



Сеченовский Университет

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

УЧЕБНИК

А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, А.И. Давыдов

АКУШЕРСТВО

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебника для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования по направлению подготовки специалитета по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Регистрационный номер рецензии 021 от 17 мая 2018 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	17
Список сокращений и условных обозначений	19
Глава 1. Определение и основные этапы развития акушерства	23
Глава 2. Организация акушерско-гинекологической и неонатологической помощи в России	37
2.1. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь	38
2.2. Стационарная акушерская помощь	40
2.2.1. Родильный дом	40
Глава 3. Анатомия и физиология женских половых органов	48
3.1. Половые органы	48
3.2. Кровоснабжение половых органов	56
3.3. Лимфатическая система половых органов. Иннервация женских половых органов. Тазовая клетчатка	58
Глава 4. Физиология репродуктивной системы женщины	60
4.1. Регуляция репродуктивной функции	61
4.1.1. Кора головного мозга	62
4.1.2. Гипоталамус	62
4.1.3. Гипофиз	62
4.1.4. Яичники	63
4.1.5. Матка	67
4.2. Тесты функциональной диагностики	68
Глава 5. Оплодотворение и развитие плодного яйца	72
5.1. Гаметогенез	72
5.2. Основные этапы формирования системы «мать—плацента—плод» ...	76
5.3. Понятие о функциональной системе «мать—плацента—плод»	84
5.3.1. Основные функции системы «мать—плацента—плод»	86
5.4. Экстраэмбриональные структуры. Околоплодные воды	92
5.5. Понятие о критических периодах развития эмбриона и плода.	96
5.5.1. Неблагоприятное влияние факторов внешней среды на развитие эмбриона и плода	97
5.5.2. Влияние на плод отдельных групп препаратов, принимаемых во время беременности	101
5.6. Развитие эмбриона и плода	107
Глава 6. Методы оценки состояния плода	123
6.1. Ультразвуковые методы исследования	123
6.2. Допплерометрия в акушерской практике	137
6.3. Методы оценки сердечной деятельности плода	142
6.4. Основы пренатальной диагностики. Организация службы пренатальной диагностики	152

Глава 7. Изменения в организме женщины при беременности	163
7.1. Органы половой системы	163
7.2. Центральная нервная система	165
7.3. Сердечно-сосудистая система	166
7.4. Органы кроветворения	169
7.5. Дыхательная система	169
7.6. Мочевыделительная система	170
7.7. Система органов пищеварения	172
7.8. Эндокринная система	173
7.9. Иммунная система	174
Глава 8. Таз с акушерской точки зрения и плод как объект родов	177
8.1. Таз с акушерской точки зрения	177
8.2. Плод как объект родов	182
8.2.1. Плод в отдельные периоды внутриутробного развития	182
8.2.2. Признаки зрелости плода	185
8.2.3. Головка зрелого плода	185
8.2.4. Членорасположение, положение плода в матке, его позиция, вид, предлежание	187
Глава 9. Клинические методы обследования беременных	191
9.1. Сбор анамнеза	191
9.2. Объективное обследование	195
9.3. Акушерское обследование	197
Глава 10. Диагностика беременности	212
10.1. Признаки беременности	212
10.2. Определение срока беременности и предполагаемой даты родов	217
Глава 11. Физиология родов	220
11.1. История теорий механизма наступления родов	221
11.2. Современные представления о причинах наступления родов	222
11.3. Периоды родов. Физиология родового акта	227
11.3.1. I период родов	227
11.3.2. II период родов	237
11.3.3. III период родов	238
11.4. Ведение физиологических родов	239
11.4.1. I период родов	240
11.4.2. II период родов	241
11.4.3. III период родов	248
11.5. Механизм родов	252
11.6. Оказание медицинской помощи новорожденному в родильном зале	256
11.7. Обезболивание родов	259
Глава 12. Физиология послеродового периода	264
12.1. Анатомические и физиологические изменения в организме роженицы	264
12.1.1. Состояние центральной нервной системы и гормонального гомеостаза	264

12.1.2. Половые органы	265
12.1.3. Сердечно-сосудистая система	270
12.1.4. Мочевыводящая система	271
12.1.5. Пищеварительная система	271
12.1.6. Дыхательная система	271
12.1.7. Обмен веществ, баланс жидкости и электролитов	271
12.2. Клиническое течение послеродового периода.	272
12.3. Ведение послеродового периода.	273
12.4. Контрацепция в послеродовом периоде	280
Глава 13. Физиология периода новорожденности	282
13.1. Основные группы новорожденных	282
13.2. Анатомические и физиологические особенности доношенного новорожденного	283
13.3. Ранняя неонатальная адаптация и транзиторные состояния новорожденных	290
13.4. Современные перинатальные технологии	294
Глава 14. Ранний токсикоз беременных.	298
14.1. Рвота беременных (<i>emesis gravidarum</i>)	298
14.1.1. Этиология и патогенез.	299
14.1.2. Клиническая картина	301
14.1.3. Диагностика	304
14.1.4. Лечение	305
14.2. Слюнотечение	307
Глава 15. Преэклампсия и эклампсия	308
15.1. Определение и классификация	309
15.2. Этиология и патогенез.	312
15.3. Клиническая картина и диагностика.	315
15.3.1. Лабораторно-инструментальные исследования	320
15.3.2. Осложнения преэклампсии/эклампсии.	323
15.4. Лечение преэклампсии	327
15.5. Основные принципы родоразрешения	331
15.6. Прогнозирование преэклампсии	332
15.7. Профилактика преэклампсии.	333
Глава 16. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода.	
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного	335
16.1. Механизм резус-иммунизации.	337
16.2. Гемолитическая болезнь плода.	340
16.2.1. Диагностика	340
16.2.2. Ведение беременности.	344
16.3. Гемолитическая болезнь новорожденного	345
16.3.1. Лечение	346
16.4. Скрининг и первичная профилактика	348

Глава 17. Многоплодная беременность	350
17.1. Эпидемиология. Этиология и классификация	350
17.1.1. Этиология многоплодной беременности	351
17.1.2. Классификация	351
17.2. Диагностика	353
17.3. Течение и ведение беременности	356
17.3.1. Ведение беременности	357
17.4. Течение и ведение родов	359
17.5. Осложнения многоплодной беременности. Тактика ведения	360
17.5.1. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии	360
17.5.2. Обратная артериальная перфузия	365
17.5.3. Внутриутробная гибель плода	367
17.5.4. Врожденные аномалии развития плода	368
17.5.5. Сросшиеся близнецы	368
17.5.6. Профилактика	370
Глава 18. Плацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода	371
18.1. Определение и значимость для перинатологии	371
18.2. Этиология и патогенез	374
18.3. Классификация	380
18.4. Диагностика	381
18.4.1. Лабораторно-инструментальные исследования	385
18.5. Лечение	390
18.5.1. Прогноз	393
Глава 19. Врожденные пороки развития плода	394
19.1. Пороки центральной нервной системы	394
19.1.1. Гидроцефалия	394
19.1.2. Дефекты нервной трубки	396
19.1.3. Микроцефалия	398
19.2. Аномалии лицевых структур и шеи	398
19.2.1. Расщелина лица	398
19.2.2. Кистозная гигрома	399
19.3. Врожденные пороки сердца	400
19.3.1. Единственный желудочек сердца	401
19.3.2. Дефект межпредсердной перегородки	401
19.3.3. Дефект межжелудочковой перегородки	402
19.3.4. Аномалия Эбштейна	403
19.3.5. Тетрада Фалло	403
19.3.6. Транспозиция магистральных артерий	404
19.4. Пороки органов грудной клетки	404
19.4.1. Врожденная диафрагмальная грыжа	404
19.5. Аномалии формирования стенок брюшной полости и пороки развития желудочно-кишечного тракта	405
19.5.1. Омфалоцеле	405
19.5.2. Гастрошизис	406
19.5.3. Атрезия двенадцатиперстной кишки	407
19.5.4. Изолированный асцит	408

19.6. Пороки развития почек и мочевыводящих путей	409
19.6.1. Агенезия почек	409
19.6.2. Аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек (инфантильная форма)	410
19.6.3. Поликистозная болезнь почек взрослого типа	410
19.6.4. Поликистоз почек	410
19.6.5. Дилатация мочевых путей.	411
19.6.6. Пиелюэктазия	411
19.6.7. Обструктивная уропатия.	412
19.7. Пороки развития костной системы	413
19.7.1. Ахондроплазия	413
19.8. Внутриутробная хирургия	414
19.8.1. Диафрагмальная грыжа	417
19.8.2. Врожденный кистозно-аденоматозный порок развития легких.	418
19.8.3. Врожденный гидроторакс.	418
19.8.4. Крестцово-копчиковая тератома.	419
19.8.5. Обструктивная уропатия.	420
19.8.6. <i>Spina bifida</i>	421
19.8.7. Амниотические тяжи	423
19.8.8. Хориоангиома	423
Глава 20. Аномалии плодных оболочек, околоплодных вод и пуповины	424
20.1. Патология околоплодных вод.	424
20.1.1. Многоводие	424
20.1.2. Ведение беременности и родов при многоводии	426
20.1.3. Маловодие	426
20.1.4. Ведение беременности и родов при маловодии	428
20.2. Амниотические перетяжки (тяжи Симонара)	428
20.3. Аномалии пуповины.	429
Глава 21. Невынашивание беременности	433
21.1. Самопроизвольный выкидыш	433
21.1.1. Этиология	434
21.1.2. Клиническая картина	436
21.1.3. Дифференциальная диагностика.	443
21.1.4. Лечение	444
21.2. Привычное невынашивание беременности	446
21.2.1. Генетические факторы	447
21.2.2. Анатомические причины	448
21.2.3. Истмико-цервикальная недостаточность	451
21.2.4. Эндокринные причины.	456
21.2.5. Инфекционные причины	459
21.2.6. Иммунологические причины.	461

