

**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 «Перинатальні інфекції. Профілактика вертикальної трансмісії
ВІЛ».**

**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: Перинатальні інфекції. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Інфекційні захворювання одні з найбільш частих причин 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 являється також однією з глобальних проблем перинатології в зв'язку з високим рівнем 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

Студент повинен знати:

- класифікацію, методи діагностики, клініку, терапію, ускладнення та методи профілактики внутрішньоутробної інфекції у плода та ВІЛ-інфекції;
- медичні показання до переривання вагітності.

Студент повинен вміти:

- аналізувати перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із TORCH-інфекцією
- аналізувати перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок з ВІЛ-інфекцією.
- призначити і провести комплексне обстеження вагітних з перинатальною інфекцією;
- обґрунтовувати профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції.

III. Вихідні і базові знання:

- 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 у новонароджених дітей.

IV. Зміст навчального матеріалу

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. У цьому зв'язку 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 лікувати їх, 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 5 типів вірусів грипу - 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, інтерферогени, 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 дні.. Загальний стан вагітної порушується мало. Спостерігаються невелика слабкість, нездужання, слабо виражені синдроми катару верхніх дихальних шляхів, невелика 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 допомагають наявність властивої червоної висипці 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 - 0,2г 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 вірусноносій; 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 днів. Розрізняють 2 форми поліомієліту; легку непаралітичну і важку - паралітичну. Перша проявляється нетривалою гарячкою, невеликим кашлем, нежитем, диспепсичними розладами або легким серозним, менінгітом. При паралітичній формі протягом перших 1-3 днів відзначається нездужання, підвищення температури тіла, нежить, фарингіт, закріп 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, ший; 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 ослабленою вакциною. Пологи приймають в ізоляторі, хворих матерів та їхніх дітей ізолюють. Після перенесеного у ранньому дитячому віці поліомієліту внаслідок одностороннього 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 вражаються слинні залози, підщункова залоза, печінка, кишки, органи дихання, нирки й мозок. Зараження може відбуватися 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 аборту, недоношування вагітності та перинатальної смертності. Інфекція часто вражає плід у перші 3 місяці вагітності - в період оргагенезу, і може бути причиною розвитку вад плода.

Клінічна картина хвороби у новонароджених характеризується прогресуючою жовтяницею та явищами 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 явища 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 підбер'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, добрий 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 Провацка; 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. 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 чотири клінічні форми лістеріозу: ангінозно-септичну, нервову, септично-гранулематозну, очнозалозисту. Перебіг захворювання може бути гострий, підгострий, хронічний та абортивний.

Симптоматика лістеріозу неоднакова при різних клінічних формах захворювання. Для вагітних особливо небезпечні гострі форми лістеріозу, які супроводжуються високою температурою тіла. При лістеріозі у вагітних можуть трапитися мимовільні аборти, внутрішньоутробна смерть плода, мертвонародження, аномалії розвитку плода тощо. Часто буває гарячка. У крові - моноцитоз, моноклеоз (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 моноклеарних клітин, а також ядерного детрину. У плода - ознаки септицемії.

Серологічна діагностика полягає у постановці реакції аглютинації та реакції зв'язування комплементу з лістеріозним антигеном.

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, сигмаміцин, 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 *ornis*, *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 діяльність 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 ослаблює захисні сили організму.

Циркуляція збудника у 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. Він, правда, виникає частіше до настання вагітності, рідше - під час її. Збудник туберкульозу - мікобактерія (паличка Коха).

Джерелом зараження є в основному 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 кишок - 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 розв'язувати акушер-гінеколог спільно зі фтизіатром. Питання це необхідно розв'язати до 3-місячного терміну вагітності, тобто тоді, коли аборт менш небезпечний для здоров'я та життя хворої на туберкульоз жінки.

Показаннями до переривання вагітності до 3-місячного терміну є всі форми активного туберкульозу легенів, гортані та інших органів. Переривання вагітності терміном понад 3 місяці 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 місяці, 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 довжина тіла плода (дитини) у матері, хворої на туберкульоз, як правило, нормальні, показник смертності ізольованих дітей не вище за середньостатистичний. Але якщо таких новонароджених не ізольовати, 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 явищами 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 накладенням 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 Кальметта-Герена). Новонароджені надзвичайно схильні до захворювання на туберкульоз, тому їх необхідно оберегти 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, швидко втомлюваність, дратівливість, повторні невеликі озноби, що змінюються сильним потовиділенням, нетривалий біль у суглобах та м'язах. Печінка і селезінка збільшені, інші органи - без змін; мікрополіаденіт - трохи 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 комплекменту 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 знезараження.

