

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

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

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА  
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Вагітність і захворювання ЦНС</b> (код курсу 5.4)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

## I. Мета заняття

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

## II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань ЦНС.

## III. Об'єм нової інформації

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Особливості перебігу вагітності при судинних захворюваннях ЦНС.
3. Ведення вагітності при судинних захворюваннях ЦНС.
4. Покази до переривання вагітності при захворюваннях ЦНС.
5. Ведення пологів при судинних захворюваннях ЦНС.
6. Особливості перебігу вагітності та пологів при міастенії.
7. Показання до переривання вагітності при міастенії.
8. Методи лікування при захворюваннях ЦНС.
9. Особливості перебігу вагітності й пологів при епілепсії.  
Ведення вагітності та пологів при епілепсії

## IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

## V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

#### **VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними**

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією		+	
2.	Виявити протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією		+	
3.	Призначити обстеження вагітних із захворюваннями судин головного мозку, епілепсії, розсіяному склерозі, міастенії, міопії		+	
4.	Уміти надати допомогу при інсульті, епілептичному нападі, міастенії		+	

#### **VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ**

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

#### ***Питання***

10. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
11. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
12. Особливості перебігу вагітності при судинних захворюваннях ЦНС.
13. Ведення вагітності при судинних захворюваннях ЦНС.
14. Покази до переривання вагітності при захворюваннях ЦНС.
15. Ведення пологів при судинних захворюваннях ЦНС.
16. Особливості перебігу вагітності та пологів при міастенії.
17. Показання до переривання вагітності при міастенії.
18. Методи лікування при захворюваннях ЦНС.
19. Особливості перебігу вагітності й пологів при епілепсії.
20. Ведення вагітності та пологів при епілепсії.

#### ***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Виявити протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з цукровим діабетом, його вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

6. Призначити обстеження вагітних із захворюваннями судин головного мозку, епілепсії, розсіяному склерозі, міастенії, міопії.
7. Визначити протипокази для виношування вагітності.
8. Уміти надати допомогу при інсульті, епілептичному нападі, міастенії.
9. Уміти вести вагітність при захворюваннях ЦНС.

### **Тестові завдання**

1. У вагітної А., 32 років при вагітності 36 тижнів виникло блювання, яке не зупиняється ніякими методами, став різко падати зір при різкому головному болі. При комп'ютерній томографії знайдено об'ємне утворення головного мозку. Який діагноз?

- A** \* Пухлина мозку.
- B** набряк мозку.
- C** Прееклампсія.
- D** Інсульт.
- E** Арахноїдит

2. Вагітна 22-х років у терміні 32 тижні скаржиться на перекіс обличчя вправо. Захворіла 2 дні тому після переохолодження. Температура підвищилася до 38,2°C. Об-но: відмічається асиметрія обличчя. Лобні складки зліва згладжені. Ліве око ширше від правого і не закривається. Згладжена ліва носогубна складка, опущений кут рота. іншої патології не виявлено. В крові: лейкоцити - 11,8 на  $10^9/л$ , ШЗЕ - 28 мм/год. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A.** \*Неврит лицевого нерву
- B.** Невралгія трійчастого нерву
- C.** Гемікранія (мігрень)
- D.** Ішемічний інсульт
- E.** Пухлина мозку

### **Ситуаційні задачі :**

1. На черговий прийом звернулася вагітна, термін вагітності 35 тижнів, зі скаргами на набряки, головний біль, погіршення зору, що з'явилися напередодні. АТ 160/90 – 170/100 мм.рт.ст. Білок в сечі – 2 г/л. Виражені набряки на ногах, животі, обличчі. Під час вимірювання АТ на другій руці з'явилися судоми. Про яке ускладнення Ви подумаете?
2. У вагітної 30-тижнів 25 років після емоційного приголомшення з'явилися тонічні судоми, які змінилися клонічними судорогами із непритомленням, супроводжувалися піною з рота, мимовільним сечовиділенням. Вогнищевої симптоматики не виявлено. АТ- 120/60 мм рт ст. Який найбільш ймовірний діагноз?

