

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВАГІТНИХ,
РОДІЛЬ ТА ПОРОДІЛЬ
ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СИСТЕМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня
за спеціальністю «Медицина»*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВАГІТНИХ,
РОДІЛЬ ТА ПОРОДІЛЬ
ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СИСТЕМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня
за спеціальністю «Медицина»*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 6 від 29.06.2026.

**Харків
ХНМУ
2026**

Лікувальна тактика у вагітних, роділь та породіль із хронічними захворюваннями системи органів травлення : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Медицина» / упоряд. М. О. Щербина, О. Д. Демиденко. Харків : ХНМУ, 2026. 20 с.

Упорядники М. О. Щербина
 О. Д. Демиденко

РОЗДІЛ 1. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ ІЗ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Засоби навчання: банк тестових завдань, обладнання та інструментарій пологового блоку, мультимедійний проектор, фантоми й муляжі для відпрацювання прийомів обстеження та допомоги вагітним.

Обладнання: методичні вказівки для студентів VI курсу для підготовки до державної атестації.

Обґрунтування теми. Холецистит при вагітності – дуже часта патологія. Це пов'язано з тим, що під час вагітності виробляється багато гормонів, що впливають на всі процеси в організмі, зокрема на травлення. Найчастіше ця патологія зустрічається у тих, хто раніше до вагітності хворів на холецистит, панкреатит, дискінезію. Проте також може розвиватися вперше, коли вагітність є пусковим фактором раніше прихованої проблеми.

Мета заняття

Загальна – сформувати вміння самостійного вивчення клінічної картини, діагностики та тактики ведення вагітних та породіль при холециститі.

Конкретні цілі

Студент повинен знати:

1. Організацію спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією: спеціалізовані диспансери (кабінети), підліткові кабінети, дільничні педіатри, терапевти територіальних поліклінік, жіночі консультації, відділення ЕГП вагітних.

2. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із холециститом.

3. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із гострим апендицитом.

4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із хронічними запорами.

Студент повинен уміти:

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних із різними захворюваннями.

2. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, можливі ускладнення та вплив їх на стан плода, стан здоров'я і життя матері.

3. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.

Практичні навички:

1. Проводити диференційну діагностику.

2. Оцінювати результати комплексного обстеження вагітних із холециститом.

3. Розробляти план ведення вагітності у жінок із гострим апендицитом.

4. Розробляти план ведення пологів та післяпологового періоду у жінок із гострим апендицитом.

5. Розробляти план ведення вагітності у жінок із хронічними закрепам.

Тести для контролю початкового рівня знань

1. У пологовий будинок госпіталізована жінка в терміні вагітності 30 тиж. Скаржиться на гострий біль внизу живота праворуч, нудоту. Т – 37,8 °С, PS – 110 уд./хв, АТ – 120/80. Язик сухий. При пальпації живота захисне напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна–Блюмберга, у правій клубовій ділянці. В клінічному аналізі крові Нb 130 г/л, лейкоцити 14×10^9 /л, швидкість осідання еритроцитів – 60 мм/год. Матка в нормотонусі. Серцебиття плоду 136 уд./хв. Яку допомогу необхідно виконати в першу чергу?

A. Кесарів розтин.

D. Антибіотикотерапія.

B. Введення токолітиків.

E. Введення спазмолітиків.

C. Апендектомія.

2. До гінекологічного відділення надійшла вагітна в терміні вагітності 13 тиж зі скаргами на тяжкість та болі внизу живота. При дослідженні встановлено, що матка відповідає термінам вагітності, плід живий. ЧСС 144 уд./хв. Матка при дослідженні не тонізується, м'яка. Відмічається присутність скупчення калових мас у прямій кишці. Який стан міг спричинити появу цих симптомів?

A. Загроза переривання вагітності.

D. Хронічний закреп.

B. Пієлонефрит.

E. Геморой.

C. Аборт у ході.

3. У відділення патологій вагітності доставлено жінку в терміні вагітності 32 тиж зі скаргами на болі в правому підребер'ї, блювання, та появу незначної жовтяниці. При дослідженні – печінкові проби без змін, збільшена лужна фосфатаза та присутній зсув лейкоцитарної формули вліво. Який патологічний стан міг спричинити появу таких симптомів?

A. HELLP-синдром.

D. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості.

B. Гострий панкреатит.

E. Легка прееклампсія.

C. Холецистит.

Відповіді:

1	2	3
C	D	C

Орієнтована карта роботи студентів:

а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;

б) вибір найбільш інформованих інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз;

в) визначення прогнозу перебігу пологів.

Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту.

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

Класифікація:

I. Хронічний безкам'яний холецистит; хронічний калькульозний холецистит.

II. Стадія процесу: загострення; неповної ремісії; ремісії.

III. Ступінь тяжкості: легкий; середній; тяжкий.

Причини холециститу при вагітності

Холецистит при вагітності частіше розвивається в третьому триместрі і може стати причиною пізніх гестозів, а також інших ускладнень вагітності та пологів. Щодо особливостей, то ця патологія частіше розвивається у жінок старшого віку, тоді як при першій вагітності – рідко.

Причини холециститу при вагітності можуть бути різноманітні, але основним механізмом розвитку патології є гормональні зміни в організмі вагітної жінки. Прогестерон здатний розслабляти тонус гладеньком'язових волокон і тим самим, впливаючи на жовчний міхур, спричиняє його атонію. Це може спричинити застій жовчі, що стане причиною розвитку патології у вигляді утворення каменів або приєднання інфекції.