Глава 22. Преждевременные роды	466
22.1. Определение и медико-социальная значимость	466
22.2. Этиология и патогенез преждевременных родов	467
22.2.1. Патогенез	468
22.3. Клиническая картина и диагностика	468
22.3.1. Диагностика	469
22.3.2. Лечение	471
22.4. Сроки и методы родоразрешения	474
Глава 23. Переношенная беременность	477
23.1. Этиология и патогенез	478
23.2. Клиническая картина и диагностика	485
Глава 24. Крупный плод	495
Глава 25. Аномалии сократительной деятельности матки	500
25.1. Определение, частота. Этиология и патогенез	500
25.1.1. Этиология и патогенез	500
25.2. Патологический прелиминарный период	502
25.3. Первичная слабость родовой деятельности	504
25.3.1. Лечение	506
25.4. Вторичная слабость родовой деятельности	508
25.4.1. Лечение	508
25.5. Чрезмерно сильная родовая деятельность	508
25.5.1. Тактика ведения родов	509
25.6. Дискоординация родовой деятельности	509
25.6.1. Лечение	510
Глава 26. Беременность и роды при тазовом предлежании плода	511
26.1. Классификация. Этиология	511
26.2. Диагностика	514
26.3. Тактика ведения беременности	517
26.4. Роды через естественные родовые пути. Механизм родов при тазовом предлежании	522
26.4.1. Ведение I периода родов	525
26.4.2. Ведение II периода родов	528
26.5. Ручные пособия и операции при тазовых предлежаниях плода	533
26.5.1. III период родов	543
26.6. Родоразрешение путем операции кесарева сечения	544
Глава 27. Неправильные положения плода	547
27.1. Классификация	547
27.2. Этиология	548
27.3. Диагностика	549
27.4. Течение беременности и родов	550
27.5. Ведение беременности при неправильных положениях плода	551
27.6. Ведение родов при неправильных положениях плода	553
Глава 28. Разгибательные предлежания головки плода	556
28.1. Переднеголовное предлежание	557
28.1.1. Механизм родов	558

28.1.2. Течение и ведение родов	558
28.2. Лобное предлежание.	558
28.2.1. Механизм родов	559
28.2.2. Течение и ведение родов.	560
28.3. Лицевое предлежание.	560
28.3.1. Диагностика	560
28.3.2. Механизм родов	561
28.3.3. Течение и ведение родов.	562
Глава 29. Узкий таз в современном акушерстве	563
29.1. Понятие об аномалиях костного таза. Широкий таз	563
29.1.1. Широкий таз	563
29.2. Определение и классификация узкого таза	564
29.3. Этиология.	568
29.4. Клиническая картина и диагностика	569
29.5. Течение и ведение беременности при анатомически узком тазе . . .	574
29.6. Течение и ведение родов при узком тазе.	575
29.6.1. Особенности механизма родов при различных формах узкого таза	577
29.7. Клинически узкий таз	582
29.8. Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений . . .	587
Глава 30. Внематочная беременность.	588
30.1. Трубная беременность	591
30.1.1. Клиническая картина и диагностика прогрессирующей трубной беременности.	593
30.1.2. Клиническая картина и диагностика прерывания беременности по типу трубного аборта	594
30.1.3. Клиническая картина и диагностика разрыва маточной трубы	596
30.1.4. Дифференциальная диагностика прервавшейся внематочной беременности	598
30.1.5. Лечение трубной беременности.	599
30.2. Редкие формы внематочной беременности	603
Глава 31. Трофобластическая болезнь	605
Глава 32. Кровотечения в поздние сроки беременности и во время родов . . .	610
32.1. Предлежание плаценты	610
32.1.1. Классификация.	610
32.1.2. Этиология	612
32.1.3. Клиническая картина	613
32.1.4. Течение беременности.	615
32.1.5. Диагностика	615
32.1.6. Тактика ведения беременности и родов.	616
32.2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	619

32.2.1. Классификация	620
32.2.2. Этиология	620
32.2.3. Патогенез	621
32.2.4. Клиническая картина и диагностика	622
32.2.5. Тактика ведения беременности и родов	626
32.3. Вращение плаценты	628
32.3.1. Классификация	628
32.3.2. Этиология	629
32.3.3. Диагностика	630
32.4. Оболочечное прикрепление пуповины и предлежание сосудов пуповины	633
32.4.1. Диагностика	635
32.4.2. Тактика ведения беременности и родов	636
Глава 33. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде	638
33.1. Определение и клиническая значимость	638
33.2. Кровотечение в последовом периоде	640
33.2.1. Травмы мягких тканей родовых путей	644
33.2.2. Акушерская тактика при возникновении кровотечений в последовом (III) периоде родов	644
33.3. Кровотечение в раннем послеродовом периоде	648
33.3.1. Классификация послеродового кровотечения	648
33.3.2. Метод измерения кровопотери	648
33.3.3. Задержка частей последа в полости матки	650
33.3.4. Гипотония и атония матки	650
33.3.5. Профилактика	651
33.3.6. Лечение	652
Глава 34. Родовой травматизм матери	659
34.1. Разрыв промежности, влагалища и наружных половых органов	659
34.1.1. Разрывы наружных половых органов	660
34.1.2. Разрывы влагалища	660
34.1.3. Разрыв промежности	661
34.2. Разрывы шейки матки	666
34.2.1. Этиология	667
34.2.2. Клиническая картина и диагностика	667
34.2.3. Лечение	668
34.3. Разрыв лонного сочленения	668
34.3.1. Лечение	669
34.4. Выворот матки (<i>inversio uteri</i>)	669
34.4.1. Классификация	669
34.4.2. Этиология и патогенез	669
34.4.3. Клиническая картина	671
34.4.4. Лечение	671
34.5. Разрывы матки	673
34.5.1. Этиология и классификация	673
34.5.2. Клиническая картина	676

34.5.3. Диагностика	680
34.5.4. Тактика ведения беременности и родов	681
34.5.5. Профилактика	682
34.6. Ведение беременности и родов при рубце на матке	682
Глава 35. Геморрагический шок в акушерстве	685
35.1. Патогенез	685
35.2. Лечение	688
35.2.1. Мониторинг инфузионной терапии	690
Глава 36. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови	695
36.1. Патогенез	695
36.2. Клиническая картина	696
36.3. Диагностика	699
36.3.1. Лабораторные исследования	699
36.4. Лечение	700
Глава 37. Эмболия амниотической жидкостью	702
37.1. Классификация	702
37.2. Этиология	702
37.3. Патогенез	703
37.4. Клиническая картина	704
37.5. Диагностика	705
37.5.1. Дифференциальная диагностика	706
37.6. Лечение	706
37.7. Профилактика	708
37.8. Прогноз	708
Глава 38. Кесарево сечение в современном акушерстве	709
38.1. Историческая справка	709
38.2. Классификация	713
38.3. Показания и противопоказания	713
38.4. Выполнение операции	716
38.4.1. Обезболивание	716
38.4.2. Техника кесарева сечения	717
38.4.3. Осложнения при проведении операции	723
38.5. Ведение послеоперационного периода	724
Глава 39. Акушерские щипцы	725
39.1. Показания и противопоказания	727
39.2. Подготовка к операции	728
39.3. Техника операции	728
39.3.1. Общая техника операции	728
39.4. Осложнения при наложении акушерских щипцов	733
Глава 40. Вакуум-экстракция плода	734
40.1. Показания и противопоказания	734
40.2. Техника вакуум-экстракции плода	734