## **VIII. Методичні матеріали до практичного заняття**

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

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

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

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

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);

- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

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

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

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

### **Судинні захворювання судин головного мозку й вагітність.**

Судинні порушення головного мозку можуть виникати при атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, нирковій гіпертензії, ендокринній патології, травмах, аневризмах судин головного мозку, судинних дистоніях, серцевій патології, інфекційних і алергічних васкулітах, при легеневій недостатності, захворюваннях крові.

Кожне з цих захворювань у період вагітності та пологів може проявлятися у формі різних варіантів гострого порушення мозкового кровообігу.

Характер порушення мозкового кровообігу у вагітних та під час пологів може бути в формі перехідних або стійких порушень із значним дефектом рухів, аж до паралічу.

Класифікація. До перехідних порушень мозкового кровообігу відносяться транзиторні ішемічні атаки (ТІА) при інфекційних і алергічних васкулітах, церебральні судинні кризи (ЦСК) (гіпер- і гіпотонічні). Інколи ТІА проявляється

у формі вестибулярних порушень (головокружіння, блювота, атаксія, ністагм).

Особливістю судинних церебральних кризів являється відсутність провідникових чутливих і рухливих порушень при наявності загальномоєвих симптомів (головний біль, блювота, зміна АТ – гіпо- і гіпертонія, вегетативні порушення). В поняття стійких порушень мозкового кровообігу входить “інсульт” або “мозковий удар”. **Інсульт** – це гостре порушення мозкових функцій судинного генезу з загальною й вогнищевою симптоматикою тривалістю більше 24 годин і може бути ішемічним і геморагічним. При геморагічному інсульті визначаються крововиливи або в мозкову тканину, або під оболонки мозку.

Перебіг судинних захворювань мозку під час вагітності завжди загострюється.

Крововиливи в мозок виникають раптово під впливом різкої напруги при вагітності чи в пологах.

**Клініка:** інколи інсульту передують важкість у голові, головокружіння, головний біль, а інколи раптово вагітна або роділля втрачає свідомість, з'являється гіперемія обличчя, ціаноз слизових оболонок, одутлість обличчя, пульсація судин на шиї, дихання жорстке, шкірні покриви вологі, холодні, температура знижена, пульс рідкий, напружений, артеріальний тиск знижений, зіниці розширені, м'язові ритмічні рухи очних яблук, перекошування рота, з'являються паралічі або парези, сухожилісні рефлекси на стороні паралічу знижені, гіпотонія м'язів, черевні рефлекси відсутні, може з'явитися симптом Бабінського. Інколи розвивається блювота, порушення глоткових рефлексів. Аналіз крові – лейкоцитоз, гіперглікемія, підвищення залишкового азоту. У спинномозковій рідині визначається кров.

При поширених крововиливах у головний мозок з'являються стовбурові симптоми – порушення дихання і серцевої діяльності.

Можливий підгострий перебіг – головний біль, блювота, із подальшим розвитком вогнищевої симптоматики.

**Субарахноїдальний крововилив.** В клініці переважають симптоми подразнення оболонки мозку: головний біль, що носить гострий характер або свердлийчий біль із різною локалізацією, раптова блювота, головокружіння, шум у вухах, збудження, епілептичні напади, іноді різкий підйом АТ. Рано з'являються менінгіальні симптоми, гаснуть колінні й ахілові рефлекси. Обличчя хворої гіперемовано, температура підвищена, брадикардія. Очне дно – крововиливи в сітківку, застійні пипки. Для діагностики необхідно провести пункцію спинного мозку, при якій спинномозкова рідина рівномірно забарвлена кров'ю.

Перебіг завжди сприятливий. Відновлення порушених функцій настає через 3-4 тижні після крововиливу. Однак у вагітних клініка перебігає більш важко і прогноз залежить від локалізації і розмірів крововиливу.

**Ішемічний інсульт або мозковий інфаркт.** По механізму розвитку ішемічний інсульт може бути викликаний спазмом мозкових судин, тромбозом судин мозку, атеросклеротичними змінами судин.