Вагітних, хворих на бруцельоз, ізолюють. Під час надання акушерської допомоги медичний персонал має працювати у рукавичках (небезпека зараження). Новонароджених теж 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 від сепсису, лептоспірозу, вісцерального лейшманіозу, бруцельозу та інших захворювань, при яких можливе нападopodobне 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 обов'язкове. При цьому не треба боятися, 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, залізо, сиру печінку та її препарати, переливання крові. Якщо раціональну терапію застосовують вчасно, гострі напади малярії припиняються і вагітність завершується благополучно.

Токсоплазмоз призводить до серйозних порушень у деяких органах і системах людини, він 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, серед яких трапляються епізоотії цієї хвороби. Остаточним хазяїном звичайно 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

явищами вродженого токсоплазмозу. Тривалість інкубаційного періоду захворювання залежить від вірулентності, дози збудника та імунобіологічних властивостей організму. При лабораторному зараженні вона коливається в межах 3-9 днів.

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 мало 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, причому переважають симптоми ураження центральної нервової системи (менінгоенцефаліт, що проявляється судомами, паралічем, блюванням, неспокоєм або, навпаки, адинамією, гідроцефалія або мікроцефалія).

Якщо перебіг гострої або підгострої стадії хвороби завершився у внутрішньоутробний період, дитина народжується з хронічним токсоплазмозом, у такому разі спостерігаються органічні ураження центральної нервової системи, різні вроджені вади розвитку: симптомокомплекс хвороби Дауна, хвороби Літла, гідроцефалія, мікроцефалія, олігофренія, ідіотія, епілепсія, вади серця, розщеплення губи, твердого й м'якого піднебіння, аненцефалія, мікрофтальм, недорозвинення та виродливість кінцівок, спинномозкова 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 якнай докладніше дослідити захворювання, слід піддати

спеціальному обстеженню 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, увеїт, 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 періоду, які за родом своєї діяльності 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 робити 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 комплекменту). Реакцію слід проводити в бактеріологічних лабораторіях районних, міських та обласних санепідемстанцій.

Дані численних досліджень свідчать про те, що реакція зв'язування комплекменту з токсоплазмозним антигеном та внутрішньошкірна проба з токсоплазмозом не завжди специфічні. Тому негативний результат реакції зв'язування комплекменту, одержаний 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.

За О.Г.Папом (1960), рекомендується провести 5 курсів лікування хворим на токсоплазмоз жінкам. Кожний курс (тривалістю 28-30 днів) включає 2 цикли; перерви між ними - 10 днів. Перший курс проводиться до настання вагітності, другий - після 8-12 тижнів вагітності, третій - з 20-го по 24-й тиждень, четвертий - з 32-го до 36-го тижня, п'ятий - у ранній післяпологовий період (у разі найменшої підозри на наявність токсоплазмозу у новонародженої дитини).

До циклу лікування входять: хлоридин - 0,025 г 2 рази на день протягом 5 днів; сульфадимезин - 0,5 г 3 рази на день протягом 7 днів; глюкоза (20 мл 40 % розчину) з аскорбіновою кислотою (2 мл 5 % розчину) внутрішньовенно протягом 10 днів; тіаміну хлорид (1 мл 5 % розчину) та піридоксину гідрохлорид (1 мл 5 % розчину) внутрішньом'язово, чергуючи їх протягом 10 днів; нікотинова кислота (0,02 г) та

аскорбінова кислота (0,25 г) 2-3 рази на день протягом 10 днів; вдихання зволоженого кисню у кисневій палатці протягом 30-40 хв. щоденно протягом 10 днів. Лікування проводиться суворо індивідуально (в умовах стаціонару) під контролем стану хворої та результатів лабораторних досліджень (крові, сечі).

Схема лікування невагітних жінок дещо інша: хлоридин - 0,025 г 2 рази на день; сульфадимезин - 0,5 г 4 рази на день. Обидва препарати призначають протягом 10 днів. Проміжок між курсами становить 4- 6 тиж. Крім хлоридину та сульфадимезину, застосовують відповідне симптоматичне лікування.