Холецистит частіше розвивається у жінок, які до вагітності хворіли на це захворювання або мали передумови до цього. Часто причиною розвитку такого стану при виношуванні дитини є хронічний холецистит. До вагітності жінку може нічого не турбувати, але при настанні вагітності загострюються всі процеси в організмі, і тоді виникає загострення хронічного холециститу. Також це трапляється при супутній жовчнокам'яній хворобі, коли є камені в жовчному міхурі, і на тлі гормонів, що виділяються плацентою, тонус жовчного міхура зменшується, що призводить до активації запальних процесів.

Бувають вроджені вади жовчного міхура, які спричиняють функціональні зміни до вагітності, а під час вагітності можуть стати причиною гострого холециститу. До таких станів належить дискінезія жовчовивідних шляхів, вигини і неправильні положення жовчного міхура. Це зустрічається досить часто і може мати безсимптомний перебіг до вагітності, а проявитися тільки під час вагітності.

Причиною гострого холециститу також є надходження патогенних мікроорганізмів у жовчний міхур. Це пов'язано з тим, що у вагітних жінок часто є проблеми зі шлунково-кишковим трактом: зменшується кислотність шлунка і моторно-евакуаторної функції кишечника, а також знижуються місцеві імунні сили – все це дозволяє збуднику легко потрапити в жовчні шляхи, а потім і міхур, що супроводжується розвитком інфекційного процесу в жовчному міхурі.

Тобто гострий холецистит у вагітних частіше виникає вже на тлі наявних проблем із жовчним міхуром, а вагітність тільки викликає загострення процесу.

Симптоми холециститу при вагітності

Виразність клінічних проявів може бути різна – від легких диспепсичних явищ до вираженого больового синдрому. Це залежить від виду патології та умов розвитку клініки.

Симптоми холециститу при вагітності мають свої особливості. Це пов'язано з тим, що матка збільшується і піднімає печінку з жовчним міхуром, що спричиняє нетипові прояви.

Перші ознаки холециститу при вагітності – це скарги на диспепсичні прояви при вживанні жирної, смаженої їжі. Це виникає через те, що жирна їжа стимулює виділення жовчі, а це утруднено через запальні зміни, що і викликає нудоту, гіркоту в ротовій порожнині. Також одним із характерних ознак є тяжкість у правому підребер'ї. Це є еквівалентом больового синдрому. Під час нападу холециститу біль може бути різка, виникає частіше після похибок у дієті в правому підребер'ї і може віддавати в праву руку або лопатку. Це супроводжується вираженим занепокоєнням жінки, може бути підвищення температури тіла, що вже свідчить про запальний процес. Це основні ознаки холециститу. Також при тривалому перебігу хронічного холециститу може з'явитися жовтяниця, яка має зеленуватий відтінок і супроводжується свербінням шкіри. Вона з'являється через порушення відтоку жовчі і виходу білірубину в кров.

При обстеженні жінки лікар може виявити всі симптоми, характерні для холециститу:

1. Симптом Георгієвського–Мюссе – це поява болю справа при натисканні в грудинно-соскоподібно-ключичній ямці.
2. Симптом Кера – болючість при пальпації в точці Кера.
3. Симптом Мерфі – переривання вдиху при пальпації лівого підребер'я через наявність різко вираженого больового синдрому.
4. Симптом Ортнера – болючість при перкусії реберної дуги ребром долоні.
5. Симптом Образцова – поява інтенсивного болю на вдиху під час введення руки в праву підреберну ділянку.

Це основні патогномонічні симптоми, які свідчать про патологію жовчного міхура. Але при вагітності вони можуть бути виражені не всі і не такою мірою, а також можуть бути й інші клінічні ознаки. Тому дуже важливо у вагітних жінок правильно встановити діагноз і провести диференціальну діагностику.

Форми

Перебіг холециститу при вагітності може мати різний характер і залежить від патології жовчного міхура, яка була раніше у жінки. Основні види холециститу при вагітності – це гострий, хронічний, загострення хронічного і калькульозний.

Гострий холецистит при вагітності як первинна патологія буває рідко, оскільки немає схильності до інфекційного процесу. Але в разі розвитку такого

стану – симптоматика дуже виражена і перебігає швидко. Необхідна термінова операція для профілактики розвитку ускладнень і несприятливого впливу на плід.

Найчастіше трапляється *хронічний холецистит*. При цій формі жінка хворіє протягом всього періоду виношування вагітності. Симптоми виражені слабо і полягають у диспепсичних проявах у вигляді нудоти, блювання, гіркого присмаку в роті, тяжкості в правому підребер'ї. Ці симптоми можуть супроводжувати всю вагітність і не вимагають оперативного втручання, а лише консервативної симптоматичної терапії. Але може бути і *загострення хронічного холециститу* – всі симптоми загострюються, з'являється загальний інтоксикаційний синдром із підвищенням температури тіла. Такий стан вимагає негайного втручання.

Ще одним проявом може бути *калькульозний холецистит*. Він характеризується найбільш гостро вираженою клінічною симптоматикою – різким болем і порушенням загального стану. Це пов'язано з тим, що в жовчному міхурі знаходяться камені, які за певних причин можуть подразнювати стінку і спричинити запальний процес. Найбільш виражену клінічну картину має печінкова колька – проходження каменя жовчовивідними шляхами. Це є особливо небезпечним станом не тільки для мами, але і для дитини, через виражений больовий синдром.