Ішемічний інсульт при пізніх токсикозах вагітності спостерігається рідше від геморагічного. Вони розвиваються при токсикозах у поєднанні з ревмокардитами, вадами серця, миготливою аритмією, гіпотонією.

Ішемічні інсульти розвиваються поступово. У клініці характерним є перевага локальних симптомів над загальнономозковими на відміну від геморагічного інсульту. При інфаркті мозку свідомість збережена, незначний головний біль, можлива блювота. Характерна клініка серцево-судинної недостатності із змінами пульсу й артеріального тиску. Вогнищеві симптоми проявляються у вигляді геміпарезу, геміплегії, геміанестезії.

Клініку тромбозу судин головного мозку характеризують ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску, що проявляється головним болем, головокружінням, блювотою, джексоновськими нападами. Проявляються порушення чутливості, парестезії, затруднення мови, парези й паралічі. Клініка тромбозу судин головного мозку залежить від локалізації тромбу.

Емболія судин головного мозку можлива у вагітних і роділь при наявності ендокардиту, ревматичної мітральної хвороби. Клініка розвивається гостро – раптово з'являються судоми, головокружіння, тимчасова втрата свідомості. Обличчя стає блідим, пульс – частий, ритмічний і відповідний кардіологічний статус. Виникає моно- або геміплегія.

**Неврологічний синдром.** При пізніх токсикозах даний синдром В.Ф. Аліферова описує у вигляді пірамідної недостатності: асиметрія носогубних складок, відхилення язика від середньої лінії, хоботковий рефлекс, підвищення й нерівномірність сухожильних і періостальних рефлексів, спонтанний горизонтальний ністагм. Синдром пірамідної недостатності являється наслідком компенсованої дисциркуляторної енцефалопатії. Для діагностики вогнищевих уражень головного мозку при токсикозі вагітних рекомендується звернути увагу на церебрально-судинні пароксизми; на появу передінсультного стану, геморагічного й ішемічного інсульта.

Ангіодистонічні пароксизми при важкій формі нефропатії і еклампсії перебігають із додатковим різким підйомом АТ.

Звичайним явищем при прееклампсії являються пароксизми (“туман перед очима”), зміна гостроти зору, поява темних крапок. Усі ці явища супроводжуються змінами очного дна. Одночасно можливі вестибулярно-акустичні розлади. Патогенез судинних пароксизмів пояснюється порушенням загальної гемодинаміки з супутньою гіпоксією, розладом обміну речовин, змінами біохімічного й електролітного стану крові, вегетативної дистонії, що супроводжують пізній токсикоз вагітних.

**Лікування порушень мозкового кровообігу**

Гіпертонічні церебральні кризи:

1. Рауседіл 1-2,5 мг в/м;
2. Рауседіл в комбінації з фуросемідом у дозі 80 мг внутрішньо;
3. Дібазол 0,5% - 4-10мл в/в, в/м;
4. Папаверин 2%-2-4мл п/ш;
5. Гемітон 0,15-0,3 мг в/в або в/м. При неефективності гангліоблокатори: 0,5-1мл 2.5% розчину бензогексонію.
6. Еуфілін 5-10мл 2,4% розчину в 10-20 мл 40% розчину глюкози в/в, повільно.
7. Симптоматичне лікування. При головокружінні – аерон, атропін, стугерон; при головному болі – анальгетики, гірчичники на шию, грілка на ноги; при блювоті – церукал, анестезин; при підвищеній збудливості – седативні засоби; антигістамінні препарати і реглан.

При гіпертонічному кризі в поєднанні з прееклампсією проводиться комплексна терапія токсикозу II половини вагітності.

#### **Лікування мозкового інсульту:**

1. Лікування серцево-судинної недостатності – корглюкон, строфантін, кордіамін. У випадку раптової зупинки серця – непрямий масаж серця, адреналін у серцевий м'яз.
2. При набряку легень – вдихання кисню з парами спирту. На нижні кінцівки накладаються джгути. Діазепам або натрія оксидбутират.

