



Հայաստանի Հանրապետության  
առողջապահության նախարարություն

Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ  
**ԲԱԿԱՆՈՆ ԸՆԹԱՑՔՆՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ  
ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**





ՀՀ առողջապահության նախարարություն

Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և զինեկոլոգիայի ինստիտուտ

## ԲՆԱԿԱՆՈՆ ԸՆԹԱՑՔՈՎ ԾՆՍԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

(իիվանդանոցային մանկաբարձական բուժօգնություն իրականացնող  
բուժանձնակազմի համար)



ՀՐԱՄԱՆ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

p. 6pluu

N 697 - U

« 04 » սային 2010թ.

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության կռառավարագրյան 2006 թվականի դեկտեմբերի 21-ի «Թժշկական ծառայությունների որակական և տեխնիկական չափորոշիչների հշակման ժամանակացույցը հաւտատեղու մասին» N1841-Ն բրոշյանը հաստատված ժամանակացույցի 5-րդ կետը, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2007 թվականի հունվարի 31-ի «Թժշկական ծառայությունների որակական և տեխնիկական չափորոշիչների նշակման և հաւտատման գործնթացը իրականացնելու մասին» N165-Ա իրանակի 1-ին կամացը, ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի 2010թ. աշխատանքային ծրագիրը, ինչպես նաև բնականոն ընթացքով ծննդրաբերության վայրման կանոնակարգման և առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության չափորոշիչներին համապատասխանեցման նպատակով,

4P UU UU 3U UU 7U

- 1.Հաստատել թնականու թեքացքով ծննդաբերության վարման ռուղղությունը բայ հավելված 1-ի:  
2.ՀՀ մարզերի առողջապահության և սոցիալական ապահովության, Երևանի քաղաքապետային առողջապահության վարչությունների պետերին, ՀՀ տարածքում գործող մանկաբարձական հիվանդանոցային բաժօշնություն իրականացնելու իցենզավորված հաստիությունների տիտուլներին՝

የኩስጂዥና ከተማውን በመሆኑ ከሚከተሉት የሚከተሉት ስም ነው፡፡

3. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել ՀՀ տռողջապահության նախարարի տեղակա Ա. Ղոկասյանին:



### 2. FUNCTIONS





በ/ገብር

բնականության և ժամանակակից լուսավերության պարսպն

(Իիվանդանոցային մանկաբարձական բուժօգնություն  
իրականացնելու ընթացմանը նաև ազգային համար)

Digitized by srujanika@gmail.com



## **Բովանդակություն**

<b>ԵՐԱԽՏԻԳԻ ԽՈՍՔ</b> .....	<b>2</b>
<b>ՆԱԽԱԾՆԴՅԱՆ ԽՆԱՄՔ</b> .....	<b>3</b>
Նպատակառողիված նախածննդյան խնամքը եվ դրա կարևորությունը* .....	3
Ծննդաբերության ժամանակ սնվելը.....	10
Ծննդաբերության երկրորդ շրջան .....	16
<b>ԾՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԵՐՐՈՐԴ ՇՐՋԱՆԻ ՎԱՐՈՒՄ</b> .....	17
<b>ՀԵՏԾՆԴՅԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ</b> .....	22
Հավելված 1. Աշխատանքային խմբի անդամների ցանկը .....	29
Հավելված 2. Նախածննդյան խնամքի ուղեցույց.....	31
Հավելված 3. Սննդային տարբեր խմբերին պատկանող սննդատեսակների ցանկ, որոնք պետք է կիրառել հոլության ընթացքում.....	32
Հավելված 4. Ըստ բուժօգնության կազմակերպման մակարդակների ծննդաօգնության հիմնարկների դասակարգումը .....	33
Հավելված 5. Ծննդաբերության ժամանակ կիրառվող դեղորայքի ցանկ .....	40
Հավելված 6. Ծննդագիր.....	41
Հավելված 7. Ծննդաբերության քարտ No. _____ .....	42
Հավելված 8. Ծննդաբերության ամփոփաթերք .....	43
Հավելված 10: Հետծննդյան շրջանում հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառման ժամանակացույց .....	45



## ՆԱԽԱԲԱՆ

Մոր և մանկան առողջությունը գտնվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության մշտական ուշադրության կենտրոնում: Հաշվի առնելով որակյալ ծննդօգնության կարևորությունը քե՛ մոր և քե՛ երեխայի առողջության համար՝ առողջապահության նախարարի հրամանով ստեղծված աշխատանքային խումբը ձեռնամուխ եղավ նորմալ ծննդաբերության ազգային ստանդարտների մշակմանը: Այս աշխատանքների հիմնական նպատակն է ստեղծել հիմնավորված չափորոշիչներ՝ նորմալ ծննդաբերության վարման վերաբերյալ:

Հղիության և ծննդաբերության վարման վերաբերյալ ապացուցողական բժշկության առաջարկները շրջանառության մեջ են արդեն քառորդ դար, բայց դեռևս շարունակվում է որոշ անարդյունավետ գործառույթների կիրառումը՝ էպիգիոտոմիա, հոգնա, չհիմնավորված կեսարյան հատումներ և այլն: Փոխարենը քիչ են կիրառվում ապացուցված արյունավետ գործառույթները, որոնցից է, օրինակ, ծննդաբերության ժամանակ գուգընկերոց մասնակցությամբ շարունակական օժանդակությունը:

Մոր և նորածնի խնամքն իրականացնող մասնագետների գործողությունները պետք է հիմնվեն ապացուցված փաստերի վրա:

Առողջապահական համակարգը, օգտագործելով քաղաքական, կրթական, հետազոտական և ֆինանսական լծակները, ի գորու և խթանելու ապացույցների վրա հիմնված ծննդօգնությունը:

Բնականոն ընթացքով ծննդաբերության վարման ուղեցույցի ստեղծումն առաջին փորձն է միօրինականացնելու և կանոնակարգելու այս խիստ պատասխանատու ոլորտի աշխատանքները: Դա հնարավորություն կտա արյունավետորեն հսկելու ծննդօգնության կազմակերպման որակը, իսկ հետազայտմ հիմք կծառայի առողջապահության մյուս ոլորտներում ևս միօրինականացնելու համապատասխան կինհիկական գործառույթներն ու գործելակերպերը:

## ԵՐԱԽՏԻքի ԽՈՍՔ

Այս փաստաթղթի մշակումն իրականացվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի 09.12.2008 թ. N 1799-Ա հրամանով հաստատված աշխատանքային խմբի կողմից, ՀՀ ԱՆ և ԱՍՆ ՍԶԳ ՆՕՎՍ և ՆՕՎՍ2 ծրագրերի համագործակցության արդյունքում (աշխատանքային խմբի ցուցակը տե՛ս հավելված 1):

Աշխատանքային խմբի գործունեությունը անմիջականորեն դեկավարվել է ՀՀ գլխավոր մանկաբարձ գինեկողով, վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագրի ղեկավար, նախաձեռնող և աշխատանքային խմբի համակարգող, ՀՀ ԳԱԱ թղթակից անդամ, Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մանկաբարձության և գինեկողոգիայի թիվ 2 ամբիոնի վարիչ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր, ՊՄԳԻ-ի տնօրեն Ռ.Ազմիկ Արշալույսի Արքահամյանի կողմից, որի ամենօրյա մասնագիտական ու տեխնիկական աջակցությունն ու դեկավարումը սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքների բոլոր փուլերում հնարավոր դարձրին փաստաթղթի այս վերջնական տարրերակի պատրաստումը:

Փաստաթղթի գլխավոր խմբագիրն է ՀՀ ԱՆ Բժշկական օգնության կազմակերպման վարչության մոր և մանկան առողջության պահպանման բաժնի գլխավոր մասնագետ, բ.գ.դ., մանկաբարձ- գինեկողով Գայանե Սանասարի Ավագյանը:

Իրենց մասնագիտական արժեքավոր դիտողությունների համար աշխատանքային խմբի անդամները հատուկ շնորհակալություն են հայտնում ՀՀ ԱՆ Բժշկական օգնության կազմակերպման վարչության մոր և մանկան առողջության պահպանման բաժնի պետ, բ.գ.թ. Կարինե Սարիբեկյանին, ՍՍՍՊԳԿ տնօրեն, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Գ.Գ. Օկուլին, Սեռական առողջության և ընտանիքի պլանավորման կենտրոնի տնօրեն, Երևանի պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ) մանկաբարձության և գինեկողոգիայի թիվ 1 ամբիոնի վարիչ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Գ. Ա. Բեգլարյանին, “Երերունի” բժշկական կենտրոնի գործադիր տնօրեն Ա. Ա. Ռոստոմյանին և նույն կենտրոնի ծննդօգնության գծով փոխանորեն, բ.գ.թ. Ա.Պ. Պողոսյանին:

Փաստաթղթի պատրաստման աշխատանքներում շարունակական մասնագիտական աջակցություն են ցուցաբերել Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Միջազգային զարգացման գործակալության (ԱՄՆ ՍԶԳ) կողմից ֆինանսավորվող ՆՕՎՍ և ՆՕՎՍ2 ծրագրեր՝ հանձինս վերարտադրողական առողջության բարելավման խմբի դեկավար, մանկաբարձ- գինեկողով Գոհար Փանաջյանի և մայրական ու նորածնային առողջության մասնագետ, մանկաբարձ- գինեկողով Կարեն Աղամյանի:

## ՆԱԽԱԾՆՆԴՅԱՆ ԽՆԱՍՔ

### Նպատակառուղիված նախածննդյան խնամքը եվ դրա կարևորությունը\*

Նախածննդյան խնամքը հղի կնոջ հետևողական և անհրաժեշտ հսկումն է հղիության ողջ ընթացքում՝ հղիության զարգացումը հսկելու, վտանգի նշանները ժամանակին ախտորոշելու և համապատասխան միջոցառումներ ձեռնարկելու նպատակով, որի վերջնարդյունքը մոր անվտանգ ծննդաբերությունն է և առողջ նորածնի լույս աշխարհ գալ:

Նորմալ ընթացող հղիության դեպքում պետք է իրականացվի 4-6 այց, իսկ հղիության ախտաբանությունների դեպքում՝ ըստ անհրաժեշտության: Իդեալական դեպքում կնոջ հետ տարվող աշխատանքը պետք է սկսել մինչև բեղմնավորումը:

Առաջին այցի ժամանակ անհրաժեշտ է հավաքել մանրակրկիտ ընտանեկան, գենետիկական և մանկաբարձական անամնեք, տեղեկություններ շրջապատող միջավայրի, վնասակար սովորությունների, սննդակարգի, ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ:

Կնոջ մինչծննդաբերական հետազոտությունը պետք է որքան հնարավոր է վաղ սկսել:

### Նախածննդյան խնամքի կարևորությունը

#### Կանխարգելիչ բուժօգնություն՝ մոր և պտղի համար

Յուրաքանչյուր հղիության դեպքում առկա է որոշակի ռիսկ՝ մոր և պտղի համար: Այդ իսկ պատճառով նույնիսկ նորմալ հղիությունը պետք է դիտել որպես «ռիսկի խմբի» հղիություն: Քանի որ որոշ դեպքերում ռիսկի չափը ավելի մեծ է և պահանջում է նախնական կանխարգելիչ միջոցառումներ, որպեսզի նվազեն մոր և պտղի հիվանդացության կամ մահացության հավանականությունը:

«Ռիսկի խումբը» ճիշտ որոշելով կապված է բազմաթիվ գործոնների հետ, քանզի հաճախ ախտաբանությունների մեծ մասն ի հայտ է գալիս այնպիսի հղիությունների դեպքում, որոնք սկզբնական շրջանում հիմնականում հարթ են ընթանում:

Այս պատճառով շատ կարևոր է հղիության համապատասխան հսկողությունը նաև չքարդացած հղիության ժամանակ, որպեսզի հնարավորինս արագ հայտնաբերվեն բարդությունները, նվազեցվի մոր և պտղի մահացության և հիվանդացության դեպքերի թիվը:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ հղի կանանց ցածր կամ բարձր ռիսկի խմբերի դասակարգումը խիստ պայմանական է՝ մի շարք նկատառումներից ելնելով.

1. Յուրաքանչյուր հղի կնոջ վարումը պետք է լինի խիստ անհատական և ուղղված նրա իրական կարիքներին:
2. Հղիության ընթացքում բարդություններ առաջանում են հղիների մոտ 15-20%-ի շրջանում, սակայն մինչև դրանց առաջացումը դժվար է կանխատեսել, թե որ հղի կնոջ մոտ դրանք կզարգանան:
3. Ներ մասնագիտացում ունեցող բուժհաստատություններում բուժման կարիք են ունենում հղի կանանց միայն 15%-ը, ընդ որում, նրանց մեծ մասը պատկանում է ցածր համարվող ռիսկի խմբին:
4. Բարձր ռիսկի խմբի կանանց մոտ, ի տարբերություն ցածր ռիսկի խմբի կանանց, ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ ավելի քիչ են նկատվում. սա կարող է մասամբ բացատրվել այն փաստով, որ բարձր ռիսկի խումբ համարվող

կանայք հղության ընթացքում ավելի հաճախակի մասնագիտական քննություններ են անցնում:

5. Ոչ այնքան դժվար խնդիր է առկա բարդությունների ճանաչումը, որքան դժվար է դրանց վաղ դրսորումների հայտնաբերումը, որի համար անհրաժեշտ են որակյալ խնամք և հսկողություն:

### Նպատակառուղիված նախածննդյան խնամք

Նպատակառուղիված նախածննդյան խնամքի ժամանակ կարևորվում են բարդությունների կանխարգելումը, վաղ ախտորոշումը և այն իրավիճակի վարումը, որը կարող է անդրադառնալ ինչպես հղության ելքին, այնպես էլ երեխային<sup>1</sup>:

Այս մոտեցումը տարբերվում է սովորական նախածննդյան խնամքից, որը ներառում էր ավանդական մի շարք բաղադրիչներ, որոնք նպատակառուղիված չեն որևէ կոնկրետ խնդրի: Այսօրինակ նախածննդյան խնամքի ժամանակ չեղացած այցերի թիվն ու հաճախականությունը, ընդգրկվում էր մոտ 12 այց՝ կանանց կոնսուլտացիա, բուժհաստատություն, եթե կինը նախածննդյան այցը նախածննդյան է հղության առաջին եռամսյակում (առաջին վեց ամսվա ընթացքում՝ ամիսը մեկ անգամ, հաջորդ երկու ամիսների ընթացքում՝ երկու-երեք շաբաթը մեկ անգամ, այնուհետև՝ շաբաթը մեկ անգամ՝ մինչև ծննդաբերությունը):

Ներկայումս նախածննդյան խնամքի ոչ ավանդական, նոր մոդելը շեշտադրում է ոչ թե նախածննդյան խնամքի այցերի թիվը, այլ դրանց իրականացման որակը, և ենթադրում է.