Діагностика холециститу при вагітності

Дуже важливо правильно поставити діагноз і почати лікування вагітної жінки ще до появи ускладнень з боку не тільки організму матері, але і з боку плода. Тому, крім анамнестичних даних, для точного постанови діагнозу необхідно проводити додаткові методи досліджень.

Аналізи при холециститі у вагітних мають характерні ознаки запального процесу – збільшення ШОЕ, лейкоцитоз і зсув лейкоцитарної формули вліво. Однак ці зміни лабораторних показників не завжди виражені, оскільки холецистит може бути хронічним і не супроводжуватися подібними інфекційними проявами. В біохімічному аналізі крові будуть збільшені такі показники, як загальний білірубін завдяки непрямому, а також лужна фосфатаза як маркер порушення відтоку жовчі. Що стосується печінкових маркерів, то вони будуть у нормі, що дозволяє виключити патологію печінки.

Інструментальні методи діагностики мають пріоритетне значення для постанови діагнозу. «Золотим стандартом» діагностики холециститу при вагітності є ультразвукове дослідження, оскільки поряд із високою інформативністю вплив на плід мінімальний. При УЗД в проекції жовчного міхура можна побачити:

- потовщення і неоднорідність стінки жовчного міхура, що свідчить про його інфекційне запалення;
- наявність конкрементів у порожнині жовчного міхура – ознака калькульозного холециститу;
- порушення нормального розташування або вигини – симптоми функціональних порушень.

Ці ультразвукові ознаки дають можливість визначити точний діагноз і тактику лікування.

Лікування

Спостереження вагітної з хронічним холециститом у жіночій консультації проводять спільно з терапевтом. За умови відсутності загострення процесу профілактично призначають: лікувальну фізкультуру; раціональне харчування (стіл № 5 у теплому вигляді, прийом їжі не менше 5 разів на добу); лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) – 1 раз на тиждень, всього 4–6 разів у II та III триместрах. Як жовчогінний засіб застосовують 2 склянки відвару шипшини або мінеральної води; 1–2 столові ложки оливкової олії; 50–60 мл 25–33 % розчину сульфату магнію; 20 мг сорбіту чи 20 мг ксиліту, розчинених у 100 мл води; препарати, що містять жовчні кислоти (хологон, дехолін, алохол, холензим, ліобіл); препарати рослинного походження (фламін, холосас, холагол, хофітол, холагогум, гепабене); гідрохолеретики (мінеральні води "Трускавецька", "Нафтуся"); холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії – соняшникова, оливкова, обліпихова). У разі загострення процесу призначають діету (стіл № 5). Для ліквідації больового синдрому – М-холінолітики (платифілін, пірензепін), міотропніспазмолітики (дротаверин, папаверин). У разі супутньої гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії – прокінетики (метоклопрамід); фітотерапію (настої м'яти, ромашки, кропиви, нагідок лікарських, цикорію, безсмертника, кукурудзяних рилець, шипшини). При затуханні запалення – фізіотерапевтичні методи (солюкс, аплікації озокериту, УВЧ на ділянку правого підребер'я).

Оперативне лікування холециститу у вагітних проводять лише при підтвердженому діагнозі гострого гнійного холецистити або нападу холецистити при жовчнокам'яній хворобі. Тоді є пряма небезпека життю вагітної, оскільки є осередок інфекції, який швидко може поширитися на навколишні органи або больовий синдром може стати причиною передчасних пологів. Обсяг операції – видалення жовчного міхура, яке проводять під загальним наркозом, з огляду на використання анестезії, що не впливає на плід. У вагітних жінок лапароскопічні операції не проводять, оперативний доступ – серединна лапаротомія, для кращої ревізії черевної порожнини, оскільки в зв'язку зі збільшеною маткою анатомія внутрішніх органів змінюється.

Після видалення жовчного міхура і ревізії ставлять наскрізні дренажі. Ця операція проводиться з постійним контролем стану плода.

Ведення вагітності і пологів

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

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

РОЗДІЛ 2. ВАГІТНІСТЬ І ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

Запалення червоподібного відростка сліпої кишки і його оперативне усунення (апендектомія) є найпоширенішим приводом для надання екстреної хірургічної допомоги населенню, частина якого становлять вагітні жінки. Гострий апендицит становить близько 90 % усіх випадків «гострого живота» у вагітних і зустрічається з частотою 1 випадок на 800–2 000 вагітних. Зі збільшенням терміну вагітності частота і тяжкість ускладнень від апендициту зростає, що обумовлене труднощами діагностики, неадекватним веденням пацієнтки і пізнім оперативним лікуванням. Найчастіше – в 63 % випадків, під час вагітності зустрічається катаральний апендицит, що є простою формою даної патології. Більш ускладнені, деструктивні форми, такі як флегмонозний, гангренозний, перфоративний апендицит, зустрічаються під час вагітності з частотою до 37 % спостережень. У більшості спостережень гострий апендицит зустрічається в першій половині вагітності, а близько 25 % випадків захворювання відзначається в другій її половині. Ускладнені деструктивні форми в основному мають місце в III триместрі вагітності і після пологів. Ці форми захворювання нерідко супроводжуються перфорацією червоподібного відростка з розвитком розлитого перитоніту.