#### **Ведення вагітності й пологів при гострих порушеннях мозкового кровообігу:**

1. В ранні терміни вагітності з появою клініки крововиливу або тромбозу судин необхідно ставити питання про переривання вагітності з попередньою стабілізацією процесу.
2. При термінах вагітності 16 тиж. і більше рекомендується вирішувати питання індивідуально з урахуванням характеру мозкового інсульту, причини, що його викликала.
3. При гострому інсульті в III триместрі вагітності – пологорозрішення (кесарський розтин) після стабілізації процесу.
4. При наявності залишкових явищ після гострого порушення мозкового кровообігу пологи можуть бути проведені через природні пологові шляхи з виключенням II періоду пологів або операція кесарського розтину.

#### **Епілепсія**

**Епілепсія** – це хронічне нервовопсихічне захворювання. Зустрічається досить часто (у 5 чоловік на 1000 населення). Справжня епілепсія являється єдиним поліетіологічним захворюванням з особливою клінічною картиною, перебігом. Епілептичні напади проявляються у формі великого судомного нападу, малого нападу й епілептичного статусу. Існують і інші форми нападів: джексоновський напад, поворот голови і очей у боки, пароксизмальні розлади пам'яті.

**Великий судомний напад** має тонічну і клонічну фазу. Тонічна фаза починається з утрати свідомості. Усі м'язи знаходяться в тонічному напруженні. На обличчі гримаса, зіниці розширені, не реагують на світло, голова й очі повернуті в бік, щелепи стиснуті. Дихання зупиняється, обличчя бліде, а потім синюшне. Тонічна фаза триває декілька секунд, а потім настає клонічна фаза. У всіх м'язах відбуваються короткі, неритмічні, сильні поштовхи. Ця фаза продовжується від 2-3 до 5 хв. З роту виділяється слина у вигляді піни, іноді забарвлена кров'ю. Часто самовільне сечовиділення. Після нападу спостерігається сопорозний стан, потім хворий пробуджується, але не зберігає спогадів про минулий напад.

**Малий напад** – раптова, коротка (декілька секунд) зупинка думок. В цей час обличчя бліде, хворий не падає, можливі міоклонічні скорочення м'язів обличчя або кінцівок.

**Епілептичний статус** можливий як при епілепсії, так і при інших захворюваннях головного мозку. Виходячи з цього, хворі з епілептичним статусом поділяються на дві групи: хворі з епілепсією як з основним захворюванням і епілепсією в поєднанні з іншими

захворюваннями головного мозку. При вагітності епілептичний статус спостерігається дуже рідко. При його виникненні можливе хибне судження, що це еклампсія з утратою свідомості. Летальність складає 16-20% випадків.

Клініка епілептичного статусу характеризується порушенням свідомості, булькаючим диханням, частими судомою з вираженою тонічною напругою всіх м'язів, ціанозом, що наростає, розширенням зіниць, ниткоподібним пульсом, неприємним запахом хворого.

Судомний синдром проявляється нападами судом, які виникають періодично від 2-3 до 20 і більше на протязі години і тривають від 30хв. до 20-30с. при важкому перебігу статусу спостерігаються явища набряку мозку. Епілептичний статус по характеру судомних проявів розділяють на генералізований, парціальний і однобічний.

**Вагітність і пологи при епілепсії.** Однієї думки про вплив вагітності на перебіг епілепсії немає. Деякі автори вважають, що під час вагітності прояви основного захворювання зменшуються, а інші – навпаки, вагітність впливає негативно на перебіг епілепсії.

У хворих з епілепсією виявляються порушення білкового, водно-сольового, вуглеводного обміну і сечовиноутворюючої функції печінки; зміни цукрової кривої, зменшення кількості глікогену та збільшення молочної кислоти у м'язах, зниження водовидільної та концентраційної функції нирок.

У хворих на епілепсію частіше виникають ранні та пізні токсикози.

#### **Тактика ведення вагітності й пологів:**

Необхідне раннє виявлення вагітних з епілепсією та сумісний нагляд цих хворих психіатром, невропатологом, акушером, терапевтом і своєчасне вирішення питання про доцільність пролонгування вагітності.

