

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ, ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԱՅԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է հղիության ընթացքում իրականացվող վիրաբուժական միջամտությունների արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված ախտորոշման, բուժման և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել վիրահատական խնդիրներ ունեցող հղի պացիենտների բուժման արդյունքները՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով լապարասկոպիային:

Մեթոդաբանություն

Սույն ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի վիրաբույժների միության անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն են հանդիսացել «Ամերիկյան Ստամոքսաղիքային Էնդոսկոպիկ Վիրաբույժներ» (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons - SAGES) կազմակերպության և բազմաթիվ հանձնաժողովների կողմից հաստատված վարման միջազգային ուղեցույցների, ինչպես նաև Cochrane library և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարանների տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի վիրաբույժների միության անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Փաստաթուղթը նախատեսված է վիրաբույժների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների, բժիշկ-ճառագայթաբանների և հղի կնոջ բուժսպասարկման շրջանակներում ներգրավված ցանկացած այլ մասնագետների համար:

Արդյունքներ

Հիմնվելով վերոնշյալ ապացուցողական մեթոդաբանության վրա Ուղեցույցում լուսաբանվել են հղիության ընթացքում վիրահատական խնդիրներ ունեցողների սահմանումները, համաճարակաբանության, ռիսկի

գործոնների, ախտորոշման, կլինիկական պատկերի, մոնիտորինգի, բուժական միջամտությունների և ելքերի հիմնահարցերը: Առաջարկվել են ներդրման տարբերակները և աուդիտի ցուցանիշները: Ընդհանուր առմամբ ձևակերպվել է 23 խորհուրդ, որոնցից 18-ին շնորհվել է “ուժեղ”, 5-ին “թույլ” մակարդակներ:

Հետևություններ

Մասնագետների և փորձագետների մեծաքանակ խումբ եկել է համաձայնության հղիության ընթացքում իրականացվող վիրաբուժական միջամտությունների բազմաթիվ կարևոր սկզբունքների վերաբերյալ: Չնայած այն փաստին, որ որոշ խորհուրդներ ունեն թույլ ապացուցողական ուժ, այս մեթոդաբանությամբ մշակված տեղեկատվությունը՝ դա բարձր ռիսկով հղի պացիենտների բուժման արդյունքների բարելավման հիմքն է:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, սրբեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, որովայնի ցավ, սուր որովայնային հիվանդություններ, վիրահատական խնդիրներ ունեցող հղիներ, լապարասկոպիայի արդյունավետությունը և անվտանգությունը, լեղապարկի հիվանդություններ, լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիա, ձվարանի կիստա, տրոխլիտիզները հղի հիվանդների համար

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Կլինիկական գործնական ուղեցույցները մշակող աշխատանքային խումբը ջանքեր է գործադրում, որպեսզի խուսափի փաստացի կամ ողջամտորեն ընկալելի շահերի բախումից, որոնք կարող են առաջանալ աշխատանքային խմբի անդամների արտաքին հարաբերությունների, անձնական, մասնագիտական կամ գործարար հետաքրքրությունների պատճառով: Աշխատանքային խմբի բոլոր անդամները լրացրել են հայտարարություն, որով բացահայտում են այնպիսի հարաբերությունների առկայությունը, որոնք կարող են ընկալվել կամ հանգեցնել փաստացի շահերի բախման: Այս փաստաթուղթը պետք է թարմացվի և տեղեկատվությունը ճշգրտվի կլինիկական ուղեցույցների գործողության և թարմացման ընթացքում պարբերաբար: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր անդամներին, ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին:

Պատասխանատու համակարգող՝

Կուրդինյան Ռ.Մ., բ.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ, «Աստղիկ» Բժշկական Կենտրոնի գլխավոր բժիշկ:

Աշխատանքային խմբի անդամներ.

- Արայիկ Անդրանիկի Ոսկանյան, բ.գ.թ., Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի լապարասկոպիկ և էնդոկրին վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ, «Աստղիկ» ԲԿ-ի վիրաբուժական բաժանմունքի վարիչ
- Պավել Ռաֆայելի Հակոբյան, բ.գ.թ., Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ, «Արամյանց» ԲԿ-ի վիրաբուժական կլինիկայի ղեկավար
- Վարդան Ռաֆայելի Բորոզան, բ.գ.թ., Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի լապարասկոպիկ և էնդոկրին վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ, «Աստղիկ» ԲԿ-ի լապարասկոպիկ վիրաբուժության բաժանմունքի վարիչ
- Արման Սերգեյի Նազինյան, Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա թիվ 2 ամբիոնի ասիստենտ, «Աստղիկ» ԲԿ-ի գինեկոլոգիական բաժանմունքի վարիչ
- Արթուր Մերուժանի Հարությունյան, «Աստղիկ» ԲԿ-ի ախտորոշման բաժնի վարիչ (բժիշկ - ռադիոլոգ)
- Լևոն Նիկիտայի Գրիգորյան, «Slav Med» ԲԿ-ի վիրաբուժական կլինիկայի վիրաբույժ - գինեկոլոգ

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում: Խորհուրդների մեծամասնությունը կիրառելի են վիրաբուժական և գինեկոլոգիական բաժանմունքներում հոսպիտալացված հղի պացիենտների համար:

Բովանդակություն

Նախաբան, ներածություն և համաճարակաբանություն

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Ախտորոշում

Պատկերավորման մեթոդներ

Վիրահատության եղանակը

Հիվանդների ընտրությունը

Լապարասկոպիան և հղիության եռամսյակը

Բուժումը

Լեղապարկի հիվանդություններ

Առանձին օրգանների հեռացում

Հղիի հսկողությունը վիրահատության ընթացքում

Տոկոլիտիկներ

Ամփոփում

Գրականության ցանկ

Հավելված 1. Ապացույցների որակի դասակարգում (GRADE համակարգ)

Հավելված 2. Ուղեցույցի խորհուրդների ամփոփում

Հապավումներ

ԵԹ՝ երակային թրոմբոզ

ՀՇ՝ համակարգչային շերտագրություն

ԼՄ՝ լապարասկոպիկ միջամտություն

ՄՌՇ՝ մագնիսառեզոնանսային շերտագրում

ՈԻՁՀ՝ ուլտրաձայնային հետազոտություն

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)՝

Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը

SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons)՝ Ամերիկյան

Ստամոքսաղիքային էնդոսկոպիկ Վիրաբույժներ

Նախաբան

Հղիության ընթացքում իրականացվող վիրաբուժական միջամտությունները պետք է նվազագույնի հասցնեն պտղի վնասման ռիսկը առանց վնասելու մոր անվտանգությունը: Գրականության վերջին տվյալները հաստատում են հղիության ցանկացած եռամսյակում իրականացվող լապարասկոպիայի արդյունավետությունը և անվտանգությունը այնպիսի արդյունքներով, ինչպես ընդունված, հանրաճանաչ մեթոդներով վիրահատությունների դեպքում: Բուժման արդյունքները բարելավելու համար վիրաբույժները պետք է տեղյակ լինեն հղիների վիրահատական միջամտությունների կատարման տարբերություններին:

Հղիության ընթացքում [1,2] կնոջը հաճախ կարիք է լինում կատարել ոչ միայն մանկաբարձական, այլ նաև որովայնային վիրահատություն (1-ը 500-ից մինչև 1-ը 635-ից): Հղիության ընթացքը բարդացնող ամենատարածված ոչ մանկաբարձական որովայնային անհետաձգելի հիվանդություններն են՝ սուր ապենդիցիտը, սուր խոլեցիստիտը և աղիքային անանցանելիությունը [1]: Ձվարանի կիստաները, ոլորումը, լեղաքարային հիվանդությունը, մակերիկամի ուռուցքները, աղիքային բորբոքային հիվանդությունների բարդությունները, ճողվածքների առկայությունը և որովայնի անհայտ ախտաձագման ցավը նույնպես կարող են առաջացնել հղիության ընթացքում վիրահատություն կատարելու անհրաժեշտություն: Նախկինում որոշ մասնագետներ պնդում էին, որ լապարասկոպիան հակացուցված է հղիության ընթացքում, քանի որ կարող են առաջանալ արգանդի տարբեր բնույթի վնասվածք կամ պտղի սնուցման

խանգարում (պերֆուզիայի նվազում): Սակայն ժամանակի ընթացքում և փորձի ձեռք բերման արդյունքում լապարասկոպիան դարձավ հղի կանանց վիրահատական խնդիրների լուծման ամենանախընտրելի տարբերակը [3]:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի վիրաբույժների միության անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն են հանդիսացել «Ամերիկյան Ստամոքսաղիքային Էնդոսկոպիկ Վիրաբույժներ»-ի (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons - SAGES) “Հղիության ընթացքում վիրաբուժական խնդիրների ախտորոշման բուժման և լապարասկոպիայի կիրառման ուղեցույց”-ի, ինչպես նաև Cochrane library և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարանների տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE) [4]: Ապացույցների դասակարգման մանրամասները տես՝ Հավելված 1-ում. Ուղեցույցի խորհուրդների ամփոփումը տրված է Հավելված 2-ում:

Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի վիրաբույժների միության անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը՝ առաջին հերթին նախատեսված է վիրաբույժների, գինեկոլոգների, բժիշկ-ճառագայթաբանների, անեսթեզիոլոգների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ

ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

I. Ախտորոշում

Որովայնի ցավի ախտորոշիչ մեթոդի ընտրությունը բարդ երկընտրանքի առջև է դնում բժշկին, քանի որ պետք է հաշվի առնվեն մեթոդի ռիսկերը և առավելությունները, թե՛ մոր և թե՛ պտղի համար: Որովայնային ցավի ախտորոշման հիմնական մեթոդի և դրա արդյունավետության մասին ասել է Ջախարի Կոպը դեռ 1921թ-ին, հայտարարելով, որ ավելի վաղ ախտորոշումը նշանակում է ավելի լավ կանխատեսումներ: Մոր օպտիմալ ախտորոշման համար կարող է պահանջվել ռադիոճառագայթի և իոնիզացնող ճառագայթի կիրառում, այդ իսկ պատճառով ցանկացած ախտորոշիչ միջամտությունից առաջ ռիսկ-առավելություն քննարկումը պետք է լինի առաջնային [5]:

Ա. Պատկերավորման մեթոդներ

Ուլտրաձայնային հետազոտություն (ՈՒՁՀ)

Խորհուրդ 1. Ուլտրաձայնային հետազոտությունը հղի հիվանդի մոտ սուր որովայնային ցավի ախտաճագումը բացահայտելու անվտանգ և օգտակար մեթոդն է (չափավոր որակի ապացույցներ, ուժեղ խորհուրդ):