1. Ավելի սակավ այցեր, որոնցից յուրաքանչյուրը, նպատակային է:
2. Նախածննդյան այցեր՝ համաձայն ԱՀԿ առաջարկությունների, ըստ որոնց, չբարդացած ընթացքով հղության դեպքում նախածննդյան խնամքը սահմանափակվում է 4-6 նպատակառուղիված այցով:

### Նպատակառուղիված նախածննդյան խնամքի նպատակը

Նախածննդյան խնամքի նպատակը կանանց աջակցելն է՝ հղության ընթացքը գնահատելու և անհատական խնամքի այցերի միջոցով հղության առողջ ընթացք ապահովելու համար, այդ թվում՝

- առկա առողջական վիճակի և բարդությունների հայտնաբերում և բուժում
- հիվանդության և դրա բարդությունների կանխարգելում
- ծննդաբերության նախապատրաստում և բարդություններին դիմակայում
- առողջ ապրելակերպի խրախուսում

### Ծննդաբերության նախապատրաստումը և բարդություններին դիմակայումը

- Ծննդաբերությանը նախապատրաստվելով՝ հնարավոր կդառնա այն հավաստիացումը, որ կինը ինչպես ընտանիքից, այնպես էլ հմուտ բուժաշխատողից կստանա իրեն անհրաժեշտ աջակցությունն ու խնամքը:
- Հղի կանանց 15%-ի շրջանում զարգանում են կյանքին սպառնացող բարդություններ և այս բարդությունների մեծ մասը դժվար է կանխագուշակել. խնդիր առաջանալու դեպքում ցանկացած կին և նրա ընտանիքի անդամները պետք է պատրաստ լինեն համապատասխան կերպով արձագանքելու:

<sup>1</sup> ԱՄՆ ՄԶԳ Գլոբալ հեռուստուցման կենտրոն, հոկտեմբեր, 2005 , Նախածննդյան խնամքի վերապատրաստման փաթեթ, Դասընթացի հեղինակներ՝ Բարբարա Դելլեր, ACCESS, Ջրիս Դեյվիս, INFO Project  
<http://www.globalhealthlearning.org/courseguide.cfm?course=10>

## Առողջության պահպանումը

Նախածննդյան այցերի ընթացքում բուժաշխատողի և հղի կնոջ միջև անհատական փոխներգործությունը հնարավորություն է տալիս քննարկելու և սովորելու այն կարևոր դրույթներն ու վարքագծային գործոնները, որոնք անդրադառնում են հղի կնոջ առողջությանը, նրա հղության ընթացքին, երեխա ունենալու հետագա պլաններին և նորածնային շրջանին:

### Առկա առողջական խնդիրների և բարդությունների վաղ հայտնաբերումն ու բուժումը

Նպատակառության նախածննդյան այցերը հնարավորություն են ընձեռում՝

- հայտնաբերել քրոնիկ կամ վարակային հիվանդության նշաններն ու ախտանիշները, առողջական խնդիրը և ենդեմիկ հիվանդության առկայությունը, որը կարող է վճաս հասցնել հղի կնոջ և նրա մանկան առողջությանը, ինչպիսիք են օրինակ՝ ՍԻԱՎ-ը, ԶԻԱՀ-ը կամ այլ սեռավարակներ, սակավարյունությունը, սրտային հիվանդությունը, դիաբետը, թերսնուցումը, տուբերկուլոզը:

### Բարդությունների վաղ հայտնաբերումը և վարումը

- Հետազոտել այնպիսի նշանների և ախտանիշների առկայությունը, որոնք կարող են մատնանշել որևէ լուրջ, կյանքին սպառնացող վիճակներ, ինչպիսիք են՝ հեշտոցային արյունահոսությունը, պրեէկլամպսիան, վարակները, ծանր անեմիան, պտղի ոչ նորմալ դիրքը 36 շաբաթ հետո, պտղի ոչ կանոնավոր աճը կամ շարժումները:

Նպատակառության նախածննդյան այցերի ժամանակ բուժաշխատող-պացիենտ արդյունավետ փոխհարաբերությունը շատ կարևոր է՝ հղի կնոջն աջակցելու, ուղղորդելու, ինչպես նաև փոխադարձ վստահելի և հարգալից հարաբերություններ հաստատելու առումով:

### Հղի կնոջն ուղղված բուժօգնությունը

Հղի կնոջն ուղղված բուժօգնության միանշանակ առաջնահերթությունը մոր և նորածնի կյանքի և առողջության պահպանումն է և մարդու հիմնական իրավունքների ապահովումը:

- Կարևորվում են հավատամքն ու ազգային ավանդույթները, ինչպես նաև գենոտիպի դերը հաշվի առնվելու անհրաժեշտությունը և հարգանքը դրանց նկատմամբ:
- Կարևորվում է կնոջ և նրա ընտանիքի անդամների կամ այլ աջակցող անձանց մասնակցությունը նախածննդյան խնամքին:
- Կարևորվում են առողջապահական կրթական գրույցների մատչելիությունը, համապատասխանությունը և կոնկրետ, ազդու օրինակներով հիմնավորումը:
- Բուժաշխատողների և պացիենտների միջև ստեղծվում են միջանձնային կայուն հարաբերություններ:
- Ավելի իրական և մատչելի է դառնում տրամադրվող բուժօգնությունը:
- Շոշափելի է դառնում բուժսպասարկման որակի հետ կապված չափորոշիչների ներդրումը:

## ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՍԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՄԿՋԲՈՒՆՉԵՐԸ

Ծննդոցնության համակարգում ձևավորված իրավիճակի վերլուծությունը ցույց է տվել մի շաբ դրույթների անհիմն լինելը: Հղիությունը հիվանդություն չէ. մեծ մասամբ (85%) այն ֆիզիոլոգիապես է ընթանում: Հարկ չկա, որ հղիության և ծննդաբերության վարումը իրականացվի առանց բժշկական միջամտությունների անհարկի կիրառմամբ:

Անհիմն միջամտությունները ֆիզիոլոգիապես ընթացող հղիության և ծննդաբերության վարման ընթացքում մեծ մասամբ նպաստում են ախտածնական վիճակների աճին և բնակչության անբավարպածությամբ:

Ընտանիքի պահանջները բավարարելու, մայրական և պերինատալ մահացության ցուցանիշներն իջեցնելու նպատակով համաշխարհային գիտական հանրությունը 1987թ. առաջարկեց «Անվտանգ մայրություն» ծրագրի իրականացումը:

«Անվտանգ մայրություն»-ը ներառում է ոչ միայն հիվանդացության և մահացության կանխարգելումը, այլև մոր և երեխայի խնամքը: Այս ծրագրի մեջ են մտնում կնոջ ֆիզիկական, մտավոր և սոցիալական ապահովությունը մինչև ծննդաբերությունը, ծննդաբերության ժամանակ և դրանից հետո, որոնք ել կապահովեն առողջ երեխայի ծնունդն ու առողջ մանկությունը:

Արդյունավետ աշխատանքի համար մանկաբարձական հաստատություններում անհրաժեշտ է աշխատանքային սկզբունքները համապատասխանեցնել ԱՀԿ-ի կողմից խորհուրդ տրվող ժամանակակից տեխնոլոգիաներին:

ԱՀԿ-ի խորհրդատվության համաձայն՝ բազմաթիվ երկրներ փոխել են մայրերին և երեխաներին ցուցաբերվող օգնության տեսակը և ստացել այնպիսի արդյունք, որն արտահայտվում է ինչպես մայրական և պերինատալ մահացության նվազումով, այնպես էլ բնակչության և բուժանձնակազմի միջև եղած հարաբերությունների բարելավմամբ:

Մայրական և պերինատալ խնամքը պետք է բավարարեն մայրերի, հայրերի, նորածինների և ընտանիքների ֆիզիկական և հոգեհուզական պահանջները:

**Անհիմն հոսպիտալացումը և կճոց երկարատև կեցությունը** մանկաբարձական հաստատություններում բարձրացնում է կանանց և նորածինների վարակման ռիսկը: Աշխարհում կատարված հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ ծննդկանների և նրանց նորածինների առանձին կեցությունը հետծննդյան շրջանում բարձրացնում է վարակման ռիսկը և նպաստում բարախասեպտիկ բարդությունների զարգացմանը: Ախտահանող նյութերի անհիմն կիրառումը նպաստում է պարողեն հարուցիչների շտամների նկատմամբ հակաբիոտիկների ազդեցության կայունությանը և հետո՝ ավելի ուշ, հակում դեպի ինֆեկցիոն բարդությունների առաջացումը:

Մանկաբարձական հաստատություններում հղիների, ծննդաբերների և ծննդկանների հարազատների այցելությունների սահմանափակումը չի ազդել նորածինների վարակման մակարդակի վրա: Ծննդոցնության հաստատություններում «քաց դրների» կիրառումը (հարազատների ազատ այցելությունները մոր և նորածնի մոտ) նվազեցնում է ներիիվանդանոցային վարակների առաջացման հավանականությունը՝ բարելավելով մոր և նորածնի առողջական ցուցանիշները:

### Մերձավորի ներկայությունը ծննդաբերության ժամանակ

Ծննդաբերության ժամանակ կնոջ համար կարևոր է նաև ամուսնու (զուգընկերող) կամ իր ընտրությամբ որևէ աջակցող հարազատի ներկայությունը: Սովորաբար ապագա մայրը ինքն է որոշում, թե ով է լինելու իր օգնականը:

Հյի կնոջը ցուցաբերած այսպիսի ֆիզիկական, բարոյական օգնությունը նպաստում է՝

- ծննդաբերության ժամանակի կրծատմանը
- ծննդաբերության ժամանակ ցավազրկող դեղամիջոցների պահանջի նվազմանը
- վիրաբուժական միջամտությունների թվի կրծատմանը
- Աբգարի սանդղակի համաձայն՝ ցածր գնահատականով ծնված նորածինների թվի կրծատմանը
- ծննդաբերության ընթացքում դրական հույզերի աճին

Մանկաբարձական հաստատություն ընդունվելիս հյին և նրան ուղեկցող անձինք պետք է ծանոթ լինեն տվյալ բուժհաստատության կողմից իրականացվող քաղաքականությանը, ձեռնարկվող բոլոր գործողություններին, միջոցառումներին և կանոններին:

1. Հյիին և նրա հարազատներին պետք է բացատրություն տրվի ծննդկանի ներկա առողջական վիճակի մասին:
2. Ցանկալի է, որ հենց սկզբից որոշվի, թե ծննդաբերության ընթացքում ով պետք է լինի նրա կողքին:
3. Բուժանձնակազմը պետք է սովորեցնի զուգընկերոջը հյիին հսկելու և օգնություն ցուցաբերելու հմտությունները:
4. Ծննդաբերելու ընթացքում հյիին երբեք չի կարելի մենակ թողնել: Պետք է կարևորել զուգընկերների կողմից կատարվող աշխատանքը և նրանց ամբողջությամբ տեղյակ պահել հսկողությունը սահմանող կանոնների մասին: Լավագույն դեպքում մեկ հյիին հսկում է մեկ մանկաբարձուիի:
5. Ծննդաբերության ողջ ընթացքում մանկաբարձուին դերը ոչ միայն մասնագիտացված հսկողության իրականացումն է, այլև ֆիզիկական և հոգեհուզական աջակցության ցուցաբերումը:

### **Ծնունդների վարման հիմնական սկզբունքները**

Նորմալ ընթացող ծննդաբերության դեպքում բուժօգնությունը պետք է ցուցաբերվի առանց դեղամիջոցների կիրառման:

- Ծննդաբերության ընթացքում պետք է ծննդաբերին ցուցաբերել ֆիզիկական և հոգեհուզական աջակցություն:
- Ծննդաբերության ընթացքում ծննդաբերին պետք է հնարավորություն տալ ընդունելու ազատ դիրք:
- Պետք է ծննդաբերին ակտիվորեն ներգրավել ծննդաբերության պլանի մշակման գործընթացում:
- Հյիին և նրա զուգընկերոջը ապահովել անհրաժեշտ տեղեկատվությամբ:
- Հյիի անձնական զաղտնիության ապահովում:
- Ծննդագրի լրացում:
- Ծննդաբերության ընթացքում «6 Մ-երի» սկզբունքի (մաքրության 6 պայմանների) կիրառում
- Հյիի և նորածնի անհատական հագուստի օգտագործում:

Նորմալ ծննդաբերություն է համարվում հյիության 37-42 շաբաթական, զիսային առաջադրությամբ, ինքնուրույն սկսված, առանց բժշկական միջամտությունների ընթացող մեկ երեխայի ծնունդը:

## Ծննդատուն ընդունվելիս անհրաժեշտ է՝

- մանրակրկիտ հավաքել անամնեզը
- գրանցնել հղիի առողջական վիճակի գլխավոր պարամետրերը, սեռական ուղիներից արտադրության առաջնային գնահատականը
- գնահատել պտղի սրտի գարկերի հաճախականությունը, եթե տեղի է ունեցել պտղապարկի պատռում, անհրաժեշտ է գնահատել հարպտղային ջրերի քանակն ու որակը

## Ծննդաբերության առաջին շրջանի վարման սկզբունքները

Ծննդաբերության առաջին շրջանի վարման հիմնական սկզբունքը ծննդաբերական ընթացքին հետևելը և նորմայ ընթացքից շեղուները ժամանակին հայտնաբերելն է: Հղիին և նրա զուգընկերոջը անհրաժեշտ է պարբերաբար տեղեկացնել ծննդաբերության ընթացքի և իրականացվող միջամտությունների մասին:

## Ծննդաբերության ժամանակ ազատ դիրքի ընտրությունը

Ծննդաբերին պետք է տրվի ազատ շարժվելու իրավունք՝ հարմար դիրքի ընտրությամբ՝ կանգնած, քայլելով, նստած, ծնկած և այլն: Ծննդաբերության ժամանակ ազատ դիրքի ընտրությունն օգնում է հղիին ավելի հեշտ դիմակայելու ցավին: Եթե հղին ծննդաբերության առաջին շրջանում նախընտրում է մեջքի վրա պառկած դիրքը, ապա հարկավոր է շմորանալ առաջարկել նրան շրջկել ձախ կողքի՝ ստորին սիներակի համախառնիչից խուսափելու համար:

## Ծննդաբերության ժամանակ մաքրող հոգնաների կիրառումը

Տարիներ շարունակ ծննդաբերության ժամանակ մաքրող հոգնաների կիրառումը շատ երկրներում պարտադիր գործելակերպ է եղել: Ենթադրվում էր նաև, որ, ուղիղ աղիքը դատարկելով, երեխայի ծնվելու համար ավելի ազատ տարածություն կատեղծվի, կլրճատվի կծկանքների տևողությունը, կնվազի ինչպես մոր, այնպես էլ երեխայի վարակվելու հավանականությունը: Ենթադրություններից մեկն էլ այն էր, որ այդպիսով հետոններան շրջանում հնարավոր էր նաև կարգավորել աղիների գործունեությունը, որն էլ հաճախ կնոց անհանգստության պատճառ էր դառնում: Որպես մաքրող հոգնաների թերություն նշվում էր վերոհիշյալ միջամտության տիհած բնույթը, անհարմարավետության (ողիսկոմֆորտի) զգացողությունը, հաճախ անհանգստացնող ցավերը, որոնք ծննդաբերը կարող էր զգալ ծննդաբերության ժամանակ, ինչպես նաև այն հանգամանքը, որ ճիգերի ժամանակ ջրիկ կղանքային մասսաները կարող էին աղտոտման և վարակների առաջացման պատճառ դառնալ:

Այս առիթով իրականացված բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքում հաստատվել է, որ մաքրող հոգնաներն էական ազդեցություն չունեն այնպիսի վարակների ցուցանիշների վրա, ինչպիսիք են պերինաստալ վերքային վարակները (կամ նորածնային այլ վարակներ), ինչպես նաև այն, որ այդօրինակ միջամտությունները չեն գոհացնում կանանց:<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Լ. Ռեվեյց, Լ.Գ. Գախտան, Հոգնաների կիրառումը ծննդաբերության ժամանակ, Համակարգված վելյուծությունների քրբեյնյան տվյալների բազա, 2007, Թողարկում 4. Հոդ. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2.

<sup>3</sup> Զ. Թաններ, Դ. Վոլփինզու, Ք. Մոնթասեր, Մազածածկույթի նախավիրահատական հեռացումը՝ վիրահատելի դաշտի վարակների հաճախականությունը նվազեցնելու նպատակով, Համակարգված վելյուծությունների քրբեյնյան տվյալների բազա, 2006, Թողարկում 3. Հոդ. No.: CD004122. DOI: 10.1002/14651858.CD004122.pub3.