Деякі автори вважають, що вагітність при епілептичному статусі протипоказа, а при інших формах захворювання можливе збереження вагітності при умові регулярної протисудомної терапії та періодичної госпіталізації цих хворих у стаціонар.

Акушерська тактика повинна бути індивідуальною. Узагалі вважається, що вагітність можна продовжувати при рідких нападах судом (1-2 рази на місяць), при відсутності важких інших захворювань і бажанні мати дитину. В цих випадках проводиться безперервна протисудомна терапія. Госпіталізацію в стаціонар необхідно проводити за 2 тижні до пологів.

#### **План ведення пологів:**

1. Знечуження пологів.
2. Профілактика кровотечі в III періоді пологів.
3. При погіршенні стану проводять виключення II періоду пологів або при неповному відкритті ш/м і неефективності протисудомної терапії – краніотомія.
4. Пологоторішення шляхом кесарського розтину показано: при епілептичному статусі, частих, важких нападах, що не піддаються комбінованій медикаментозній терапії, а також при підвищеній чутливості до лікарських препаратів.

#### **Лікування епілепсії**

1. Барбітурати: фенобарбітал, бензонал, гексамідин. Для корекції судинних порушень у хворих на епілепсію застосовують комбінацію фенобарбіталу з вазоактивними препаратами. При генералізованій вторинній епілепсії застосовують фенобарбітал із кофеїном.
2. Дифенін по 0,2-0,8 г/добу.
3. Діазепам по 0,015-0,03 г/добу; в/в 10мг в 20мл 40% розчину глюкози.
4. Карбамазепін по 0,-0,8 г/добу.
5. Клоназепам, вальпроат натрія.
6. Конвулекс, депакін по 0,3г при всіх видах нападів.
7. Фінлепсин по 50-100мг/добу. Впливає на судомні форми нападів.

#### **Лікування епілептичного статусу.**



Основним принципом терапії хворих на епілептичний статус екстреність, етапність, комплексність лікування. Лікувальні заходи розділяють на слідуючі групи:

1. Медикаментозна терапія.
2. Немедикаментозна терапія.
3. Хірургічна.
4. Догляд за хворим.

#### **Догоспітальна допомога.**

1. Звільнення від інородних тіл, блювотних мас верхніх дихальних шляхів.
2. Уведення повітряної трубки.
3. Ін'єкції серцевих препаратів (за виключенням камфори).
4. Седуксен 10мг в/в на 20 мл 40% розчину глюкози, вводити повільно.
5. При необхідності проводиться інтубація.
6. При неефективності седуксену, проводиться в/в барбітуровий наркоз (1% розчину тіопенталу натрію або гексеналу – 50-60мл).

**Міастенія** – це важке нейроендокринне захворювання з прогресивним протіканням, проявляється слабкістю і патологічною втомлюваністю м'язів.

Частота міастенії складає в середньому 0,15% серед інших захворювань нервової системи.

Найбільш складним являється питання про етіологію й патогенез міастенії. При цій патології має значення дисфункція тимусу (лімфоїдна гіперплазія, пухлини); ендокринно-вегетативні порушення; перенесений енцефаліт з ураженням гіпоталамічної області; аутоімунні порушення; зменшення кількості АХ-рецепторів у нервово-м'язових синапсах.

#### **Клініка.** м'язов

Можливе виникнення парезів і паралічів, які зменшуються після відпочинку або використання прозериноподібних препаратів.

Розлади функції окорухових м'язів проявляються у формі птоза різної ступені вираженості, із різким обмеженням рухів очних яблук, двоїння в очах.

Синдром бульбарного параліча проявляється парезом або паралічем язика з розладами мови, хриплість, афонічність, попадання рідкої їжі в ніс. При слабкості м'язів гортані і дихальних м'язів відбувається закриття надгортанником входу в гортань із проявами задухи внаслідок накопичення слизу. В цих випадках виникає необхідність термінової трахеотомії чи інтубації з відсмоктуванням слизу.

Порушення функції м'язів кінцівок спостерігається відносно рідко і переважно в проксимальних відділах.