Որովայնային ցավը հղիների մոտ լինում է գինեկոլոգիական և ոչ գինեկոլոգիական խնդիրների պատճառով: ՈւՁՀ-ն համարվում է անվտանգ, քանի որ ոչ մի տեսակի բացասական հետևանք չի արձանագրվել՝ ոչ մոր համար և ոչ էլ պտղի: Որովայնի ցավի առաջացման գինեկոլոգիական պատճառներից են՝ փողի ոլորումը, ընկերքի տարանջատումը, արգանդի պատռվածքը, պտղի մահը: Ոչ գինեկոլոգիականներից՝ հաճախ հանդիպում են լեղաքարային հիվանդությունը և ապենդիցիտը [6-12]:

Իոնացնող ճառագայթման ռիսկերը

խորհուրդ 2. Արագ և ճշգրիտ ախտորոշումը պետք է գերակայի մտահոգությունները իննացնող ճառագայթման համար: Ճառագայթման դոզան չպետք է գերազանցի 5-10 ռադ. չափման միավորը հղիության ընթացքում (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Հակառակ դեպքում այն կարող է հանգեցնել քրոմոսոմային մուտացիաների, նյարդաբանական խանգարումների, մտավոր հետամնացության, ինչպես նաև մեծանում է մանուկ հասակում լեյկեմիայով հիվանդանալու հավանականությունը: Բացասական ազդեցության համար կարևոր նախապայման է նաև հղիության ժամկետը [8,9,13], քանի որ բեղմնավորման հատկապես առաջին շաբաթում մեծ է մահացության տոկոսը: Ընդհանուր ճառագայթման դոզան պտղի վրա չպետք է գերազանցի 5-10 ռադ.: Օրինակ՝ միայն որովայնի ռադիոգրաֆիայի ժամանակ միջին ճառագայթման դոզան կազմում է 0.1-0.3 ռադ, այն դեպքում [14,15], երբ փոքր կոնքի օրգանների համակարգչային տոմոգրաֆիայի ժամանակ պտղի ճառագայթումը հասնում է մինչև անգամ 5 ռադ. (Տես՝ Աղյուսակ 1.):

Աղյուսակ 1.

Պտղի ճառագայթահարման դոզան անցկացվող ախտորոշիչ հետազոտությունների ժամանակ

Հետազոտություն	Ճառագայթահարման Չափ (rads)
Որովայնային ռադիոգրաֆիա	0.1-0.3
Վիրահատական խոլանգիոգրաֆիա	0.2
Ողնաշարի գոտկային հատվածի ռադիոգրաֆիա	0.6

Ներերակային պիելոգրաֆիա	0.6
Բարիումով հոգնա	0.7
Փոքր կոնքի համակարգչային շերտագրում	1-5
Էնդոսկոպիկ լեղապարկի և ենթաստամոքսային գեղձի ռետրոգրաֆ հետազոտություն	2-12.5

Պտղի կենտրոնական նյարդային համակարգի ամենազգայուն շրջանը 10-ից - 17 շաբաթականն է, ուստի, այդ շրջանում գերադասելի է խուսափել ռադիոլոգիական միջամտություններից: Հղիության վերջում ճառագայթումը վտանգ է ներկայացնում արդեն մանկական տարիքում չարորակ հիվանդությունների առաջացման առումով: Երեխայի մոտ չարորակ հիվանդության և լեյկեմիայի առաջացման հավանականությունը միջինը կազմում է 0.2-0.3%: Նշված թիվը մեծանում է յուրաքանչյուր 1 ռադ.-ի դեպքում՝ 0.06 %-ով:

Պտղի վրա մինչև 0.5 ռադ. ճառագայթումը մեծացնում է ինքնաբեր վիժման, զարգացման խանգարումների, մտավոր հետամնացության և մանկական տարիքում չարորակ հիվանդությունների առաջացման ռիսկը՝ 1:6000-ի հարաբերությամբ, ինչը գերազանցում է ռիսկային գործոնի միջին մակարդակը: Կա հիմնավորված տարբերակ, որ տերատոգենեզի խանգարման հավանականությունն աննշան է 5 ռադ. և ավելի քիչ ճառագայթման ժամանակ, սակայն այն կարող է բարձրանալ 15 ռադ. և ավելի դոզայի դեպքում: Հետևություն կարելի է անել, որ ոչ մի ախտորոշիչ հետազոտություն չպետք է գերազանցի 5 ռադը [9,13,14,16-19]:

Համակարգչային շերտագրություն

Խորհուրդ 3. Ժամանակակից բազմաշերտ համակարգչային շերտագրությունը (ՀՇ) ապահովում է ճառագայթման մինիմալ դոզա, և անհրաժեշտության դեպքում կարող է օգտագործվել հղիության ժամանակ (չափավոր որակի ապացույցներ; թույլ խորհուրդ):

ՀՇ կիրառվում է հղի պացիենտի մոտ որովայնի ցավի առկայության և դրա պատճառի ախտորոշման համար: ՀՇ-ի կիրառումը մեծ նվաճում է որովայնում ախտաբանական պրոցեսների ախտորոշման համար հղիների մոտ: Ճառագայթային դոզան փոքր կոնքի շերտագրման ժամանակ չպետք է գերազանցի 2 ռադ.-ը, բայց այն կարող է հասնել մինչև 5 ռադ.-ի ամբողջ որովայնի և փոքր կոնքի հետազոտման ժամանակ: Այս մեթոդը համարվում է անվտանգ, սակայն բարձր ճառագայթային դոզան մանկական հասակում արյան չարորակ հիվանդությունների զարգացման պատճառ կարող է դառնալ: ՀՇ-ի տվյալ հատվածի արձանագրային հետազոտությունը և ճառագայթման դոզան, միշտ պետք է լինի յուրաքանչյուր պացիենտի համար անհատական՝ հիմնավորելով դրա անհրաժեշտությունը և ընտրել հնարավոր ամենամինիմալ ճառագայթման դոզան [8,20-22]:

Մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրում (ՄՌՇ)

Խորհուրդ 4. Մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրումը՝ առանց Գադոլինիում կոնտրաստ նյութի ներերակային ներարկման, թույլատրելի է հղիության ցանկացած ժամկետում (ցածր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Ախտորոշման այս մեթոդը փափուկ հյուսվածքների գերազանց պատկերավորում է ապահովում՝ առանց իոնացնող ճառագայթների և համարվում է անվտանգ մեթոդ հղիների համար: Որոշ հեղինակներ հայտնում են իրենց անհանգստությունը կապված ձայնային աղմուկի հետ և նրա թողած ազդեցությունը պտղի վրա: Սակայն չկա ոչ մի հստակ կողմնակի երևույթ, որը հնարավոր է առաջանա մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրման պատճառով: Իսկ Գադոլինիումի ներարկումից խուսափումը

պայմանավորվում է դրա տարրերի բացասական ազդեցությամբ պտղի վրա, որոնք կարող են անցնել ընկերքի միջոցով [23,24-28,29,30]:

Միջուկային բժշկություն

Խորհուրդ 5. Ռադիոնուկլիդային ախտորոշումը հիմնականում անվտանգ է թե մոր և թե պտղի համար (ցածր որակի ապացույցներ, թույլ խորհուրդ):

Ռադիոֆարմաքարատների, այդ թվում Տեխնեցիում-99m ներարկումն ընդհանուր առմամբ թույլատրելի է, եթե ճառագայթման դոզան չգերազանցի 0.5 ռադ-ը: Ռադիոլոգի հետ խորհրդատվությունը պետք է կազմակերպել մինչև ուսումնասիրությունը և նրա կարծիքը համարել առաջնային [31,32]:

Խոլանգիոգրաֆիա

Ուղեցույց 6. Ներվիրահատական և էնդոսկոպիկ խոլանգիոգրաֆիան ընտրողաբար օգտագործվում է հղիության ընթացքում: Խոլանգիոգրաֆիայի ընթացքում որովայնի ստորին հատվածը պետք է պաշտպանված լինի, որպեսզի մինիմալի հասցվի պտղի ճառագայթումը (ցածր որակի ապացույցներ; թույլ խորհուրդ):

Խոլանգիոգրաֆիայի ընթացքում դոզան գնահատվում է 0.2-0.5 ռադ.: Խոլանգիոսկոպիայի ընթացքում հասցված ճառագայթային չափաբաժինը հասնում է մինչև 20 ռադ/րոպե, բայց այն կարող է տատանվել՝ կախված հիվանդի դիրքից, չափերից և օգտագործվող սարքավորումից: Խոլանգիոգրաֆիայի ժամանակ պտղի և իոնացնող ճառագայթման սարքի մեջտեղում պետք է դրվի պաշտպանիչ շերտ այնպես, որ չխանգարի նորմալ պատկերավորմանը: Մասնավորապես խոլանգիոգրաֆիայից հետո կողմնակի ազդեցություն հղիի կամ պտղի մոտ չի գրանցվել [33-38]:

Էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիկ հետազոտության ժամանակ ճառագայթման դոզան կազմում է միջինը 2-12 ռադ.: Էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիայի բարդություններից է արյունահոսությունը: Ոչ հղիների մոտ արյունահոսության վտանգը հասնում է 1.3%-ի, իսկ պանկրեատիտի առաջացումը՝ 3.5%-

11%: Այս հավելյալ ռիսկերի բացասական և դրական կողմերը պետք է քննարկել հիվանդի հետ, հաշվի առնելով այլընտրանքային հետազոտությունների անցկացման հավանականությունը նույնպես: Խոլանգիոսկոպիայի համար այլընտրանքային տարբերակ է ներվիրահատական ՈՒՁՀ-ն և խոլեդոխոսկոպիան: Այս երկու միջոցներն էլ ընդունելի են, եթե վիրաբույժը տիրապետում է բոլոր հմտություններին և կարողանում է համապատասխան սարքավորումներով իրականացնել տվյալ միջամտությունները: Լեդապարկի և ենթաստամոքսային գեղձի հետազոտման տարբերակ է նաև մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրումը, որը աշխարհում համատարած ընդունված է: Այն օգտակար ախտորոշիչ մեթոդ է, սակայն չունի բուժական հնարավորություն և հիմնովին չի ուսումնասիրված հղի կանանց համար:

Բ. Վիրահատության եղանակը

Խորհուրդ 7. Սուր որովայնի պատկերի առկայության դեպքում լապարասկոպիայով ախտորոշման եղանակի կիրառումն անվտանգ և արդյունավետ է, որն օգտագործվում է նաև վերջինիս բուժման համար (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Լապարասկոպիայով ախտորոշման եղանակը ապահովում է ներորովայնային օրգանների անմիջական ուղղակի դիտումը: Թեև այն լիարժեք պիտանի չէ առաջնային ախտորոշման համար, այնուամենայնիվ հանդիսանում է արդարացված և խելամիտ այլընտրանքային ճառագայթային ախտորոշիչ տարբերակ: Մեթոդի առավելություններն են՝ իոնացնող ճառագայթներից խուսափումը, ախտորոշման ճշգրտությունը և տվյալ պահին վիրահատական խնդրին լուծում տալու անմիջական հնարավորությունը: Այն անվտանգ է և կարող է իրականացվել հղիության ցանկացած եռամսյակում [39-51]:

II. Պացիենտների ընտրությունը

Նախավիրահատական շրջանում որոշումների ընդունումը

Խորհուրդ 8. Սուր որովայնի դեպքում լապարասկոպիայի կիրառման ցուցումները նույնն են հղիների և ոչ հղիների մոտ (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Վիրաբուժական մոտեցման որոշումը պետք է կայացվի՝ հիմնվելով վիրաբույժի հմտությունների, համապատասխան սարքավորումների ու անձնակազմի առկայության վրա: Պետք է վիրահատության առավելությունները և հնարավոր բարդությունները պատշաճ քննարկվեն հիվանդի հետ: Նաև պետք է ապահովվի և երաշխավորվի հետվիրահատական ցավի նվազեցումը, հիվանդանոցային պայմաններում մնալու ժամկետի կրճատումը և աշխատունակության արագ վերականգնումը [40-45,52-55]:

Լապարասկոպիան և հղիության եռամսյակը

Խորհուրդ 9. Լապարասկոպիկ միջամտությունները (ԼՄ) կարող են իրականացվել հղիության ցանկացած եռամսյակում (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Լապարասկոպիկ միջամտությունը կարելի է կատարել հղիության բոլոր ժամկետներում: Նախկինում, առաջարկում էին հետաձգել վիրահատական միջամտությունները մինչև երկրորդ եռամսյակ՝ անսպասելի կամ ինքնաբեր վիժումից խուսափելու համար, սակայն ներկայիս գրականությունը հերքում է ԼՄ-րի վտանգը՝ հղիության ցանկացած եռամսյակում, թե՛ մոր, թե՛ պտղի համար: Անհրաժեշտ վիրահատությունների անցկացման հետաձգումը մինչև ծննդաբերությունը, կարող է հանգեցնել հետագա բարդությունների թե՛ պտղի և թե՛ մոր համար: Ենթադրվում էր, որ վիրահատությունների անցկացման ամենահարմար ժամկետը 26-ից 28 շաբաթականն է, սակայն մի շարք հետազոտությունների արդյունքում այս պնդումը հերքվել և ապացուցվել է, որ բարեհաջող խոլեցիստէկտոմիա և ապենդեկտոմիա կարելի է անցկացնել նույնիսկ հղիության երրորդ եռամսյակի վերջում: Չնայած որ, լապարասկոպիան ապահով կերպով կարող է կիրառվել հղիության ընթացքում և ունենալ բարեհաջող ելք մոր և պտղի համար, այնուամենայնիվ դրա երկարատև ազդեցությունը պտղի համար ուսումնասիրված չէ:

Վերջին հետազոտություններից մեկը, որն անցկացվել է մեկից ութ տարեկան 11 երեխաների մոտ, զարգացման կամ աճի ոչ մի խանգարում չի հայտնաբերել [56-65]:

V. Բուժումը

Լապարասկոպիայի առավելություններից են՝ թմրամիջոցներից խուսափելու շնորհիվ նվազեցվում են պտղի մոտ թթվածնային անբավարարությունը, վերքային բարդությունները, հիվանդանոցից հնարավորինս շուտ դուրսգրումը, թրոմբոէմբոլիայի առաջացման վտանգը: Կատարելագործված լապարասկոպիկ վիրահատության շնորհիվ իջնում է արգանդի գրգռվածության աստիճանը, որը իր հերթին նվազեցնում է վիժման կամ վաղաժամկետ ծննդաբերության հավանականությունը [66-72]:

Պացիենտի դիրքը վիրահատական սեղանի վրա

Խորհուրդ 10. Հղի հիվանդը պետք է պառկի ձախ կողքի վրա, որպեսզի նվազի խոշոր անոթների սեղմման աստիճանը (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Երբ հղի պացիենտը պառկած է մեջքի վրա արգանդի ստորին հատվածը ճնշում է գործադրում խոշոր անոթների վրա, ինչի արդյունքում դեպի սիրտ գնացող արյան հոսքը նվազում է, որն էլ հղիի մոտ բերում է հիպոտենզիայի (Զ/Ճ իջեցման) և վիրահատության ժամանակ կարող է առաջանալ ընկերքի պերֆուզիայի խանգարում: Ձախ կողքի վրա պառկելը հնարավորություն է տալիս զգալի կերպով խուսափել նման բարդությունից [73-75]:

Սկզբնական գործողություններ

Խորհուրդ 11. Որովայնի խոռոչի հասանելիությունը կարելի է ապահովել բաց (Հասսոնի) եղանակով, Վերեշի ասեղով կամ օպտիկական տրոակարի միջոցով (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Նախապատվությունը հղիների վիրահատությունների դեպքում հիմնականում տրվում է Հասսոնի եղանակին կամ Վերեշի ասեղի կիրառմանը: Վերեշի ասեղի օգտագործման դեպքում կան մտահոգություններ կապված արգանդին և ներորովայնային օրգաններին

վնասվածք հասցնելու հետ: Առաջարկվում է նաև ենթակողային տարածությունով որովայնի խոռոչ անցնելու տարբերակը, քանի որ ներորովայնային տիրույթը փոխվում է երկրորդ և երրորդ եռամսյակների սկզբում: Եթե որովայնի խոռոչ մուտք գործելու ժամանակ ճիշտ հսկվի արգանդի հատակի բարձրությունը և առաջային պատը լինի լավ բարձրացված, Հասսոնի տեխնիկան և Վերեշի ասեղը կարելի է անվտանգ և արդյունավետ օգտագործել: Առաջարկվել է նաև տրոակարի ներդրումը կատարել ստանդարտ կոնֆիգուրացիայից տարբեր ձևով՝ արգանդի չափը հաշվի առնելով: ՈւՁՀ հսկողության տակ տրոակարի օգտագործումը նկարագրված է որպես երաշխավորված մեթոդ արգանդի վնասվածքից խուսափելու համար [76-81]:

Ներորովայնային ճնշման ապահովումը

Խորհուրդ 12. CO₂ գազի 10-15մմ. սս. չափով ներմուծումը կարելի է անվտանգ կերպով իրականացնել հղիների մոտ (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Հնարավոր բացասական հետևանքների առաջացման պատճառով այս միջոցը լայնորեն ընդունված չէ և շատ մասնագետներ կողմ են հղիների մոտ առանց գազի լապարասկոպիայի անցկացմանը: Հղիների մոտ ստոծանին տեղակայված է ավելի բարձր՝ աճող պտղի պատճառով, ինչը բերում է թոքերի ծավալի փոքրացման և ֆունկցիոնալ հնարավորությունների իջեցման: Այդ իսկ պատճառով, ներորովայնային ճնշման բարձրացումը գազով պետք է կատարվի առավելագույնը 12 մմ. սս. ուժով ֆիզիոլոգիական վատթարացումից խուսափելու համար: Մյուսները պնդում են, որ 12 մմ.սս. ճնշման դեպքում ներորովայնային խոռոչի բավարար արտացոլում չի ապահովվում: Դեռևս 15 մմ. սս. ճնշումով իրականացված լապարասկոպիաները հղիների մոտ չեն թողել բացասական արդյունք՝ թե պտղի, թե մոր վրա [82-94]:

Քանի որ ածխաթթու գազի ներմուծումը իրականացվում է որովայնի խոռոչ, կան մտահոգություններ՝ կապված պտղի վրա կապնապերիտոնեումի ազդեցության հետ: Որոշ հետազոտություններ իրականացված են կենդանիների վրա, որոնց արդյունքում

հայտնաբերվել է կենդանու պտղի մոտ ացիդոզի առաջացում՝ զուգակցված տախիկարդիայի, հիպերտենզիայի և հիպերկապնիայի հետ: Սակայն մարդու պտղի վրա թողած ոչ մի բացասական ազդեցություն կապնոպերիտոնետումի ժամանակ չի գրանցվել:

CO₂-ի մոնիտորինգային հսկումը վիրահատության ժամանակ

Խորհուրդ 13. Ներվիրահատական CO₂- մոնիտորինգային հսկումը կապնոգրաֆի օգնությամբ կարելի է անվտանգ իրականացնել հղիների մոտ (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Կապնոպերիտոնետումի ազդեցությունը օրգանիզմի վրա ուսումնասիրվել է տարբեր սարքերի միջոցով, վիրահատության ժամանակ հնարավոր բացասական հետևանքներից խուսափելու համար: Բազմաթիվ քննարկումներ են անցկացվել մոր զարկերակային արյան մեջ PaCO₂ և ETCO₂ մոնիտորինգային հսկման անհրաժեշտության վերաբերյալ: Ներկայումս ապացուցված է ETCO₂-ի չափման անվտանգությունն ու էֆեկտիվությունը, ավելի քիչ ինվազիվ կապնոգրաֆիայի միջոցով, ինչի հետևանքով արյան մեջ գազի չափման ստանդարտ մոնիտորինգը դարձել է ոչ անհրաժեշտ [92-99]:

Երակային թրոմբոէմբոլիայի (ԵԹ) առաջացման կանխարգելում

Խորհուրդ 14. Վիրահատության ժամանակ և հետվիրահատական վաղ շրջանում պնևմատիկ կոմպրեսիայի կիրառումը, հնարավորինս շուտ ոտքի կանգնելն ու քայլելը հանդիսանում են խորը տեղակայված երակների թրոմբոէմբոլիկ հիվանդության առաջացման կանխարգելիչ մեթոդներ հղիների մոտ (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Հղիների մոտ ԵԹ-ի առաջացման նախատրամադրվածությունը կազմում է 0.1-0.2%, իսկ CO₂- ով անցկացվող կապնոպերիտոնետումը մեծացնում է երակում կանգային երևույթների առաջացման ռիսկային գործոնը: Գազի՝ 12 մմ. սս. չափով ներմուծումը առաջացնում է արյան շրջանառության զգալի խանգարում, որը չի կարող լիովին կանխարգելվել կոմպրեսիոն սարքերի կամ էլէկտրական խթանիչների միջոցով: Հիմնական

կանխարգելիչ մեթոդները նույնպես կիրառվում են հղի հիվանդների դեպքում: Հղիների մոտ թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների կանխարգելման գործում ցածրամոլեկուլյար հեպարինի արդյունավետության մասին չկան բավարար տվյալներ, թեև այդ նպատակով այն կիրառվում է խոշոր վիրահատական միջամտությունների ժամանակ: Հղիության ընթացքում հակամակարդիչների կիրառման առումով հեպարինն ապացուցել իր անվտանգությունը և հանդիսանում է ընտրության միջոց [100-103]:

Լեղապարկի հիվանդություններ

Խորհուրդ 15. Խոլեցիստէկտոմիան լեղապարկի հիվանդության բուժման տարբերակ է հղիների համար, անկախ հղիության եռամսյակից (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Նախկինում այս հիվանդության ոչ վիրահատական՝ սիմպտոմատիկ (ախտանշանային) բուժման տարբերակն էր ընդունված: Սակայն այս դեպքում հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդությունը տալիս է ռեցիդիվ հղիության առաջին եռամսյակում՝ 92% հավանականությամբ, երկրորդում՝ 64% և 44%՝ երրորդ եռամսյակում: Վիրահատական բուժման հետաձգումը բերում է բարդությունների առաջացման վտանգի, որոնցից են անսպասելի վիժումները և վաղաժամկետ ծննդաբերությունը [104-112]:

Ընդհանուր առմամբ, լեղաքարային հիվանդության ոչ վիրահատական, սիմպտոմատիկ բուժումից հետո 23% հիվանդների մոտ կարող է զարգանալ սուր խոլեցիստիտի կամ պանկրեատիտի պատկեր, ինչը 10-60% դեպքերում բերում է պտղի մահվան: Այդ իսկ պատճառով ներկայումս վիրահատական մեթոդներից լայնորեն կիրառելի է հատկապես լապարասկոպիան, քանի որ այն երբևէ չի հանդիսացել պտղի մահվան պատճառ և դրա ժամանակ կողմնակի էֆեկտները բացակայում են և բուժումը դառնում է լիարժեք:

Ընդհանուր լեղածորանում քարերի առկայություն

Խորհուրդ 16. Խոլեդոխոլիթիազը հղիության ընթացքում կարող է հաստատվել էնդոսկոպիկ նախավիրահատական ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիայով,

զուգակցված սֆինկտերոտոմիայի հետ, որին կարող է հետևել լապարասկոպիկ խոլեցիստէկտոմիան, լեղածորանի լապարասկոպիկ հետազոտությունը կամ հետվիրահատական էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատիկոգրաֆիան (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Բարդությունները, որոնք կարող են առաջանալ խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ, նույնն են ինչպես հղիների, այնպես էլ ոչ հղիների մոտ: Սակայն շատ հազվադեպ է գրանցվել, և բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ խոլեդոխոլիթիազի դեպքում կատարվող նախավիրահատական էնդոսկոպիկ [113-121] ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատիկոգրաֆիայի հիմնական ծորանի հետազոտումից հետո և հաջորդաբար կատարվող լապարասկոպիկ խոլեցիստէկտոմիայի արդյունավետությունը:

Խորհուրդ 17. Լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիան կարող է անվտանգ կերպով կատարվել հղի հիվանդների մոտ (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Այն ամենանախընտրելի բուժման տարբերակն է ապենդիցիտով հղիի համար, և բազմաթիվ հետազոտություններ հաստատում են դրա անվտանգ և արդյունավետ լինելը: Շատ հազվադեպ դեպքերում է, որ լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիան կարող է դառնալ վաղաժամկետ ծննդաբերության պատճառ, իսկ պտղի մահացության դեպքեր ընդհանրապես չեն գրանցվել: Ապենդիցիտի առկայության ճշգրիտ և ժամանակին ախտորոշումը հղիի մոտ իջեցնում է պտղի մահվան ռիսկերը և բարձրացնում բուժման լավ արդյունքներ ստանալու հավանականությունը: Մեծամասամբ կլինիկական պատկերը բավարար է լինում ախտորոշման համար, սակայն հավելյալ միջոցների կիրառումը, ինչպիսիք են՝ ուլտրաձայնային հետազոտությունը, համակարգչային տոմոգրաֆիան կամ մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրումը, կարող են անհրաժեշտ լինել ախտորոշման հաստատման համար [122-130]:

Լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիայի արդյունավետությունը հաստատված է, սակայն, վերջերս մի հետազոտության արդյունքներ ցույց են տվել, որ որոշ դեպքերում հղիի համար լապարատոմիան ավելի գերադասելի է քան լապարասկոպիան:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել 2.3 %-ով պտղի մահվան առաջացման ավելի մեծ հավանականությունը լապարասկոպիայի ժամանակ, քան սովորական ապենդեկտոմիայի դեպքում: Սակայն, դա միակ հետազոտությունն էր, որը հակասական արդյունքներ ստացավ ընդդեմ լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիայի: Այնուամենայնիվ, հետազոտությունները շարունակվում են, իսկ լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիան շարունակում է մնալ ամենանախընտրելի բուժման տարբերակը:

Առանձին օրգանների հեռացում

Խորհուրդ 18. Լապարասկոպիկ եղանակով մակերիկամի մասնահատումը, նեֆրեկտոմիան և սպլենեկտոմիան անվտանգ են և հղիների համար (ցածր որակի ապացույցներ; թույլ խորհուրդ)

Մակերիկամի լապարասկոպիկ հեռացումը (մասնահատումը) ապացուցել է իր էֆեկտիվությունը առաջնային հիպերալդոստերոնիզմի, Կուշինգի համախտանիշի և ֆեոքրոմոցիտոմայի դեպքում: Լապարասկոպիկ սպլենեկտոմիան ժամանակի ընթացքում դառնում է էլ ավելի ընդունված վիրահատական եղանակ հղի հիվանդների համար: Հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշով, ժառանգական սֆերոցիտոզով և աուտոիմուն թրոմբոցիտոպենիայով հիվանդները ենթարկվել են լապարասկոպիկ սպլենեկտոմիայի և ունեցել են բուժման բարեհաջող ընթացք և ավարտ թե՛ մոր, և թե՛ պտղի համար: Նեֆրեկտոմիան անցկացվել է 2 հղի հիվանդների մոտ, հղիության և՛ առաջին, և՛ երկրորդ եռամսյակում: Երկու դեպքերում էլ, լապարասկոպիկ նեֆրեկտոմիան անցել է անվտանգ և առանց ինչ-որ բարդությունների [131-147]:

Ճվարանի կիստաներ

Խորհուրդ 19. Լապարասկոպիան համարվում է անվտանգ եղանակ ձվարանի կիստաներ ունեցող հղի հիվանդների համար: Ընդունելի է նաև հղի ուղղակի հսկողության տակ մնալը, եթե ՈւՁՀ-ի ժամանակ կիստաների որևէ չարորակացման նշան չի նկատվել և օնկոմարկերները համապատասխանում են նորմային: Ուղղակի

հսկողության տակ պահելը նման հիվանդներին ընդունելի է, եթե կիստոզ օջախների չափը չի գերազանցում 6 սմ-ը (ցածր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Հղիության ժամանակ ձվարանի կիստաների առաջացման հավանականությունը կազմում է 2%: Դրանք հիմնականում ի հայտ են գալիս հղիության առաջին եռամսյակում և քանի որ հանդիսանում են ֆունկցիոնալ խանգարման կիստաներ, 85-90% դեպքերում այն կիստաները՝ որոնց չափը չի գերազանցում 6 սմ-ը, ինքնուրույն անհետանում են երկրորդ եռամսյակում: Հենց այս պատճառով էլ կոնսերվատիվ բուժումը և հսկողությունը համարվում են բավարար: Սակայն 2-6% դեպքերում նկատվել է ֆունկցիոնալ կիստայի և տերատոմաների չարորակացում [148-169]:

Նախկինում, չարորակ նորագոյացությունների զարգացման վտանգի և ռիսկի առաջացումը և կապված դրա հետ շտապ վիրահատական միջամտությունը հանգեցրել էին նրան, որ ընտրողաբար կատարվում էր կիստաների հեռացում, որոնց գոյությունը պահպանվում էր 6 շաբաթական հղիությունից հետո և 6 սմ-ից մեծ տրամագիծ ունեն: Ներկայումս, այս պացիենտների հսկողության տակ մնալն ավելի նախընտրելի է, ելնելով վերջին հետազոտության արդյունքներից, եթե իհարկե ուլտրաձայնային հետազոտությամբ չկան չարորակացման նշաններ, օնկոմարկերները նորմալի սահմանում են և հղիի մոտ բացակայում են ախտանիշները: Հակառակ դեպքում կիստաների հեռացումը լապարասկոպիայով ընդունելի և կիրառելի է, քանի որ անվտանգ է հղիության ցանկացած եռամսյակում: Ավելի խորը ուսումնասիրելու համար, կատարվել է հետազոտություն 88 հղիի մոտ, և բոլորն ել ունեցել են հիվանդության բարեհաջող ավարտ, կիստաների լապարասկոպիկ և լապարատոմիկ եղանակով հեռացումից հետո:

Ձվարանի կիստաների և փողի ոլորում

Խորհուրդ 20. Լապարասկոպիան ընդունված է այս դեպքում թե ախտորոշման, և թե բուժման համար, եթե իհարկե հիվանդի կլինիկական պատկերը չի պարտադրում լապարատոմիայի անցկացման (ցածր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Փողի և ձվարանի ուղորումը հանդիպում է 10-15%-ի մոտ: Եթե ավստորոշումը կատարվում է ժամանակին, մինչև հյուսվածքների նեկրոզվելը, լապարասկոպիկ եղանակով պտտումը, հետուղել հնարավոր տարբերակ է: Իսկ ուշ ավստորոշման դեպքում սա կարող է դառնալ փողի մեռուկացման պատճառ, ինչն էլ կհանգեցնի պերիտոնիտի, վիժման, վաղաժամկետ ծննդաբերության կամ մահվան: Մեռուկացված փողը կամ ձվարանը ենթակա են ամբողջովին հեռացման, որից հետո առաջանում է պրոգեստերոնաթերապիայի անցկացման անհրաժեշտություն, եթե հեռացված դեղին մարմինը 12 շաբաթական վաղեմություն ունի: Լապարատոմիայի անհրաժեշտություն կարող է առաջանալ՝ ելնելով հիվանդի կլինիկական վիճակից [170-180]:

VI. Հղիի հսկողությունը վիրահատության ընթացքում

Պտղի սրտի բաբախի գրանցում

Խորհուրդ 21. Որովայնային անհետաձգելի վիրահատության դեպքում պտղի սրտի բաբախի հսկումը պետք է իրականացվի թե վիրահատությունից առաջ, և թե հետո (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ):

Վիրահատության ժամանակ պտղի սրտի բաբախի մոնիտորինգը համարվում էր ամենաճշգրիտ մեթոդը պտղի մոտ վիրահատության ժամանակ պաթոլոգիաների հայտնաբերման համար: Բայց քանի որ գրականության մեջ դեռ չի գրանցվել պտղի սրտի բաբախի ներվիրահատական որևէ խանգարում, ընդունվեց այն տարբերակը, որ պետք է մոնիտորինգային հսկողություն անցկացնել միայն նախա- և հետվիրահատական շրջաններում [57,112]:

Խորհրդատվություն ծննդոգնության վերաբերյալ

Խորհուրդ 22. Խորհրդատվությունը, կապված ծննդոգնության հետ, կարող է անցկացվել նախա- և հետվիրահատական շրջաններում, կախված հիվանդի կլինիկական վիճակից, հղիության ժամկետից և խորհրդատուի ներկա լինելուց (չափավոր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Հղիի և պտղի ակտիվ մոնիտորինգային հսկողությունը պետք է ցանկացած հղի հիվանդի խնամքի մի մասը կազմի, իսկ խորհրդատվությունը պետք է անցկացվի՝ հաշվի առնելով հիվանդի վիճակը և որովայնում առկա սուր պրոցեսների առկայությունը: Կախված վերը նշվածից, կոնսուլտացիան կարելի է հետաձգել, նախ գնահատելով սուր պրոցեսների վերացման անհրաժեշտությունը [181]:

Տոկոլիտիկներ

Խորհուրդ 23. Տոկոլիտիկները հղի հիվանդների համար չպետք է հանդիսանան կանխարգելիչ միջոց արյունահոսության դեմ, սակայն կարող են ակտիվորեն օգտագործվել վիրահատված հղիների մոտ, եթե կա վաղաժամ ծննդաբերության վտանգ (բարձր որակի ապացույցներ; ուժեղ խորհուրդ)

Բոլոր վաղաժամ ծննդաբերության սպառնալիքով հղիները կարող են արդյունավետորեն հսկվել տոկոլիտիկների ազդեցությամբ, սակայն դրանց ընդունումը պետք է լինի անհատականացված և մանկաբարձի հսկողության ներքո: Իսկ որպես կանխարգելիչ միջոց այն գրականության մեջ չի նշվում [182-185]:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Սույն ուղեցույցի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժհաստատություններում ներդնելով հետևյալ գործառույթները՝

- *Գործելակարգեր, ընթացակարգեր, որոշումների ընդունման աջակցման համակարգեր*
- *Շարունակական ինֆերակտիվ կրթական միջոցառումներ*
- *Աուդիտ տեղայնացված ցուցանիշների կիրառմամբ*

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում վիրաբուժական խնդիրներով հղի պացիենտների համալիր վարման որևէ բաղադրիչի մանրամասն նկարագրություն: Գործելակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակա չեն կամայական մեկնաբանությունների: Ցանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և

ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք: Ուղեցույցի աուդիտի ցուցանիշները պետք է արտացոլեն տվյալ ախտաբանության կլինիկական և կազմակերպչական վարման հիմնաքարային օղակները, որոնք էականորեն ազդում են բուժման ելքերի վրա: Նրանք բաժանում են ամբողջ գործընթացը առանձին ավելի դյուրին ընկալվող և վերահսկվող փուլերի: Փուլերի վերահսկումը կրում է ինչպես որակական, այնպես էլ ժամանակային բնույթ: Այս գործընթացին ներկայացվող պարտադիր պահանջներից են ցուցանիշների չափելի բնույթը և տեղեկատվության համակարգային շարունակական հավաքագրումը: Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝

- **Ներվիրահական կապնոգրաֆիայի օգտագործումը**
- **Վիրահատությունների քանակը որոնց ընթացքում տրոակարը տեղադրվել է ՈւՁՀ հսկողության տակ**
- **Վիրահատած հղիների քանակը ում մոտ պտղի սրտի բաբախը վերահսկվել է նախա- և հետվիրահատական շրջաններում**
- **Ներ- և հետվիրահատական խորանիստ երակային թրոմբոզների կանխարգելման չեկ լիստի (պնևմատիկ ճնշող միջոցներ, վաղ մոբիլիզացիա) առկայությունը**

Գրականության ցանկ

1. Kammerer WS (1979) Nonobstetric surgery during pregnancy. The Medical clinics of North America 63:1157-1164
2. Kort B, Katz VL, Watson WJ (1993) The effect of nonobstetric operation during pregnancy. Surgery, gynecology & obstetrics 177:371-376
3. Fallon WF, Jr., Newman JS, Fallon GL, Malangoni MA (1995) The surgical management of intra-abdominal inflammatory conditions during pregnancy. Surg clin North Am 75:15-31
4. GH Guyatt OA, R Kunz, GE Vist, Y Falck-Ytter, HJ Schunemann; GRADE Working Group (2008) GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 336:924-926
5. Baer J (1932) Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. JAMA 98:1359-1364

6. Eyvazzadeh AD, Levine D (2006) Imaging of pelvic pain in the first trimester of pregnancy. *Radiologic clinics of North America* 44:863-877
7. (1977) Medical radiation exposure of pregnant and potentially pregnant women. National Council on Radiation Protection and Measurements report no. 54, Bethesda, MD
8. Kennedy A (2000) Assessment of acute abdominal pain in the pregnant patient. *Seminars in ultrasound, CT, and MR* 21:64-77
9. Toppenberg KS, Hill DA, Miller DP (1999) Safety of radiographic imaging during pregnancy. *Am Fam Physician* 59:1813-1818, 1820
10. Moore C, Promes SB (2004) Ultrasound in pregnancy. *Emergency medicine clinics of North America* 22:697-722
11. Lim HK, Bae SH, Seo GS (1992) Diagnosis of acute appendicitis in pregnant women: value of sonography. *Ajr* 159:539-542
12. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D, Sanders RC (1986) Cysts in pregnancy discovered by sonography. *J Clin Ultrasound* 14:509-512
13. Timins JK (2001) Radiation during pregnancy. *N J Med* 98:29-33
14. Karam PA (2000) Determining and reporting fetal radiation exposure from diagnostic radiation. *Health physics* 79:S85-90
15. Chen MM CF, Kaimal A, Laros Jr RK (2008) Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 112
16. (1977) Medical radiation exposure of pregnant and potentially pregnant women. National Council on Radiation Protection and Measurements report No 54: Bethesda, MD
17. Doll R, Wakeford R (1997) Risk of childhood cancer from fetal irradiation. *The British journal of radiology* 70:130-139
18. Osei EK, Faulkner K (1999) Fetal doses from radiological examinations. *The British journal of radiology* 72:773-780
19. Lowe SA (2004) Diagnostic radiography in pregnancy: risks and reality. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 44:191-196
20. Menias CO, Elsayes KM, Peterson CM, Huete A, Gratz BI, Bhalla S (2007) CT of pregnancy-related complications. *Emerg Radiol*
21. Hurwitz LM, Yoshizumi T, Reiman RE, Goodman PC, Paulson EK, Frush DP, Toncheva G, Nguyen G, Barnes L (2006) Radiation dose to the fetus from body MDCT during early gestation. *AJR Am J Roentgenol* 186:871-876
22. Forsted DH, Kalbhen CL (2002) CT of pregnant women for urinary tract calculi, pulmonary thromboembolism, and acute appendicitis. *AJR* 178:1285
23. Patel SJ, Reede DL, Katz DS, Subramaniam R, Amorosa JK (2007) Imaging the pregnant patient for nonobstetric conditions: algorithms and radiation dose considerations. *Radiographics* 27:1705-1722

24. De Wilde JP, Rivers AW, Price DL (2005) A review of the current use of magnetic resonance imaging in pregnancy and safety implications for the fetus. *Progress in biophysics and molecular biology* 87:335-353
25. Garcia-Bournissen F, Shrim A, Koren G (2006) Safety of gadolinium during pregnancy. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 52:309-310
26. Nagayama M, Watanabe Y, Okumura A, Amoh Y, Nakashita S, Dodo Y (2002) Fast MR imaging in obstetrics. *Radiographics* 22:563-580; discussion 580-562
27. Leyendecker JR, Gorengaut V, Brown JJ (2004) MR imaging of maternal diseases of the abdomen and pelvis during pregnancy and the immediate postpartum period. *Radiographics* 24:1301-1316
28. McKenna DA, Meehan CP, Alhajeri AN, Regan MC, O'Keeffe DP (2007) The use of MRI to demonstrate small bowel obstruction during pregnancy. *The British journal of radiology* 80:e11-14
29. Birchard KR, Brown MA, Hyslop WB, Firat Z, Semelka RC (2005) MRI of acute abdominal and pelvic pain in pregnant patients. *AJR Am J Roentgenol* 184:452-458
30. Brown MA, Birchard KR, Semelka RC (2005) Magnetic resonance evaluation of pregnant patients with acute abdominal pain. *Semin Ultrasound CT MR* 26:206-211
31. Adelstein SJ (1999) Administered radionuclides in pregnancy. *Teratology* 59:236-239
32. Schaefer C, Meister R, Wentzack R, Weber-Schoendorfer C (2009) Fetal outcome after technetium scintigraphy in early pregnancy. *Reprod Toxicol* 28:161-166
33. Karthikesalingam A MS, Weerakkody R, Walsh SR, Carroll N, Praseedom RK (2009) Radiation exposure during laparoscopic cholecystectomy with routine intraoperative cholangiography. *Surg Endosc* 23:1845-1848
34. Jorgensen JE, Rubenstein, J.H., Goodsitt, M.M., Elta, G.H. (2010) Radiation doses to ERCP patients are significantly lower with experienced endoscopists. *Gastrointest Endosc* 72:58-65.
35. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, Pilotto A, Forlano R (2007) Incidence Rates of Post-ERCP Complications: A Systematic Survey of Prospective Studies. *Am J Gastroenterol*
36. Qureshi WA, Rajan E, Adler DG, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Leighton JA, Zuckerman MJ, Hambrick RD, Fanelli RD, Baron T, Faigel DO (2005) ASGE Guideline: Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointestinal endoscopy* 61:357-362
37. Quan WL, Chia CK, Yim HB (2006) Safety of endoscopic procedures during pregnancy. *Singapore medical journal* 47:525-528
38. Tang SJ, Mayo MJ, Rodriguez-Frias E, Armstrong L, Tang L, Sreenarasimhaiah J, Lara LF, Rockey DC (2009) Safety and utility of ERCP during pregnancy. *Gastrointest Endosc* 69:453-461