Այս փաստերը չեն հաստատում ծննդաբերության ժամանակ մաքրող հոգնաների ռուտին կիրառման անհրաժեշտությունը, հետևաբար նմանօրինակ գործելակերպը ներկայումս չի խրախուսվում:

### **Սազածածկույթների սափրումը**

Ի թիվս այլ գործելակերպերի, վիրահասության նախապատրաստումը ավանդաբար ներառել է նաև վիրահատական վերքի շրջանից մազածածկույթի հեռացումը: Այնուամենայնիվ, կան մի շարք հետազոտությունների տվյալներ այն մասին, որ նախավիրահատական շրջանում վիրահատական դաշտի մազածածկույթների հեռացումը վտանգավոր է պացիենտների համար հիմնականում այն պատճառով, որ այն կարող է վարակ հարուցել վիրահատական դաշտում և այդ իսկ պատճառով պետք է ձեռնպահ մնալ դրանից:

Ավանդաբար համարվել է, որ, հեռացնելով շեքի մազածածկույթը, նվազեցվում է այդ հատվածի վարակման հավանականությունը: Բժշկության մեջ ներկայումս կիրառվում են մազածածկույթի հեռացման հետևյալ երեք տեսակները՝ սափրում, կտրում հասուն մկրատներով, քայլուի օգտագործում, որը լուծում է մազերը (դէպիլյացիոն քսուք):

Կատարված բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ վիրահատական դաշտի վերքային վարակների զարգացման առումով տարրերություններ չեն գրանցվել այն պացիենտների միջն, ում մազածածկույթը հեռացվել է մինչ վիրահատությունը և ում մազածածկույթը չի հեռացվել մինչ այդ: Եթե այնուամենայնիվ անհրաժեշտ է հեռացնել վիրահատական դաշտի մազածածկույթը, ապա կտրումն ու դէպիլյացիոն քսուքների օգտագործումը վիրահատական դաշտում հանգեցնում են նվազ քանակությամբ վարակների առաջացմանը, քան սափրելու դեպքում:

### **Ցավագրկումը ծննդաբերության ժամանակ**

Ծննդաբերության ժամանակ ցավի մակարդակը, որը զգում է ծննդաբերը, կախված է նրա հոգեհոգական վիճակից և նրան տրված տեղեկատվությունից: Կինը ցավը ավելի քիչ է զգում, երբ բուլացած վիճակում է, չի վախենում, երբ ներկա են զուգընկերը և ծնունդն ընդունող բուժանձնակազմը, այսինքն՝ երբ կինը շրջապատված է հոգատարությամբ:

Լայն կիրառում ստացած որոշ անալգետիկներ (ալրումեդոլ, պետիդին) ունեն որոշակի թերություններ (դանդաղեցում են ծննդաբերության ընթացքը, ներթափանցում են պտղապարկ՝ անցնելով ընկերքային անջրպետը, և ճնշում պտղի շնչառությունը): Դրանց հետևանքները հատկապես արտահայտվում են պտղի վրա, եթե անալգետիկները ներարկվում են երեխայի ծնվելուց մեկ ժամ առաջ: Այդ նորածինները մի քանի օր կարող են գտնվել ապարհայի վիճակում, որը բացասաբար է անդրադառնում կրծքով կերակրելուն:

Ցավագրկման այլ ձևերին են պատկանում հաղորդչական անզգայացումը (պերիդուրալ կամ սալինալ):

Պերիդուրալ անզգայացման ապացուցված առավելությունների հետ մեկտեղ ծննդաբերության ժամանակ նկատվում են նաև բացասական պահեր. որոշ չափով երկարում է ծննդաբերության առաջին շրջանը, ավելի լայնորեն է կիրառվում ծննդաբերական խրանիչները:

Այս ամենը հետծննդյան առաջին մի քանի օրերի ընթացքում կարող է զգալիորեն սահմանափակել կնոջ կողմից նորածնին խնամելու հնարավորությունը:

Ցավագրկման այլ բարանքային միջոցները, հատկապես ոչ դեղորայքայինները ավելի նախընտրելի են: Ծննդաբերության ընթացքում, հոգեբանական աջակցությանը զուգահեռ,

որը և ավելի կարևոր է, գոյություն ունեն նաև այլ հնարավորություններ: Առաջին հերին անհրաժեշտ է կնոջ ազատ դիրքի հնարավորություն տալ: Դա նշանակում է, որ նրա շարժումները չեն պատճեն կամ հատկապես ծննդաբերական գործունեության առաջին շրջանում:

Որոշ կանայք թերևություն են զգում գոյ ցնցուղ կամ լոգանք ընդունելուց կամ մեջքի մերսում կատարելուց: Նման արդյունք են տալիս շնչառական վարժությունները և ոելաքսացիան, որոնք շեղում են ծննդաբերի ուշադրությունը: Այսպիսի միջոցներն անվտանգ են և արդյունաբետ:

Անհրաժեշտ է խուսափել վախ և բացասական հույզեր առաջացնող իրավիճակներից: Ոչ մի դեպքում չի կարելի ծննդաբերին կշտամբել ցավերի ժամանակ ներկայացրած բողոքների համար և ասել նրան, որ ինքն իրեն «տիրապետի» կամ մտածի, որ դրանով նա վնասում է երեխային: Ցավը արտահայտելը կնոջ կողմից կարող է համարվել այս հաղթահարելու հոգեբանական միջոց և պետք չէ դիտել որպես անցանկալի և կշտամբելի երևույթ:

Մանկաբարձական ամբողջ անձնակազմը հնարավորինս պետք է աշխատի աջակցել կնոջ՝ հաղթահարելու ցավի զգացումը: Անհրաժեշտ զննումները պետք է կատարվեն նրորեն, վարվեցողության կանոնների սահմաններում, հարգալից և զգուշությամբ:

Այսպիսի մոտեցումը հիմնավորված է նաև ապացուցողական բժշկության տեսանկյունից: Դրական հույզերը նպաստում են ենդորֆինների առաջացնանը, որը հանգեցնում է ցավազրկող արդյունքի:

### **Ծննդաբերական գործունեության առաջընթացի գնահատականը**

Կնոջ և պտղի ընդհանուր վիճակի հսկողությունը իրականացնելու նպատակով կյանքի համար կարևոր նշանների գրանցումը պետք է կատարվի որոշակի ժամանակահատվածներում: Անհրաժեշտ է պարբերաբար հավասար ժամանակահատվածներում գրանցել արգանդի կծկումների ուժն ու հաճախականությունը: Գրաֆիկական գրանցման օրինակ է պարտագրաման (ծննդագիրը), որում պարզ տրված են ծննդաբերության ընթացքի բոլոր նրբությունները և առաջընթացը:

Ծննդաբերության առաջին շրջանի առաջընթացը որոշվում է արգանդի վզիկի բացվածքի չափով: Արգանդի վզիկի լրիվ բացվածքը, ըստ ընդհանուր ստանդարտների, 10 սմ է: Արգանդի վզիկի բացվածքի չափը որոշելու նպատակով կատարում են հեշտոցային զննում:

Սինչ հեշտոցային զննումներ կատարելը **անհրաժեշտ** է մանրակրկիտ ձևով լվանալ ձեռքեր՝ պահպանելով հակասեպտիկայի և ասեպտիկայի կանոնները, զննելու ժամանակ **կիրառել** ռետինե ստերիլ ձեռնոցներ:

Եթե չկան բժշկական համապատասխան ցուցումներ, պետք է խուսափել զննում կատարելուց:

### **Ծննդաբերության ժամանակ սնվելը**

Ծննդաբերության ընթացքում ծննդաբերը բավականին էներգիա է ծախսում և անհրաժեշտ է ծախսած էներգիան պարբերաբար լրացնել: Ծննդաբերության ընթացքում սննդի և հեղուկների ընդունման դաշտացումը հանգեցնում է դեհիդրատացիայի և ացիդոզի, որոնցից կարելի է խուսափել հեղուկներ խմելով և թերև սնունդ ընդունելով:

Համաձայն ժամանակակից մոտեցումների, ծննդաբերելու ընթացքում կինը կարող է ինքնուրույն որոշել սնունդ և հեղուկներ ընդունելու ժամանակը:

Ծննդաբերության ողջ ընթացքում մանկաբարձուհու դերը ոչ միայն կյանքի համար կարևոր կլինիկական ախտանիշները գրանցելն է, այլև ֆիզիկական և հոգեհոգական աջակցություն ցուցաբերելը:

Ծննդաբերությանը մասնակցող մանկաբարձուիին պետք է ծննդաբերին բացատրի կիրառվող բոլոր բուժգործողությունների նշանակությունը և բժշկական հետազոտությունների արդյունքները: Կանոցը պետք է տեղեկացնել ծննդաբերության ընթացքի և պտղի վիճակի մասին:

Ծննդաբերական սրահում ծննդաբերի մտերիմների ներկայությունը (մանկաբարձուի հետ միասին) դրական ազդեցություն է բողնում ծննդաբերության առաջընթացի և դրա ավարտի, մոր հետծննդաբերական ադապտացման, երեխայի և մոր փոխհարաբերությունների, կրծքով կերակրելու և ամուսնական զույգի փոխհարաբերությունների վրա: Զգալիորեն կրծատվում է ծննդաբերության տևողությունը և կեսարյան հատումների հաճախականությունը, նվազում է ցավազրկող դեղամշջոցների կիրառումը, բացակայում է նորածիններին անհետաձգելի բուժօգնություն ցուցաբերելու անհրաժեշտությունը: Դա նույնական դրական ազդեցություն է բողնում կրծքով կերակրելու, ինչպես նաև նորածինների լավ վիճակի վրա: Որոշ դեպքերում լավագույն օգնականը կնոջ ամուսինն է (զուգընկերը): Նկատվել է նաև, որ երբեմն մեզ ուրիշ կին ավելի օգտակար ընկերակից է դառնում ծննդաբերի համար: Դա կարող է լինել ծննդաբերի մայրը (կամ սկսուրը), բույրը կամ ընկերուիին: Ուղեկցող անձին պետք է ընտրի ծննդաբերը:

Չուզրնկերը կարող է ծննդաբերին ցուցաբերել այնպիսի ֆիզիկական օգնություն, ինչպիսին մերսումն է կամ երեսի քրտինքը սրբելը, սակայն ուղեկցող անձի էական օգնությունը հոգեհոգական աջակցությունն է:

## Ծննդագիր (պարտագրամա)

Պարտագրաման կիրառվում է ծննդաբերության առաջընթացը գրանցելու և դիտարկելու համար, ներառյալ արգանդի պարանոցի բացվածքը, պտղի գլխի իջեցումը և արգանդի կծկանքների հաճախականությունը և տևողությունը:

Ծննդագիր վերին մասում լրացվում է կնոյ անուն-ազգանունը, քանի<sup>4</sup> ծննդաբերություն է ունեցել, գրանցման (ծննդատան) համարը, ստացիոնար ընդունվելու ամսաթիվն ու ժամը և պտղաբաղանքը պատռվելու ժամը:<sup>4</sup>

**Պտղի սրտի զարկերը (ՊՍԶ) նշվում է կետով:**

**Պտղաջրերը** դիտարկվում և գրանցվում են ամեն ներզննումից հետո:

- «I»՝ պտղապարկը պատռված չէ:
- «C»՝ պտղաջրերը նարուր են, պտղապարկը՝ պատռված:
- «M»՝ պտղաջրերի մեջ կա մեկոնիում:
- «B»՝ պտղաջրերի մեջ կա արյուն:
- «A»՝ պտղաջրեր չկան:

## Գլխի կոնֆիգուրացիան

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 0 | կոնֆիգուրացիա չկա:         |
| + | գագաթուկրեն իրար հպված են: |

<sup>4</sup> Ծննդագիր: Ինտերնետային կայքի հասցե: <http://www.who.int/topics/labour/en/>

- ++ գագաթոսկրերը վերադրված են, բայց կարելի է հեռացնել իրարից:
- +++ գագաթոսկրերը վերադրված են և չի կարելի հեռացնել իրարից:

**Պարանոցի բացվածքը** ամեն ներզննումից հետո գրանցվում է .X-ով:

- **Զգոնության գիծ.** գիծը սկսվում է պարանոցի 4 ամ բացվածքից և շարունակվում մինչև լրիվ բացում՝ 1 ամ/ժամ արագությամբ:
- **Գործողության գիծ.** Զգոնության գծին զուգահեռ է և 4 ամ դեպի աջ:

**Գլխի իջեցումը** զնահատվում է որովայնը շոշափելու միջոցով:



**Ժամանակը** նշվում է գծից ձախ: Հարմար լինելու համար կարելի է նշել ամբողջական ժամեր կամ անց 30 րոպե:

**Կծկանքները** ծննդաբերության ընթացքի կարևոր ցուցանիշներից են: Հաշվե՛ք կծկանքների թիվը 10 րոպեում և դրանց տևողությունը՝ վայրկյաններով: Կծկանքները գրանցվում են ժամանակի գծից ներքև:

**Օրսիտոցին.** ամեն 30 րոպեն մեկ գրանցե՛ք մեկ րոպեում ներարկված օրսիտոցինի բանակը կաթիլներով կամ միավորներով:

**Տրամադրված դեղամիջոցները.** գրանցե՛ք կնոջը տրված բոլոր դեղամիջոցները, ներառյալ ներերակային հեղուկները (ներարկումները), հակաբիոտիկները, ցավազրկող միջոցները և այլն:

**Արյան ճնշումը.** գրանցե՛ք յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ և նշե՛ք սլաքներով:

**Անորագարկը.** լատենտ փուլում գրանցե՛ք ժամը մեկ, իսկ ակտիվ փուլում՝ 30 րոպեն մեկ:

**Մարմնի ջերմաստիճանը.** գրանցե՛ք չորս ժամը մեկ:

**Մեզում պրոտեինը, ացետոնը և քանակը** նշվում են ամեն միզարձակությունից հետո:



Կետագծերը թերև կծկանքների համար են, որոնց տևողությունը 20 վայրկյանից չի անցնում:



Անկյունագծերով նշվում են միջին ուժգնության կծկանքները, որոնց տևողությունը 20-40 վայրկյան է:



Հոծ գծերը ցույց են տալիս 40 վայրկյանից ավելի տևողություն ունեցող ուժեղ կծկանքները:

## ՊՏԾԻ ՀՄԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ԾՆՍԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸՎ

Հղության վաղ շրջանում պտղի սիրտը հիմնականում սիմպատիկ նյարդային համակարգի ազդեցության տակ է: Պտղի աճի հետ ավելանում է պարասիմպատիկ նյարդային համակարգի ազդեցությունը, սրտի զարկերի հաճախականությունը դանդաղում է և անորազարկի փոփոխականությունը դառնում է ավելի ցայտուն: Պտղի սրտի զարկերի հաճախականությունը մեկնաբանելիս պետք է անդրադառնալ հետևյալ քանակական և որակական ցուցանիշներին<sup>5</sup>

- Հիմնական հաճախականություն (բազալ ռիթմ)
- Հիմնական հաճախականության փոփոխականություն
- Արսելերացիա/արագացումներ
- Պարբերական կամ պատահական դեցելերացիաներ/դանդաղումներ
- Արգանդի կծկանքների ուժն ու հաճախականությունը

### Պտղի սրտի հիմնական հաճախականությունը

Պտղի սրտի հիմնական հաճախականությունը 10 րոպեի ընթացքում դիտարկվող միջին հաճախականությունն է 5 զ/ր տատանումների սահմանում, բացի պարբերական և պատահական, ինչպես նաև միջին հաճախականությունից  $>25$  զ/ր տատանումներից: Հիմնական հաճախականության տևողությունը պետք է լինի առնվազն 2 րոպե, հակառակ դեպքում անհնար է սահմանել հիմնական հաճախականությունը:

### Հազվարտություն $< 120$ զ/ր

- 100-119 զ/ր հաճախականությունը նույնագեն վտանգավոր չէ, եթե որևէ այլ ախտանիշ չկա:
- Պատճառներից են սրտի բլոկադան (փոփոխականությունը բացակայում է կամ աննշան է), ծոծրակային հետին կամ միջաձիգ տեսակը, պտղի վտանգված վիճակը:

### Հաճախարտություն $> 160$ զ/ր

- Վտանգի նշան չէ, եթե պահպանված է փոփոխականությունը:
- Պատճառներից են մոր բարձր ջերմությունը, պտղի բրվածնային քաղցր, պտղի սակավարյունությունը, ամնիոնիտը, պտղի տախիառիթմիան (սովորաբար  $> 200$  զ/ր՝ բացակայող կամ աննշան փոփոխականությամբ), պտղի սրտային անբավարարությունը, որոշ դեղեր (բետամիմետիկներ, ֆենօրիազիններ և այլն):

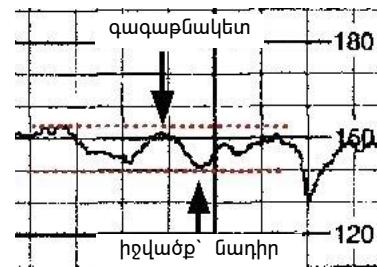
### Հիմնական հաճախականության փոփոխականությունը (ՀՀՓ)

<sup>5</sup> Մանկաբարձ գինեկոլոգների Թագավորական քուեց, Պտղի էնեկտրոնային մոնիթորինգ. Ժննդարերությամբ ընթացքում կարդիոսուլոգրաֆիայի կիրառումը հետազա հակողության նպատակներով, Լոնդոն, RCOG; 2001.