При ураженні дихальних м'язів виникає задуха, часте поверхневе дихання, гостра зупинка дихання.

Порушення чутливості проявляється у вигляді парестезій, відчуття повзання мурашок, періодичним болем у м'язах.

У 32% хворих на міастенію спостерігається серцево-судинна недостатність, скарги на серцебиття, неприємний ниючий і стискаючий біль в області серця, перебої й відчуття “замирання” серця.

**Лабораторно** – зниження цукру в крові, підвищення калію й сечовини в крові, порушення креатин-креатинінового обміну, зниження активності АХ і підвищення активності холінестерази.

#### **Розрізняють слідуючі типи клінічного перебігу міастенії:**

- **перший тип** – гострий початок, клініка триває від декількох тижнів до 2-3 місяців із подальшим прогресуванням;
- **другий тип** – гострий початок, але клініка повністю проявляється від 3 місяців до 1 року, в подальшому процес прогресує;
- **третій тип** – поступовий початок, клініка повністю проявляється на протязі декількох років із повільним прогресуванням, що приводить до інвалідності;
- **четвертий тип** – проявляється декількома симптомами з повільним прогресуванням і інвалідністю.

#### **Протікання міастенії під час вагітності.**

Однієї точки зору на перебіг вагітності при міастенії немає. Одні автори вважають, що при вагітності симптоми міастенії наростають, аж до летального закінчення захворювання. Інші вважають, що вагітність покращує перебіг міастенії, навіть може наступити повне одужання.

В ранні терміни вагітності – перших три місяці спостерігається погіршення стану хворих і це пов'язано із збільшенням кількості прогестерону в організмі й зниженням естрогенів; з 4 місяців вагітності – покращення, а ближче до пологів – знов відбувається погіршення загального стану вагітних.

У хворих в стані ремісії чи з локальними легкими формами захворювання вагітність і пологи протікали благоприємно й у більшості спостерігалось зменшення симптомів захворювання, але у 1/5 хворих спостерігалось загострення процесу в післяпологовому періоді.

Більшість дітей народжувалось з неонатальною чи транзиторною формою міастенії.

Якщо захворювання прогресує і симптоми не коригуються застосуванням антихолінестеразних та калієвих препаратів, вагітність протипоказана. При включенні в процес життєво важливих органів переривання вагітності є необхідним незалежно від терміну вагітності.

Хворим із важкою формою захворювання до і після пологів рекомендують призначати преднізолон.

Пологи краще проводити через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням.

**Лікування.** При міастенії використовується медикаментозна, гормональна, променева терапія, хіміотерапія, хірургічне лікування.

#### **Медикаментозне лікування.**

1. Антихолінестеразні препарати: простигмін або прозерін по 0,15 2-3 рази на день; оксазил по 0,005 2-3 рази на день; местінон по 0,06 1-3 рази на день тетраетілпірофосфат від 8 до 12мг у день; галантамін по 0,5мл 1% розчин 1-2 рази на день.
2. Калію хлорид по 1г 4-6 раз на день.
3. Вітаміни групи В (В<sub>1</sub> – В<sub>12</sub>).

#### **Гормональна терапія.**

1. Антагоністи альдостерону (верошпірон по 0,25-0,075 3 рази на день) на протязі 2-4 тижнів. Верошпірон сприяє накопиченню калію.
2. Анаболічні стероїди (ретаболіл по 50мг в/м 1 раз у день 10-12 ін'єкцій на курс; неробол). Ці препарати покращують синтез білку в м'язах, мають тімолітичний ефект.
3. Глюкокортикоїди (преднізолон у доз 30-60 мг через день в 2 прийоми, при неефективності дозу збільшують до 80-100мг/добу). Тривалість лікування від 1 до 6 місяців із подальшим поступовим зменшенням дози. Рекомендується АКТГ по 40 ОД щоденно на протязі від 6 до 25 днів.