39. Reedy MB, Kallen B, Kuehl TJ (1997) Laparoscopy during pregnancy: a study of five fetal outcome parameters with use of the Swedish Health Registry. *Am J Obstet Gynecol* 177:673-679
40. Reedy MB, Galan HL, Richards WE, Preece CK, Wetter PA, Kuehl TJ (1997) Laparoscopy during pregnancy. A survey of laparoendoscopic surgeons. *J Reprod Med* 42:33-38
41. Gurbuz AT, Peetz ME (1997) The acute abdomen in the pregnant patient. Is there a role for laparoscopy? *Surgical endoscopy* 11:98-102
42. Buser KB (2002) Laparoscopic surgery in the pregnant patient—one surgeon's experience in a small rural hospital. *Jsls* 6:121-124
43. Lachman E, Schienfeld A, Voss E, Gino G, Boldes R, Levine S, Borstien M, Stark M (1999) Pregnancy and laparoscopic surgery. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 6:347-351
44. Fatum M, Rojansky N (2001) Laparoscopic surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol Surg* 56:50-59
45. Curet MJ, Allen D, Josloff RK, Pitcher DE, Curet LB, Miscall BG, Zucker KA (1996) Laparoscopy during pregnancy. *Arch Surg* 131:546-550; discussion 550-541
46. Conron RW, Jr., Abbruzzi K, Cochrane SO, Sarno AJ, Cochrane PJ (1999) Laparoscopic procedures in pregnancy. *The American surgeon* 65:259-263
47. Al-Fozan H, Tulandi T (2002) Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. *Current opinion in obstetrics & gynecology* 14:375-379
48. Amos JD, Schorr SJ, Norman PF, Poole GV, Thomae KR, Mancino AT, Hall TJ, Scott-Conner CE (1996) Laparoscopic surgery during pregnancy. *American journal of surgery* 171:435-437
49. Nezhat FR, Tazuke S, Nezhat CH, Seidman DS, Phillips DR, Nezhat CR (1997) Laparoscopy during pregnancy: a literature review. *Jsls* 1:17-27
50. (1998) Guidelines for laparoscopic surgery during pregnancy. *Surgical endoscopy* 12:189-190
51. Rizzo AG (2003) Laparoscopic surgery in pregnancy: long-term follow-up. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques* 13:11-15
52. Andreoli M, Servakov M, Meyers P, Mann WJ, Jr. (1999) Laparoscopic surgery during pregnancy. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 6:229-233
53. Shay DC, Bhavani-Shankar K, Datta S (2001) Laparoscopic surgery during pregnancy. *Anesthesiology clinics of North America* 19:57-67
54. Oelsner G, Stockheim D, Soriano D, Goldenberg M, Seidman DS, Cohen SB, Admon D, Novikov I, Maschiach S, Carp HJ, Anderman S, Ben-Ami M, Ben-Arie A, Hagay Z, Bustan M, Shalev E, Carp H, Gemer O, Golan A, Holzinger M, Beyth Y, Horowitz A, Hamani Y, Keis M, Lavie O, Luxman D, Oelsner G, Stockheim D, Rojansky N, Taichner G, Yafe C, Zohar S,

- Bilancia B (2003) Pregnancy outcome after laparoscopy or laparotomy in pregnancy. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 10:200-204
55. Oelsner G, Stockheim D, Soriano D, Goldenberg M, Seidman DS, Cohen SB, Admon D, Novikov I, Maschiach S, Carp HJ, Anderman S, Ben-Ami M, Ben-Arie A, Hagay Z, Bustan M, Shalev E, Carp H, Gemer O, Golan A, Holzinger M, Beyth Y, Horowitz A, Hamani Y, Keis M, Lavie O, Luxman D, Rojansky N, Taichner G, Yafe C, Zohar S, Bilanca B (2003) Pregnancy outcome after laparoscopy or laparotomy in pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 10:200-204
 56. McKellar DP, Anderson CT, Boynton CJ, Peoples JB (1992) Cholecystectomy during pregnancy without fetal loss. *Surgery, gynecology & obstetrics* 174:465-468
 57. Glasgow RE, Visser BC, Harris HW, Patti MG, Kilpatrick SJ, Mulvihill SJ (1998) Changing management of gallstone disease during pregnancy. *Surg Endosc* 12:241-246
 58. Affleck DG, Handrahan DL, Egger MJ, Price RR (1999) The laparoscopic management of appendicitis and cholelithiasis during pregnancy. *Am J Surg* 178:523-529
 59. Barone JE, Bears S, Chen S, Tsai J, Russell JC (1999) Outcome study of cholecystectomy during pregnancy. *Am J Surg* 177:232-236
 60. Rollins MD, Chan KJ, Price RR (2003) Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy: a new standard of care. *Surg Endosc*
 61. Davis A, Katz VL, Cox R (1995) Gallbladder disease in pregnancy. *J Reprod Med* 40:759-762
 62. Muench J, Albrink M, Serafini F, Rosemurgy A, Carey L, Murr MM (2001) Delay in treatment of biliary disease during pregnancy increases morbidity and can be avoided with safe laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg* 67:539-542; discussion 542-533
 63. Visser BC, Glasgow RE, Mulvihill KK, Mulvihill SJ (2001) Safety and timing of nonobstetric abdominal surgery in pregnancy. *Dig Surg* 18:409-417
 64. Geisler JP, Rose SL, Mernitz CS, Warner JL, Hiatt AK (1998) Non-gynecologic laparoscopy in second and third trimester pregnancy: obstetric implications. *Jsls* 2:235-238
 65. Stepp K, Falcone T (2004) Laparoscopy in the second trimester of pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 31:485-496, vii
 66. Pucci RO, Seed RW (1991) Case report of laparoscopic cholecystectomy in the third trimester of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 165:401-402
 67. Weber AM, Bloom GP, Allan TR, Curry SL (1991) Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. *Obstet Gynecol* 78:958-959
 68. Williams JK, Rosemurgy AS, Albrink MH, Parsons MT, Stock S (1995) Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 40:243-245
 69. Arvidsson D, Gerdin E (1991) Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. *Surg Laparosc Endosc* 1:193-194
 70. Costantino GN, Vincent GJ, Mukalian GG, Kliefoth WL, Jr. (1994) Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. *J Laparoendosc Surg* 4:161-164

71. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G (1999) Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 71:955-960
72. Curet MJ (2000) Special problems in laparoscopic surgery. Previous abdominal surgery, obesity, and pregnancy. *Surg Clin North Am* 80:1093-1110
73. Elkayam U GN (1982) Cardiovascular physiology of pregnancy, Alan R Liss, New York
74. Clark SL, Cotton DB, Pivarnik JM, Lee W, Hankins GD, Benedetti TJ, Phelan JP (1991) Position change and central hemodynamic profile during normal third-trimester pregnancy and post partum. *Am J Obstet Gynecol* 164:883-887
75. Gordon MC (2002) Maternal Physiology in Pregnancy. In: Gabbe SG, J.R. Niebyl, J.L. Simpson (ed) *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, Churchill Livingstone, Philadelphia, pp 63-91
76. Friedman JD, Ramsey PS, Ramin KD, Berry C (2002) Pneumoamnion and pregnancy loss after second-trimester laparoscopic surgery. *Obstetrics and gynecology* 99:512-513
77. Halpern NB (1998) Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy: a review of published experiences and clinical considerations. *Semin Laparosc Surg* 5:129-134
78. Lemaire BM, van Erp WF (1997) Laparoscopic surgery during pregnancy. *Surg Endosc* 11:15-18
79. Canis M, Rabischong B, Houille C, Botchorishvili R, Jardon K, Safi A, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA (2002) Laparoscopic management of adnexal masses: a gold standard? *Curr Opin Obstet Gynecol* 14:423-428
80. Malangoni MA (2003) Gastrointestinal surgery and pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 32:181-200
81. Wang CJ, Yen CF, Lee CL, Soong YK (2002) Minilaparoscopic cystectomy and appendectomy in late second trimester. *Jsls* 6:373-375
82. Akira S, Yamanaka A, Ishihara T, Takeshita T, Araki T (1999) Gasless laparoscopic ovarian cystectomy during pregnancy: comparison with laparotomy. *Am J Obstet Gynecol* 180:554-557
83. Murakami T, Noda T, Okamura C, Terada Y, Morito Y, Okamura K (2003) Cul-de-sac packing with a metreurynter in gasless laparoscopic cystectomy during pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 10:421-423
84. Schmidt T, Nawroth F, Foth D, Rein DT, Romer T, Mallmann P (2001) Gasless laparoscopy as an option for conservative therapy of adnexal pedical torsion with twin pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 8:621-622
85. Romer T, Bojahr B, Schwesinger G (2002) Treatment of a torqued hematosalpinx in the thirteenth week of pregnancy using gasless laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 9:89-92
86. Melgrati L, Damiani A, Franzoni G, Marziali M, Sesti F (2005) Isobaric (gasless) laparoscopic myomectomy during pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol* 12:379-381

87. Matsumoto T, Nishi M, Yokota M, Ito M (1999) Laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 93:849
88. Oguri H, Taniguchi K, Fukaya T (2005) Gasless laparoscopic management of ovarian cysts during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 91:258-259
89. lafrati MD, Yarnell R, Schwaitzberg SD (1995) Gasless laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. *J Laparoendosc Surg* 5:127-130
90. Hume RF, Killiam AP (1990) Maternal Physiology. In: Scott JR, J. KiSaia, D.B. Hammon (ed) *Obstetrics and Gynecology*, JB Lippincott, Philadelphia, pp 93-100
91. (1998) Guidelines for laparoscopic surgery during pregnancy. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES). *Surg Endosc* 12:189-190
92. Hunter JG, Swanstrom L, Thornburg K (1995) Carbon dioxide pneumoperitoneum induces fetal acidosis in a pregnant ewe model. *Surg Endosc* 9:272-277; discussion 277-279
93. Reedy MB, Galan HL, Bean-Lijewski JD, Carnes A, Knight AB, Kuehl TJ (1995) Maternal and fetal effects of laparoscopic insufflation in the gravid baboon. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2:399-406
94. Curet MJ, Vogt DA, Schob O, Qualls C, Izquierdo LA, Zucker KA (1996) Effects of CO₂ pneumoperitoneum in pregnant ewes. *J Surg Res* 63:339-344
95. Barnard JM, Chaffin D, Droste S, Tierney A, Phernetton T (1995) Fetal response to carbon dioxide pneumoperitoneum in the pregnant ewe. *Obstet Gynecol* 85:669-674
96. Cruz AM, Southerland LC, Duke T, Townsend HG, Ferguson JG, Crone LA (1996) Intraabdominal carbon dioxide insufflation in the pregnant ewe. Uterine blood flow, intraamniotic pressure, and cardiopulmonary effects. *Anesthesiology* 85:1395-1402
97. Soper NJ, Hunter JG, Petrie RH (1992) Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. *Surg Endosc* 6:115-117
98. Comitalo JB, Lynch D (1994) Laparoscopic cholecystectomy in the pregnant patient. *Surg Laparosc Endosc* 4:268-271
99. Bhavani-Shankar K, Steinbrook RA, Brooks DC, Datta S (2000) Arterial to end-tidal carbon dioxide pressure difference during laparoscopic surgery in pregnancy. *Anesthesiology* 93:370-373
100. Melnick DM, Wahl WL, Dalton VK (2004) Management of general surgical problems in the pregnant patient. *Am J Surg* 187:170-180
101. Jorgensen JO, Lalak NJ, North L, Hanel K, Hunt DR, Morris DL (1994) Venous stasis during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc* 4:128-133
102. (1992) Risk of and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. Thromboembolic Risk Factors (THRIFT) Consensus Group. *Bmj* 305:567-574
103. Casele HL (2006) The use of unfractionated heparin and low molecular weight heparins in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology* 49:895-905
104. Hiatt JR, Hiatt JC, Williams RA, Klein SR (1986) Biliary disease in pregnancy: strategy for surgical management. *Am J Surg* 151:263-265