Причини апендициту при вагітності

У нормі неушкоджена слизова оболонка апендикса є нездоланим бар'єром для патогенної та умовно-патогенної флори. Її проникність збільшується при масивній мікробній інвазії, ослабленні місцевого імунітету, механічних пошкодженнях або закупорці просвіту, що призводить до переповнення хімусу в апендиксі і розтягування його стінок, ішемічних процесах у кровоносних судинах червоподібного відростка сліпої кишки.

Точні причини виникнення запалення апендикса ще до кінця не з'ясовані, проте інфекційна теорія превалює над іншими. У більшості пацієнтів під час гістологічного дослідження тканин віддаленого апендикса виявляються колонії мікробів, які мігрували з кишечника. Проникнення патогенної флори з кров'ю або лімфою зустрічається вкрай рідко і не розглядається як шлях інфікування.

У поодиноких випадках джерелом інфекції можуть бути гельмінти, що проникли в апендикс, що більш характерно для дітей, цитомегаловірус, туберкульозна мікобактерія, дизентерійна амеба (дані збудники часто знаходяться в апендиксі у хворих на СНІД).

Фактори ризику, що спричиняють розвиток запалення червоподібного відростка під час вагітності:

- активне зростання розмірів матки, що викликає зсув органа, його здавлювання і порушення кровообігу в його судинах;
- природне зниження імунітету в період виношування дитини, що зменшує здатність лімфоїдної тканини до знищення патогенних організмів;
- переважне вживання харчових продуктів, бідних харчовими волокнами (клітковиною), що призводить до закріпів та утворення феколітів;
- природна зміна складу крові під час вагітності, що підвищує ризик тромбоутворення;
- анатомічні особливості розташування апендикса, які посилюють дію перерахованих вище факторів.

Патогенез

Головною патогенетичною ланкою, що призводить до розвитку запалення апендикса, є звуження його просвіту (приблизно 2/3 випадків), що порушує відтік слизу, який секретується в апендиксі і спричиняє його переповнення. У молодому віці звуження спричинено, як правило, збільшенням лімфатичних фолікулів. У вагітних жінок може приєднатися зміщення, здавлювання або загин червоподібного відростка через збільшення розмірів матки.

Отже, слиз продовжує вироблятися, відбувається газоутворення і ексудація, а їх відтік зменшується або припиняється, що спричиняє зростання тиску на стінки відростка, їх розтягнення. Як наслідок порушується венозний кровообіг, а потім і артеріальний. В умовах гіпоксії стінки апендикса починається бурхливе розмноження і колонізація мікробами його внутрішньої порожнини. Продукти життєдіяльності бактерій пошкоджують епітелій, на слизовій оболонці з'являються виразки.

Вироблення імунорегуляторів локальної дії сприяє поглибленню деструктивних перетворень в апендикулярній стінці. Коли некротизується м'язовий шар, приблизно у половини пацієнтів перфорується стінка апендикса. Перфорація призводить до розвитку ускладнень – перитоніту або утворення периапендикулярного інфільтрату.

У патогенезі неоклюзійних форм захворювання розглядається первинна ішемія апендикса через недостатність артеріального кровотоку для забезпечення потреб відростка. Зміна складу крові при вагітності – збільшення тромбоутворюючих компонентів – цілком вписується в картину тромбозу судин, які живлять орган.

Патогенез розвитку гострого запалення червоподібного відростка також розглядають і як наслідок алергічної реакції в апендиксі негайної або уповільненою форми. Локальні їх прояви у вигляді звуження судин і порушення структури стінки червоподібного відростка дають можливість патогенам

із кишечника вражати його тканини і мігрувати з лімфотоку. Відповіддю на впровадження і розвиток патогенних мікроорганізмів є набряк слизової оболонки, що викликає зменшення обсягу порожнини і діаметра просвіту апендикса, тканини якого зазнають ішемію, гіпоксію і гнійно-некротичні перетворення.

Якщо спрацьовує одна з найважливіших здібностей очеревини – оберегти себе від розлитого перитоніту за допомогою відмежування гнійного ексудату завдяки прилеглим порушеним запаленням органів, формується периапендикулярний інфільтрат. Цей конгломерат захищає осередок запалення від іншої частини очеревини. Після закінчення певного проміжку часу інфільтрат розсмоктується або запальний процес розвивається з формуванням абсцесу. Прогрес захворювання без підключення механізму відмежування призводить до розвитку розлитого перитоніту.

Клініка

При вагітності захисні сили організму певним чином слабшають. У зв'язку з цим клінічна картина гострого апендициту може носити стертий характер, і типові симптоми захворювання можуть виявлятися тільки при поширеному процесі.

Симптоматика запалення апендикса у вагітних змінюється, іноді дуже значно, через фізіологічні, гормональні і обмінні перебудови, що відбуваються в організмі в цей період. Основний симптом запалення – біль, який починається раптово і вже не дозволяє про себе забути. У першому триместрі, коли матка, що зростає, ще не робить істотного впливу на розташування органів черевної порожнини, локалізація болю звичайна. Перші ознаки відчуються у верхній частині живота над пупком або просто болить живіт без конкретної локалізації. Абдомінальний дискомфорт супроводжується здуттям і розпиранням живота, гази відходять погано або не відходять зовсім. Болі при апендициті у вагітних можуть бути інтенсивними або помірними, постійними або нападopodobними. Через невеликий проміжок часу відбувається міграція болю у ділянку розташування апендикса. Класичний варіант – справа в нижньому квадранті живота. Апендицит при вагітності на ранніх термінах за симптоматикою практично не відрізняється від такого в інших пацієнтів.