#### **Фізичні методи лікування.**

1. Інтраназальний електрофорез із віт. В<sub>1</sub>, ефедрином, особливо хворим із гіпоталамічним синдромом.
2. Двобічний електрофорез із новокаїном на синокаротидну ділянку щоденно 20-25 процедур при очній і глоточно-лицевій формах.
3. Гальванічний комірець із кальцієм для стимуляції симпатико-адреналової системи.
4. Електрофорез за Є.М. Бермелем – створення додаткового депо прозерину в організмі.
5. Рекомендується плазмаферез у поєднанні з преднізолоном і азатіопрімом і при неефективності тімектомії.

Хірургічні методи лікування при вище зазначеній патології показані: при злякисних і прогресуючих формах міастенії; неефективності консервативної терапії на протязі року; молодий вік, коли немає поєднаних ендокринологічних і аутоімунних процесів.

Рентгенотерапія вважається доцільною при будь-якій важкості захворювання, навіть при загрозливих станах із врахуванням того, що тимус виявився найбільш чутливим до рентгенівського опромінення. Тому в даний час віддається перевага опроміненню ділянки тимусу або каротидного синусу.

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

1. В I триместрі вагітності – госпіталізація в неврологічне відділення.
2. При легкій формі міастенії або при компенсованих процесах і при бажанні жінки мати дитину, вагітність можна зберігати під наглядом перинатолога, невропатолога, терапевта й ендокринолога з продовженням прийому препаратів типу прозерину в комбінації з оксазілом, вітаміном В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub> і хлористим калієм.
3. При середній важкості міастенії – переривання вагітності. У випадках відмовлення від переривання вагітності й погіршення стану, необхідно підвищити дози прозерину, галантаміну.
4. Допологова госпіталізація в стаціонар. Не допускати переносування вагітності.
5. Пологоторішення краще проводити через природні пологові шляхи; при загостренні – кесарський розтин під ендотрахеальним наркозом із використанням штучної вентиляції легень.
6. В пологах необхідно пам'ятати про можливість слабкості пологової діяльності – своєчасна стимуляція окситоцином і простагландінами; в II періоді пологів можливе послаблення тону м'язів шиї, кінцівок і тому необхідно бути готовим до накладання акушерських щипців. В III періоді пологів – профілактика кровотечі.  
В пологах і в післяпологовому періоді продовжити лікування основної хвороби. Крім того, при пологах необхідно пам'ятати про можливість виникнення дихальної недостатності.

Вагітним і роділям із міастенією протипоказані калійвивідні діуретичні препарати, хінін, міорелаксанти курареподібної дії, транквілізатори, похідні бензодіазепаму.

7. В післяпологовому періоді необхідно продовжити лікування основного захворювання у породіллі, а інколи ставити питання про її переведення в неврологічне відділення.
8. У новонароджених у перші 2 тижні спостерігаються ознаки транзиторної міастенії (гіпотонія, гіпорексія, слабкість), які проходять після лікування прозеріном.

### **Розсіяний склероз**

**Розсіяний склероз (РС)** досить розповсюджене і важке захворювання ЦНС ремітуючого характеру і займає провідне місце у групі демієлінізуючих уражень головного і спинного мозку з грубим порушенням мікроциркуляції у цих вогнищах.

При РС можливе втягнення в процес ланок захисту. В кістковому мозку визначається пошквалена нейтрофільного ростка на початкових етапах захворювання, поступове зниження кількості клітин кісткового мозку в процесі захворювання. В тимусі – гіперплазія, при важких формах РС – його інволюція, лімфоїдна гіперплазія, розростання епітеліальної стромы, збільшення тілець Гассала – структурні елементи, які несприятелі в нормі для цього органу; зменшення кількості Т-лімфоцитів і супресорів, збільшення В-лімфоцитів. Пониження захисних властивостей організму стимулює продукцію аутоантитіл проти мієліну.

Найбільшого визнання в патогенезі РС одержала нейроалергічна концепція.

**Патологічна анатомія** – в спинному мозку, мозковому стволі утворюються множинні бляшки, розсіяні в основному в білій речовині мозку. Інколи вони поодинокі, інколи зливаються. Достовірною ознакою при цьому захворюванні являється утворення ділянок демієлінізації мозку і запальних реакцій навколо судин.