105. Ghumman E, Barry M, Grace PA (1997) Management of gallstones in pregnancy. *Br J Surg* 84:1646-1650
106. Chamogeorgakis T, Lo Menzo E, Smink RD, Jr., Feuerstein B, Fantazzio M, Kaufman J, Brennan EJ, Russell R (1999) Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy: three case reports. *Jsls* 3:67-69
107. Steinbrook RA, Brooks DC, Datta S (1996) Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. Review of anesthetic management, surgical considerations. *Surg Endosc* 10:511-515
108. Date RS, Kaushal M, Ramesh A (2008) A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. *Am J Surg* 196:599-608
109. Scott LD (1992) Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 21:803-815
110. Printen KJ, Ott RA (1978) Cholecystectomy during pregnancy. *Am Surg* 44:432-434
111. Jelin EB, Smink DS, Vernon AH, Brooks DC (2008) Management of biliary tract disease during pregnancy: a decision analysis. *Surg Endosc* 22:54-60
112. Graham G, Baxi L, Tharakan T (1998) Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy: a case series and review of the literature. *Obstet Gynecol Surg* 53:566-574
113. DeVore GR (1980) Acute abdominal pain in the pregnant patient due to pancreatitis, acute appendicitis, cholecystitis, or peptic ulcer disease. *Clin Perinatol* 7:349-369
114. Borum ML (1998) Hepatobiliary diseases in women. *Med Clin North Am* 82:51-75
115. Tuech JJ, Binelli C, Aube C, Pessaux P, Fauvet R, Descamps P, Arnaud JP (2000) Management of choledocholithiasis during pregnancy by magnetic resonance cholangiography and laparoscopic common bile duct stone extraction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 10:323-325
116. Baillie J, Cairns SR, Putman WS, Cotton PB (1990) Endoscopic management of choledocholithiasis during pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 171:1-4
117. Sungler P, Heinerman PM, Steiner H, Waclawiczek HW, Holzinger J, Mayer F, Heuberger A, Boeckl O (2000) Laparoscopic cholecystectomy and interventional endoscopy for gallstone complications during pregnancy. *Surg Endosc* 14:267-271
118. Cosenza CA, Saffari B, Jabbour N, Stain SC, Garry D, Parekh D, Selby RR (1999) Surgical management of biliary gallstone disease during pregnancy. *Am J Surg* 178:545-548
119. Barthel JS, Chowdhury T, Miedema BW (1998) Endoscopic sphincterotomy for the treatment of gallstone pancreatitis during pregnancy. *Surg Endosc* 12:394-399
120. Scapa E (1995) To do or not to do an endoscopic retrograde cholangiopancreatography in acute biliary pancreatitis? *Surg Laparosc Endosc* 5:453-454
121. Andreoli M, Sayegh SK, Hoefler R, Matthews G, Mann WJ (1996) Laparoscopic cholecystectomy for recurrent gallstone pancreatitis during pregnancy. *South Med J* 89:1114-1115

122. Korndorffer JR Jr, Fellingner E, Reed W (2010) SAGES guideline for laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 24:757-761
123. Schwartzberg BS, Conyers JA, Moore JA (1997) First trimester of pregnancy laparoscopic procedures. *Surg Endosc* 11:1216-1217
124. Thomas SJ, Brisson P (1998) Laparoscopic appendectomy and cholecystectomy during pregnancy: six case reports. *Jsls* 2:41-46
125. Barnes SL, Shane MD, Schoemann MB, Bernard AC, Boulanger BR (2004) Laparoscopic appendectomy after 30 weeks pregnancy: report of two cases and description of technique. *Am Surg* 70:733-736
126. de Perrot M, Jenny A, Morales M, Kohlik M, Morel P (2000) Laparoscopic appendectomy during pregnancy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 10:368-371
127. Schreiber JH (1990) Laparoscopic appendectomy in pregnancy. *Surg Endosc* 4:100-102
128. Sadot E, Telem DA, Arora M, Butala P, Nguyen SQ, Divino CM Laparoscopy: a safe approach to appendicitis during pregnancy. *Surg Endosc* 24:383-389
129. Lemieux P, Rheaume P, Levesque I, Bujold E, Brochu G (2009) Laparoscopic appendectomy in pregnant patients: a review of 45 cases. *Surg Endosc* 23:1701-1705
130. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM (2007) Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. *J Am Coll Surg* 205:534-540
131. Shalhav AL, Landman J, Afane J, Levi R, Clayman RV (2000) Laparoscopic adrenalectomy for primary hyperaldosteronism during pregnancy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 10:169-171
132. Finkenstedt G, Gasser RW, Hofle G, Lhotta K, Kolle D, Gschwendtner A, Janetschek G (1999) Pheochromocytoma and sub-clinical Cushing's syndrome during pregnancy: diagnosis, medical pre-treatment and cure by laparoscopic unilateral adrenalectomy. *J Endocrinol Invest* 22:551-557
133. Aishima M, Tanaka M, Haraoka M, Naito S (2000) Retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy in a pregnant woman with Cushing's syndrome. *J Urol* 164:770-771
134. Lo CY, Lo CM, Lam KY (2002) Cushing's syndrome secondary to adrenal adenoma during pregnancy. *Surg Endosc* 16:219-220
135. Janetschek G, Finkenstedt G, Gasser R, Waibel UG, Peschel R, Bartsch G, Neumann HP (1998) Laparoscopic surgery for pheochromocytoma: adrenalectomy, partial resection, excision of paragangliomas. *J Urol* 160:330-334
136. Demeure MJ, Carlsen B, Traul D, Budney C, Lalande B, Lipinski A, Cruikshank D, Kotchen T, Wilson S (1998) Laparoscopic removal of a right adrenal pheochromocytoma in a pregnant woman. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 8:315-319
137. Pace DE, Chiasson PM, Schlachta CM, Mamazza J, Cadeddu MO, Poulin EC (2002) Minimally invasive adrenalectomy for pheochromocytoma during pregnancy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 12:122-125

138. Gagner M, Breton G, Pharand D, Pomp A (1996) Is laparoscopic adrenalectomy indicated for pheochromocytomas? *Surgery* 120:1076-1079; discussion 1079-1080
139. Wolf A, Goretzki PE, Rohrborn A, Feldkamp J, Simon D, Scherbaum WA, Roher HD (2004) Pheochromocytoma during pregnancy: laparoscopic and conventional surgical treatment of two cases. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 112:98-101
140. Kim PT, Kreisman SH, Vaughn R, Panton ON (2006) Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma in pregnancy. *Can J Surg* 49:62-63
141. Griffiths J, Sia W, Shapiro AM, Tataryn I, Turner AR (2005) Laparoscopic splenectomy for the treatment of refractory immune thrombocytopenia in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 27:771-774
142. Hardwick RH, Slade RR, Smith PA, Thompson MH (1999) Laparoscopic splenectomy in pregnancy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 9:439-440
143. Allran CF, Jr., Weiss CA, 3rd, Park AE (2002) Urgent laparoscopic splenectomy in a morbidly obese pregnant woman: case report and literature review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 12:445-447
144. Iwase K, Higaki J, Yoon HE, Mikata S, Tanaka Y, Takahashi T, Hatanaka K, Tamaki T, Hori S, Mitsuda N, Kamiike W (2001) Hand-assisted laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura during pregnancy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 11:53-56
145. Anglin BV, Rutherford C, Ramus R, Lieser M, Jones DB (2001) Immune thrombocytopenic purpura during pregnancy: laparoscopic treatment. *Jsls* 5:63-67
146. O'Connor JP, Biyani CS, Taylor J, Agarwal V, Curley PJ, Browning AJ (2004) Laparoscopic nephrectomy for renal-cell carcinoma during pregnancy. *J Endourol* 18:871-874
147. Sainsbury DC, Dorkin TJ, MacPhail S, Soomro NA (2004) Laparoscopic radical nephrectomy in first-trimester pregnancy. *Urology* 64:1231 e1237-1238
148. Bozzo M, Buscaglia M, Ferrazzi E (1997) The management of persistent adnexal masses in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 177:981-982
149. Thornton JG, Wells M (1987) Ovarian cysts in pregnancy: does ultrasound make traditional management inappropriate? *Obstet Gynecol* 69:717-721
150. Grimes WH, Jr., Bartholomew RA, Colvin ED, Fish JS, Lester WM (1954) Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 68:594-605
151. Sherard GB, 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL (2003) Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 189:358-362; discussion 362-353
152. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF, Winkel CA, Cruikshank DP, Morrison JC (1988) Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy: report of fifty-four patients requiring laparotomy for definitive management. *Am J Obstet Gynecol* 158:1029-1034

153. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME (2005) Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstetrics and gynecology* 105:1098-1103
154. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobelt N, Mariani S (2003) A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *Bjog* 110:578-583
155. Condous G, Khalid A, Okaro E, Bourne T (2004) Should we be examining the ovaries in pregnancy? Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first-trimester sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 24:62-66
156. (2007) ACOG Practice Bulletin. Management of adnexal masses. *Obstetrics and gynecology* 110:201-214
157. Nezhat F, Nezhat C, Silfen SL, Fehnel SH (1991) Laparoscopic ovarian cystectomy during pregnancy. *J Laparoendosc Surg* 1:161-164
158. Parker WH, Levine RL, Howard FM, Sansone B, Berek JS (1994) A multicenter study of laparoscopic management of selected cystic adnexal masses in postmenopausal women. *J Am Coll Surg* 179:733-737
159. Tazuke SI, Nezhat FR, Nezhat CH, Seidman DS, Phillips DR, Nezhat CR (1997) Laparoscopic management of pelvic pathology during pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 4:605-608
160. Chung MK, Chung RP (2001) Laparoscopic extracorporeal oophorectomy and ovarian cystectomy in second trimester pregnant obese patients. *Jsls* 5:273-277
161. Yuen PM, Chang AM (1997) Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 76:173-176
162. Loh FH, Chua SP, Khalil R, Ng SC (1998) Case report of ruptured endometriotic cyst in pregnancy treated by laparoscopic ovarian cystectomy. *Singapore medical journal* 39:368.
163. Stepp KJ, Tulikangas PK, Goldberg JM, Attaran M, Falcone T (2003) Laparoscopy for adnexal masses in the second trimester of pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 10:55-59
164. Neiswender LL, Toub DB (1997) Laparoscopic excision of pelvic masses during pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 4:269-272
165. Yuen PM, Ng PS, Leung PL, Rogers MS (2004) Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy. *Surg Endosc* 18:1354-1357
166. Parker J, Watkins W, Robinson H, Byrne D (1995) Laparoscopic adnexal surgery during pregnancy: a case of heterotopic tubal pregnancy treated by laparoscopic salpingectomy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 35:208-210
167. Moore RD, Smith WG (1999) Laparoscopic management of adnexal masses in pregnant women. *J Reprod Med* 44:97-100