ՀՀՓ-ն սրտի զարկերի հաճախականության՝ բռպեում 2-ից ավելի տատանումն է և դասակարգվում է ըստ փոփոխության ամպլիտուդի (զագարնակետից մինչև իջվածք՝ նադիր):

- բացակայող փոփոխականություն,
- նվազագույն  $< 5 \text{ q/p}$ ,
- միջին  $6-25 \text{ q/p}$ ,
- արտահայտված  $> 25 \text{ q/p}$ :

Պատկերված հատվածում ներկայացված է միջին փոփոխականություն  $\sim 10 \text{ q/p}$ :



**Սինոսիդալ** պատկերի դեպքում (10 բռպեի ընթացքում 3 – 5 տատանում՝  $5-15 \text{ q/p}$  ամպլիտուդով) փոփոխականությունը չի հաշվարկվում:

- Պտղի սրտի զարկերի փոփոխականության կայուն բացակայությունը (նվազագույն պատկերը) ծննդաբերության ընթացքում պտղի վտանգված վիճակի ամենախոսուն նշանն է:
- Նվազած փոփոխականության պատճառներից են պտղի մետաբոլիկ ացիդոզը, ԿՆՀ դեպրեսանտների, դեքսամետազոնի կիրառումը, պտղի քնած վիճակը, քնածին անոմալիաները, պտղի անհասությունը, ներոլոգիական շեղումները:

### Արագացումներ/Աքսելերացիա

Աքսելերացիան մինչև 2 բռպե տևողությամբ հաճախականության կտրուկ բարձրացումն ու վերադարձն է հիմնական հաճախականության մակարդակին: Գագաթնակետին հասնելը ըստ նորմայի տևում է մինչև 30 վրկ, իսկ տևողությունն ու ամպլիտուդը կախված են հղության ժամկետից:

- $< 32 \text{ շաբաթական՝ } >10 \text{ q/p}$  ավելացում  $>10 \text{ վրկ}$  տևողությամբ
- $>32 \text{ շաբաթական՝ } >15 \text{ q/p}$  ավելացում  $> 15 \text{ վրկ}$  տևողությամբ

**Տևական** են համարվում 2-10 բռպե տևողությամբ աքսելերացիաները:

### Արձագանքելու ունակություն (ռեակտիվականություն)

- 20 բռպեի ընթացքում մինչև 15 վրկ տևողությամբ երկու  $15 \text{ q/p}$  արագացում:
- Զանի որ արագացման ամպլիտուդը համեմատական է անհասության աստիճանին, հետևաբար վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ ռեակտիվականությունը չի համապատասխանում իրական պատկերին:
- 28 շաբաթական ժամկետում պտուղների միայն 65%-ն է ռեակտիվ:
- 34 շաբաթականում պտուղների 95%-ն է ռեակտիվ:

### Պարբերական կամ պատահական դեցելերացիաներ (դանդաղումներ)

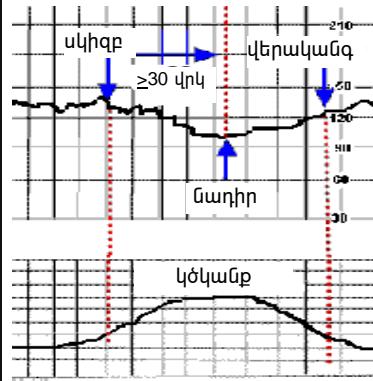
- Պատահական** են համարվում արգանդի կծկանքների հետ կապ չունեցող դեցելերացիաները:
- Պարբերական** են համարվում կծկանքներով զուգակցվող դեցելերացիաները:
- Վաղ և ուշացած** դեցելերացիաները պարբերական են:
- Հաշվարկվում է՝ ելեկտր իջվածքի խորությունից (թե ոքան է իջվածքի ստորին կետը՝ նադիրը, ցածր հիմնական հաճախականության մակարդակից): Տևողությունը հաշվում են աքսելերացիաների նման:
- Ըստ կորագծի՝ տարբերում են կտրուկ և աստիճանական դեցելերացիաներ:

- Աստիճանական դեցելերացիայի դեպքում դանդաղեցման սկզբից (Onset) մինչև նադիր տևում է  $\geq 30$  վրկ:
- Մնացած ձևերի դասակարգումը կախված է կծկանքների հետ հարաբերակցությունից:

**Վաղ դեցելերացիաները** լինում են կտրուկ և աստիճանական:

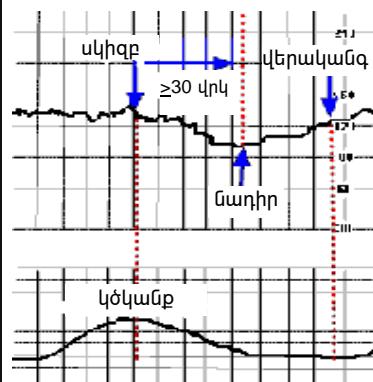
**Կտրուկ** է համարվում հաճախականության նվազումը  $\geq 15$  q/p` հասնելով նադիրին  $< 30$  վայրկյանում:

**Աստիճանական** դեցելերացիայի դեպքում դանդաղեցման սկզբից մինչև նադիր տևում է  $\geq 30$  վրկ: Նադիրը համընկնում է կծկանքի գագաթնակետին:



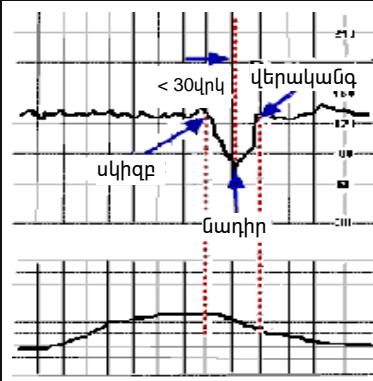
### Ուշացած դեցելերացիա

Աստիճանական դեցելերացիան սկսում է կծկանքը սկսվելուց ուշ և  $\geq 30$  վայրկյանում հասնում է սրտի զարկերի հաճախականության նադիրին, որն ի հայտ է գալիս կծկանքների գագաթնակետից հետո:



### Փոփոխական դեցելերացիա

Հաճախականությունը կտրուկ նվազում է  $\geq 15$  q/p` հասնելով նադիրին  $< 30$  վայրկյանում: Դեցելերացիան տևում է 15 վայրկյանից մինչև 2 րոպե:



**Տևական դիցելերացիա՝** 2 րոպե և ավելի, բայց 10 րոպեից պակաս տևողությամբ հաճախականության  $\geq 15$  գ/ր նվազում:

- Պատճառներից են մոր հիպոտենզիան, կծկանքների բարձր հաճախականությունը, պորտալարի արտանկումը, պորտալարի սեղմումը, ընկերքի շերտագատումը, էկլամազիկ ցնցումները:

### Արգանդի կծկանքները

Արգանդի կծկանքների քանակը դիտարկում են 10 րոպեի ընթացքում և 30 րոպեի արդյունքում: Նորմալ է համարվում 10 րոպեի ընթացքում մինչև 5 կծկանքը:

- 10 րոպեում 6 և ավելի կծկանքները բնորոշվում են որպես տախիսիստոլիա:
- Կծկանքների արանքում արգանդի տոնուսի ( $>25$  մմս) մակարդակը բնորոշվում է որպես հիպերտոնուս:

### Ծննդաբերության երկրորդ շրջան

Ծննդաբերության երկրորդ շրջանը սովորաբար տևում է 30 րոպեից մինչև մեկ ժամ, սակայն այդ ժամանակահատվածները միայն ենթադրվում են և ոչ թե հստակ սահմանվում: Տվյալ փուլում լավագույն ցուցանիշը մոր և երեխայի վիճակն է, այլ ոչ թե երկունքային շրջանի տևողությունը:

Հղիին պետք է թույլ տալ ընդունելու այն դիրքը, որն իրեն ավելի հարմար է: Սակայն ծննդաբերին պետք է նախազգուշացնել, որ մեջքի վրա պառկած վիճակը կարող է նպաստել ստորին սիներակի համախտանիշի զարգացմանը (հիպոքենզիայի զարգացմանը): Հղիին կարող է իրեն ավելի հարմար գգալ ուղղահայաց դիրքում, որը նաև նպաստում է պտղի առաջ շարժվելուն: Ծննդաբերության երկրորդ փուլում խորհուրդ է տրվում կանգնած դիրք ընդունել, նստել, ծնկել, պազել և այլն: Որոշ դեպքերում անհրաժեշտ է զուգընկերոց օգնությունը:

Մեջքին պառկած վիճակը, որը վերջին հարյուր տարիների ընթացքում ավանդաբար կիրառում են ծննդատներում, ծննդաբերության համար ամենանհարմարն է: Եթե այդ դիրքն է կիրառվում, ապա անհրաժեշտ է խոսափել կնոջ ոտքերը տակդիրների վրա դնելուց, քանի որ այդ դիրքը ծննդաբերության համար ամենաանընդունելին է: Եթե ոտքերի համար անհրաժեշտ է հենակ, ապա ավելի հարմար է հենվել որևէ մեկին կամ մահճակալին:

Ծննդաբերության ժամանակ կինը պիտի ընդունի ֆիզիկապես և հոգեպես իրեն հարմար դիրք: Ծննդկանին առաջարկվում են ավելի հարմար ֆիզիոլոգիական դիրքեր: Դրանք կարելի է կիրառել ցանկացած պարագայում (օրինակ՝ սովորական մահճակալի վրա կողքի պառկած, կրացած, չորեքքար կամ ցանկացած այլ դիրքով, որը հարմար է կնոջը), ինչպես նաև մասամբ աջակցող դիրքերը, որոնք կիրառվում են ծննդաբերության ժամանակ:

Արգանդի յուրաքանչյուր կրճատման ժամանակ ծննդկանը ակամա ճիգեր գործադրելու ցանկություն է ունենում: Անհամենատ ավելի լավ է ծննդկանին բնական ճանապարհով ճիգեր գործադրելու հնարավորություն տալ, այլ ոչ թե ստիպել նրան կիրառելու Վալսալվի տեխնիկայի համաձայն ճիգեր գործադրելու ավանդական մեթոդը, որի դեպքում նվազում է պտղին մատակարարվող բթվածնի հոսքը: Զպետք է մոռանալ, որ պտղի գլխի ծկբելուց հետո մայրը պետք է խորը շնչի՝ նպաստելով պտղի գլխի դանդաղ առաջ գալուն՝ այդպիսով փոքրացնելով պտղի գլխի և ծննդաբերական փափուկ ուղիների վնասաման վտանգը:

Էպիգիոտոմիան կարող է կատարվել միայն համապատասխան ցուցումների դեպքում՝ վաղաժամ ծննդաբերություն, ուսային դիստոցիա և հետույքային առաջադրություն: Դրա

անհրաժեշտությունը ծագում է ծննդաբերությունների մոտ 10% դեպքերում: Եպիգնոտոմիայի կատարման ժամանակ պարտադիր կատարում են անզգայացում:

## ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԵՐՐՈՐԴ ՇՐՋԱՆԻ ՎԱՐՈՒՄ

### ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԵՐՐՈՐԴ ՇՐՋԱՆԻ ԱԿՏԻՎ ՎԱՐՈՒՄ

Աշխարհում գրանցված մայրական մահացությունների մոտ մեկ քառորդի պատճառը հետօննելիքան արյունահոսությունն (ՀԾԱ) է: <sup>6</sup>ՀԾԱ-ի հիմնական պատճառներն են՝ արգանդի աստմիան, ծննդրությունների պատռվածքները, ընկերքի մնացորդներն արգանդի խոռոչում և մակարդելիության խանգարումները: Նշված չորս հիմնական պատճառներից առավել հաճախ հանդիպում է արգանդի աստմիան:

Հիմնվելով անամնեստիկ և կլինիկական գործոնների և օրինաչափությունների վրա՝ փորձեր են կատարվել տարբերակելու ՀԾԱ-ի հավանական բարձր ռիսկի կանաց: Արդյունքում, սակայն, պարզվել է, որ որևէ նպաստող գործոն չունեցող կանայք ավելի շատ են արյունահոսում, քան ռիսկի գործոն ունեցողները: ՀԾԱ-ն կանխելու համար անհրաժեշտ է կանխարգելիչ միջոցառումներն իրականացնել բոլոր կանանց հանդեպ:<sup>7</sup>

Ասունիկ ՀԾԱ-ն կանխելու նպատակով առաջարկվող արդյունավետ միջամտություններից է ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարումը (ԾԵԾԱՎ): Համաձայն Մանկաբարձուիչների միջազգային կոնֆերանսիայի և Մանկաբարձու գինեկոլոգների միջազգային ֆեդերացիայի (FIGO)՝ ԾԵԾԱՎ-ը ներառում է երեխայի ծնկելուց հետո ուժերուստնիկի ներարկումը, պրոտալարի վերահսկող ճգումներն ու ընկերքի ընկելուց հետո արգանդի մերսումը: ԱՀԿ-ի տարբերակում շեշտվում է երեխայի ծնկելուց անմիջապես հետո օքսիտոցինի ներարկումը, վերահսկող ճգումով ընկերքի դրաբերումը և արգանդի մերսումը:

Ի տարբերություն ակտիվ վարման՝ սպասողականը ենթադրում է սպասել ընկերքը անջատվելու նշաններին և թույլ է տալիս, որ վերջինս ինքնուրույն ընկնի կամ նպաստում է դիրքը փոփոխելով կամ էլ պտուկները խթանելով: Սպասողական վարումը հայտնի է նաև որպես կոնսերվատիվ կամ ֆիզիոլոգիական վարում:

<sup>6</sup> PATH, «Հետօննելիքան արյունահոսության կանխարգելում»: Զեռնարկ բուժաշխատողի համար, Համառուտ տարբերակ, Վաշինգտոն, PATH. 2004

<sup>7</sup> ՎԶՓ Փրենդվիլ, Դ. Էլուրն, ՍԶ, Մարգոնադ, Ծննդաբերության երրորդ փուլում ակտիվ կամ սպասողական վարում, Համակարգված վերլուծությունների բորբեյնյան գրադարան, 2000, Թողարկում 3. Հոդվ. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007

## Ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարման քայլերը

1	Երեխայի ծնվելուց անմիջապես հետո միջմկանային (ազդրի քառագլուխ մկանից) ներարկել 10 ՍՍ (2մլ) օրսիտոնցին:
2	Շեքին մոտ՝ պորտալարի վրա, դնել սեղմակ:
3	Սպասել մինչև արգանդի հերթական կծկումը:
4	Մեկ ձեռքով բռնել սեղմակը և առանց կրպիտ ուժ գործադրելու՝ ճգել պորտալարը՝ կատարելով վերահսկվող ճգում (տրակցիա):
5	Միաժամանակ մյուս ձեռքով պահել արգանդը ցայլից անմիջապես վեր՝ կանխելով արգանդի արտաշրջումը:
6	Եթե ընկերքը դուրս չի գալիս, ապա թողնել պորտալարը, սպասել հաջորդ կծկանքին և կրկնել գործողությունները:
7	Ընկերքը դուրս գալուց բռնել այն երկու ձեռքով և պտտել մի ուղղությամբ, որպեսզի թաղանթները ոլորվեն և դուրս գան ամբողջությամբ:
8	Ընկերքը դուրս գալուց հետո մերսել արգանդի հատակը և համոզվել, որ արգանդը լավ կրճատված է:
9	Մանրակրկիտ զննել ընկերքը և համոզվել, որ այն ամբողջական է:

Ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարումը ենթադրում է երեք քայլերի հաջորդական կատարում՝ օրսիտոնցին ներարկում, պորտալարից վերահսկվող ճգումներ և արգանդի հատակի մերսում:<sup>8</sup>

### Քայլ 1.

Երեխայի ծնվելուց հետո առաջին բոպեի ընթացքում ազդրի քառագլուխ մկանից մ/մ ներարկել 10 ՍՍ օրսիտոնցին:



### Քայլ 2.

Արգանդի կծկվելուց հետո առանց կոպիտ ուժ գործադրելու ճգել պորտալարը: Միաժամանակ ցայլից անմիջապես վեր դրած ձեռքով հրեք արգանդը դեպի վեր՝ կանխելու արգանդի արտաշրջումը:



<sup>8</sup> Գ. Ե, Փենյա-Մարտի, Գ, Կոմունյան-Կարրասք, Արգանդի հատակի մերսումը կամ պորտալարի վերահսկվող ճգումները՝ որպես ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարման բաղկացուցիչ մաս, Համակարգված վերլուծությունների Քորրեյնյան գրադարան, 2007, Թողարկում 4. Art. No.: CD005462. DOI: 10.1002/14651858.CD005462.pub2.