Болі в животі при апендициті можуть бути не такими вираженими, як у невагітних. У зв'язку з цим про наявність і ступінь вираженості захворювання слід судити і за такими ознаками, як збільшення частоти пульсу, підвищення температури тіла, блювання, здуття живота, задишка, утруднене дихання. Наявність апендициту у хворой під час пологів може бути замасковано переймами, а після пологів – болями, пов'язаними із запальними захворюваннями матки і її придатків.

Зі зростанням матки сліпа кишка та її відросток зміщуються вгору, черевна стінка піднімається і відсувається від апендикса. У зв'язку з цим жінки в другій

половині вагітності зазвичай скаржаться на біль справа навпроти пупка, а іноді і вище під ребрами. При високому розташуванні апендикса можуть з'явитися симптоми, що нагадують гастрит.

Можлива і біль в зоні попереку, що нагадує ниркову. При тазовій локалізації апендикса може спостерігатися клініка, що нагадує цистит – прискорене виділення сечі малими порціями, біль, яка іррадіює в сечовий міхур, промежину і праву ногу.

Варто звернути увагу на те, що для запалення апендикса характерною рисою є посилення больових відчуттів при кашлі, ходьбі, трясці, повороті на будь-який бік. Апендицит на пізніх термінах вагітності більше ніж у половини пацієнток не проявляється напругою мускулатури передньої стінки очеревини через її прогресуючу релаксацію, в інших ця напруга дуже слабка і практично не відчувається. Інші симптоми подразнення передньої абдомінальної стінки також можуть бути відсутніми.

Біль при початковій стадії апендициту в більшості випадків характеризується поміркованістю. Це відповідає поверхневому або катаральному процесу, коли в нього втягується тільки слизова оболонка апендикса. Зазвичай цій стадії відповідають перші шість–дванадцять годин від початку появи больового синдрому.

При заповненні апендикса гноем (флегмонозний апендицит) і внаслідок цього його розтягуванні, больовий синдром стає інтенсивнішим. Характер болю може змінитися на переймоподібний, пульсуючий. На даній стадії в процес вже залучені підслизовий і частина м'язового шару. За часом це відповідає другій половині першої доби з моменту появи перших симптомів (12–24 год).

Гангренозні зміни, які зазвичай відбуваються на другу добу (24–48 год від початку больових відчуттів), призводять до загибелі нервових закінчень, і біль на якийсь час вщухає (уявне поліпшення). Потім відбувається її різке посилення, що може бути ознакою перфорації відростка і початку запалення очеревини – дуже небезпечного стану для вагітної жінки і плода.

Набагато рідше спостерігається рідкий стілець або ріжучі болі в прямій кишці і марні позиви на дефекацію, які не супроводжуються випорожненням кишечника. Така симптоматика характерна для медіального або тазового розташування апендикса.

Пацієнтки з апендицитом часто скаржаться на сухість слизової оболонки порожнини рота. У них спостерігається білий наліт на язичку і характерний рум'янець.

Субфебрилітет в першу добу відзначається приблизно у половини пацієнтів, температура вище 38 °C є ознакою ускладнення запалення апендикса або розвитку кишкової інфекції. Пульс частішає до 100 у хвилину та більше. Часто чітко визначається симптом Бартом'є–Міхельсона: посилення болю при пальпації в положенні хворої на правому боці (коли червоподібний відросток придавлений маткою), а не на лівому, як у невагітних.

У хірургії прийнято виділяти наступні види запалення відростка сліпої кишки: *гострий* та *хронічний*. Другий вид трактується як наслідок першого, що закінчився одужанням без хірургічного втручання, проте розраховувати на хронізацію процесу не варто. Гострий апендицит при вагітності характеризується вираженими вищеописаними симптомами і підрозділяється на неускладнений і ускладнений. Хронічний апендицит при вагітності часто загострюється. Зазвичай у період загострення пацієнтки скаржаться на болі, зосереджені в правій частині живота, які іррадіюють у ногу з цієї самої сторони, а також – болі можуть відчуватися в надчеревній зоні. Вагітну турбують симптоми коліту – часті закрепи, які зрідка перемежуються з діареєю.

Лікування

Гострий апендицит незалежно від терміну вагітності підлягає тільки хірургічному оперативному лікуванню, оскільки на тлі ослаблення захисних сил організму значно зростає вірогідність деструктивного процесу зі всіма його негативними наслідками. Вагітну для апендектомії і післяопераційного ведення бажано перевести в хірургічне відділення.

У першій половині вагітності техніка операції не відрізняється від такої поза вагітністю. Рану зашивають наглухо. У другій половині вагітності розтин передньої черевної стінки проводять вище, ніж зазвичай. У разі утрудненого доступу до відростка через збільшену матку пацієнтку слід повернути на лівий бік. Методом вибору є нижньосерединна лапаротомія. У першій половині вагітності при неускладненому апендициті можливе виконання апендектомії за допомогою лапароскопії.

У післяопераційному періоді, крім звичайної терапії, необхідно призначити лікування, спрямоване на профілактику передчасного переривання вагітності. Протипоказане введення прозерину, гіпертонічного розчину натрію хлориду як речовин, що сприяють скороченню матки, не слід застосовувати гіпертонічні клізми.

Якщо операція та післяопераційний період пройшли без ускладнень і ознак переривання вагітності, то жінці дозволяють вставати на 4–5-у добу.

У випадку виникнення розлитого перитоніту на тлі гострого апендициту питання про обсяг і характер втручання на більших строках вагітності варто вирішувати разом із хірургом.