40.3. Осложнения операции вакуум-экстракции плода	738
40.4. Наблюдение за новорожденными после вакуумной экстракции плода.	738
Глава 41. Плодоразрушающие операции	739
41.1. Краниотомия	739
41.2. Клейдотомия (рассечение ключиц)	743
41.3. Декапитация	743
41.4. Эвисцерация (удаление внутренностей), спондилотомия (рассечение позвоночника)	745
41.5. Осложнения при выполнении плодоразрушающих операций	745
Глава 42. Послеродовые гнойно-септические заболевания	746
42.1. Определение, частота, классификация	746
42.1.1. Классификация	747
42.2. Хориоамнионит	748
42.3. Послеродовый мастит	749
42.3.1. Этиология и патогенез	750
42.3.2. Клиническая картина	750
42.3.3. Диагностика	751
42.3.4. Лечение	752
42.3.5. Профилактика	753
42.4. Раневая инфекция	753
42.4.1. Диагностика	754
42.4.2. Лечение	756
42.5. Послеродовый эндометрит	756
42.5.1. Клиническая картина	757
42.5.2. Диагностика	758
42.5.3. Лечение	759
42.5.4. Профилактика	761
42.6. Перитонит	761
42.6.1. Классификация	761
42.6.2. Этиология и патогенез	762
42.6.3. Клиническая картина	763
42.6.4. Диагностика	766
42.6.5. Лечение	766
42.6.6. Профилактика	768
42.7. Сепсис. Септический шок	768
42.7.1. Этиология и патогенез	769
42.7.2. Диагностика	772
42.7.3. Лечение	772
Глава 43. Экстрагенитальная патология у беременных	776
43.1. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы	777
43.1.1. Артериальная гипертензия и беременность	777
43.1.2. Пороки сердца и беременность	787
43.1.3. Нарушения сердечного ритма у беременных	792

43.2. Заболевания органов дыхания	795
43.2.1. Острые респираторные заболевания	795
43.2.2. Беременность и грипп	797
43.2.3. Беременность и пневмония	802
43.2.4. Бронхиальная астма	804
43.3. Анемии беременных	806
43.3.1. Этиология	807
43.3.2. Клиническая картина	808
43.3.3. Дифференциальная диагностика	809
43.3.4. Лечение	811
43.4. Беременность и заболевания органов пищеварения	812
43.4.1. Хронический гастрит	812
43.4.2. Беременность и язвенная болезнь	815
43.4.3. Беременность и нарушения эвакуаторной функции кишечника (запор)	818
43.4.4. Внутривеночный холестаз беременных	819
43.5. Заболевания почек и мочевых путей	823
43.5.1. Бессимптомная бактериурия	823
43.5.2. Цистит	825
43.5.3. Пиелонефрит	828
43.5.4. Мочекаменная болезнь	832
43.5.5. Хронический гломерулонефрит	834
43.5.6. Беременность с единственной почкой	835
43.5.7. Почечная недостаточность при беременности	836
43.6. Беременность и миопия	843
43.7. Эндокринные заболевания и беременность	845
43.7.1. Сахарный диабет	845
43.7.2. Заболевания щитовидной железы и беременность	855
43.8. Заболевания нервной системы и беременность	860
43.8.1. Эпилепсия	861
43.8.2. Рассеянный склероз	863
43.9. Нарушения гемостаза и беременность	866
43.9.1. Наследственные геморрагические диатезы	866
43.9.2. Генетически обусловленная тромбофилия	870
43.9.3. Антифосфолипидный синдром	873
43.9.4. Тромботическая микроангиопатия	879
Глава 44. Хирургическая патология у беременных	888
44.1. Беременность и заболевания вен	888
44.2. Беременность и острый аппендицит	892
44.2.1. Клиническая картина	894
44.2.2. Диагностика	895
44.2.3. Лечение	898
44.2.4. Сроки и методы родоразрешения	900
44.3. Беременность и острый панкреатит	900
44.3.1. Классификация	900

44.3.2. Этиология и патогенез	901
44.3.3. Клиническая картина	902
44.3.4. Диагностика	902
44.3.5. Лечение	903
44.4. Беременность и заболевания желчевыводящих путей	905
44.4.1. Патогенез желчнокаменной болезни	906
44.4.2. Классификация	906
44.4.3. Клиническая картина	907
44.4.4. Диагностика	908
44.4.5. Лечение	909
Глава 45. Беременность и травмы	912
45.1. Классификация	913
45.2. Патогенез	913
45.3. Осложнения беременности при травмах	913
45.4. Клиническая картина	917
45.5. Диагностика	918
45.5.1. Дифференциальная диагностика	921
45.6. Лечение	921
45.6.1. Хирургическое лечение	923
45.6.2. Сроки и методы родоразрешения	925
Глава 46. Онкологические заболевания и беременность	926
46.1. Злокачественная меланома	926
46.2. Рак молочной железы	929
46.2.1. Хирургическое лечение	929
46.2.2. Химиотерапия	930
46.2.3. Лучевая терапия	930
46.3. Рак шейки матки	931
46.4. Лимфома Ходжкина	932
46.5. Опухоли желудочно-кишечного тракта	934
Глава 47. Гинекологические заболевания и беременность	935
47.1. Миома матки и беременность	935
47.1.1. Клиническая картина	936
47.1.2. Течение и осложнения беременности	936
47.1.3. Ведение во время беременности	937
47.1.4. Осложнения родов	938
47.2. Доброкачественные образования яичников и беременность	940
47.2.1. Диагностика	941
47.2.2. Лечение	942
47.3. Аномалии половых органов	943
47.4. Доброкачественные заболевания шейки матки	944
Глава 48. Беременность и инфекционная патология	946
48.1. Беременность и сифилис	946
48.1.1. Классификация	946
48.1.2. Клинические проявления	948

48.1.3. Диагностика	949
48.2. Беременность и вирусные гепатиты	951
48.2.1. Гепатит А	951
48.2.2. Гепатит В	956
48.2.3. Гепатит С	963
48.3. Беременность и туберкулез	967
48.3.1. Диагностика	968
48.3.2. Лечение	969
48.4. Беременность и инфекция вирусом иммунодефицита человека. Синдром приобретенного иммунодефицита	970
48.4.1. Классификация	971
48.4.2. Этиология и патогенез	972
48.4.3. Клиническая картина	973
48.4.4. Диагностика	974
48.4.5. Лечение	976
Глава 49. Прерывание беременности	979
49.1. Прерывание беременности ранних сроков	980
49.2. Методы прерывания беременности во II и III триместрах (на поздних сроках)	987
49.2.1. Операция хирургического прерывания беременности	987
49.2.2. Гистеротомия (малое кесарево сечение)	988
49.2.3. Медикаментозное прерывание беременности	988
Глава 50. Вспомогательные репродуктивные технологии	989
50.1. Искусственная инсеминация	989
50.2. Экстракорпоральное оплодотворение	990
50.2.1. Базовая программа вспомогательных репродуктивных технологий	990
50.2.2. Экстракорпоральное оплодотворение + интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит	992
50.2.3. Экстракорпоральное оплодотворение с ооцитами донора	993
50.2.4. Экстракорпоральное оплодотворение с криоконсервированными эмбрионами	993
50.2.5. Экстракорпоральное оплодотворение в естественных циклах	994
50.2.6. Программа экстракорпорального оплодотворения суррогатной матери	995
50.2.7. Преимплантационная генетическая диагностика/скрининг в программах экстракорпорального оплодотворения	996
50.2.8. Редукция эмбрионов при многоплодной беременности у пациенток после экстракорпорального оплодотворения	997
50.2.9. Осложнения при экстракорпоральном оплодотворении	997
Глава 51. Планирование семьи. Современные методы контрацепции	999
51.1. Биологический (календарный) метод	999
51.2. Барьерные методы	1000

51.3. Гормональная контрацепция	1002
51.3.1. Осложнения при приеме гормональных контрацептивов . . .	1005
51.4. Посткоитальная контрацепция	1005
51.5. Внутриматочная контрацепция	1006
51.6. Хирургические методы контрацепции	1008
Глава 52. Патология новорожденного. Осложнения неонатального периода . . .	1009
52.1. Респираторный дистресс-синдром новорожденных	1009
52.1.1. Методы респираторной терапии (стабилизация дыхания) . . .	1012
52.2. Асфиксия новорожденных	1015
52.3. Родовые травмы	1021
52.3.1. Травматические повреждения кожи	1022
52.3.2. Переломы костей	1024
52.3.3. Травматические повреждения нервной системы	1025
52.4. Внутриутробные инфекции. TORCH-синдром	1032
52.4.1. Этиология	1034
52.4.2. Пути инфицирования	1035
52.4.3. Патогенез	1037
52.4.4. Клиническая картина	1038
52.4.5. Пренатальная диагностика	1041
52.5. Гнойно-септические заболевания новорожденных	1045
Предметный указатель	1054

Основной организационной моделью развития перинатальной помощи, признанной и используемой в развитых зарубежных странах, служит трех-уровневая система оказания помощи матери и ребенку. В каждом крупном субъекте Российской Федерации (6 тыс. родов и более) должен быть перинатальный центр, представляющий собой учреждение третьей (высшей) группы оказания помощи и оснащенный высокотехнологичным медицинским оборудованием, наиболее квалифицированными медицинскими кадрами для оказания медицинской помощи самому сложному контингенту пациентов.

Таким образом, обеспечение здоровья будущего поколения — важная научная, медицинская и социальная проблема. Параметры сохранения здоровья затрагивают все грани человеческой жизни — от зачатия до старости и могут быть проанализированы лишь с позиций междисциплинарного подхода к репродуктивному здоровью женщины и ребенка.