### **Քայլ 3.**

Հնկերքը ծնվելուց հետո մերսեք արգանդի հատակը և համոզվեք, որ այն լավ կրճատված է:

#### **Արյան կորուստը՝ կախված երրորդ շրջանի վարման ձևից**

Երրորդ շրջանի վարման ձև	500մլ-ից ավելի արյան կորուստ
Ֆիզիոլոգիական	18%
Ակտիվ օքսիտոցինով	2,7%
Ակտիվ միզոպրոստոլով	3,6%

#### **Հետծննդյան շրջանի վարում**

Հետծննդյան շրջանը սկսվում է ընկերքի (պլացենտայի) ծնվելուց հետո և շարունակվում է 6 շաբաթ: Այս շրջանում կինը կոչվում է ծննդկան և հսկողության կարիք ունի: Հետծննդյան շրջանում կնոջ օրգանիզմում օրգաններն ու համակարգերը վերադառնում են իրենց նախնական վիճակին, սկսվում է լակտացիոն ֆունկցիան:

Հատկապես այս շրջանում են դրվում առողջության վերականգնման, մոր և մանկան նոր կենսակերպին հարմարվելու հիմքերը: Հետծննդյան շրջանում մոր և նորածնի խնամքը պետք է հիմնված լինի չորս հիմնական սկզբունքների վրա.

1. Նպաստել մոր և մանկան ֆիզիկական և հոգեբանական բարվոր վիճակին:
2. Որոշել նորածնի կերակրման եղանակը:
3. Նպաստել երեխայի խնամքի համար մտերմիկ միջավայրի ստեղծմանը:
4. Ընտրել տվյալ գույզի անհատական պահանջներին համապատասխան ընտանիքի պլանավորման մեջոդ:

#### **Ծննդկանի և նորածնի հետծննդյան խնամքը պետք է հիմնվի հետևյալ 4 սկզբունքների վրա՝**

1. նպաստի ծննդկանի և նորածնի ֆիզիկական և հոգեհուզական լավ վիճակին,
2. նպաստի նորածնին կրծքով կերակրելու հաջող գործընթացին,
3. նպաստի նորածնին խնամելու համար մտերմիկ իրադրությանը,
4. ընտրվի ընտանիքի պլանավորման անհատական ձև:

Ամեն օր անհրաժեշտ է հսկել ծննդկանի և նորածնի առողջական վիճակը և մանրամասն գրառումներ կատարել, որոնք հնարավորինս ճշտորեն կնկարագրեն բոլոր իրադարձությունները: Այս շրջանում կարևորվում են ուշադրությունն ու աջակցությունը: Շատ կարևոր է օգնել ծննդկանին նորածնին խնամելու հարցում ինքնավստահություն ձեռք բերելու նպատակով:

Ծննդկանին սենյակ տեղափոխելիս անհրաժեշտ է իրականացնել նրա առողջական վիճակի ընդհանուր գնահատում: Հետծննդյան շրջանում պետք է դատարկել միզապարկը: Կարետերիզացիայի անհրաժեշտության դեպքում պետք է խստորեն հետևել ասեպտիկայի կանոններին:

Պետք է համոզել մայրիկին, որ նա ծննդաբերելուց մի քանի ժամ անց սկսի քայլել: Սկզբից անհրաժեշտ է օգնել նրան մահճակալից վեր կենալ, ցնցուղ ընդունել: Վարակի կանխարգելման նպատակով, անհրաժեշտ է ճիշտ կազմակերպել անձնական հիգիենան:

## Հետծննդյան ընկճախտ (դեպքեսիա)

Որոշ կանայք ծննդաբելուց հետո երեք օրվա ընթացքում ապրում են հետծննդյան դեպքեսիա («երրորդ օրվա մելանխոլիա»): Դա նորմալ երևոյթ է: Ենթադրվում է, որ այսպիսի վիճակը պայմանավորված է ծննդաբելուց հետո հորմոնալ և հոգեհոգական տեղաշարժերով: Ծննդաբերության 3-րդ օրը լալկանությունը և դեպքեսիան բնորոշ է մայերի 80%-ին, այդ պատճառով տվյալ շրջանում նրանց հարկավոր է բավարար ժամանակ հատկացնել: Անհրաժեշտ է, որ ընտանիքի անդամները տեղեկացված լինեն այս մասին և հնարավորություն ունենան աջակցելու նրան:

Որոշ ծննդկանների շրջանում (1%-ից քիչ դեպքերում) զարգանում է լուրջ հիվանդություն, որը կոչվում է հետծննդյան պսիխոզ: Կինը կորցնում է իրականության զգացումը, կարող են ի հայտ գալ տեսիլքներ կամ անհանգստության և վախի զգացում: Այդպիսի վիճակում գտնվող կինը կարող է նաև վնաս պատճառել իրեն և նորածնին:

## ՄԻԱՎ-ի և ԶԻԱՀ-ի կանխարգելումը մանկաբարձական հաստատություններում

1. ՄԻԱՎ-ով և ԶԻԱՀ-ով վարակված հիմները սպասարկվում են ընդհանուր պրոֆիլ մանկաբարձական հաստատություններում (մայրը և նրա երեխան խնամվում են համատեղ կացությամբ հիվանդասենյակներում): 2-րդ մանկաբարձական բաժանմունքում:
2. Վիրահատական միջամտությունները կատարվում են 2-րդ մանկաբարձական բաժանմունքի վիրահատարաններում:
3. Հակահամաճարակաբանական միջոցառումները անցկացվում են «հեպատիտ Բ-ի» ռեժիմով:
4. Հնարավորության դեպքում ցանկալի է կիրառել միանվագ օգտագործման գործիքներ և բուժպարագաներ: Վերջիններիս բացակայության դեպքում դրանք մշակվում են համաձայն .....:
5. Բուժանձնակազմը պետք է պահպանի անձնական անվտանգությունը, բոլոր բուժգործողությունները կատարի ձեռնոցներով, մինչև աշխատանքը սկսելը ձեռքերի վնասվածքները պետք է մշակի 70%-անոց սպիրտով կամ 5%-անոց յոդի սպիրտային լուծույթով, վնասված հատվածը փակի սպեհանիով, որից հետո միայն հազնի ձեռնոցները: Ծակող, կտրող գործիքների կամ ասեղների կիրառման դեպքում պետք է առավելապես զգն լինել:
6. ՄԻԱՎ-ի և ԶԻԱՀ-ի կապակցությամբ բուժանձնակազմը ՄԻԱՎ-ով վարակված մոր և նրա երեխայի դուրս գրվելուց 6 ամիս անց պետք է հետազոտվի:
7. ՄԻԱՎ-ով վարակվելու վտանգը առաջանում է հետևյալ «վբարային» իրավիճակներում՝ մաշկի վնասվածք, լորձաբաղանքի վնասվածք, կենսաբանական միջավայրերի հետ շփում և այլն:
8. Պետք է պատրաստ վիճակում լինի ՄԻԱՎ-ի և ԶԻԱՀ-ի համար նախատեսված դեղատնային տուփը:
9. ՄԻԱՎ-ԶԻԱՀ-վարակակիրների նկատմամբ կիրառվող բուժգործողությունների կանոնները՝
  - բուժգործողությունները կատարել զույգի մասնակցությամբ՝ «վբարային» դեպք կանխատեսելով,
  - մինչև ձեռնոցները հազնելը մատների ֆալանգները պարտադիր մշակել յոդով,
  - «վբարի» դեպքում մաշկը մշակել 70%-անոց սպիրտով, լվանալ օճառով և ևս մեկ անգամ մշակել 70%-անոց սպիրտով,
  - ՄԻԱՎ-վարակակիրի կենսաբանական նյութը լորձաբաղանքի վրա ընկնելիս անհրաժեշտ է քթրմպանը մշակել 0,05%-անոց կալիումի պերմանգանատով, կոկորդը մաքրել 70%-անոց սպիրտով, աչքի լորձաբաղանքը՝ extempore պատրաստված կալիումի պերմանգանատի լուծույթով, ծակող կամ կտրող առարկայով վնասվելուց հետո ձեռքը լվանալ հենց ձեռնոցներում, այնուհետև

հանել այն, վնասված տեղը սեղմելով՝ դրւս բերել արյան 1-2 կարիլ, դարձյալ լվանալ ձեռքերն օճառով, և վերքը մշակել յոդի 5%-անոց լուծույթով: «Վքարի» դեպքում ընդունել թիմոզիդ /ազիդոքսիմիդնը/՝ 30 օրվա ընթացքում օրական 200 մգ/օր դեղաչափով: «Վքարի» դեպքում բուժանձնակազմը ՍԻԱՎ-ի և ԶԻԱՀ-ի կապակցությամբ պետք է հետազոտվի 3 ամիսը մեկ անգամ:

10. ՍԻԱՎ-ԶԻԱՀ-վարակակիր ծննդկանի դրւսգրումից հետո պետք է կատարել մահճակալի և անկողնային պարագաների վերջնական ախտահանում (ախտահանող խցիկ):

## ՀԵՏԾՆԴՅԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Նկատի ունենալով ծննդատմից շուրջ դուրս գրելու (3-4-րդ օրը) առկա հնարավորությունը՝ դուրս գրելուց առաջ պետք է ծննդկանի հետ անցկացնել հետծննդաբերական խորհրդատվություն և տրամադրել տեղեկատվություն՝ հետծննդյան շրջանի հետևյալ կարևոր հարցերի շուրջ:

### 1) Տեղեկատվություն՝ հետծննդյան շրջանում վտանգի նշանների մասին

Հետծննդյան շրջանում հետևյալ վտանգի նշանների առկայության դեպքում անհրաժեշտ է անմիջապես դիմել բժշկի:

#### Վտանգի նշաններն են<sup>9</sup>:

- բարձր ջերմությունը,
- հեշտոցից առատ արյունային արտադրությունը,
- ցանկացած տեղակայման ցավ, հատկապես կրծքագեղձի, որովայնի և ստորին վերջույթների շրջանում,
- սրտխառնոցն ու փսխումը,
- ձեռքերի և ոսքերի այտուցները, երակների վարիկող լայնացումը,
- թուլությունը, գլխացավը, գլխապտույտը, հոգնածությունը,
- հաճախամիզությունը, ցավը և այրոցը միզելիս, դժվարամիզությունը և մեզի քանակի քչացումը,
- լուծը, փորկապությունը,
- անսովոր, առատ կամ վատ հոտով արտադրությունը,
- անքնությունը կամ գրգռվածությունը, շրջապատի նկատմամբ վերաբերմունքի փոփոխությունը (անտարբերություն, անվստահություն, վախ և այլն):

### 2) Հղիությունների միջև ճիշտ ժամանակահատվածի պահպանում

Հղիությունների միջև ճիշտ ժամանակահատվածի պահպանումը (ՀՃԾՊ) միջոցառումների համալիր է, որը նպատակաւորված է օգնելու կանանց և նրանց ընտանիքներին՝ առաջին հղիությունը հետաձգելու, ինպես նաև հետագա հղիությունները կանխելու վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու գործում, հօգուտ առողջ մայրերի, նորածինների, մանուկների և երեխաների՝ հակարեղմնավորիչ միջոցների ազատ և տեղեկացված ընտրություն կատարելու հնարավորություն ընձեռել՝ հաշվի առնելով զույգի մանկածնական մտադրությունները, ընտանիքի ցանկալի շափը, ինչպես նաև սոցիալական և մշակութային գործունները<sup>10</sup>:

Կարգավորելով հղիությունների միջև ընկած ժամանակահատվածը՝ կինը հնարավորություն է ունենում վերականգնելու իր առողջությունը՝ ավելի շատ ժամանակ տրամադրելով աճող երեխայի խնամքին, պատշաճորեն հոգ է տանում երեխային ու դաստիարակում նրան:

15-18 տարեկան հղիների մահանալու հավանականությունը կրկնակի բարձր է՝ 20 տարեկանից բարձր կանանց համեմատությամբ։ Ազգաբնակչության շրջանում թյուր կարծիք կա, որ պետք է երիտասարդ տարիքում կարճ ընդմիջումներով երեխաներ ունենալ. այս շրջանում կնոջ օրգանիզմն ամուր է և առողջ։ Իրականում, ցանկացած տարիքում կարճ ընդմիջումներով հղիությունները կնոջ առողջության համար անբարենպաստ են։

<sup>9</sup> Հավելված N 4 ա) / Գլուխ IV ՀՀ առողջապահության նախարարի 25. 12. 2007թ. N 1933-Ա հրամանի  
Տեղեկատվություն՝ հետծննդյան շրջանում վտանգի նշանների մասին

<sup>10</sup> Աղյուր՝ ՀՃԾՊ: Ուղեցույց դասավանդողի համար; USAID/ESD, August 2008

**Առաջին հղության առողջ և անվտանգ ընթացքի համար ցանկալի է, որ կինը լինի առնվազն 18 տարեկան: Հղության համար առավել բարենպաստ տարիքային սահմանը 35 տարեկանն է<sup>11</sup>:**

**Հաջորդ հղությունը խորհուրդ է տրվում ծրագրել՝**

- նախորդ երեխայի ծնունդից առնվազն 24 ամիս հետո,
- հղության ինքնարեր կամ արհեստական ընդհատումից առնվազն 6 ամիս հետո:

**Ցանկալի է, որ հղությունների միջև ընդմիջումները չգերազանցեն 5 տարին:**

Աղյուր՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2006, Հղությունների միջև ընդմիջումների վերաբերյալ ԱՀԿ խորհրդատվության հաշվետվություն:

**Հղության արհեստական ընդհատումից կամ ինքնարեր վիժումից հետո հաջորդ հղության պլանավորման ժամանակահատվածի վերաբերյալ՝<sup>12</sup>**

- խորհուրդ է տրվում պահպանել նվազագույնը վեց ամիս ընդմիջում՝ մայրական և պերինատալ բացասական ելքից խուսափելու համար:

**Հղությունների միջև ճիշտ ժամանակահատվածի պահպանումը.**

- Նվազեցնում է կարճ ընդմիջումներով հղություններին բնորոշ բարդությունները:
- Մայրը հնարավորություն է ունենում երկար ժամանակ կրծքով կերակրելու նախորդ երեխային: Սա օգտակար է ոչ միայն երեխայի համար, այլև նվազեցնում է մոր կրծքագեղձի և ձվարանի քաղցկեղի հավանականությունը:
- Կինն ավելի շատ է ժամանակ ունենում թե՝ ֆիզիկապես, թե՝ նյութապես, թե՝ հոգեպես նախապատրաստվելու ապագա երեխայի ծնունդին:
- Կինն ավելի շատ ժամանակ է ունենում իր, երեխայի, զուգընկերոջ համար: Նա կարող է մասնակցել կրթական, տնտեսական և սոցիալական տարբեր միջոցառումների:

### 3) Հետծննդյան շրջանում Ընտանիքի պլանավորում

Խորհուրդ է տրվում հաջորդ երեխային ունենալ երեք տարի հետո: Դա նպաստում է կանանց և նորածինների առողջության պահպանանը և նվազեցնում է նորածինների և երեխաների շրջանում ցածր քաշի և աճի դանդաղեցման վտանգը: Բացի հետծննդյան շրջանում ֆիզիոլոգիապես առկա լակտացիոն ամենորեայի մերոդի հակարեղմնավորիչ ազդեցությունից, կանայք կարող են օգտագործել հակարեղմնավորիչ այլ անվտանգ մերոդներ ևս (տե՛ս հավելված 10.):

Թեև անհատական խնդիրները կարող են տարբեր լինել, սակայն բավականին մեծ թիվ են կազմում այն հակարեղմնավորող միջոցները, որոնք հետծննդյան շրջանում կարող են կիրառվել **ինչպես կերակրող, այնպես էլ չկերակրող կանանց կողմից**: Բուժաշխատողը պետք է համապատասխան խորհրդներով օժանդակի զույգին և նրանց հետ քննարկելով՝ վերջնականապես գտնի նրանց համար լավագույնս հարմար հակարեղմնավորող միջոցը:

<sup>11</sup> Աղյուր՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2006, Հղությունների միջև ընդմիջումների վերաբերյալ ԱՀԿ խորհրդատվության հաշվետվություն

<sup>12</sup> Աղյուր՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2006, Հղությունների միջև ընդմիջումների վերաբերյալ ԱՀԿ խորհրդատվության հաշվետվություն

Հակաբեղմնավորող մեթոդի ընտրությունը պետք է հիմնվի **սեղեկացված համաձայնության և բնորության վրա**, որի դեպքում պացիենտին բացարկում են բոլոր մեթոդների առավելություններն ու բերությունները, առկա առողջական իրավիճակը, գույզի նախասիրությունը: Մեթոդի ընտրությունը ամրագրվում է այս ամենը ամբողջացնելուց հետո՝ բժշկի և պացիենտի փոխանակործակցության արդյունքում: Պետք է անպայման հաշվի առնել նաև կրծքով կերարկրելու հեռահար ժամկետներն ու հնարավորությունները:

- **Ներարգանդային պարույրը (ՆԱՊ):** Կախված տեսակից՝ ՆԱՊ-ը կարող է կանխարգելել հղիությունը 5-10 տարիների ընթացքում: ՆԱՊ-ը չի պաշտպանում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներից, ներառյալ ՄԻԱՎ-ը և ԶԻԱՀ-ը: Կրկին հղիանալու համար անհրաժեշտ է դիմել բժշկի՝ ՆԱՊ-ը հեռացնելու համար: ՆԱՊ-ը հեռացնելուց անմիջապես հետո կարելի է հղիանալ: Ոչ հորմնային ներարգանդային պարույր կարող են ընտրել կրծքով կերակրող և կրծքով չկերակրող մայրերը ծննդաբերությունից 48 ժամ կամ 4 շաբաթ հետո:
- **Պահպանակը** գործում է որպես պատճեշային միջոց. այն կանխարգելում է հղիությունը և պաշտպանում է սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներից, ներառյալ ՄԻԱՎ-ը և ԶԻԱՀ-ը: Պահպանակներն ավելի անվտանգ են և 86% արդյունավետությամբ կանխարգելում են հղիությունը:  
**Թե՛ կերակրող և թե՛ չկերակրող մայրերը կարող են պահպանակներ օգտագործել ծննդաբերությունից հետո՝ սեռական հարաբերությունները վերսկսելուն գուգընքաց:**
- **Սերմնասպան միջոցները** կարող են կիրառվել որպես անհապաղ պաշտպանության միջոց, եթե սեռական հարաբերությունները հաճախակի չեն կամ տեղի են ունենում երկար ընդմիջումից հետո: Առանձին օգտագործվելու դեպքում սերմնասպան միջոցների արդյունավետությունը 73% է: Պահպանակների հետ գործածելու դեպքում դրանց արդյունավետությունը մեծանում է: Մարդիկ հազվադեպ են ալերգիկ լինում սերմնասպան միջոցների հանդեպ:
- **Հորմնային համակցված հակաբեղմնավորիչ հարերը** ունեն 95-99% արդյունավետություն. դրանք կարելի է օգտագործել երկար ժամանակ, առանց ընդմիջման: Կինը կարող է հղիանալ հարերի ընդունումը դադարեցնելուց անմիջապես հետո:
- **Չկերակրող մայրերը կարող են սկսել համակցված հակաբեղմնավորիչ հարերի օգտագործումը ծննդաբերությունից երեք շաբաթ հետո, սակայն կերակրող մայրերին ծննդաբերությունից հետո վեց ամսվա ընթացքում խորհուրդ չի տրվում օգտագործել համակցված հակաբեղմնավորիչ հարեր:**
- **Հակաբեղմնավորման ավանդական մեթոդը** հայտնի է նաև որպես ընտանիքի պլանավորման բնական մեթոդ: Բնական մեթոդների (ընդհատված սեռական հարաբերություն, օրացուցային մեթոդ, արգանդի վիզիկի լորձի ստուգման մեթոդ և այլն) օգտագործումը կարող է դժվար լինել կերակրող մայրերի համար:
- **Թե՛ կերակրող և թե՛ չկերակրող մայրերը ավանդական մեթոդները կարող են օգտագործել դաշտանային ցիկլի վերականգնումից և առնվազն երեք կանոնավոր ցիկլ ունենալուց հետո:**

#### 4) Խորհրդատվություն առողջ սնունդ ընդունելու մասին

Հետծննդյան շրջանում առողջ սնունդ ընդունելու վերաբերյալ խորհրդատվությունը պետք է ներառի հետևյալը.

- Օգտագործել սննդամթերք՝ սննդային տարրեր խմբերից (տե՛ս հավելված 3.):
- Կրծքով կերակրելու դեպքում լրացուցիչ օգտագործել հեղուկներ, քարմ քամած հյութեր:
- Սուրճն ու թեյը ընդունել ուտելուց 1-2 ժամ առաջ կամ հետո, քանի որ դրանք կանխում են սննդից երկարի ներծծումը, որն էլ կարող է սակավարյունության պատճառ դառնալ:

#### 5) Խորհրդատվություն ֆիզիկական վարժանքների վերաբերյալ

Ֆիզիկական վարժանքները վերսկսել նորմալ ծննդաբերությունից հետո մոտավորապես վեց, իսկ կեսարյան հատումով վիրահատությունից հետո՝ 8 շաբաթ անց:

Խորհուրդ է տրվում վարժությունների հետևյալ խմբերը՝

- վարժություններ, որոնք կնպաստեն կոնքի հատակի մկանների ամրացմանը (օր՝ Կեգելի վարժություն),
- վարժություններ, որոնք կնպաստեն որովայնի պատի ամրացմանը,
- վարժություններ, որոնք կնպաստեն ողնաշարի վրա հղի արգանդի գործադրած ճնշումը մեղմելուն (միասնապատ ուղտի վարժություն),
- քայլք՝ ընդհանուր կեցվածքը, մկանների ամրացումը և առողջությունը ընդհանուր առմամբ քարելավելու նպատակով:

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. ՀՀ առողջապահության նախարարի 25. 12. 2007թ. N 1933-Ա հրամանի գլուխս IV հավելված N 4 ա) տեղեկատվություն հետօննոյան շրջանում վտանգի նշանների մասին
2. Երեխաների հիվանդանոցային օգնության կազմակերպումը: Զեռնարկ՝ առավել տարածված հիվանդությունների վարման վերաբերյալ սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում. Գրպանի տեղեկատու, ՀՀ ԱՆ, ԱՀԿ/Եվրոպա, ԱՄՆ ՄԶԳ, Երևան, 2008
3. Կարլին Սիմսոն. Պացիենտի անվտանգություն և պտղի էլեկտրոնային մոնիթորինգ. NICHD նոմենկլատուրա. Զալցբուրգի միջազգային բժշկական սեմինարի նյութեր, հունվար, 2009
4. Մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և նեոնատոլոգիայի ոլորտում բուժծառայությունների տրամադրման ծավալների ստանդարտներ, Ուսասատանի Դաշնություն, Մոսկվա, 1999
5. Ծննդագիր: Ինտերնետային կայքի հասցե: <http://www.who.int/topics/labour/en/>
6. Նպատակաուղղված նախածննդյան խմանք. Բարբարա Դելլեր, ACCESS, Քրիս Դեյվիս, INFO Project, ԱՄՆ ՄԶԳ Գլոբալ հեռուստուցման կենտրոն, հոկտեմբեր, 2005; Ինտերնետային կայքի հասցե: <http://www.globalhealthlearning.org/courseguide.cfm?course=10>
7. Հղիությունների միջև ճիշտ ժամանակահատվածի պահպանում (ՀՃԺՊ): Ուղեցույց դասավանդողի համար, USAID/ESD, August 2008
8. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2006, Հղիությունների միջև ընդմիջումների վերաբերյալ ԱՀԿ խորհրդատվության հաշվետվություն
9. ԱՄՆ ՄԶԳ ՆՕՎԱ ծրագիր, Կրթական-տեղեկատվական նյութեր, «Դուք տեղյա՞կ եք հակաբեղմնավորման առկա միջոցներին», Երևան, 2008
10. ԱՄՆ ՄԶԳ ՆՕՎԱ ծրագիր, Կրթական-տեղեկատվական նյութեր, «10 խորհուրդ կանանց մանկան ծննդից հետո», Երևան, 2008
11. Հյուսիսիային Կարոլինայի համալսարանի Ծննդաբերության և կանանց առողջության կենտրոնի ամփոփաթերթ, Հյուսիսիային Կարոլինայի համալսարան, Չեյփլ Հիլ, Հյուսիսային Կարոլինա, 2005
12. Կանադայի Հանրային առողջապահության ասոցիացիայի ծննդաբերության գրանցման ձևեր, ընտանեկան բժշկության ամբիոն, Հյուսիսիային Կարոլինայի համալսարան, Չեյփլ Հիլ, Հյուսիսային Կարոլինա, 2005
13. Ընտանիքին ուղղված պերինատալ հսկողության գրանցման ձևեր, ընտանեկան բժշկության ամբիոն, Հյուսիսիային Կարոլինայի համալսարան, Չեյփլ Հիլ, Հյուսիսային Կարոլինա, 2005
14. PATH, «Հետօննոյան արյունահոսության կանխարգելում»: Զեռնարկ բուժաշխատողի համար, Համառոտ տարբերակ, Վաշինգտոն, PATH. 2004

15. ՎԶՓ Փրենդվիլ, Դ. Էլբուրճ, Ս. Ջ. ՄաքԴոնալդ, Ծննդաբերության երրորդ փուլով ակտիվ կամ սպասողական վարում, Համակարգված վերլուծությունների Քորքեյնյան գրադարան, 2000, բողարկում 3. հոդվ. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007
  16. Գ.Ե. Փենյա-Մարտի, Գ. Կոմունյան-Կարրասքո, Արգանդի հատակի մերսում կամ պորտալարի վերահսկվող ձգումներ՝ որպես ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարժանք բաղկացուցիչ մասեր, Համակարգված վերլուծությունների Քորքեյնյան գրադարան, 2007, բողարկում 4. Art. No.: CD005462. DOI: 10.1002/14651858.CD005462.pub2.
  17. Մանկաբարձ զինեկողոգների Թագավորական քոլեց, Պողի էլեկտրոնային մոնիթորինգ. ծննդաբերության ընթացքում կարդիոտոկոգրաֆիայի կիրառումը հետազա հսկողական նպատակներով, Լոնդոն, RCOG; 2001.
  18. Ծննդօգնության խնամք, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, խնտերնետային կայքի հասցե: [http://www.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/cd006066\\_nardinjm\\_com/en/index.html](http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd006066_nardinjm_com/en/index.html)
  19. Լ. Ուեվեյց, Լ. Գ. Գախտան, Հոգնաների կիրառումը ծննդաբերության ժամանակ, Համակարգված վերլուծությունների բոքքեյնյան տվյալների բազա, 2007, բողարկում 4. հոդ. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2.
  20. Ջ. Թաններ, Դ. Վուլինզ, Ջ. Սննդաբեր, Մազածածկույթի նախավիրահատական հեռացումը՝ վիրահատելի դաշտի վարակների հաճախականությունը նվազեցնելու նպատակով, Համակարգված վերլուծությունների Քորքեյնյան գրադարան, 2006, բողարկում 3. Հոդ..No.: CD 004122. DOI: 10.1002/14651858.CD004122.pub3.



## ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ



## Հավելված 1. Աշխատանքային խմբի անդամների ցանկը

### ՀՐԱՄԱՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՎԱՊԱԿՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

N 1799-Ն

թ. Երևան

«09 12 2008թ.

ՆՈՐՍԱԾՆՆԴՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ԿԻՒՆԻԿԱԿԱՆ  
ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ ՄԵՍԿԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Դիմք ընդունելով ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի դ/ ենթակետը, ի կատարումն Դայաստանի Դանրապետության կառավարության 2007 թվականի հուլիսի 26-ի «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագրին ու գործողությունների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» N29 արձանագրային որոշման դրույթների և ՀՀ ԱՆ մանկաբարձության և գիննելողայի խորհրդի 14.11.2008 թվականին կայացած նիստի ընթացքում ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմէց տրված հանձնարարականի

### ՀՐԱՄԱՆՈՒՄԵՄ

1. Դաստանել՝ Նորմալ ծննդաբերության վարման կլինիկական ուղեցույցի մշակման աշխատանքային խմբի կազմը՝ ըստ կից հավելվածի:
2. Նորմալ ծննդաբերության, ինչպես նաև չինտագոտված ծննդաբերների վարման կլինիկական ուղեցույցի մշակման աշխատանքային խմբի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձությունության գլուխական աշխատանքական առողջության բարելավման ազգային ծրագրի՝ ղեկավար Ռ. Աբրահամյանին՝  
չորսամսյա ժամկետում ապահովել կլինիկական ուղեցույցի, ծննդաբերության նկարագրի և անհրաժեշտ այլ ծևանմուշների մշակում, ներկայացնել հաստատման:
3. Սույն իրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարի ՀՀ առողջապահության նախարարի առաջին տեղակալ՝ Հ. Դարբինյանին:





Նորմական ծննդաբերության վարման կլիմհիական ուղեցույցի մշակումը  
աշխատանքային խմբի կազմը