Таку саму схему лікування слід призначати й вагітним, хворим на токсоплазмоз, з різними видами уражень органів і систем (очей, центральної нервової системи, внутрішніх органів тощо). Кількість курсів залежить від перебігу захворювання. Під час лікування 2-3 рази проводять серологічне дослідження крові (реакцію зв'язування комплекменту).

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

При застосуванні хлоридину та сульфадимезину можуть спостерігатися побічні явища (нудота, рідше блювання, головний біль, запаморочення), але вони нетривалі. У такому разі можна зробити перерву в ліку ванні на 1-2 дні.

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 навколоплодових 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 навколоплодових 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 (A). 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

Клінічні прояви перинатальних інфекцій в різний термін вагітності

Період гестації	Можливі наслідки
Передімплантаційний (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріон- та плацентогенез (з 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріона, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції
Ранній фетальний (з 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем
Пізній фетальний (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу
Інфікування під час пологів	Генералізація інфекції через дихальні шляхи чи стравохід або локалізація інфекції (кон'юнктивіти, вульвіти, стоматити)

Оцінка результатів реакції з TORCH-антигенами

IgG	IgM	Оцінка результату
-	+	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
+	-	Стан імунітету після контакту зі збудником інфекції
-	-	Група ризику: <ul style="list-style-type: none"> • немає інфекції; • серонегативний період гострої інфекції; • відсутня імунна відповідь.

Терміни обстеження вагітних

Інфекція	Терміни обстеження		
	Взяття на облік	27-30 тижнів	36-38 тижнів
ВІЛ	+	+	
Сифіліс	+	+	
Гонорея	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Хламіді	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Трихомоноз	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Токсоплазмоз	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Цитомегалія	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Гепатит В	+	За показаннями	За показаннями

Гепатит С	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Генітальний герпес	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Краснуха	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Безсимптомна бактеріурія	+	За показаннями	За показаннями
Стрептококи групи В	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Кандидоз	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Бактеріальний вагіноз	За показаннями	За показаннями	За показаннями

Клінічні прояви, значущість інфекцій та тактика лікаря під час ведення вагітності

Інфекція	Клінічні прояви	Клінічна значущість для плода/новонародженого	Тактика лікаря під час ведення вагітності
1	2	3	4
1.Безсим-птомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід у маніфестну інфекцію сечових шляхів – гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик передчасних пологів.	Затримка росту плода. Недоношеність. Мала маса новонародженого.	Скринінг усіх вагітних під час постановки на облік – бактеріологічне або двократне мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів у сечі (А). Антибіотикотерапія пероральною однократною дозою (фосфоміцину трометамол) – або протягом трьох днів (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини). Контроль бактеріурії – через 1 місяць

<p>2. Стрепто-кок групи В</p>	<p>Безсимптомне носійство. Інфекції статевих шляхів. Хоріоамніотит. Післяпологові гнійно-запальні захворювання.</p>	<p>РДС. Сепсис. Менінгіт. Енцефаліт.</p>	<p>Скринінг не проводять (А). За наявності факторів ризику (безводний період у разі доношеної вагітності більше 18 год., лихоманка більше 38°), інфікування стрептококами групи В попередньої дитини, але негативні результати бактеріологічного дослідження під час попередньої вагітності, бактеріурія стрептококом групи В – на початку пологів проводять внутрішньовенне введення 5 млн пеніциліну, потім по 2,5 млн кожні 4 години до народження дитини або напівсинтетичного антибіотика пеніцилінового ряду 2,0, потім 1,0 кожні 6 годин протягом пологів (А). Грудне годування не протипоказане. Ізоляція porodіllі не потрібна.</p>
<p>3. Хламідіоз</p>	<p>Безсимптомний перебіг (часто).</p>	<p>Маленька маса новонародженого.</p>	<p>Скринінг не проводять.</p>