За наявності катарального або флегмонозного апендициту на тлі нормального перебігу пологів їх слід завершити щонайшвидше через природні пологові шляхи, а потім виконати апендектомію. У пологах проводять повноцінне знеболення і профілактику гіпоксії плода.

У разі нормального перебігу пологів і виникнення клінічної картини гангренозного або перфоративного апендициту необхідно одночасно провести кесарів розтин і подальшу апендектомію.

Якщо у пацієнтки має місце хронічний апендицит, то найбільша вірогідність його загострення виникає в III триместрі вагітності. Видалення апендикса проводять у плановому порядку. Під час переходу хронічного процесу в гострий необхідна екстрена операція.

Принцип сучасної хірургічної тактики можна коротко сформулювати в такий спосіб: максимальна активність відносно перитоніту, максимальний консерватизм відносно вагітності.

У випадку розлитого перитоніту при доношеній або майже доношеній вагітності (36–40 тиж) операцію починають із кесарева розтину, потім після ушивання матки роблять апендектомію і всі подальші маніпуляції, пов'язані з лікуванням перитоніту.

Якщо термін пологів підійшов у ранньому післяопераційному періоді, проводять профілактику проти розходження швів (туге бинтування живота). Роділлі дають повноцінну анестезію, широко застосовуються спазмолітики. В процесі розродження проводять безперервну терапію, що компенсує кисневу недостатність у плода. Для зменшення тиску на стінку очеревини (профілактика розходження післяопераційних швів) з метою прискорення процесу пологів проводять епізіотомію.

РОЗДІЛ 3. ЗАКРЕП ПРИ ВАГІТНОСТІ

Закреп – це порушення функцій кишечника, яке проявляється збільшенням інтервалів між актами дефекації порівняно з індивідуальною фізіологічною нормою, утрудненням акту дефекації (навіть при збереженні нормальної періодичності випорожнення) або систематичним відчуттям недостатнього випорожнення кишечника. У вагітних ймовірність розвитку даної патології досить висока, тому жінки особливу увагу повинні приділяти профілактичним заходам, спрямованим на попередження затримки дефекації. При вагітності розрізняють закрепи *атонічні*, спричинені зниженням тону м'язової стінки кишки, і *спастичні*, коли тонус кишечника підвищений і перистальтика стає непродуктивною через «затиснутий» стан кишки. Не менше половини всіх вагітних жінок скаржаться на закрепи і больові відчуття, які супроводжують цей процес. Найбільш часто ці проблеми виникають у період між 17-м і 36-м тижнями вагітності, але найбільш небезпечні затримки зі стільцем – в перші тижні і на пізніх термінах, у третьому семестрі, коли можливе народження глибоко недоношеної дитини. Від застою кишечника можуть проявитися такі хвороби, як запалення прямої і сигмоподібної кишки, запалення навколопрямокишкової клітковини, геморой, тріщина заднього проходу і вторинний коліт. Від стану біоценозу товстої кишки матері залежить формування здорової мікрофлори у дитини. Токсичні відходи гниття, що скупчуються при закрепах, порушують мікрофлору цервікального каналу піхви, через який проходить дитина при пологах, що часто призводить до інфікування плода.

Дві третини жінок скаржаться на закрепи при вагітності, і кожна третя відчуває труднощі з випорожненням кишечника в післяпологовому періоді.

Причини запорів у вагітних

Основною причиною виникнення закрепів є фізіологічне підвищення в крові прогестерону. Основна функція цього гормону – розслаблення гладких волокон матки для збереження вагітності. Однак спазмолітичний ефект прогестерону одночасно поширюється і на м'язовий шар стінки кишечника, що виражається в зниженні перистальтики і уповільненні просування калових мас.

Приймання препаратів, які містять залізо і кальцій. Лікарі іноді призначають вагітним спеціальні препарати, що сприяють нормальному харчуванню плода, – ліки та біологічно активні добавки, що містять кальцій і залізо. Ці речовини мають закріплювальний ефект і можуть спричинити закреп на ранніх термінах вагітності.

Зниження рухової активності жінки може бути додатковим фактором розвитку закрепу.

Зниження роботи нейромедіаторів. Під час вагітності спостерігається зміна активності речовин, контролюючих передачу сигналів від головного мозку до органів. Внаслідок зниження сприйнятливості кишечника до серотоніну і ацетилхоліну можливий розвиток затримки дефекації. Також у період вагітності зменшується вироблення мотіліну – речовини, що активує роботу гладенько-м'язового шару органів шлунково-кишкового тракту.

Зміна раціону харчування зі скороченням продуктів, що містять клітковину, знижують рухову активність кишечника і спричиняють застій калових мас в його порожнині.

Порушення водного балансу в результаті набряків або недостатнього пиття також є причиною формування закрепів.

Сильні психоемоційні переживання, які характерні жінкам під час вагітності, можуть призводити до парезу кишечника і порушення його перистальтики.

На більш пізніх термінах матка витісняє кишечник і зміщує його зі звичного положення. У цьому випадку закреп – це наслідок геморою, який утворюється при недостатньому кровопостачанні малого таза.