1.	Արրահամյան Ռ.	Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտի տնօրեն, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ-գինեկոլոգ, բ. գ. դ. պրոֆեսոր, ՀՀ ԳԱԱ բոբակից - անդամ (խմբի ղեկավար)
2.	Կալենտերյան Հ.	ՀՀ ԱՆ գլխավոր նեոնատոլոգ
3.	Ավագյան Գ.	ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի բժշկական օգնության կազմակերպման վարչության նոր և մանկան առողջության պահպանման բաժնի գլխավոր մասնագետ, բ.գ.դ.
4.	Պողոսյան Ա.	Երեբունի բժշկական կենտրոնի ծննդատան տնօրեն, բ.գ.թ., /համաձայնությամբ/
5.	Արծիյան Ս.	Մոր և մանկան առողջության պահպանման ԳՀ կենտրոնի ծննդաբերական բաժանմունքի մանկաբարձ-գինեկոլոգ, բ.գ.թ., /համաձայնությամբ/
6.	Բեգլարյան Ի.	Ընտանիքի պլանավորման և սեռական առողջության կենտրոնի մանկաբարձ-գինեկոլոգ, /համաձայնությամբ/
7.	Զերծերյան Ա.	Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտի փոխտնօրեն մանկության գծով /համաձայնությամբ/
8.	Արրահամյան Ռ.	Երևանի ՄՀ Երացու անվան պետական բժշկական համալսարանի թիվ 2 ամբիոնի ասխտենտ, /համաձայնությամբ/
9.	Փանարջյան Գ.	ԱՄՆ ՄԶԾ ՆՕՎԱ ծրագրի մայրական առողջության թիմի ղեկավար, /համաձայնությամբ/
10.	Աղամյան Կ.	ԱՄՆ ՄԶԾ ՆՕՎԱ ծրագրի մասնագետ մայրական առողջության գծով, /համաձայնությամբ/

## Հավելված 2. Նախաձննյան խնամքի ուղեցույց

ԱՌԱՋԻՆ ԱՅՑ	32-34 ԾԱԲԱԹԱԿԱՆ
Անամնեստիկ հուշաքննության հավաքում	Գրանցել արգանդի հատակի բարձրությունը, պտղի սրտի զարկերն ու պտղի շարժումները
Աստրաստել փաստաթղերը, բացել քարտ	Գրանցել պտղի դիրքը
Տեղեկատվություն նոր պացիենտին	Պլանավորել հետծննյան հակաբեղմնավորումը
Տեղեկատվություն գետենտիկ խորհրդատվության վերաբերյալ	Վերանայել հոգեբանական վիճակը
Լարորատոր հետազոտություններ նախաձննյան շրջանում	Հաստատել պտղի շրջումը մինչև 34 շաբաթականը (եթե տեղի է ունեցել)
Կրծքով սննոցում. Այո ----- Ոչ ----- չի որոշել -----	<b>35-36 ԾԱԲԱԹԱԿԱՆ</b>
<b>10-14 ԾԱԲԱԹԱԿԱՆ</b>	Գրանցել արգանդի հատակի բարձրությունը, պտղի սրտի զարկերն ու պտղի շարժումները
Ֆիզիկական հետազոտում (բար, քլամիդիա, այլ սեռավարակի նշանների առկայություն)	Գրանցել պտղի դիրքը
Գրանցել պտղի սրտի զարկերը	Մեջքի ցանքս (10շաբաթից հետո)
Մեջքի ցանքս (10շաբաթից հետո)	Թաց քսուր՝ բակտերիալ վագինովի համար
Ֆիզիկական վարժություններ	Հետծննյան խնամք
Քաշի ավելացումը	Մանկան խնամք
Կերակրումը	<b>ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՊԼԱՆ</b> (տարրերակները, հատուկ նկատառումներ)
Գուցված լինելու դեպքում՝ ԱՖՊ թեստ	Աջակցող անձինք _____
Գրանցել արգանդի հատակի բարձրությունն ու պտղի սրտի զարկերը	Յավազրկման պլանը _____
Գրանցել պտղի առաջին շարժումները	Երեխայի հետ կապված պլաններ
Մայրության դպրոցի դասընթացներ և համայնքի միջոցները	Կրծքով կերակրումը <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ
Սեռական կյանքը	Մանկան խնամքը _____
Փորկապություն	<b>ՀԱՏՈՒԿ ԻՐԱՎՈՒՄԱԿՆԵՐ</b>
Վերանայել հոգեբանական վիճակը	<b>Պտղի կոնքային առաջադրություն</b>
<b>24-28 ԾԱԲԱԹԱԿԱՆ</b>	<b>Չույզ պտույթ</b> _____
Գրանցել արգանդի հատակի բարձրությունը, պտղի սրտի զարկերն ու պտղի շարժումները	Ծննդաբերական գործունեության խթանում
Դիաբետի սքրինինգ (ցուցված լինելու դեպքում)	Հեշտոցային ծննդաբերություն՝ արգանդի վրա սպիրալ առկայությամբ /նախորդող կեսարյան հատման վիրահատություն/
Իրականացնել այտուկի հետազոտում (ցուցված լինելու դեպքում)	<b>Պլանավորված կեսարյան հատմով</b>
Հակառեզուս հակամարմինների որոշում և Ռոգամի նշանակում ( $\geq 28$ շաբաթական; ցուցված լինելու դեպքում)	կեսարյան հատման վիրահատություն/
Նախապատրաստում կրծքով կերակրելուն	
Տեղեկատվություն վաղաժամ ծննդաբերության և պրեէկամպսիայի վտանգի նշանների մասին	

**Հավելված 3. Սննդային տարրեր խմբերին պատկանող սննդատեսակների ցանկ,  
որոնք պետք է կիրառել հղության ընթացքում**

Սննդային խումբ	Սննդատեսակներ
<b>Հաց, հացահատիկային կուլտուրաներ և կարտոֆիլ</b>	Այս խմբին պատկանող սննդամթերքը էներգիայի հիմնական աղբյուրն է և պարունակում է այնպիսի կարևոր սննդանյութեր, ինչպիսիք են կալցիումը, երկարը, ցինկը և վիտամին Բ-ն: Կարտոֆիլը նաև C վիտամինի լավ աղբյուր է:
<b>Միրզ և բանջարեղին</b>	Այս խմբին պատկանող սննդամթերքը պարունակում է շատ վիտամիններ և հանքանյութեր, ներառյալ երկարն ու ֆոլաթրոն: Ստորև ներկայացված սննդամթերքներից յուրաքանչյուրը կապահովի օրական պահանջը բավարող վիտամին C:  Հիշե՛ք. Վիտամին C-ն կորչում և վերանում է սննդի պահեստավորման և պատրաստման ժամանակ.  -1 մեծ տաքդեղ կամ  -3 միջին չափի կարտոֆիլ կամ 160 գ կաղամբ
<b>Կաթ և կաթնամթերք</b>	Կաթնեղենը պարունակում է սպիտակուցներ և հանքանյութեր, ինչպիսիք են կալցիումը և վիտամին A-ն: Կաթնարտադրության ժամանակ կալցիումը կարևոր նշանակություն ունի կրծքի կաթի առաջացման համար:
<b>Սիս, ձուկ, ձու, լորի և ընկույզ</b>	Այս խմբին պատկանող սննդամթերքը հարուստ է սպիտակուցներով:  Սիսը, հատկապես լյարդը հարուստ են երկաթով:
<b>Շաքար և շաքար պարունակող սննունդ</b>	Այս խմբին պատկանող սննդամթերքը պարունակում է շատ կալորիաներ, սակայն քիչ քանակի սննդանյութեր: Հետևաբար, ավելի լավ է չօգտվել այս խմբի սննդամթերքներից՝ նախապատվորյունը տալով մյուս սննդային խմբերից առավել օգտակար սննդատեսակներին:

#### **Հավելված 4. Ըստ բուժօգնության կազմակերպման մակարդակների ծննդօգնության հիմնարկների դասակարգումը**

##### **Չափորոշիչներ**

Ըստ բուժօգնության կազմակերպման մակարդակների՝ ծննդօգնության հիմնարկների դասակարգումը կատարվում է համապատասխան չափանիշներով, սահմանումներով, գործառույթներով, կառուցվածքով, հագեցվածությամբ:

Մանկաբարձական ստացիոնարի աշխատանքի կազմակերպումը կառուցվում է միասնական սկզբունքով՝ համաձայն հանրապետությունում գործող օրենսդրության և ծննդատան (բաժանմունքի) մասին սույն դրույթով, ՀՀ ԱՆ հրամաններով, հրահանգներով և առողջապահության կառավարման այլ մարմինների ցուցումներով:

Սատուրացվող ծառայությունների խնդիրներից, հիվանդների կոնտինգենտից, սպասարկվող բժկական օգնության սարքավորումներով հագեցվածությունից և մակարդակից, ինչպես նաև կադրային պահուստից կախված՝ մանկաբարձական ստացիոնարները բաժանվում են հետևյալ մակարդակների:

Հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացք ունեցող կանայք իրենց ցանկությամբ կարող են բուժվել ցանկացած մակարդակի մանկաբարձական ստացիոնարում:

##### **1. Ծննդօգնության ստացիոնարների դասակարգումը (կառուցվածքները և գործառույթները)՝ ըստ մակարդակների՝ համաձայն ներքոհիշյալ չափանիշների՝**

<b>I մակարդակ</b>	<b>Ա.</b>	<b>Գյուղական առողջության կենտրոններ են /աստիճանաբար ենթակա են լուծարման/:</b>  Անհրաժեշտ են մանկաբարձական մահճակալներ, ծնարան, հետձննդյան պալատ:  Թույլատրվում է ֆիզիոլոգիական ընթացքով ծննդաբերություն, որը սկսանացում է շտապ ծննդալուծում և ենթակա չետղափոխման:
	<b>Բ.</b>	<b>Դրանք ռեգիոնների (մարզերի) բժկական կենտրոնների կազմում գտնվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքներն են և ծննդատները, որոնց գործառույթն է մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնար բուժօգնության ցուցաբերում հատուկ հետազոտում և բուժում չպահանջող հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացքով, ցածր ռիսկի խմբին պատկանող հղիներին ու ծննդկանին:</b>  Անհետաձգելի դեպքերում կատարում են բժկական շտապ միջամտություններ (կեսարյան հատում, գինեկոլոգիական վիրահատություններ): Իրականացվում է նաև գինեկոլոգիական հիվանդների ռուտին բուժում և հետազոտում:  Կառույցը պետք է ունենա մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունք, ծնարաններ, հետձննդյան պալատներ, վիրահատական բլոկ, ինտենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման պալատ, ընդհանուր և ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիա:

	<p><b><u>Այն ծննդատները և բժշկական կենտրոնների կազմում գտնվող մանկարարածախինեկողիական բաժանմունքները, որոնք ցուցաբերում են մասնագիտական մանկաբարձական օգնույթուն նորմալ, միջին և բարձր ռիսկի խմբերին, որոնք և որոնց նորածինները չեն պահանջում հատուկ, նեղ մասնագիտացված հետազոտում ու բուժում:</u></b></p> <p>Այդ ծննդատները բժշկական ուսումնական հաստատությունների համար կարող են լինել կինիկական բազա և իրենց կառուցվածքում ունենալ նեղ մասնագիտացված գինեկողիական, նեղ մասնագիտացված բաժանմունքներ, որոնց կողմանը կազմում կան հատուկ և նեղ մասնագիտական բաժանմունքներ /մահճակալներ/: Իրականացնում են ինչպես պլանային, այնպես էլ անհետաձգելի մանկաբարձագինեկողիական միջամտություններ:</p> <p>Կառույցը պետք է ունենա մանկաբարձական, հոլիների պարողության գինեկողիական բաժանմունքներ, ծնարաններ, հետծննդյան պալատներ, վիրահատական բլոկ, մեծերի և նորածինների ինստենսիվ հսկողության ու նեղ մասնագիտական բաժիններ, կինիկա-բիոքիմիական և ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիաներ:</p>
II մակարդակ	<p><b><u>Պերինատալ, մասնագիտացված գիտահետազոտական կենտրոններն ու ինստիտուտները, բազմապրոֆիլային բժշկական կենտրոնները, որոնց կազմում կան հատուկ և նեղ մասնագիտացված մանկաբարձական, գինեկողիական, նեղ մասնագիտացված բաժանմունքներ, որոնց գործառույթն է ապահովել բարձր մասնագիտական բուժսպասարկում նորմալ, միջին և բարձր ռիսկի խմբի հոլիների ու նորածինների համար:</u></b></p> <p>3-րդ մակարդակը պետք է ապահովի էքստրագենիտալ, մանկաբարձական ու պերինատալ ախտաբանությամբ, ծայրահեղ ցածր քաշով և խորը անհաս նորածիններով, զարգացման արատներով կամ մահացած պտղով հոլիների, ծննդկանների բուժսպասարկումը, ինչպես նաև պետք է ունենա ժամանակակից ինստենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման, նորածինների խնամքի II էտափի ռեպրոդուկտուղովիայի, չքերության, օժանդակ տեխնոլոգիաների ծառայություններ, խորհրդատվական և այլ հանրապետական նշանակություն ունեցող գործառույթներ/արագ արձագանքման, կազմմեթորդական, ուսումնագործնական և այլն/:</p> <p>Այս մակարդակի հաստատություններում պետք է լինեն համալսարանական ամբիոններ, պատրաստվեն դասազրբեր, մենագրություններ, ուղեցույցներ, ծրագրեր, անցկացվեն սեմինարներ, պարապմունքներ և այլն:</p> <p>Կառույցում պարտադիր է ներառել մանկաբարձական ռիսկի խմբի, այդ բվում ինֆեկցված հոլիների գինեկողիական բաժանմունքներ, վիրահատական բլոկներ, մեծերի և նորածինների հզոր ինստենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման, այլ նեղ մասնագիտացված բաժանմունքներ, շուրջօրյա թիմային մասնագետների ապահովում, բազմապրոֆիլային լաբորատոր գործիքային ախտորոշում, կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկա և այլն:</p>
III մակարդակ	<p>Այս մակարդակի հաստատություններում պետք է լինեն համալսարանական ամբիոններ, պատրաստվեն դասազրբեր, մենագրություններ, ուղեցույցներ, ծրագրեր, անցկացվեն սեմինարներ, պարապմունքներ և այլն:</p> <p>Կառույցում պարտադիր է ներառել մանկաբարձական ռիսկի խմբի, այդ բվում ինֆեկցված հոլիների գինեկողիական բաժանմունքներ, վիրահատական բլոկներ, մեծերի և նորածինների հզոր ինստենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման, այլ նեղ մասնագիտացված բաժանմունքներ, շուրջօրյա թիմային մասնագետների ապահովում, բազմապրոֆիլային լաբորատոր գործիքային ախտորոշում, կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկա և այլն:</p>

2. Ստացիոնար ծննդօգնության հաստատությունների համար անհրաժեշտ հագեցվածության և միջամտությունների ծավալը՝ ըստ վերը ներկայացված մակարդակների

## 2.1. Հագեցվածությունը

### IԱ. մակարդակի համար՝

1. մանկաբարձական լրիվ հավաքածու
2. կշեռք հղիների համար
3. հասակաչափ
4. տոնոմետր
5. ֆոնենդոսկոպ
6. մանկաբարձական ստետոսկոպ
7. կոնքաչափ
8. մանկաբարձական բազկաթռող
9. հիվանդանոցային մահճակալներ
10. ախտահանման սարք կամ ավտոկլավ

### IԲ. մակարդակի համար՝

1. մանկաբարձական լրիվ հավաքածու
2. կշեռք հղիների համար
3. հասակաչափ
4. տոնոմետր
5. ֆոնենդոսկոպ
6. մանկաբարձական ստետոսկոպ
7. կոնքաչափ
8. մանկաբարձական բազկաթռող
9. ավտոկլավ
10. գերձայնային ապարատ
11. նարկոզի ապարատ
12. արհեստական շնչառության ապարատ
13. վիրահատական սեղան
14. վիրահատական լսանք
15. հիվանդանոցային մահճակալներ (սովորական կամ ֆունկցիոնալ)
16. կլինիկաբիոքիմիական լաբորատոր սարքավորումներ
17. սառնարան դեղորայքը պահպաններու համար
18. կարդիոմոնիֆտոր
19. դեֆիբրիլյատոր
20. արտածծիչ, ամրու
21. էլեկտրակուագույատոր
22. հիվանդին տեղափոխելու սայլակ
23. արյան փոխներարկման ծառայություն, արյան բաղադրամասերի պաշարներ

### II մակարդակի համար՝

1. մանկաբարձական լրիվ հավաքածու
2. կշեռք հղիների համար
3. հասակաչափ
4. տոնոմետր
5. ֆոնենդոսկոպ
6. մանկաբարձական ստետոսկոպ
7. կոնքաչափ
8. մանկաբարձական բազկաթռուներ