	Дизурія. Збільшення виділень із піхви. Передчасні пологи.	Кон'юнктивіт. Пневмонія у перший місяць життя.	Обстеження за показаннями (наявність клінічних ознак хламідіозу, ІПСШ). Лікування після 14 тижнів вагітності антибіотиком – макролідом. Грудне годування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
4. Гонорея	Рясні виділення з піхви. Дизурія. Передчасне виливання навколоплідних вод. Передчасні пологи.	Загибель плода у різні терміни вагітності. Гонобленорея. Сепсис.	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність клінічних проявів гонореї, ІПСШ). Лікування вагітної антибіотиками спільно з дерматовенеролого м. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
5. Сифіліс	Твердий шанкр, регіонарний склераденіт, папульозне висипання на тулубі, кінцівках, слизових оболонках, геніталіях, лімфаденопатія.	Мертво народ- ження. Ранній уроджений сифіліс. Пізній уроджений сифіліс.	Скринінг усіх вагітних (А) – під час постановки на облік та в 28-30 тижнів вагітності. Лікування проводять спільно з дерматовенеролого м. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
6. ВІЛ-інфекція	Різні клінічні прояви – від	Затримка росту плода. Уроджені	Скринінг усіх вагітних за

	безсимптомного перебігу до розгорнутої клінічної картини СНІДу	аномалії розвитку. У 20-40% випадків плід/новонароджений інфікується (у випадку відсутності профілактики)	добровільною згодою під час постановки на облік та в 27-28 тижнів вагітності (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 528. Грудне вигодовування не рекомендується. Ізоляція породіллі не потрібна.
7. Токсоплаз-моз	Безсимптомний перебіг. Лімфаденопатія. Міальгія. Самовільні викидні (у випадку первинного інфікування).	Затримка росту плода. Гепатоспленомегалія. Розсіяні внутрішньомозкові кальцинати. Хоріоретиніт. Судоми.	Скринінг не проводять (А). Обстеження за наявності клінічних ознак. Лікування не проводять. Профілактика: не використовувати в їжу м'ясо без температурної обробки, виключити контакти з котами, під час роботи з ґрунтом використовувати рукавички. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
8. Краснуха	Захворювання зазвичай легкого перебігу (висипання, артралгії, лімфаденопатія).	Уроджені вади розвитку (у випадку інфікування вагітної у перші 16 тижнів вагітності).	Скринінг під час вагітності не проводять. Обстеження за показаннями (наявність

		<p>Маленька маса тіла під час народження. Гепатоспленомегалія. Менінгоенцефаліт</p>	<p>захворювання, що супроводжується висипаннями, або контакт вагітної, що не має імунітету до краснухи, з хворими краснухою). Діагностика на основі серологічних тестів. Якщо інфекція виявляється у перші 16 тижнів вагітності, рекомендується переривання вагітності. Лікування симптоматичне. Необхідна ізоляція. Грудне вигодовування не протипоказане. N. B! Усі жінки репродуктивного віку, що планують вагітність, мають бути тестовані на наявність антитіл до краснухи (A). Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію з наступною контрацепцією протягом трьох місяців.</p>
9. Геніталь-ний герпес	У 60% бессимптомний перебіг, у 20% - типові клінічні		<p>Скринінг не проводять (A). Обстеження за показаннями —</p>

	ознаки захворювання.		типове висипання на зовнішніх статевих органах.
- первинна інфекція	Висока вірусемія, лихоманка, нездужання, м'язові та суглобові болі. Головний біль. Локальна симптоматика: болючі пухирцеві елементи на вульві, у пахових складках, на шкірі промежини, слизовій оболонці піхви, уретри, шийки матки, місцева аденопатія. На перебіг вагітності не впливає.	Внутрішньоутробне інфікування трапляється рідко. Ризик інтранатального інфікування – 50%. Третина інфікованих дітей помирає. У більшості тих, хто вижив, спостерігаються неврологічні розлади, глухота, герпетичне ураження шкіри, вірусний сепсис, енцефаліт.	Лікування протівірусними препаратами не проводять (за винятком однозначних показань з боку матері). Якщо інфікування виникло протягом 1 місяця – розродження шляхом кесарева розтину. Якщо більше 1 місяця – пологи через природні статеві шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
10.Цитомегаловірус на (ЦМВ) інфекція	Гостра інфекція найчастіше має субклінічний перебіг і проявляється катаральним синдромом. Хронічна інфекція клінічних проявів не має.	Затримка росту плода Уроджені аномалії розвитку. За первинної інфекції у матері плід інфікується у 30-50% випадків. Клінічні симптоми (жовтяниця.	Скринінг лікування вагіт не проводять(А) Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.

