних захворювань?

38. Які хвороби відносяться до паразитарних?

39. Що таке внутрішньоутробне інфікування плода?

40. Які медичні показання до переривання вагітності?

ІХ. Завдання для позааудиторної роботи

1. Організація та структура медико - генетичної служби.
2. Медична деонтологія в акушерстві.
3. Сучасні аспекти безпечного материнства. Партнерські пологи.
4. Вагітність і пологи при гінекологічних захворюваннях.
- 5.

ІХ. Тестовий контроль

1. У вагітної, що страждає на гіпертонічну хворобу І ст., у терміні 35 тижнів з'явилися набряки на нижніх кінцівках і передній черевній стінці, у сечі білок до 3 г/л, АТ підвищився до 170/120 мм рт. ст., став турбувати головний біль і погіршився зір. Проведене протягом 4-х годин інтенсивне лікування ефекту не дало. Яка тактика необхідна в даному випадку?

- А. Проведення родозбудження
- В. Продовження інтенсивної терапії
- С. Негайне розродження шляхом кесарева розтину
- Д. Консервативне розродження

2. Вагітна 22 р. поступила в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, підвищення температури тіла до 39°C, пропасницю, болючість в поперековій ділянці та внизу живота, часте і болюче сечовиділення, болючість в реберно-поперековому куті. Біль у попереку посилюється при диханні, ірадіює в пахові ділянки. Була блювота, нудота. З анамнезу з'ясовано: вагітність перша, 24 тижні; протягом останніх 5 років хворіє на хронічний гайморит. Про яке захворювання повинен подумати лікар в першу чергу?

- А. Гестаційний пієлонефрит
- В. Загроза пізнього викидня
- С. Гострий апендицит
- Д. Гострий цистит

3. Вперше вагітна у терміні 37 тижнів, поступила до пологового будинку зі скаргами на задишку, серцебиття, швидку втомлюваність. В дитинстві страждала ангінами, з 15 років - ревматизм, неактивна фаза, мітральний стеноз 2 ст., НК 2 А ст. Яка тактика ведення вагітної у даному випадку?

- А. Консервативне лікування, пологорозрішення з виключенням потуг у 2 періоді
- В. Пролонгація вагітності в умовах кардіологічного відділення
- С. Ведення пологів зі стимуляцією пологової діяльності
- Д. Пологи з виключенням 2-го періоду шляхом вакуум-екстракції плода

4. Вагітна, 24 р., 29 тижнів вагітності, скаржиться на загальне нездужання, нудоту, головний біль, підвищення температури тіла до 38°C, лихоманку, біль в поперековій ділянці, який розповсюджується у напрямку сечоводу, часте і болюче сечовипускання. Симптом Пастернацького – позитивний. У крові лейкоцитоз, у сечі визначається білок до 0,5 г/л, лейкоцити вкривають все поле зору. Ваш діагноз?

- А. Гострий гломерулонефрит
- В. Гострий апендицит

- С. Гострий холецистит
- D. Гострий гестаційний пієлонефрит

5. Вагітна в терміні 36 тижнів в положенні лежачі на спині викazuje скарги на кволість, утруднення дихання. Під час огляду в положенні на спині через 5 хвилин відзначається ядуха до 24 за хвилину, зниження артеріального тиску до 70/50 мм рт. ст; в положенні на боку частотата дихання 20 за хвилину, артеріальний тиск 115/65 мм рт. ст. Вкажіть причину даного стану.

- A. Гіповолемія
- B. Нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом
- C. Синдром стиснення нижньої порожнинної вени
- D. Прееклампсія

6. Вдруге вагітну в терміні 11 тижнів турбують сухість в роті, спрага, поліурія, значна втрата ваги, загальна слабкість. В анамнезі пологи мертвим плодом масою 4,600. Цукор крові – 10,8 ммоль/л. Заключення окуліста – ретинопатія. Тактика подальшого ведення вагітності?