Прояви закрепів

Закреп у вагітної жінки супроводжується больовими відчуттями, періодичними різями в животі, процесом бурління і почуттям тяжкості. При вагітності частіше відчуваються болі в лівому боці, які можуть супроводжуватися печінням. У деяких вагітних час від часу може з'являтися відрижка, гіркота в роті, нудота, бурчання в животі і здуття. Через інтоксикацію після спорожнення можуть виникати печіння у прямій кишці і сильний свербіж у задньому проході. Тривале перебування в кишечнику продуктів розпаду їжі загрожує утворенням отруйних речовин, які потрапляють у кров та негативно впливають і на стан матері та розвиток плода.

Утворення газів і необхідність напруження при дефекації ущільнених калових мас, що, як правило, супроводжують закреп при вагітності, можуть активізувати тонус матки і спровокувати викидень.

Якщо стілець дуже твердий, під час дефекації може виникнути ректальна кровотеча.

Можливі наслідки закрепу при вагітності

При систематичній затримці випорожнення в прямій кишці накопичуються переварені залишки їжі, які є сприятливим середовищем для розмноження мікробів. Закреп при вагітності може спричинити неприємні наслідки, а саме:

- порушення мікрофлори кишечника;
- запальні захворювання жіночих статевих органів;
- у кишечнику розвиваються процеси гниття, токсини, що виділяються, потрапляють у кров і впливають на стан жінки та плода;
- напруження при закрепах на пізніх термінах може дати поштовх до передчасного початку пологів;
- переповнена товста кишка при закрепі у вагітних нерідко впливає на тонус матки, що підвищує ризик невиношування.

Лікування закрепу у вагітних жінок стикається з серйозною проблемою: використання клізм і майже всіх проносних засобів при вагітності протипоказано. Наприклад, такі «невинні» в звичайних ситуаціях проносні препарати на основі сени можуть спричинити у плода вади розвитку. Клізми і більшість проносних активізують не тільки м'язову активність стінок кишечника, але і матки, що несе загрозу передчасних пологів. Фізіотерапевтичні методи лікування також протипоказані жінкам у положенні через небезпеку стимуляції скорочень матки та несприятливий вплив на плід. При скаргах на закрепи вагітним не радять використовувати проносні засоби, що спричиняють спазми. До них відносяться препарати, до складу яких входить сульфат магнію, карловарська сіль, касторова олія, а також кора жостеру, ревінь та листя сени.

Основними способами лікування запорів у вагітних є:

- нормалізація раціону харчування та якості харчових продуктів;
- відновлення помірної фізичної активності;
- нормалізація водного балансу організму.

У раціоні жінкам рекомендується збільшити кількість свіжих фруктів, овочів, а також продуктів, що містять велику кількість клітковини. До них відносяться: хліб із висівками, овес, квасоля, горох і сочевиця у відварному вигляді, коричневий рис, мигдаль, волоський горіх, запечений гарбуз.

Слід дотримуватися наступних правил:

1. Теплова обробка здатна руйнувати грубі волокна харчових продуктів, тому при приготуванні їжі для вагітних кількість кулінарних процесів має бути мінімальною.

2. Кількість прийомів їжі повинно збільшуватися до 5–7 разів на день, але порції при цьому не повинні бути великими за обсягом. Схвалюються часті перекуси свіжими фруктами.

3. Кількість випитої рідини повинна бути не менше 800 мл на добу. Це можуть бути соки, відвари, мінеральна вода без газу. Для нормалізації водного балансу рекомендується вживати страви в рідкому і напіврідкому вигляді.

4. Хорошим проносним ефектом володіє кефір, який випивають натщесерце. Замість кефіру можна використовувати відвар чорносливу і родзинок, який п'ють вранці перед сніданком.

Медикаментозні засоби. Медикаментозне лікування закрепу при вагітності включає в себе використання різних препаратів. Найбільш безпечним засобом від затримки дефекації є гліцеринові свічки. Вони подразнюють слизову оболонку прямої кишки, сприяючи її спорожненню.

Сиропа з лактулозою є безпечними проносними препаратами. Вона підсилює роботу кишечника і розріджує калові маси.

Препарати, які містять макрогол. Активний компонент лікарських засобів надає осмотичну дію, підвищуючи обсяг рідини в калових масах. Завдяки цьому ефекту медикаменти сприяють природній евакуації кишкового вмісту.

Лікарські засоби з лактитолом. Даний препарат має накопичувальний ефект, спричиняючи розрідження фекалій. Проносна дія настає на другу добу. Лікарський засіб випускається у вигляді порошку для приготування розчину, дозволено на будь-якому терміні вагітності.

Мікроклізма, яка містить у своєму складі солі натрію і сорбітолу. Препарат витісняє воду з калових мас, викликаючи їх розрідження і спорожнення кишечника. Мікроклізми можна використовувати як швидку допомогу при закрепах на будь-якому терміні вагітності, вони не викликають звикання.

Профілактика закрепів при вагітності

Для профілактики порушень випорожнення під час вагітності жінкам можна дотримуватися кількох простих правил. По-перше, намагатися вживати більше продуктів, що містять клітковину (овочів, фруктів, висівків та ін.). Харчові волокна є найпростішим засобом від закрепів при вагітності. Не слід захоплюватися міцним чаєм або кавою, шоколадом та борошняними продуктами. По-друге, пити більше рідини (до 1,5–2 л за відсутності протипоказань). По-третє, більше рухатися. Йдеться про допустиму фізичну активність, наприклад, про регулярні прогулянки на свіжому повітрі або спеціальну йогу для вагітних.

Завдання для самостійної роботи:

1. Які причини виникнення холециститу у вагітних?
2. Як проявляється холецистит у вагітних?
3. Які методи діагностики холециститу є актуальними під час вагітності?