Глава 2

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Оказание лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным имеет определенную специфику, отличаясь от общемедицинской практики.

Правовые основы деятельности учреждений акушерско-гинекологического профиля определены Конституцией Российской Федерации (РФ), Основами законодательства об охране здоровья граждан, Приказами Министерства здравоохранения РФ, Семейным кодексом РФ и законодательством РФ о труде.

Акушерско-гинекологическая и неонатологическая служба управляется на федеральном уровне, уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Первичную медико-санитарную акушерско-гинекологическую помощь в муниципальном районе оказывают в амбулатории, центре общей врачебной (семейной) практики, участковой больнице, поликлинике, районной больнице, центральной районной больнице, родильном доме, женской консультации; в городском округе — в городской поликлинике, консультативно-диагностическом центре, городской больнице, родильном доме, женской консультации, центре планирования семьи и репродукции и перинатальном центре.

Специализированная акушерская и гинекологическая помощь может быть оказана в учреждениях здравоохранения субъектов РФ (республиканская, краевая, областная, окружная больница, диспансер, специализированная больница, госпиталь, перинатальный центр).

Высокотехнологичную (дорогостоящую) акушерскую и гинекологическую медицинскую помощь оказывают в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

Основные задачи оказания акушерско-гинекологической помощи женскому населению:

- ▶ снижение материнской заболеваемости и смертности;
- ▶ снижение перинатальной и ранней детской смертности;
- ▶ снижение гинекологической заболеваемости;
- ▶ работа по планированию семьи, профилактике аборт, лечению бесплодия;
- ▶ оказание социально-правовой помощи женщинам.

Существует амбулаторное и стационарное обеспечение охраны здоровья матери и ребенка, а также оказание помощи гинекологическим больным.

2.1. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь

В целях оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи на женскую консультацию возложены следующие функции:

- ▶ диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе выделение женщин высокого риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- ▶ направление беременных женщин в медицинские организации, осуществляющие пренатальную диагностику, в целях обследования на наличие хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода;
- ▶ выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- ▶ консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применения современных методов профилактики абортов;
- ▶ организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;
- ▶ обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях; обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;
- ▶ осуществление прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криохирургия);
- ▶ диспансеризация гинекологических больных;
- ▶ обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных с другими лечебно-профилактическими учреждениями;
- ▶ экспертиза временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями;
- ▶ внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- ▶ оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- ▶ консультации по вопросам психологической и социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- ▶ социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью;
- ▶ повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала;

- ▶ информирование и повышение санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, позитивного родительства, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики абортов, а также инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе инфекции вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- ▶ анализ показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи;
- ▶ внедрение принципов телемедицины для дистанционного консультирования и отбора пациенток для высокотехнологического лечения в перинатальных центрах и других профильных учреждениях.

При наличии условий при женской консультации организуют стационар дневного пребывания для гинекологических больных и беременных.

Основные критерии качества работы женской консультации, оцениваемой органами управления здравоохранением субъектов РФ:

- ▶ показатель ранней постановки на учет по беременности;
- ▶ частота невынашивания и недонашивания беременности;
- ▶ показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- ▶ отсутствие антенатальной гибели плода;
- ▶ отсутствие врожденных аномалий развития плода, не выявленных при беременности;
- ▶ разрыв матки до госпитализации;
- ▶ несвоевременная госпитализация при артериальной гипертензии (АГ) средней степени тяжести, обусловленной беременностью;
- ▶ несвоевременная госпитализация при переносимой беременности.

Основная задача диспансерного наблюдения женщин в период беременности — предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При физиологическом течении беременности осмотры беременных проводятся:

- ▶ врачом — акушером-гинекологом — не менее семи раз;
- ▶ врачом-терапевтом, врачом-стоматологом — не менее двух раз;
- ▶ врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом — не менее одного раза (первый осмотр проводится не позднее 7–10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- ▶ другими специалистами — по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Всем беременным в поликлинических условиях следует осуществлять пренатальную диагностику (выявление возможной врожденной и наследственной патологии плода).

В женских консультациях и акушерско-гинекологических отделениях поликлиник проводится обследование гинекологических больных, имеются специалисты по бесплодию, невынашиванию беременности, эндокринной патологии. Если подобных специалистов нет в женской консультации, то они должны быть в центральном учреждении для определенной территории.

Врачи женских консультаций осуществляют плановую госпитализацию беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

При экстрагенитальной патологии беременная госпитализируется в профильное отделение учреждений здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом — акушером-гинекологом.

При наличии акушерской патологии беременная госпитализируется в учреждения охраны материнства и детства [перинатальный центр, родильный дом (отделение)].

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

2.2. Стационарная акушерская помощь

Акушерские стационары в РФ бывают различного масштаба: от акушерских коек в участковой больнице до родильных отделений многопрофильных больниц и перинатальных центров.

2.2.1. Родильный дом

Родильный дом (отделение) — самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа), созданное для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным и женщинам с заболеваниями репродуктивной системы.

Рекомендуемая структура родильного дома:

- ▶ приемное отделение;
- ▶ физиологическое родовое отделение (для неосложненных в отношении инфекции родов, 75–80% коечного фонда), включающее индивидуальные родовые залы, операционный блок, палаты для родильниц, палаты для совместного пребывания матери и ребенка;
- ▶ отделение анестезиологии и реаниматологии (палаты интенсивной терапии для женщин);
- ▶ отделение для новорожденных [физиологическое отделение для новорожденных; палата (пост) интенсивной терапии и реанимации новорожденных];
- ▶ отделение патологии беременности;
- ▶ гинекологическое отделение;
- ▶ клиничко-диагностическая лаборатория;
- ▶ кабинет функциональной диагностики;
- ▶ рентгеновский кабинет;
- ▶ централизованное стерилизационное отделение.

Каждое родовспомогательное учреждение должно предусматривать необходимость профилактики гнойно-септических заболеваний среди женщин

и детей, так как наличие раневой поверхности после родов у матери (раневая поверхность матки, трещины, ссадины, разрывы шейки матки, влагалища и промежности) и ребенка (пуповинный остаток), сниженный иммунитет у новорожденных способствуют возникновению и распространению в акушерских отделениях инфекции. В связи с этим для родильных домов важны специальная структура учреждения, связанная с оказанием акушерской помощи, личная гигиена всех работающих, использование одноразового материала (или стерильного) для ухода за матерью и ребенком, а также для лечения больных.

Подразделяется поток женщин в приемном отделении сразу же в момент поступления, после измерения температуры тела и осмотра врача (комната-фильтр или приемное отделение). Если поступает пациентка с выраженным инфекционным заболеванием, то она должна быть переведена в специализированный родильный дом, в котором концентрируются подобные пациентки (сифилис, туберкулез, гепатит В и С, приобретенный иммунодефицит — ВИЧ-инфекция, гнойный очаг).

Приемное отделение предназначено для первого осмотра поступающей. Определяются наличие и срок беременности. Осуществляется влагалищное исследование, УЗИ (рис. 2.1). Проводится первичная обработка пациентки при ее согласии, она принимает душ.



Рис. 2.1. Приемное отделение родильного дома

Беременные с экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности поступают в отделение патологии беременных, куда госпитализируются для обследования, лечения, выбора срока и способа родоразрешения. В отделении должна быть создана возможность получения объективной информации о течении беременности и состоянии плода (УЗИ с доплерогра-

фией, кардиомониторирование, кордо- и амниоцентез). Предусматривается также малая операционная для осмотра шейки матки при помощи зеркал; наложения швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН); амниоскопии; амниоцентеза и др.

Роженица поступает в акушерское физиологическое отделение, которое включает родильное отделение (с индивидуальными родильными боксами), операционный блок (операционную), послеродовое отделение, отделение новорожденных и помещение для выписки. В небольших родовспомогательных учреждениях вместо отделений организуются соответствующие палаты.

Родильное отделение представляет собой индивидуальные боксированные помещения для родов, в каждом из которых проходят все периоды родов. При необходимости в этих же залах осуществляются влагалищные операции: операция наложения акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода (ВЭП), осмотр и ушивание разрывов мягких тканей родовых путей. Для оказания акушерского пособия в родах (прием родов) используются специальные кровати, выше обычных с возможностью трансформации в гинекологическое кресло (чаще ножной конец кровати вдвигается в ее основную часть) (рис. 2.2). Ногодержатели при этом размещаются в специальных гнездах.