- A. Термінове переривання вагітності за медичними показаннями
- B. Пролонгування вагітності на тлі інсулінотерапії
- C. Переривання вагітності після покращання стану
- D. Лікування в умовах ендокрінологічного диспансеру

7. Вперше вагітна, 24 р. Надійшла в пологовий будинок в першому періоді своєчасних пологів. Перебіг вагітності без ускладнень. Розміри тазу: 26-28-30-20. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне - 136 уд./хв. Півтора роки тому перенесла операцію на серці - мітральну комісуротомію з позитивним результатом. Яка тактика ведення пологів?

- A. З виключенням II періоду пологів
- B. Кесарів розтин
- C. Консервативне родорозрішення
- D. Рання амніотомія

8. Вперше вагітна, 21 р. В 15 років перенесла гостру атаку ревматизму. В 18 років було діагностовано ваду серця. Під час обстеження встановлено: вагітність 9 тижнів. Ревматизм, активна фаза. Ендоміокардит. Комбінована мітральна вада. ХНК, II-Б. Тактика лікаря?

- A. Виношування вагітності
- B. Лікування активної фази ревматизму з наступним перериванням вагітності
- C. Продовження вагітності на тлі лікування ревматизму
- D. Продовження вагітності на тлі оперативного лікування вади серця

9. Роділлю доставлено в пологовий будинок у тяжкому стані. Пологова діяльність активна. Ціаноз шкіри та слизових оболонок. Набряки нижніх кінцівок. При аускультатії – пресистолічний шум, акцент I тону на верхівці, верхня та ліва межі серця змінені. З'явився кашель. Терапевтом встановлено діагноз: набряк легень.

При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки повне, голівка плода в порожнині малого тазу, стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу. Серцебиття плода ритмічне, до 142 уд. / хв. Який план ведення пологів?

- A. Накладання порожнинних акушерських щипців
- B. Надати пологам природній перебіг
- C. Кесарів розтин
- D. Накладання вихідних акушерських щипців

10. Вагітна Ч., 28 р., спостерігається з приводу I вагітності. До вагітності нічим не хворіла. В терміні 26 тижнів після прийому гострої їжі відчула біль в попереку, лихоманку, підвищення температура тіла до 38,8°C. В загальному аналізі крові лейкоцити -12,8x10⁹/л, ШОЕ 28 мм/год., в загальному аналізі сечі - білок 0,045 г/л, лейкоцити – 38-40 в полі зору, бактеріурія. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- A. Гострий гломерулонефрит
- B. Хронічний пієлонефрит в фазі загострення
- C. Гострий пієлонефрит
- D. Помірна прееклампсія

X. Ситуаційні задачі

№1. Вперше вагітна поступила до пологового будинку без пологової діяльності в терміні 40 тижнів, з міопією високого ступеня з дегенеративними змінами сітківки. Окулістом рекомендовано виключити другий період пологів. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, рухлива над входом в малий таз, серцебиття плода - 136 ударів за хвилину, ясне, ритмічне. Діагноз? Складіть план ведення пологів.

№2. До жіночої консультації звернулась вперше вагітна 20 років. Після гінекологічного огляду встановлено термін вагітності 8-9 тижнів. Після огляду терапевта і консультації ендокринолога встановлено діагноз: аутоімунний тиреоїдит Хашимото. Який план подальшого ведення цієї вагітності?

№4. Вдруге вагітна А., 27 р., поступила у відділення екстрагенітальної патології вагітних зі скаргами на болі в попереку праворуч. Після обстеження - вагітність 25 тижнів. Симптом Пастернацького позитивний. В аналізі сечі піурія, олігоурія. Які обстеження необхідно провести, консультація яких спеціалістів необхідна терміново?

№ 5. Жінка І., 28 років. Звернулась до жіночої консультації зі скаргами на затримку менструації на один місяць, зміни смаку, нагрубання молочних залоз. Хворіє бронхіальною астмою в тяжкій формі. Піхове дослідження: шийка матки конічна. Зовнішнє вічко закрите. Тіло матки збільшене до 6-7 тижнів вагітності. Придатки з обох боків без особливостей. Склепіння глибокі, вільні. Діагноз? Тактика?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров'я України», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ I—III р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

Додаткова

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.

3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015