**Клініка.** РС перебігає в таких формах:

- церебральна;
- спінальна;

- цереброспінальна.

Останню форму розділяють на гіперкінетичний і очний варіант. Цю форму характеризує поєднання пірамідних і мозочкових порушень, можливі ураження зорового нерва з розвитком диплопії.

Раннім симптомом РС являється перехідні моторні, сенсорні (частіше парестезії) або зорові порушення, втрата черевних рефлексів, слабкість ніг легкий інтенційний тремор у руках. Нерідко спостерігається порушення зору по типу ретробульбарного невриту зорових нервів з випадінням центральних полів зору. Утрата зору буває частковою або двобічною.

Можливе ураження периферичних моторних нейронів: утрата сухожильних рефлексів, атрофія м'язів. Особливим симптомом при РС являються парестезії, які виникають при різкому згинанні голови вперед, до грудей – відчуття електричного струму, який перебігає по хребту вниз з іррадіацією в ноги, іноді в руки. У стадії розпалу захворювання в 90% випадків у хворих спостерігаються пара- або тетрапарези. Мозочкові симптоми проявляються у вигляді: атаксії, дизметрії, дизартрії, ністагму; грубий тремор кінцівок і голови, який виникає при рухах та напрузі. Ці симптоми згруповані в триаду Шарко (ністагм, скандована мова, інтенційне тремтіння) або пентаду Марбурга (до триади Шарко додається відсутність черевних рефлексів та поблідніння скроневих ділянок зорового нерву). При важкій формі – деменція, ейфорія і виражені форми психічних розладів, порушення сечопуску.

Для ранньої діагностики РС рекомендується проводити дослідження очного дна, показники спинномозкової пункції (плеоцитоз, помірне підвищення білку з підвищенням рівня  $\gamma$ -глобуліну), ЕЕГ, РЕГ, комп'ютерна томографія, дослідження імунологічного статусу, гормонів.

#### **Лікування РС передбачає:**

1. Етіологічне лікування (лікування противірусними препаратами).
2. Імуномодуюча терапія, в тому числі гормони кори наднирників та їх синтетичні аналоги, левомізол.
3. Симптоматична терапія направлена на корекцію порушень функцій системи гомеостазу, функцій нервової системи.

При виборі методу лікування необхідно враховувати стадію захворювання, тип перебігу, фазу захворювання.

**Перебіг вагітності і пологів.** Вагітність має негативний вплив на перебіг РС. Під час вагітності відбувається погіршення перебігу РС або виникнення перших проявів захворювання. При різкому загостренні захворювання в пологах може виникнути слабкість пологової діяльності. При вираженій спінальній та церебральній симптоматиці вагітність необхідно перервати. Доброякісний перебіг РС та бажання жінки мати дитину дає можливість пролонгування вагітності під наглядом перинатолога та невропатолога.

#### **Ускладнення під час пологів:**

- передчасний вилив навколоплідних вод;
- слабкість пологової діяльності;
- можливість гіпотонії матки в третьому та в ранньому післяпологовому періоді;
- внутрішньоутробна гіпоксія плоду.

#### **Тактика ведення вагітності.**

1. При наявності вагітності у даної групи хворих необхідно перервати вагітність, з урахуванням можливого загострення.
2. У випадку пролонгування вагітності за бажанням жінки, постійний контроль із боку акушера та невропатолога, постійне лікування РС.
3. Госпіталізація таких хворих у стаціонар за 2 тижні перед пологами.
4. План ведення пологів:

- пологи ведуться консервативно;
  - при несвоєчасному виливі навколоплідних вод – стимуляція пологової діяльності;
  - профілактика інфекційних ускладнень;
  - при слабкості пологової діяльності проводиться медикаментозна стимуляція;
  - профілактика кровотечі в III та ранньому післяпологовому періоді.
5. В післяпологовому періоді проводиться комплексна терапія основного захворювання.

#### **IX. Основна література для опрацювання**

1. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
2. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
3. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
- 5.Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.**

**17.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**