<p>11. Вітряна віспа</p>	<p>Часто тяжкий перебіг захворювання. Лихоманка, везикульозний висип, головний біль, пневмонія (20%), енцефаліт (рідко).</p>	<p>Частота трансмісії - до 1%. Уроджена вітряна віспа виникає у разі інфікування до 20 тижнів та проявляється: малою масою, рубцями на шкірі, порушеннями скелету, неврологічними розладами (розумова відсталість, глухота, параліч та атрофія кінцівок), аномалії очей. У новонароджених клінічні прояви спостерігаються, якщо мати ін-</p>	<p>Скрінінгу не існує. Вагітна з тяжкою інфекцією потребує лікарняного догляду та лікування. Лікування проводять ацикловіром по 200 мг 5 разів у день усередину 7-м діб (у разі вкрай тяжкого перебігу інфекції - ацикловір внутрішньовенно). Жінка впродовж 5 діб після останнього висипу є контагіозною і потребує ізоляції. Грудне</p>
<p>12. Гепатит В</p>	<p>Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребі. Головною загрозою для життя вагітних є маткова кровотеча.</p>	<p>Реальна загроза розвитку гострого внутрішньоутробного гепатиту В, хронічного ураження печінки.</p>	<p>Скрінінг проводять під час взяття на облік (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого</p>
<p>13. Гепатит С</p>	<p>Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підбер'ї. Часто має безсимптомний перебіг, прогресує повільно і закінчується цирозом печінки або</p>	<p>Носійство вірусу гепатиту С.</p>	<p>Скрінінг не проводять. Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження через природні пологи</p>

<p>14. Лістеріоз</p>	<p>Безсимптомний перебіг, катаральні симптоми, менінгіт (рідко). Самовільні викидні. Передчасні пологи.</p>	<p>Ранній прояв інфекції у новонародженого - сепсис (в перші 3 доби), пізній - менінгіт.</p>	<p>Скринінг не проводять. Лікування антибіотиками пеніцилінового ряду. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.</p>
<p>15. Кандидоз</p>	<p>Свербіж, печіння вульви, густі білі, сироподібні або рідкі виділення з піхви.</p>	<p>Для плода і новонародженого інфекція безпечна.</p>	<p>Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагініту). Лікування</p>
<p>16.Тріхомо-ніаз</p>	<p>Має перебіг у формі гострого, підгострого і хронічного запального процесу зовнішніх статевих органів</p>	<p>Для плода і новонародженого інфекція безпечна</p>	<p>Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагініту) Лікування проводять препаратами групи імідазолу: у першому триместрі - місцево, пізніше – перорально</p>

17.Бактері-альний вагіноз	Виділення з піхви, часто зі специфічним риб'ячим запахом. Передчасні пологи.	Мала маса новонародженого	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність скарг). Лікування проводять кліндамицином або препаратами групи імідазолу: у першому триместрі - місцево, пізніше - перорально.
----------------------------------	--	---------------------------	--

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, породілля від її дитини, якщо такий контакт не зумовлює явної небезпеки.

Не відмінняйте 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 розповсюженості ПСШ обумовлює необхідність усім медичним працівникам завжди користуватися засобами індивідуального захисту при контакті з біологічними середовищами організму вагітної, роділлі, породіллі.

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).

Студенти разом з викладачем роблять обхід у відділенні обсервації: оглядають вагітних з інфекційними та TORCH-інфекціями розбирають лікування таких вагітних, розробляють план ведення пологів та післяпологового періоду, працюють у відділенні неонатології при обсерваційному відділенні.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язання ситуаційних задач, усної відповіді студентів про виконану роботу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження викладача з оцінкою культури спілкування, знання питань деонтології, домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення

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

Оснащення: таблиці, слайди, набір лабораторних аналізів, історії пологів з інфекційними та TORCH-інфекціями.

VIII. Контрольні запитання та завдання

1. Особливості перебігу вагітності, пологів у жінок з TORCH- інфекцією.
2. Групи збудників внутрішньоутробних інфекційних хвороб?
3. Методи діагностики, клініка, лікування та профілактика вірусних інфекцій?
4. Тактика ведення вагітних з висипним тифом?
5. Як діагностуються та лікуються бактеріальні інфекції?
6. Причини смерті плода при різних видах інфекційних захворювань?
7. Які хвороби відносяться до паразитарних?
8. Що таке внутрішньоутробне інфікування плода?
9. Які медичні показання до переривання вагітності?
10. Етіологія ВІЛ-інфекції;
11. Епідеміологія ВІЛ-інфекції;
12. Патогенез ВІЛ-інфекції;
13. Клінічні прояви ВІЛ-інфекції;
14. Алгоритм обстеження при попередньому діагнозі ВІЛ-інфекція;
15. Специфічна діагностика ВІЛ-інфекції;
16. Передтестове консультування;

IX. Тестовий контрольвіч

1. Мікробними агентами, що викликають розвиток TORCH-синдрому є:
 - А. Хламідії.
 - В. Токсоплазми.
 - С. Вірус простого герпесу, цитомегаловірус.
 - Д. Лістерії.