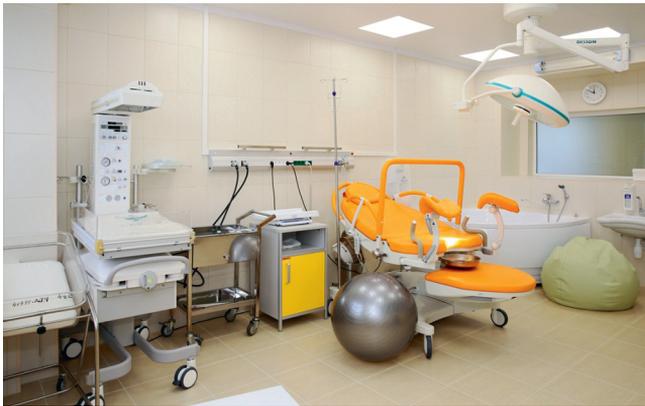


Рис. 2.2. Индивидуальный родильный зал (бокс)

В родильном отделении имеются кардиомониторы, аппарат УЗИ. В каждом родильном зале должен быть столик с подогревом, на котором проводят первый туалет новорожденного. Родившегося ребенка взвешивают на специальных (электронных) весах, измеряют длину, окружность головки (ОГ) и груди. При рождении в асфиксии имеется все необходимое для оказания новорожденному первичной помощи: ларингоскоп, мешок Амбу, интубационные трубки, источник кислорода с измерителем потока для искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Должны быть приготовлены также желудочные зонды и катетеры, которые используют для санации верхних дыхательных путей и введения в сосуды пуповины лекарственных средств. В крупных родовспомогательных учреждениях все отделения дублируются с целью чередования периодов их работы и периодов уборки и дезинфекции (принцип цикличности).

В структуру родильного отделения входит операционная для производства чревосечения и КС, в которой возможно осуществление гистерэктомии, перевязки магистральных сосудов и др. Операционная не отличается от таковой в общехирургических стационарах. В ней, так же как и в родильном зале, имеется столик с подогревом для обработки здорового новорожденного и все необходимое для его реанимации (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Операционная родильного отделения

Послеродовые отделения (палаты) предназначены для размещения в них родильниц (рис. 2.4). В палатах предусматривают цикличность их работы: они заполняются приблизительно в одно время родильницами, а после выписки подвергаются тщательной уборке и дезинфекции.

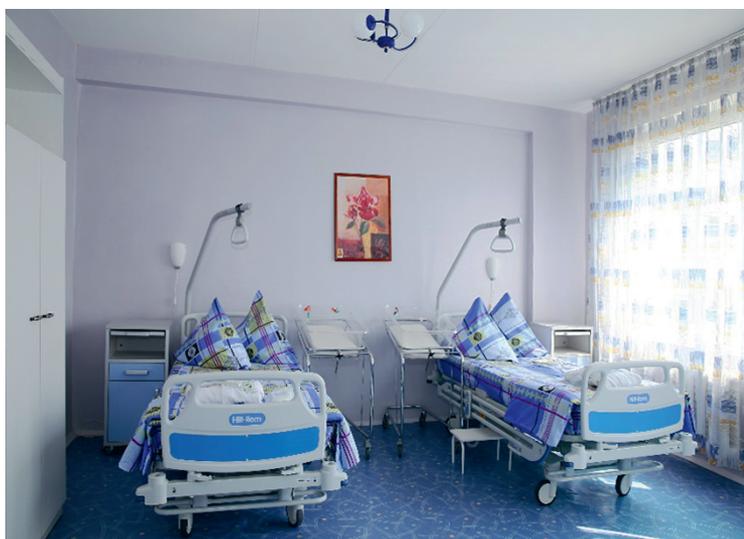


Рис. 2.4. Палата послеродового отделения

Если у родильницы возникают послеродовые инфекционные заболевания или подозрения на них, то она переводится во второе акушерское отделение.

В акушерских отделениях в настоящее время осуществляется совместное пребывание в послеродовом периоде матери и ребенка, для чего рядом с материнской кроватью ставится детская. В палате размещается и пеленальный столик.

Детские палаты оснащаются кроватками для новорожденных, пеленальным столом, шкафами, в которых имеется достаточное количество пеленок, простынок, распашонок, памперсов и т.д., а также соответствующим инвентарем по уходу за новорожденным.

При отдельно расположенных родовспомогательных учреждениях (отделение многопрофильной больницы) в них имеются лабораторная служба, рентгеновский кабинет, кабинет функциональной диагностики. Если же родильное отделение составляет часть больницы, параклинические отделения являются общими.

В настоящее время во многих крупных родовспомогательных учреждениях организуют отделения для интенсивной терапии женщин с осложненным течением беременности и родов (кровотечения, экстрагенитальные заболевания, первые сутки после чревосечения) (рис. 2.5), а также отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, куда поступают недоношенные, с экстремально низкой и низкой массой тела, перенесшие асфиксию, с ишемически-травматическим поражением центральной нервной системы (ЦНС), с синдромом дыхательных расстройств, мекониальной аспирацией и др.



Рис. 2.5. Палата интенсивной терапии для женщин

Каждое из этих отделений должно иметь мониторы слежения за частотой пульса, дыхания, величиной артериального давления (АД). Отделение детской реанимации снабжается кюветами, в которых поддерживается необходимая температура и влажность. В отделении имеется все необходимое для осуществления реанимационных мероприятий. Необходимо наличие передвижной рентгеновской установки и аппарата УЗИ (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Отделение реанимации новорожденных

Основной организационной моделью развития перинатальной помощи, признанной и используемой за рубежом и в России, служит трехуровневая система оказания помощи матери и ребенку, предусматривающая:

- ▶ достаточное число коек для беременных, рожениц и новорожденных;
- ▶ систему мониторинга состояния здоровья беременных и новорожденных и системы дистанционного консультирования;
- ▶ использование выездных форм оказания медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию в зависимости от географических условий и транспортной доступности автомобильного или авиационного транспорта.

При этом в каждом крупном субъекте РФ должен быть перинатальный центр, представляющий учреждение третьей (высшей) группы оказания помощи и оснащенный высокотехнологичным медицинским оборудованием, наиболее квалифицированными медицинскими кадрами для оказания медицинской помощи самому сложному контингенту пациентов. Основные задачи перинатальных центров:

- ▶ улучшение состояния репродуктивного здоровья женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, экстрагенитальной патологией;
- ▶ хирургическая коррекция врожденных аномалий развития плода и новорожденного;
- ▶ диагностика и лечение новорожденных с перинатальной патологией;

- ▶ внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики, реабилитации;
- ▶ улучшение качества жизни детей с перинатальной патологией путем применения современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения;
- ▶ оказание акушерской помощи женщинам с высоким риском нарушений течения беременности и родов.

В структуре перинатального центра организуется дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами для оказания скорой медицинской помощи.

Основным показателем деятельности акушерской и неонатальной службы служит материнская и перинатальная смертность.

Показатель материнской смертности — все случаи смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания (независимо от продолжительности и локализации беременности), от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или возникшей случайно. Коэффициент материнской смертности равен отношению числа беременных, умерших с начала беременности, рожениц и родильниц, умерших в течение 42 дней после беременности, к числу живорожденных детей, умноженному на 100 тыс. Числитель формулы — это определение материнской смертности в абсолютном выражении; коэффициент рассчитывают на 100 тыс. живорожденных детей (не учитываются случаи антенатальной и интранатальной гибели плодов).

Вместе с тем Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует новый показатель — «поздняя материнская смерть» для анализа причин смерти женщин в течение 1 года после завершённой беременности.

Материнская смертность — один из главных критериев оценки качества работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом. Кроме того, материнская смертность в более широком смысле — показатель состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, который отражает результат взаимодействия социально-экономических, культурологических и медико-организационных факторов. Социально-экономическую детерминированность материнской смертности подтверждает мировая практика. Так, если в развивающихся странах и регионах показатель материнской смертности достигает 590–640 на 100 тыс. живорожденных детей, то в развитых — менее 10 на 100 тыс. живорожденных. Наиболее низкий уровень материнской смертности (1–3 на 100 тыс. живорожденных) наблюдается в странах, где высокий уровень экономики сочетается с решением социальных проблем, высоким качеством оказания медицинской помощи, санитарной культурой населения (Канада, Швеция, Бельгия, Исландия, Дания, Швейцария, Израиль). Основные осложнения, определяющие 80% всех случаев материнских потерь в мире, — кровотечения, инфекционные осложнения, АГ [преэклампсия (ПЭ) и эклампсия] и осложнения искусственного прерывания беременности.

В России за последние годы материнская смертность значительно снизилась, но остается выше, чем в развитых странах Европы. Устойчивая положительная динамика обусловлена развитием системы здравоохранения и акушерской службы в стране. Ведущие причины материнской смертности в России: экстрагенитальные заболевания, кровотечения, эмболии, септические осложнения, гипертензивные расстройства при беременности (ПЭ, эклампсия). Для лучшего понимания механизмов развития терминальных состояний, связанных с беременностью, правильной оценки организации медицинской помощи и интенсивной терапии необходимо учитывать случаи успешного выведения из критического состояния, т.е. случаи «едва не умерших» (near miss) матерей.