168. Lin YH, Hwang JL, Huang LW, Seow KM (2003) Successful laparoscopic management of a huge ovarian tumor in the 27th week of pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 48:834-836
169. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G (2003) Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 108:217-222
170. Struyk AP, Treffers PE (1984) Ovarian tumors in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 63:421-424
171. Nichols DH, Julian PJ (1985) Torsion of the adnexa. *Clin Obstet Gynecol* 28:375-380
172. Mage G, Canis M, Manhes H, Pouly JL, Bruhat MA (1989) Laparoscopic management of adnexal torsion. A review of 35 cases. *J Reprod Med* 34:520-524
173. Garzarelli S, Mazzuca N (1994) One laparoscopic puncture for treatment of ovarian cysts with adnexal torsion in early pregnancy. A report of two cases. *J Reprod Med* 39:985-986
174. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB (1997) Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med* 42:435-439
175. Abu-Musa A, Nassar A, Usta I, Khalil A, Hussein M (2001) Laparoscopic unwinding and cystectomy of twisted dermoid cyst during second trimester of pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 8:456-460
176. Bassil S, Steinhart U, Donnez J (1999) Successful laparoscopic management of adnexal torsion during week 25 of a twin pregnancy. *Hum Reprod* 14:855-857
177. Argenta PA, Yeagley TJ, Ott G, Sondheimer SJ (2000) Torsion of the uterine adnexa. Pathologic correlations and current management trends. *J Reprod Med* 45:831-836
178. Tarraza HM, Moore RD (1997) Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. *Surg Clin North Am* 77:1371-1394
179. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S (1993) Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril* 60:976-979
180. Cappell MS, Friedel D (2003) Abdominal pain during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 32:1-58
181. Sharp HT (2002) The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 45:405-413
182. Katz VL, Farmer RM (1999) Controversies in tocolytic therapy. *Clinical obstetrics and gynecology* 42:802-819
183. Berkman ND, Thorp JM, Jr., Lohr KN, Carey TS, Hartmann KE, Gavin NI, Hasselblad V, Idicula AE (2003) Tocolytic treatment for the management of preterm labor: a review of the evidence. *American journal of obstetrics and gynecology* 188:1648-1659
184. Tan TC, Devendra K, Tan LK, Tan HK (2006) Tocolytic treatment for the management of preterm labour: a systematic review. *Singapore medical journal* 47:361-366
185. Romero R, Sibai BM, Sanchez-Ramos L, Valenzuela GJ, Veille JC, Tabor B, Perry KG, Varner M, Goodwin TM, Lane R, Smith J, Shangold G, Creasy GW (2000) An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: a randomized, double-

blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue. American journal of obstetrics and gynecology 182:1173-1183

Հավելված. 1.



Աղյուսակ 1.

Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ (GRADE)

Ապացույցների որակ	Սահմանում	Օգտագործվող նշան
Բարձր որակ	Հետագա հետազոտությունները քիչ հավանական են, որ կփոփոխեն տրված գնահատականը ազդեցության վերաբերյալ	
Միջին որակ	Հետագա հետազոտությունները հավանակ է կփոխեն վստահությունը տրված գնահատակի հանդեպ և կփոխվի գնահատականը ազդեցության վերաբերյալ	
Ցածր որակ	Հետագա հետազոտությունները շատ հավանական է կփոխեն վստահությունը գնահատականի հանդեպ և կփոխվի գնահատակը	
Շատ ցածր որակ	Ցանկացած գնահատական ազդեցության վերաբերյալ ոչ հստակ է	

Աղյուսակ 2.

Խորհուրդների ուժը ըստ GRADE համակարգի

Ուժեղ	Այս տարբերակի դեպքում շատ հստակ է, որ օգուտը գերազանցում է ռիսկային գործոնի վտանգը	
Թույլ	Ռիսկը և առավելությունները գնահատվում են հավասար, տարբեր կլինիկաներում գտնվող հիվանդների համար կարող են տարբեր որոշումներ ընդունել/ առավելությունների առկայությունը հնարավոր է, բայց ոչ հստակ	

Հավելված 2.

Ուղեցույցի խորհուրդների ամփոփում

Ա. Ախտորոշում

Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Խորհուրդ 1. Ուլտրաձայնային հետազոտությունը հղի հիվանդի մոտ սուր որովայնային ցավի ախտաձագումը բացահայտելու անվտանգ և օգտակար մեթոդ է (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Իոնացնող ճառագայթման ռիսկերը

Խորհուրդ 2. Արագ և ճշգրիտ ախտորոշումը պետք է գերակա լինի իոնացնող ճառագայթման ստեղծած մտահոգությունների նկատմամբ: Ճառագայթման դոզան չպետք է գերազանցի 5-10 ռադ. չափման միավորը հղիության ընթացքում (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Համակարգչային շերտագրություն

Խորհուրդ 3. Ժամանակակից բազմաշերտ համակարգչային շերտագրությունը ապահովում է ճառագայթման մինիմալ դոզա և անհրաժեշտության դեպքում կարող է օգտագործվել հղիության ժամանակ (չափավոր; թույլ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրում

Խորհուրդ 4. Մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիան առանց Գադոլինիում կոնտրաստ նյութի ներերակային ներարկման, թույլատրելի է հղիության ցանկացած ժամկետում (ցածր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Միջուկային բժշկություն

Խորհուրդ 5. Ռադիոնուկլիդային ախտորոշումը հիմնականում անվտանգ է թե մոր, թե պտղի համար (ցածր; թույլ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Խոլանգիոգրաֆիա

Խորհուրդ 6. Ներվիրահատական և էնդոսկոպիկ խոլանգիոգրաֆիան ընտրողաբար օգտագործվում է հղիության ընթացքում: Խոլանգիոգրաֆիայի ընթացքում որովայնի ստորին հատվածը պետք է պաշտպանված լինի, որպեսզի մինիմալի հասցվի պտղի ճառագայթումը (ցածր; թույլ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Բ. Վիրահատության եղանակը

Խորհուրդ 7. Սուր որովայնի պատկերի առկայության դեպքում լապարասկոպիայով ախտորոշման եղանակի կիրառումը անվտանգ և էֆեկտիվ է, որն օգտագործվում է նաև վերջինիս բուժման համար (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Պացիենտների ընտրությունը

Նախավիրահատական ընտրությունը

Խորհուրդ 8. Սուր որովայնով հիվանդությունների դեպքում լապարասկոպիայի կիրառման ցուցումները նույնն են հղիների և ոչ հղիների մոտ (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Լապարասկոպիան և հղիության եռամսյակը

Խորհուրդ 9. Լապարասկոպիկ միջամտությունները կարող են իրականացվել հղիության ցանկացած եռամսյակում (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Գ. Բուժումը

Հիվանդի դիրքը վիրահատական սեղանի վրա

Խորհուրդ 10. Հղի հիվանդը պետք է պառկի ձախ կողքի վրա, որպեսզի նվազի խոշոր անոթների սեղմման աստիճանը (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Սկզբնական գործողություններ

Խորհուրդ 11. Որովայնի խոռոչի հասանելիությունը կարելի է ապահովել բաց (Հասսոնի) եղանակով, Վերեշի ասեղով կամ օպտիկական տրոակարի միջոցով (չափավոր; ուժեղ):

Ներորովայնային ճնշման ապահովումը

Խորհուրդ 12. CO₂ գազի 10-15մմ. սս. ներմուծումը կարելի է անվտանգ կերպով իրականացնել հղիների մոտ (չափավոր; ուժեղ):

CO₂-ի մոնիտորինգային հսկումը վիրահատության ժամանակ

Խորհուրդ 13. Ներվիրահատական CO₂- մոնիտորինգային հսկումը կապնոգրաֆի օգնությամբ կարելի է անվտանգ իրականացնել հղիների մոտ (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Երակային թրոմբոէմբոլիայի առաջացման կանխարգելում

Խորհուրդ 14. Վիրահատության ժամանակ և հետվիրահատական վաղ շրջանում պնևմատիկ կոմպրեսիայի կիրառումը ու հնարավորինս շուտ ոտքի կանգնել ու քայլելը հանդիսանում են խորանիստ երակների թրոմբոէմբոլիկ հիվանդության առաջացման կանխարգելիչ մեթոդներ հղիների մոտ (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Լեղապարկի հիվանդություններ

Խորհուրդ 15. Խոլեցիստէկտոմիան լեղապարկի հիվանդության բուժման տարբերակ է հղիների համար, անկախ հղիության եռամսյակից (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Ընդհանուր լեղածորանում քարերի առկայություն

Խորհուրդ 16. Խոլեդոխոլիթիազը հղիության ընթացքում կարող է հաստատվել էնդոսկոպիկ նախավիրահատական ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատիկոգրաֆիայով, զուգակցված սֆինկտերոտոմիայի հետ, որին կարող է հետևել լապարասկոպիկ խոլեցիստէկտոմիան, լեղածորանի լապարասկոպիկ հետազոտությունը կամ հետվիրահատական էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոգրաֆիան (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիա

Խորհուրդ 17. Լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիան կարող է անվտանգ կերպով անցկացվել հղի պացիենտների շրջանում (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Առանձին օրգանների հեռացում

Խորհուրդ 18. Լապարասկոպիկ եղանակով մակերիկամի մասնահատումը, նեֆրէկտոմիան և սպլենէկտոմիան անվտանգ են և հղիների համար ((ցածր; թույլ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Ձվարանի կիստաներ

Խորհուրդ 19. Լապարասկոպիան համարվում է անվտանգ եղանակ ձվարանի կիստաներ ունեցող հղի հիվանդների համար: Ընդունելի է նաև հղիի ուղղակի հսկողության տակ մնալը, եթե ՈւՁՀ-ի ժամանակ կիստաների որևէ չարորակացման նշան չի նկատվել և օնկոմարկերները համապատասխանում են նորմային: Ուղղակի հսկողության տակ պահելը նման հիվանդներին ընդունելի է, եթե կիստոզ օջախների չափը չի գերազանցում 6 սմ-ը (ցածր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Ձվարանի կիստաների և փողի ոլորում

Խորհուրդ 20. Լապարասկոպիան ընդունված է այս դեպքում թե ախտորոշման և թե բուժման համար, եթե իհարկե, հիվանդի կլինիկական պատկերը չի պարտադրում լապարատոմիայի անցկացում (ցածր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Հղիի հսկողությունը վիրահատության ընթացքում

Պարզի սրտի բաբախի գրանցում

Խորհուրդ 21՝ Որովայնային անհետաձգելի վիրահատության դեպքում պտղի սրտի բաբախի հսկումը պետք է իրականացվի թե վիրահատությունից առաջ և թե հետո (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Խորհրդարվություն ծննդօգնության վերաբերյալ

Խորհուրդ 22. Խորհրդատվությունը՝ կապված ծննդօգնության հետ կարող է անցկացվել նախա- և հետվիրահատական շրջաններում, կախված հիվանդի կլինիկական վիճակից, հղիության ժամկետից և խորհրդատուի ներկա լինելուց (չափավոր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):

Տոկոլիտիկներ

Խորհուրդ 23. Տոկոլիտիկները հղի հիվանդների համար չպետք է հանդիսանան կանխարգելիչ միջոց արյունահոսության դեմ, սակայն կարող են ակտիվորեն օգտագործվել վիրահատված հղիների մոտ, եթե կա վաղաժամ ծննդաբերության վտանգ (բարձր; ուժեղ ապացուցողական նշանակություն ունի):