- Е. Всі перераховані.
- 2. Внутрішньоутробне інфікування плода може привести до:
 - А. Дефектів розвитку плода.
 - В. Розвитку хронічної інфекції.
 - С. Внутрішньоутробної загибелі плода.
- Д. Дострокового переривання вагітності.
- Е. Всього перерахованого.
 - 3. Наслідками впливу вірусу краснухи на плід є:
 - А. Серцево-судинна патологія.
 - В. Катаракта.
 - С. Розлади слуху.
 - Д. Прогресуюче ураження центральної нервової системи.
 - Е. Вся перерахована патологія.
 - 4. Найбільш небезпечним для плода є захворювання краснухою при терміні вагітності:
 - А. 4-8 тижнів.
 - В. Після 20 тижнів.
 - С. Після 30 тижнів.
 - Д. Напередодні родів.
 - Е. При переношеній вагітності.
- 5. При виявленні гострого токсоплазмозу у вагітної при терміні гестації 10-11 тижнів необхідно:
 - А. Перервати вагітність.
 - В. Розпочати антибактеріальну терапію.
 - С. Призначити імуномодулятори.
- Д. Провести все перераховане.
- Е. Не проводити жодних мір.
 - 6. Для лікування хламідіозу при вагітності допустиме застосування:
 - А. Нітрофуранів.
 - В. Пеніцилінів.
 - С. Тетрациклінів.
 - Д. Макролідів.
 - Е. Сульфаніламідів.
 - 7. Інфікування плода вірусом простого герпесу в 1 триместрі вагітності може привести до розвитку:
 - А. Мікроцефалії.
 - 8. Мікроофтальмії.
 - С. Хоріоретиніту.
 - Д. Дисплазії сітківки.
 - Е. Всього вище перерахованого.
 - 8. Основним шляхом інфікування новонародженого вірусом простого герпеса вважають:
 - А. Антенатальний.
 - В. Інтранатальний.

- С. Постнатальний (при грудному вигодовуванні).
- Д. Усі перераховані.
- Е. Жоден з них.
9. Найбільш доцільно проводити оперативне розродження у вагітних з герпетичною інфекцією:
- А. З початком родової діяльності.
- В. В плановому порядку при цілому плодовому міхурі.
- С. Тільки при наявності супутньої екстрагенітальної або акушерської патології
- Д. Після відходження навколошюдових вод.
- Е. При терміні вагітності 36-37 тижнів.
10. Симптомами цитомегаловірусної інфекції у вагітних є:
- А. Слабкість, нездужання.
- В. Субфебрильна температура.
- С. Катаральні явища.
- Д. Лімфаденопатія.
- Е. Всі перераховані.
11. Інфікування плода і новонародженого цитомегаловірусом відбувається наступними шляхами:
- А. Трансплацентарним.
- В. Висхідним.
- С. Інтранатальним.
- Д. При грудному вигодовуванні.
- Е. Всіми вказаними.
12. Для лікування цитомегаловірусної інфекції гад час вагітності застосовують:
- А. Противірусні препарати (ацикловір).
- В. Імуномодулятори.
- С. Мембраностабілізатори.
- Д. Антибіотики.
- Е. Сульфаніламід.
13. Патологічні зміни в організмі плода у вагітних з сифілісом формуються:
- А. До 8-9 тижнів вагітності.
- В. До 13-14 тижнів вагітності.
- С. Після 20 тижнів вагітності.
- Д. До 30 тижнів вагітності.
- Е. До 38-40 тижнів вагітності.
14. Можливі закінчення вагітності у хворих сифілісом:
- А. Мимовільний пізній викидень.
- В. Антенатальна смерть плода.
- С. Народження здорової дитини.
- Д. Народження дитини з вродженим сифілісом.
- Е. Усі перераховані вище.
15. Для профілактики офтальмобленореї у новонароджених застосовують:
- А. Розчин пеніциліну.