Важнейшая составляющая репродуктивных потерь — **перинатальная смертность**, уровень и структура которой представляют собой значимый медико-демографический показатель и в то же время отражают качество акушерской и неонатальной помощи. В перинатальную смертность включаются все родившиеся после 22 нед и имеющие массу тела более 500 г и длину более 25 см. При этом различают антенатальную, т.е. дородовую, смертность детей; интранатальную смертность и постнатальную смертность. Показатель перинатальной смертности определяют в промилле (‰).

$$\text{Коэффициент перинатальной смертности} = 1000 \times (\text{мертворожденные} + \text{умершие на первой неделе жизни}) / \text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми.}$$

В структуре причин перинатальной смертности лидируют внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении, респираторные расстройства, врожденные anomalies развития.

В России в последние годы в связи с модернизацией службы родовспоможения и строительством современных перинатальных центров отмечено снижение перинатальной смертности. Однако она остается выше, чем в странах с более высокоразвитой экономикой и уровнем жизни, где данный показатель колеблется в пределах 2–4/1000.

Государственное значение имеет не только снижение перинатальной смертности, но и перинатальной заболеваемости, так как здоровье в перинатальном периоде в большой мере определяет таковое на протяжении всей жизни человека.

и сужение устья общего желчного и панкреатического протоков). Существующие до беременности генетически обусловленные нарушения липидного метаболизма могут значительно усугубляться в течение беременности и становиться причиной гестационного гиперлипидемического панкреатита.

44.3.3. Клиническая картина

Диагностика острого панкреатита у беременных сложна. Клиническое течение болезни напрямую зависит от степени патологических изменений в поджелудочной железе. При остром отеке железы течение обычно более легкое, в случае геморрагического панкреонекроза — состояние больных крайне тяжелое. Во время беременности чаще, чем вне ее, возникают безболевого формы панкреатита, для которых характерны шок и симптомы поражения ЦНС. В большинстве случаев заболевание начинается остро, с внезапного появления опоясывающих болей в верхней части живота или в области подреберья, либо стойких болей в эпигастральной области, иррадиирующих в спину, в проекции забрюшинно расположенного отдела поджелудочной железы. Симптоматика часто усугубляется после приема пищи. Начало заболевания может быть как постепенным, так и острым. Боли могут быть постоянными или схваткообразными, прогрессирующими. Нередко они настолько сильные, что вызывают болевой шок или сосудистый коллапс. Возникновение болей связано с отеком или вовлечением в воспалительный процесс тканей самой железы, воспалением или отеком брыжейки и сальника, а также с надавливанием поджелудочной железой на солнечное сплетение. При беременности основным проявлением панкреатита может быть рвота, абдоминальный болевой синдром может быть незначительным либо вовсе отсутствовать. Приступы болей могут сопровождаться тошнотой, рвотой, повышением температуры тела, тахикардией, симптомом раздражения брюшины, а также вздутием, болезненностью и напряжением живота. У 40% больных возникает желтушность кожного покрова и склер. В ряде случаев заболевание сопровождается неврологическими симптомами, головной болью, спутанностью сознания. Ортостатическая гипотензия в комбинации с симптомами Куллена (экхимозы в околопупочной области) и Тернера (экхимозы по бокам туловища) может выявляться при геморрагическом панкреатите. Проявлением острого панкреатита может быть паралитическая кишечная непроходимость.

44.3.4. Диагностика

В клиническом анализе крови у больных острым панкреатитом определяют высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, отмечают повышение Нt. В биохимическом анализе крови отмечают развитие гипергликемии и гипокальциемии. Основой диагностики панкреатита служит определение активности ферментов амилазы и липазы в сыворотке крови. У беременных интерпретация уровня амилазы в сыворотке может быть затруднена, что связано с почти двукратным физиологическим повышением у них уровня сывороточной амилазы. Именно поэтому диагностически значимым в отношении панкреатита считается уровень амилазы сыворотки крови, более чем в два раза превышающий верхнюю границу нормы. Однако повышение уровня сыво-

роточной амилазы не является специфическим признаком панкреатита, так как аналогичное повышение может иметь место при холецистите, кишечной непроходимости, травме печени или перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Липаза — специфический для поджелудочной железы фермент, поэтому уровень ее активности в сыворотке крови может служить дифференциально-диагностическим критерием. Уровень амилазы в сыворотке крови не соотносится с тяжестью заболевания и обычно возвращается к норме в течение нескольких дней после приступа неосложненного острого панкреатита. При тяжелом панкреатите развивается гипокальциемия вследствие связывания кальция жирными кислотами, высвобождающимися под действием ферментов. Ложноотрицательные результаты исследования (нормальный уровень ферментов) могут быть при геморрагическом панкреатите вследствие массивного некроза, или если пробы крови взяты в течение 24–72 ч после приступа панкреатита. Снижение содержания кальция в сыворотке крови при динамическом исследовании свидетельствует о прогрессировании процесса.

Инструментальные исследования

УЗИ. При остром панкреатите поджелудочная железа обычно увеличена в размерах, чаще пропорционально степени выраженности отека. Контур железы нечеткие, размытые. Эхогенность железы в фазе отека снижается. При диффузном поражении неоднородность структуры железы выявляют во всех отделах. Расширение панкреатического протока чаще всего возникает при значительном отеке головки, приводящем к сдавлению его выводной части. Выявляются также перитонеальный или панкреатический выпот, псевдокиста или абсцесс. Более чем в 70% наблюдений выявляется холелитиаз. Однако по одному лишь наличию камней в желчном пузыре нельзя расценивать панкреатит как желчнокаменный. На основании данных УЗИ можно проводить дифференциальную диагностику с другой хирургической патологией или с внематочной беременностью.

КТ также может использоваться для разграничения зон некроза поджелудочной железы. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография может использоваться для диагностики, в том числе при беременности.

Дифференциальная диагностика

При беременности острый панкреатит дифференцируют от рвоты беременных, ПЭ, нарушенной внематочной беременности (часто также сопровождается повышением уровня сывороточной амилазы), перфорации язвы желудка, кишечной непроходимости, острого холецистита, разрыва селезенки, абсцесса печени, мочекаменной болезни, околопочечного абсцесса, ПОНРП.

44.3.5. Лечение

Лечение острого панкреатита носит в первую очередь симптоматический характер и включает запрет питания естественным путем или через зонд, инфузионную терапию с возмещением жидкости и электролитов, назначение парентеральных анальгетиков, назогастральную аспирацию желудочного содержимого, предотвращение и лечение шока. Антибиотики назначают только

при наличии признаков острой инфекции. При интерстициальном (отечная форма) панкреатите антибактериальная профилактика не показана. Диагноз панкреонекроза требует назначения антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей. Препараты выбора для профилактического и лечебного применения у беременных — цефалоспорины III и IV поколения. Карбапенемы и метронидазол могут быть использованы во время беременности в тех случаях, когда пенициллины или цефалоспорины неэффективны. Применение препаратов, ингибирующих продукцию ферментов поджелудочной железы, эффекта не дает.

При панкреонекрозе в целях системной детоксикации целесообразно использование экстракорпоральных методов: ультрафильтрации, плазмафереза. Коррекцию кислородных нарушений проводят с помощью гипербарической оксигенации, по показаниям — ИВЛ. При шоке в необходимом объеме проводят противошоковую терапию, вводят глюкокортикоиды.

Применяют спазмолитические препараты и болеутоляющие средства: дротаверин, платифиллин, аминофиллин (Эуфиллин[▲]). Также применяют эпидуральную анестезию. В целях предотвращения нагноения больным с панкреонекрозом назначают антибиотики.

Подавления функций железы достигают назогастральной аспирацией желудочного содержимого каждые 4–6 ч. С антигипоксической целью назначают этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол[▲]), с целью подавления секреции желудка — октреотид (Сандостатин[▲]), соматостатин; исключают прием препаратов и пищевых продуктов (режим голода и жажды) на срок не менее 7 сут. Для снижения гипертензии в протоках поджелудочной железы и устранения их дискинезии вводят метоклопрамид. Для уменьшения кислотности желудочного содержимого назначают антациды: алгелдрат + магния гидроксид (Алмагель[▲]), алюминия фосфат (Фосфалюгель[▲]), магния карбонат, магния оксид. Для воздействия на микрофлору кишечника назначают различные пробиотические препараты, например бифидобактерии бифидум (Пробифор[▲]).

Хирургическое лечение показано при абсцессе поджелудочной железы, разрыве псевдокисты или тяжелом геморрагическом панкреатите, а также при развитии панкреатита на фоне состояния, которое может быть устранено хирургическим путем. Беременность не влияет на течение панкреатита. Лечение панкреатита у беременных осуществляется так же, как при отсутствии гестации, за исключением того, что в интересах плода парентеральная нутритивная поддержка начинается на более ранней стадии заболевания. У пациенток с панкреатитом на фоне холелитиаза после купирования острого воспаления следует решить вопрос о холецистэктомии либо эндоскопической сфинктеротомии (в первой половине гестации).