4. Яке лікування застосовується у вагітних із холециститом під час вагітності?
5. Як ведуться пологи у роділь із холециститом?
6. Які ускладнення холециститу можливі під час вагітності та пологів?
7. Які скарги присутні у вагітних із гострим апендицитом?
8. Чи відрізняється перебіг апендициту залежно від терміну вагітності?
9. Які основні симптоми апендициту є найбільш вираженими під час вагітності?
10. Які способи діагностики апендициту у вагітної?
11. З чим необхідно диференціювати апендицит у вагітних?
12. Які способи лікування апендициту застосовуються залежно від терміну вагітності?
13. Якою буде тактика ведення пологів у роділлі з признаками гострого апендициту?
14. Якою буде тактика ведення пологів, якщо вони розпочалися в ранньому післяопераційному періоді гострого апендициту?
15. Які ускладнення вагітності можливі після лікування гострого апендициту?
16. Які причини виникнення закреп у вагітних?
17. Які існують форми закреп у вагітних?
18. Які прояви закреп у вагітних і в яких термінах вагітності вони виникають найчастіше?
19. Чим може ускладнитись закреп у вагітних?
20. Які існують немедикаментозні способи лікування закреп у вагітних?
21. Які медикаментозні засоби можна застосовувати для лікування закрепів у вагітних?
22. Яка профілактика закрепів під час вагітності є найбільш ефективною?

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Вагітна О., 23 роки, потрапила у відділення екстрагенітальної патології зі скаргами на болі у правому підребер'ї та епігастрії, що різко виникають та іррадіюють у праве плече та під лопатку, озноб, лихоманку, нудоту, повторне блювання, метеоризм, закрепи. При об'єктивному обстеженні: язик сухий, обкладений, позитивні симптоми Ортнера, Захаріна, Образцова–Мерфі, френікус-симптом. При поверхневій пальпації живота різка болючість у правому підребер'ї, помірне напруження м'язів передньої черевної стінки. Під час лабораторних досліджень виявлено нейтрофільний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво. Попередній діагноз?

А. Хронічний панкреатит.

Д. Гострий пієлонефрит.

В. Гострий коліт.

Е. Гломерулонефрит.

С. Гострий холецистит.

2. Жінка Є. прийнята у багатопрофільну лікарню з діагнозом: вагітність 38 тиж, поздовжнє положення плода, гострий апендицит, перитоніт. В яке відділення вагітну необхідно госпіталізувати? Який обсяг оперативного втручання необхідно використовувати?

А. Хірургічний стаціонар для виконання апендектомії.

В. Обсерваційне пологове відділення для виконання апендектомії, кесарева розтину, екстирпації матки з матковими трубами.

С. Обсерваційне відділення для виконання апендектомії, кесарева розтину.

Д. Хірургічний стаціонар для консервативного лікування

3. У вагітної в терміні вагітності 27 тиж з'явилися скарги на тяжкість у животі після вживання гострої та смаженої їжі, відрижку та болі в правому підребер'ї. Після попереднього огляду лікарем діагностовано гострий холецистит. Який метод інструментальної діагностики є «методом вибору» у даному випадку?

А. Рентгенологічне обстеження.

С. Комп'ютерна томографія.

В. Лапароскопія.

Д. Ультрасонографія.

4. У вагітної в терміні вагітності 10 тиж присутні ознаки загрози переривання вагітності. В гінекологічному відділенні призначена гормональна терапія великими дозами прогестерону. Під час лікування загрози викидня зникла. Яке ускладнення від даного виду терапії можливе у даної хворої?

А. Закреп.

С. Гострий холецистит.

В. Пронос.

Д. Порушення системи згортання крові.

5. У вагітної в терміні вагітності 9 тиж з'явилися скарги на різкий біль у правому підребер'ї, тяжкість у животі, підвищення температури тіла до 38 °С, блювання. При обстеженні встановлений діагноз гострого гнійного запалення жовчного міхура. Який прогноз для вагітності в даному випадку?

А. Пролонгація вагітності після консервативного лікування.

В. Переривання вагітності.

С Пролонгація вагітності після виконання холецистектомії.

Д. Пролонгація вагітності на тлі масивної антибіотикотерапії.

Відповіді:

1	2	3	4	5
В	А	Д	А	В

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

Акушерство і гінекологія у 2 кн. Кн. 1. Акушерство : підручник (ВНЗ III–IV р. а.) / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський та ін. ; за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. 3-є вид., випр. Київ : Медицина, 2017. 424 с.

Допоміжна

1. Акушерство та гінекологія : у 4 т. Т. 1 : Акушерство : нац. підручник для мед. ВНЗ IV р. а. 2-ге вид., випр. / за ред. В. М. Запорожана. Київ, 2017. 1032 с.

2. Хміль С. В., Кучма З. М., Романчук Л. І. Акушерство : підручник. Київ : Підручники і посібники, 2010. 584 с.

3. Медведь В. І. Екстрагенітальна патологія вагітних. Про головне : лекції для лікарів. Київ : ТОВ «Гідромакс», 2011. 52 с.

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВАГІТНИХ,
РОДІЛЬ ТА ПОРОДІЛЬ
ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СИСТЕМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня
за спеціальністю «Медицина»***

Упорядники Щербина Микола Олександрович
 Демиденко Олексій Дмитрович

Відповідальний за випуск Л. В. Потапова



Редактор, коректор Н. І. Дубська
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 2,5. Зам. № 26-35.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.