- В. Сульфаціл натрію.
- С. Альбуцид.
- Д. Тетрациклінову мазь.
- Е. Нітрат срібла.

16. Вкажіть можливі ускладнення в родах у жінок, інфікованих вірусом гепатиту В:

- А. Слабкість родової діяльності.
- В. Передчасне відходження навколоплодових вод.
- С. Кровотеча в послідовому періоді родів.
- Д. Кровотеча в ранньому післяродовому періоді.
- Е. Всі перераховані.

17. Вкажіть ступінь ризику перинатальної передачі вірусу гепатиту В новонародженим від матері з хронічним гепатитом В при наявності НВ_s -антигену та НВ_c-антигену.

- А. 25-30%.
- В. 10-15%.
- С. 40-50%.
- Д. 85-90%
- Е. 55-65%.

18. Для діагностики внутрішньоутробної інфекції у вагітних використовують наступні методи:

- А. Серологічні.
- В. Бактеріологічні.
- С. Бактеріоскопічні.
- Д. Вірусологічні.
- Е. Усі перераховані.

19. Показами до розродження операцією кесаревого розтину у вагітних з вірусом простого герпесу є:

- А. Наявність герпетичних висипань на статевих органах до моменту родів.
- В. Якщо з моменту висипань пройшло менше 21 дня.
- С. Наявність в крові М-антитіл до вірусу простого герпесу.
- Д. Виявлення в мазках в епітелії вірусу простого герпесу.
- Е. Усі перераховані.

20. Діагноз залізодефіцитної анемії під час вагітності ставиться на основі:

- А. Характерних скарг вагітної.
- В. Результатів лабораторних обстежень.
- С. Появи серцево-судинних порушень.
- Д. Наявності трофічних порушень.
- Е. Порушення внутрішньоутробного розвитку плода.

Х. Ситуаційні задачі

1. Хвора, 27 років, поступила зі скаргами на підвищення температури до 39°C, нудоту, блювоту, слабкість, затримку менструації на 1,5 місяці. Через три дні з'явилися жовтяниця, свербіж шкіри, ахолічний стілець. При лабораторному обстеженні виявлено HBsAg, гіпербілірубінемію, гіперферментемію. При вагінальному дослідженні констатовано збільшення матки до 7 тижнів вагітності. Наявність вагітності підтверджено ультразвуковим дослідженням.

Діагноз? Тактика лікаря?

2. У першородячої, 29 років, що захворіла в третьому триместрі вагітності на гепатит В, в крові визначається HBs-антиген. Народила живого хлопчика масою 2900,0, довжиною 49 см з оцінкою за шкалою Апгар 8 балів.

Діагноз? Тактика лікаря?

3. В інфекційне відділення поступила першовагітна, 25 років, з вагітністю 28 тижнів і жовтяницею. На протязі двох тижнів відмічає слабкість, зниження апетиту, субфебрильну температуру, свербіж шкіри, біль в правому підребер'ї, після чого з'явилась жовтяниця, геморагічні висипки на шкірі. При обстеженні виявлено: наростаючий лейкоцитоз, нейротрофілоз, зниження протромбінового індекса, підвищення рівня прямого білірубіну та трансаміназ ALT/AST, сироваткові маркери вірусів.

Діагноз? Тактика лікаря?

4. В приймальне відділення поступила вагітна, 30 років, з III вагітністю 26 тижнів. Стан важкий, тонічне напруження жувальних м'язів, лоб в зморшках, брови і крила носа підведені, очі прищурені, болюча ригідність м'язів потилиці, шиї. Дихання 26 на хвилину, поверхневе, акроціаноз. Сечовипускання і дефекація відсутні. Температура тіла 40°C, пульс 120 уд/хв. Матка відповідає терміну вагітності, вислуховується глухе серцебиття плода до 160 уд/хв. Під час огляду з'явилися клонічно-тонічні судоми тулуба та кінцівок. П'ять днів тому під час роботи на тваринницькій фермі значно пошкодила ліве коліно, до лікаря не зверталась, При огляді на лівому коліні є значна поверхнева рана покрита сухою кіркою.

Діагноз? Тактика лікаря?

XI. 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.

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. Kovalyuk, M.Samoilova – K., 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., Ventskivskiyi V.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