Родоразрешение при доношенной или недоношенной беременности проводят через естественные родовые пути с использованием адекватного обезболивания (перидуральная анестезия). КС проводят в исключительных случаях и по абсолютным акушерским показаниям в связи с высоким риском развития инфекционных осложнений.

До появления современных методов медикаментозного и хирургического лечения панкреатита материнская смертность при нем достигала 37%. Неблагоприятные прогностические факторы: дыхательная недостаточность, шок, необходимость массивной инфузионной терапии и тяжелая гипокальциемия. Перинатальные потери в настоящее время также значительно снизились, несмотря на то что при возникновении острого панкреатита на поздних сроках гестации выше частота преждевременных родов. Материнская смертность снизилась до 3,4%, а вероятность благополучного исхода для плода достигает 90%.

44.4. Беременность и заболевания желчевыводящих путей

Заболевания желчевыводящих путей (холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, ЖКБ) занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения. Острый холецистит — одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний. ЖКБ характеризуется образованием желчных камней в печени, желчном пузыре или желчных протоках. В 50–85% наблюдений в его развитии играет роль бактериальная инфекция. Образование камней в желчном пузыре и развитие в последующем ЖКБ патогенетически связаны с холециститом, и, по существу, эти два процесса неотделимы. У женщин, имеющих заболевания желчевыводящих путей, во время беременности и в первый год после родов в 76% наблюдений имеется неосложненная ЖКБ, в 16% — панкреатит, в 9% — острый холецистит и в 8% — холангит.

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ЖКБ и ее выявление во все более молодом возрасте. Наиболее высока частота выявления ЖКБ в развитых странах, где распространенность заболевания составляет 10–17%. К традиционным факторам риска ЖКБ относят возрастной и генетический. Один из наиболее значимых факторов в детородном периоде, способствующих развитию ЖКБ, — женский пол. Среди лиц моложе 40 лет преобладание ЖКБ у женщин прослеживается во всех этнических группах. В России это соотношение составляет 4:1. С увеличением возраста гендерные различия в предрасположенности к ЖКБ нивелируются. Вероятность развития ЖКБ коррелирует с числом беременностей и родов. Другой этиологический фактор ЖКБ у женщин — прием препаратов женских половых гормонов, как для контрацепции, так и для лечения гинекологических заболеваний и акушерских осложнений.

В репродуктивном возрасте ЖКБ отмечается у 6,5–8,4% нерожавших женщин, тогда как у женщин, имевших две беременности и более, данный показатель в три раза выше (18,4–19,3%). Повышенный риск камнеобразования сохраняется в течение пяти лет после родов (0,8% женщин требуется холецистэктомия). Во время беременности ЖКБ на стадии билиарного сладжа выявляется в 15–30% наблюдений, на стадии конкрементов — в 2–8% (чаще во II и III триместрах), в 10% — у женщин с четвертой по шестую неделю послеродового периода. В 60–80% наблюдений отмечается самостоятельная регрессия билиарного сладжа в послеродовом периоде. Лишь в 20–30% наблюдений камни, образовавшиеся во время беременности, подвергаются спонтанной резорбции после родов. К дополнительным факторам риска развития ЖКБ во время беременности относятся повышенный ИМТ, нарушение жирового обмена, низкая

физическая активность и высокий уровень лептина, а также прием половых стероидов (эстрогенов и прогестагенов), как до беременности, так и во время нее.

44.4.1. Патогенез желчнокаменной болезни

В зависимости от состава билиарных камней выделяют холестериновые, пигментные и смешанные. В 80% наблюдений при ЖКБ определяются конкременты, содержащие холестерин. ЖКБ — заболевание со сложным патогенезом, развивающимся в результате комплексного взаимодействия генетических факторов и факторов окружающей среды. Основными причинами образования камней служат изменения физико-химических свойств желчи, нарушающие ее коллоидные свойства, а также изменения сократительной функции желчного пузыря. Уже в I триместре беременности и объем желчного пузыря после его наполнения, и остаточный его объем после пробного завтрака удваиваются. Неполное опорожнение желчного пузыря приводит к выпадению кристаллов холестерина, что в дальнейшем способствует образованию холестериновых камней. Снижение сократительной способности желчного пузыря ведет к застою желчи, увеличению абсорбции воды стенками желчного пузыря и концентрации желчи, что в итоге создает условия для преципитации кристаллов холестерина и дальнейшего роста конкремента. Билиарный сладж, пусковой фактор камнеобразования, развивается у 30% беременных. Прогестерон, помимо биологического действия на органы-мишени, оказывает дополнительное влияние на органы пищеварения. Рецепторы к прогестерону обнаружены в гладкомышечных клетках кишечника, пищевода, желчного пузыря. Повышенный уровень прогестерона во время беременности обеспечивает физиологически необходимую релаксацию миометрия. Однако его миорелаксирующий эффект неселективен. Во время беременности отмечается снижение моторной активности кишечника и сократительной способности желчного пузыря. Начиная с ранних сроков беременности под действием прогестерона отмечается увеличение объема желчного пузыря и его остаточного объема, что свидетельствует о застойных явлениях в желчном пузыре.

44.4.2. Классификация

Дисфункцию желчевыведительных путей разделяют на гипермоторную и гипомоторную. Примерно у каждой третьей беременной гипомоторная дисфункция развивается в I триместре, а у остальных — во II—III триместрах.

По клиническому течению ЖКБ выделяют:

- ▶ бессимптомные конкременты желчного пузыря;
- ▶ неосложненный холецистит:
 - катаральный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего;
 - деструктивный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего (флегмонозный; гангренозный);
- ▶ осложненный холецистит:
 - окклюзионный (обтурационный);

- прободной острой холецистит с явлениями местного или разлитого перитонита;
- острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков;
- острый холецистопанкреатит;
- осложненный прототным желчным перитонитом.

44.4.3. Клиническая картина

Диагностика острого холецистита при беременности достаточно сложна. Это связано как с изменением топографо-анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, так и с несколько отличной реакцией беременных на воспалительный процесс. Острый холецистит чаще всего развивается на фоне ЖКБ. Наиболее характерен болевой синдром, при котором возможны:

- ▶ боль периодическая разной продолжительности или постоянная тупая, ноющая, неинтенсивная боль, чувство тяжести, дискомфорта в правом подреберье, не связанные с приемом пищи;
- ▶ боль и ощущение дискомфорта в правом подреберье, различной интенсивности и продолжительности, связанные с приемом пищи;
- ▶ приступ желчной колики:
 - острая, интенсивная, нетерпимая, жгучая, распирающая, сжимающая, схваткообразная боль в эпигастрии и правом подреберье, заставляющая больного метаться в кровати, продолжительностью от 15 мин до 5 ч, достигая максимума в течение 20–30 мин;
 - иррадиирует в правое плечо, надплечье, правую половину шеи, правую лопатку, спину, правую половину грудной клетки, иногда носит опоясывающий характер;
 - появляется внезапно, поздно вечером или ночью, после погрешности в диете, физического и эмоционального напряжения, у женщин часто связана с менструальным циклом;
 - вначале при движении больного интенсивность боли не меняется, но если приступ не купируется в течение 10–12 ч, развивается острое воспаление стенки желчного пузыря, клиника острого холецистита, боль приобретает постоянный характер, усиливается при изменении положения тела;
 - боли рецидивируют.

Лихорадка с повышением температуры тела не выше 38 °С, носит нервно-рефлекторный характер, после окончания приступа нормализуется, сопровождается ознобом, холодным липким потом. Сохранение температуры выше 38 °С свидетельствует о развитии осложнений.

Рвота. Обильная, не приносящая облегчения, вначале пищевой, затем содержимым с примесью желчи, сопровождается тошнотой.

Желтуха. Иктеричность склер, кратковременное обесцвечивание кала, потемнение мочи. Обусловлена нарушением проходимости общего желчного протока: конкремент, папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка, сдавление увеличенной отечной головкой поджелудочной железы.

Диспептические явления часто предшествуют развитию приступа и сохраняются в межприступный период: постоянное или периодическое ощущение

горечи и/или сухости во рту; тошнота; изжога; отрыжка воздухом или пищей; снижение аппетита; неустойчивый стул со склонностью к запорам и/или к поносам; вздутие живота.

44.4.4. Диагностика

Диагностика острого холецистита носит комплексный характер, сочетает в себе данные физикальных и инструментальных исследований. Цель диагностических мероприятий — не только установление холецистолитиаза и признаков воспаления стенки желчного пузыря, но и определение формы воспаления желчного пузыря, что во многом обуславливает срочность оперативного пособия, длительность предоперационной подготовки, возможность полномасштабного дооперационного обследования и выбора адекватного способа оперативного пособия.

При сборе анамнеза следует уточнить давность появления подобных симптомов (приступообразные боли в правом подреберье или эпигастрии), их динамику и частоту возникновения. Необходимо выяснить, проводилось ли обследование (получить данные предыдущих исследований для сравнения) и лечение данного заболевания ранее. Состояние больной острым холециститом зависит от тяжести заболевания. Кожа чаще всего имеет обычную окраску. Умеренную желтуху склер наблюдают при локальном гепатите и воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи в них.

Физикальное исследование. При пальпации живота выявляют болезненность в правом подреберье и в эпигастриальной области. Желчный пузырь удастся пальпировать при деструктивных формах острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и становится плотным. Однако его не всегда возможно пропальпировать при значительном мышечном напряжении.

Специфические симптомы острого холецистита: симптом Ортнера (боль при поколачивании правой реберной дуги ребром ладони), симптом Керра (усиление боли при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука касается воспаленного желчного пузыря), симптом Мерфи (непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья); симптом Мюсси (болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Диагностику также могут затруднить заболевания, развивающиеся на фоне угрозы прерывания беременности.

Лабораторные исследования. Проводят анализ крови (на общий и свободный билирубин, ферменты печени), мочи (общий и на желчные пигменты), дуоденальное зондирование (при отсутствии угрозы прерывания беременности) с последующим биохимическим и бактериологическим исследованием желчи. В клиническом анализе крови у больных с этой патологией нередко отмечают повышенный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ. При дуоденальном зондировании у беременных с хроническим холециститом в I триместре гипомоторную дискинезию желчного пузыря отмечают у каждой третьей женщины, во II и III триместрах — более чем у половины пациенток.

Инструментальные исследования. УЗИ. Классическая эхографическая картина желчного камня представляет собой гиперэхогенную структуру разнообразных форм с дистальной акустической тенью. Минимальный размер

конкрементов в желчном пузыре, при котором можно определить дистальную акустическую тень, — 3–5 мм. При сканировании нередко определяют утолщение стенок желчного пузыря (более 2 мм). В сложных случаях дифференциальной диагностики КТ позволяет установить поражение печени и поджелудочной железы. Эндоскопическая ультрасонография дает возможность выявить мелкие конкременты терминального отдела общего желчного протока, поражение большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы.

Лапароскопия. Позволяет диагностировать острый холецистит. Во время лапароскопии по визуальным признакам судят о характере воспаления желчного пузыря и распространенности перитонита. В настоящее время диагностическую лапароскопию проводят при неясном диагнозе и невозможности установить причину острого живота неинвазивными методами исследования в I триместре беременности.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). При осложнении острого холецистита механической желтухой проводят эндоскопическую (РХПГ). Она позволяет установить причину внепеченочного желчного стаза, локализацию окклюзии общего желчного протока, а при наличии стриктуры дистального отдела общего желчного протока — ее протяженность. Рентгеноэндоскопическое исследование необходимо выполнять в каждом наблюдении острого холецистита, осложненного внепеченочным холестаазом, если тяжесть воспалительного процесса в брюшной полости не требует срочного хирургического вмешательства.

Кроме того, его проведение целесообразно в тех случаях, когда диагностический этап исследования может быть завершен выполнением лечебной папиллотомии и назобилиарным дренированием для ликвидации желчного стаза. При устранении причины нарушения желчеоттока в кишечник путем эндоскопического вмешательства (литоэкстракция, рассечение стриктуры большого дуоденального сосочка) возможно сократить объем операции, ограничивая ее только выполнением холецистэктомии, что положительно сказывается на результатах лечения. При срочном выполнении операции у пациентов с острым холециститом и сопутствующей механической желтухой причину последней устанавливают в ходе самой операции с помощью холангиографии, по ее результатам определяют характер вмешательства на внепеченочных желчных протоках.

Дифференциальную диагностику острого холецистита при беременности проводят с ОА, панкреатитом, гастродуоденитом, мочекаменной болезнью, пиелонефритом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, пневмонией.

44.4.5. Лечение

При выявлении признаков острого холецистита у беременной или роженицы тактику их ведения всегда необходимо согласовывать с хирургами. Выжидательная тактика допустима только при катаральной форме острого холецистита. Вначале проводят консервативное лечение. Для обеспечения функционального покоя желчного пузыря в прерывистом режиме через назогастральный зонд выполняют аспирацию содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. Назначают обволакивающие, желчегонные средства, адсорбенты, препараты желчи; для снятия боли — болеутоляющие и спазмолити-

тические препараты. Проводят дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. Если в течение четырех дней состояние женщины не улучшается, показано хирургическое лечение, независимо от срока беременности. При деструктивных формах острого холецистита показана срочная операция (холецистэктомия). Чем позже проводят операцию, тем чаще возникают различные осложнения и ухудшается прогноз для беременной и плода.

Беременным с хроническим холециститом необходимо соблюдать диету, которая должна способствовать предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений. Рекомендуют частое, дробное питание, постоянный прием желчегонных средств, в основном растительного происхождения. Желчегонным действием обладают отвары лекарственных растений (бессмертника песчаного цветки, кукурузы столбики с рыльцами, мяты перечной листья, укропа огородного плоды), а также некоторые лекарственные препараты: шиповника плодов экстракт (Холосас[®]), бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов (Фламин[®]). Рекомендуют прием лечебных минеральных вод («Ессентуки № 17», «Нафтуси № 1» и др.).

Беременным с хроническим холециститом назначают адсорбенты и обволакивающие средства (сималдрат); для нормализации функции кишечника — бифидобактерии бифидум (Бифидумбактерин форте[®]), ферменты — панкреатин (Мезим[®] форте[®]).

При обострении процесса в I триместре беременности при гиперкинетическом типе дискинезии желчных путей применяют растительные холеретики в виде отваров и желчегонные препараты: активированный уголь + желчь + крапивы двудомной листья + чеснока посевного луковицы (Аллохол[®]), панкреатин (Фестал[®]), желчь + порошок из рапсеас и слизистой тонкой кишки (Холензим[®]). При гипокINETической дискинезии назначают холекаинетики — растительные масла, сорбитол (Сорбит[®]), ксилитол, 25% раствор магния сульфата. Для борьбы с застоем желчи рекомендуют лечебные дуоденальные зондирования или слепые тюбажи с растительными маслами или дегазированной минеральной водой («Ессентуки № 17»).

При выраженном болевом синдроме назначают спазмолитики и болеутоляющие средства (в обычных дозах) — раствор дротаверина (Но-шпы[®]) 2% 2–4 мл внутримышечно, внутривенно капельно в изотоническом растворе натрия хлорида, при затянувшемся приступе — до 40–80 мг. После купирования болей и в межприступный период — в таблетках 40–80 мг 3 раза в день; гиосцина бутилбромид (Бускопан[®]), папаверин, мебеверин (Дюспаталин[®]), для нормализации моторики пузыря (независимо от ее характера) — метоклопрамид (Церукал[®]), домперидон (Мотилиум[®]), фосфолипиды (Эссенциале форте Н[®]).

При присоединении инфекции назначают антибактериальные препараты. При их выборе следует учитывать срок беременности (в I триместре используют антибиотики пенициллинового ряда, а во II и III триместрах — группы цефалоспоринов).

Хирургическое лечение. При неэффективности консервативных мероприятий у пациенток с заболеваниями желчевыводящих путей вопрос об экстренном хирургическом вмешательстве (холецистэктомии) должен быть решен

в первые 2–3 сут. При выявлении показаний к отсроченной операции ее выполняют через 3–4 нед после начала заболевания при полной ликвидации всех острых явлений. В I триместре гестации возможно проведение лапароскопической холецистэктомии. Противопоказанием к применению лапароскопической холецистэктомии следует считать острый холецистит осложненного течения, а также выраженные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, ожирение IV степени, поздние сроки беременности. Относительными противопоказаниями — утолщение стенки желчного пузыря до 8 мм и более. При обнаружении плотного воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря и ворот печени, создающего высокий риск повреждения близлежащих анатомических структур, а также при возникновении интраоперационных осложнений (кровотечения из пузырьной артерии, перфорации полого органа и др.) необходимо прекратить эндоскопические манипуляции и перейти (конверсия) к традиционной открытой холецистэктомии. Частота конверсии при остром холецистите достигает 20%. Сократить число конверсии и снизить риск ятрогенных послеоперационных повреждений позволяют определение точных сроков заболевания, правильная ультразвуковая оценка толщины стенки желчного пузыря и степени воспалительной инфильтрации в подпеченочном пространстве. Во II и III триместрах холецистэктомия проводится открытым способом с использованием традиционных доступов [широкий лапаротомный разрез в правом подреберье (по Кохеру, Федорову), трансректальный или верхнесрединный разрез].

Следует помнить, что своевременное хирургическое лечение не только предпочтительно при ведении женщин с ЖКБ даже при бессимптомном течении или после первого приступа желчной колики, но и позволяет исключить рецидивирование в поздние сроки гестации, что снижает частоту преждевременных родов и нарушения состояния плода.

Сроки и методы родоразрешения. Тактику в отношении беременности выбирают индивидуально. Родоразрешение обычно проводят через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания. Оперативное родоразрешение путем КС проводят только по акушерским показаниям.

При неосложненном течении холецистита прогноз для матери и плода удовлетворительный.