9. ավտոկլավ
10. գերձայնային ապարատ
11. նարկոզի ապարատ
12. արհեստական շնչառության ապարատ
13. վիրահատական լամպ
14. կլինիկաբիոթմիական լաբորատոր սարքավորումներ, մեզի, արյան անալիզատորներ
15. ֆունկցիոնալ և ճառագայթային ախտորոշման լաբորատորիա /ԷԽՈ, դրազեր, ռենտգեն և այլն/
16. սառնարան դեղորայքը պահպանելու համար
17. կարդիոտոկոգրաֆ
18. թթվակիմնային հավասարակշռությունը հսկող ապարատ
19. վիրահատական սեղան
20. հիվանդանոցային մահճակալներ (սովորական կամ ֆունկցիոնալ)
21. կարդիոմոնիտոր
22. դեֆիբրիլյատոր
23. արտածծիչ
24. Ամբուի սարք
25. հիվանդին տեղափոխելու սայլակ
26. էլեկտրակոագուլյատոր
27. արյան փոխներարկման ժառայություն, արյան քաղադրամասերի պաշարներ

**Ծնարանի պարտադիր հագեցվածությունը՝ ծննդօգնության բոլոր մակարդակներում նորածիններին սպասարկելու համար՝**

- ճառագայթող տաքացնող լամպ կամ վերակենդանացման սեղան
- ամբուի պարկ՝ համապատասխան դիմակներով
- արտածծիչ սարք
- արտածծիչ կաթետերներ N8 և N10
- ծնարանը տաքացնող սարք
- օդի ջերմաչափ
- ջրով լի ջեռակ՝ երեխային տաքացնելու համար
- նորածնային կշեռք

**Նորածնային ինտենսիվ թերապիայի պայատ I Բ. և II մակարդակների համար՝**

Նախատեսված է հիվանդ կամ ցածր քաշով նորածինների վիճակի կայունացման և ժամանակավոր բուժման համար:

1. Հասուն հաստիքային կազմ չի նախատեսվում:
2. Պետք է ունենա առնվազն 2 մահճակալ, որոնցից մեկը՝ ինկուբատոր, ինչպես նաև ճառագայթային ջեռուցիչ կամ ջեռուցող ներքնակ:

**Պարտադիր բժշկական սարքավորում նորածնային ինտենսիվ թերապիայի պայատում**

**I Բ. և II մակարդակների համար՝**

1. Ամբուի պարկեր՝ յուրաքանչյուր մահճակալի համար
2. դիմակներ՝ ամբուի յուրաքանչյուր պարկի համար
3. արտածծիչ սարք
4. թթվածնի վրաններ, բինազալ կաթետերներ, թթվածնային դիմակներ
5. շնչառական խառնուրդի խոնավացուցիչներ՝ յուրաքանչյուր մահճակալի համար
6. ինֆուզիոն պոմպ՝ յուրաքանչյուր մահճակալի համար
7. լարինգոսկոպ

8. թթվածնի բալոն՝ ծավալային ռեղուկտրով
9. նորածնային կշեռք

#### **Պարտադիր միջամտությունների ցանկ նորածիններին I Բ. և II մակարդակների համար՝**

1. թոքերի արհեստական օդամղում դիմակով՝ Ամբուի պարկով
2. շնչափողի ինտորիացիա, արհեստական շնչառություն ձեռքով՝ ամբուի պարկով
3. պերիֆերիկ երակների կաթետերիզացիա
4. օքսիգենոթերապիա՝ թթվածնային վրանով, բինազալ կաթետերով, դիմակով

#### **Անհրաժեշտ հագեցվածությունը III մակարդակի համար՝**

1. մանկաբարձական լրիվ հավաքածու
2. կշեռք հղիների համար
3. հասակաչափ
4. սոոնոմետր
5. ֆոնենդոսկոպ
6. մանկաբարձական ստետոսկոպ
7. կոնքաչափ
8. մանկաբարձական բազկաթոռներ
9. ավտոկլավներ
10. գերճայնային ապարատներ
11. նարկոզի ապարատներ
12. վիրահատական սեղաններ
13. վիրահատական լամպեր
14. թթվածին և սեղմված օդ մատակարարելու համակարգ
15. թթվահիմնային հավասարակշռությունը հսկող ապարատ
16. ԿՏԳ ապարատներ
17. գունավոր դոպլեր ապարատ
18. շարժողական գերճայնային ապարատ
19. էլեկտրոլիտները հսկող ապարատ
20. մեծերի թոքերի արհեստական օդափոխությունը իրականացնող ապարատներ
21. կոագուլումետր
22. ստացինար և շարժողական ռենտգեն ապարատ
23. ճառագայթող, տաքացնող լամպ
24. լապարուսկոպ
25. հիստերոսկոպ
26. կլինիկարիոքիմիական լաբորատոր սարքավորումներ, մեզի, արյան անալիզատորներ
27. հորմոնային և իմունոլոգիական անալիզատորներ
28. ֆունկցիոնալ և ճառագայթային ախտորոշման լաբորատորիա /ԷԽՌ, դոպլեր և այլն/
29. հիվանդանոցային մահճակալներ (սովորական կամ ֆունկցիոնալ)
30. սառնարան՝ դեղորայքը պահպանելու համար
31. կարդիոնիտոքիատորներ մեծերի համար
32. դեֆիբրիլյատոր
33. արտածծիչներ, ամբուի սարքեր
34. հիվանդին տեղափոխելու սայլակ
35. նեղ մասնագիտական ծառայության համար անհրաժեշտ այլ սարքավորումներ
36. էլեկտրակուագույլատոր
37. արյան փոխներարկման ծառայություն, արյան բաղադրամասերի պաշարներ

Բաժանմունքում բուժվում են նորածնային ախտաբանություններով տառապող այն նորածնները, որոնք ունեն բուժման և շարունակական խնամքի կարիք /անհասություն, ցածր քաշ, նորածինների հետոլիտիկ հիվանդություն, ԿՆՀ-ի հիպօքսիկ ախտահարումներ և այլն/:

**Ծանոթություն:** Եթե ծննդօգնության հիմնարկը չունի անհրաժեշտ պարտադիր սարքավորումներ, և համապատասխան միջամտությունները չեն իրականացվում ըստ սահմանված ցանկի, ապս այն չի կարող հավակնել տվյալ մակարդակին: Ծննդատան կառուցվածքային ստորաբաժանումներն են ստացիոնար, բուժական-ախտորոշման և վարչատնտեսական մասերը:

Գիտահետազոտական ինստիտուտներում և դրանց մասնաբաժիններում, բժշկական բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների մանկաբարձական կլինիկաներում, մարզային ծննդատներում անհրաժեշտ է ունենալ խորհրդատվական պոլիկլինիկա:

Ծննդատան (բաժանմունքի) կառուցվածքը պետք է համապատասխանի շինարարական նորմերին և բուժական ախտորոշիչ հաստատությունների կանոններին՝

- ծննդատան (բաժանմունքի) սարքավորումներով հազեցվածություն,
- հանրապետությունում գործող նորմատիվային փաստաթղթերին համապատասխանող հակահամաճարակային պահանջներ:

Ծննդատան անհրաժեշտ է ունենալ՝

1. սառը և տաք ջրի մատակարարում,
2. թթվածնի մատակարարում,
3. կոյուղի,ստացիոնար (շարժական) մանրէաբանական ճառագայթող սարքեր:

#### Մանկաբարձական ստացիոնարն ունի հետևյալ ստորաբաժանումները՝

- երկու ֆիլտրերից և երկու զննման սենյակներից բաղկացած ընդունարան,
- հղիների ախտաբանության բաժանմունք (սենյակներ) (ընդհանուր մանկաբարձական մահճակալների 30-35%-ը),
- I մանկաբարձական բաժանմունք (ընդհանուր մանկաբարձական մահճակալների 30-40%-ը),
- II մանկաբարձական բաժանմունք (ընդհանուր մանկաբարձական մահճակալների 25-30%-ը),
- վերակենդանացման և հոլիստիկի, ծննդկանների ու ծննդաբերողների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք (սենյակներ),
- նորածինների վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի անցկացման սենյակներ,
- գինեկոլոգիական բաժանմունք (ընդհանուր մանկաբարձական մահճակալների 20%-ը):

1-ին մակարդակ	A	1. մանկաբարձական մահճակալ 2. ծնարան
1-ին մակարդակ	B	1. մանկաբարձական բաժանմունք 2. բրոսավորված պալատներ՝ անհրաժեշտության դեպքում մեկուսացնելու համար 3. գինեկոլոգիական բաժին 4. հղիության ախտաբանության բաժին /պալատներ/ 5. ծնարան 6. վերակենդանացման կամ ինտենսիվ թերապիայի բաժին կամ պալատ
2-րդ մակարդակ		1. մանկաբարձական բաժանմունք (ծնարան, հետծննդաբերական

	<p>բաժանմունք, վիրահատարան)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. ինֆեկցիայի բարձր ռիսկի հղիների մանկաբարձական բաժանմունք (ծնարան, հետծննդաբերական բաժանմունք, վիրահատարան)</li> <li>3. հղիների ախտաբանության բաժանմունք</li> <li>4. վերակենդանացման բաժին</li> <li>5. նորածինների վերակենդանացման բաժանմունք</li> <li>6. մասնագիտացված գինեկոլոգիական բաժանմունք             <ol style="list-style-type: none"> <li>ա) կոնսերվատիվ</li> <li>բ) օպերատիվ</li> </ol> </li> <li>7. խորհրդատվական պոլիկլինիկա</li> </ol>
3-րդ մակարդակ* <sup>*</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I մանկաբարձական բաժանմունք (ծնարան, հետծննդաբերական բաժանմունք, վիրահատարան)</li> <li>2. ինֆեկցիայի բարձր ռիսկի հղիների մանկաբարձական բաժանմունք (ծնարան, հետծննդաբերական բաժանմունք, վիրահատարան)</li> <li>3. հղիների ախտաբանության բաժանմունք</li> <li>4. վերակենդանացմանանան բաժանմունք</li> <li>5. նորածինների վերակենդանացման բաժանմունք</li> <li>6. մասնագիտացված գինեկոլոգիական բաժանմունք             <ol style="list-style-type: none"> <li>ա) կոնսերվատիվ</li> <li>բ) օպերատիվ</li> <li>ց) էնդոկրինոլոգիական գինեկոլոգիա</li> <li>դ) մանկական գինեկոլոգիա և այլն</li> <li>ե) վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների բաժանմունք</li> </ol> </li> <li>7. խորհրդատվական պոլիկլինիկա</li> </ol>

Բոլոր բաժանմունքները պետք է հագեցված լինեն համապատասխան բժշկական սարքավորումներով, բուժվարագաներով, խնամքի համար անհրաժեշտ առարկաներով և բժշկական կահույքով: Ավելորդ կահույքի և չօգտագործվող սարքավորման պահպանումը ծննդատանը (բաժանմունքում) արգելվում է:

Բոլոր բաժանմունքների սպիտակեղենը պետք է լվացվի ծննդատանը (բաժանմունքին) հատկացված լվացքատանը: Անհրաժեշտ է խիստ հսկողություն սահմանել, որ նորածինների և ծննդկանների սպիտակեղենը պատշաճ մաքրություն ունենա:

Ծննդատան բուժանձնակազմը յուրաքանչյուր բաժանմունքում աշխատում է սահմանված գրաֆիկի համաձայն: Աշխատանքի ընդունումը թույլատրվում է դիսպանսերիզացիայի և պայմանական-պարոգեն ու պարոգեն միջավայրի մանրէաբանական հետազոտություն անցկացնելու հետո:

Մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բաժանմունքները տեղակայվում են ծննդատան (ինքնուրույն կամ բազմապրոֆիլային հիվանդանոցի) տարբեր մասնաշենքերում կամ հարկերում: Ծննդաբերական բաժանմունքնի մասնաշենքը պետք է հեռու լինի ինֆեկցիոն ստացիոնարից, լվացքատնից և սննդային բլոկից:

Մանկաբարձական բաժանմունքների ընդունման-զննման սենյակներում պետք է ընդունվեն միայն հղիները, ծննդկանները և ծննդաբերողները:

Գինեկոլոգիական հիվանդներին ընդունելու համար պետք է հատկացվի առանձին ընդունարան:

\* III մակարդակի մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարներում հնարավոր է ծավալել նեղ մասնագիտացված բաժանմունքներ (վերարտադրողականության, անպտղության, նևԿ և այլն):

## Հավելված 5. Ծննդաբերության ժամանակ կիրառվող դեղորայքի ցանկ

### Մանկաբարձագինեկոլոգիական հաստատությունում անհրաժեշտ դեղորայքի

#### Ց ա ն կ

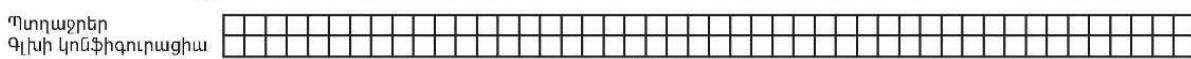
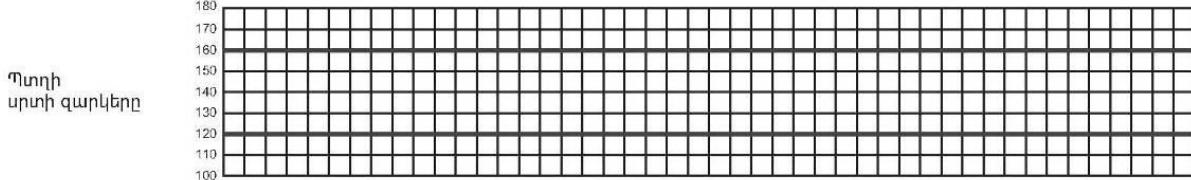
1. աստրոպին 0,1%-անոց
2. դիմելորոլ 1%-անոց
3. դրոպերիդոլ 0,25%-անոց
4. դորմիկում /սրվակ/
5. սիրազոն (սեղուսեն, ռելանիում, դիազեպամ) 0,5%-անոց
6. ֆենտամիլ /սրվակ/, կա՞մ պրոմեֆել 1%-անոց, կա՞մ մորֆին 1%-անոց
7. կալիպսոլ (կետամին, կետալար) /սրվակ/
8. արդուան /սրվակ/, կա՞մ դիտիլին (լիստենոն), կա՞մ պանկուրոնի /սրվակ/
9. նատրիումի տիոպենտալ (հեքսանալ՝ ներարկումների համար
10. թթվածին
11. ազոտի ենթօսիդ, նարկոտան
12. պլողերին /սրվակ/
13. պլեղնիզոլոն /սրվակ/ կամ դեքսազոն կամ հիդրոկորտիզոն
14. քլորացված կալցիում 10%-անոց
15. ԿԾԽ 20%-անոց
16. դոֆամին (դոպամին) 4%-անոց, կա՞մ ադրենալին (էպինեֆրին), կա՞մ մեզատոն
17. բենզոկետոնիում /սրվակ/ կամ պենտամին /սրվակ/
18. էուֆիլին 2,4%-անոց
19. մագնեզիումի սուլֆատ 25%-անոց
20. էտանզիլատ (դիօքինոն) սրվակ
21. ստրոֆանտին 0,025%-անոց կամ կորզիլկոն 0,06%-անոց
22. նոշապա (դրոտավերին) 2%-անոց, կա՞մ պապավերին 2%-անոց, կա՞մ պլատիֆիլին 0,1%-անոց
23. օքսիտոնգին /սրվակ/, մեթիլէրգոմետրին 0,2%-անոց
24. ֆուրոսեմիդ (լազիքս) /սրվակ/

## Հավելված 6. Ծննդագիր

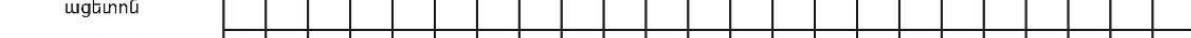
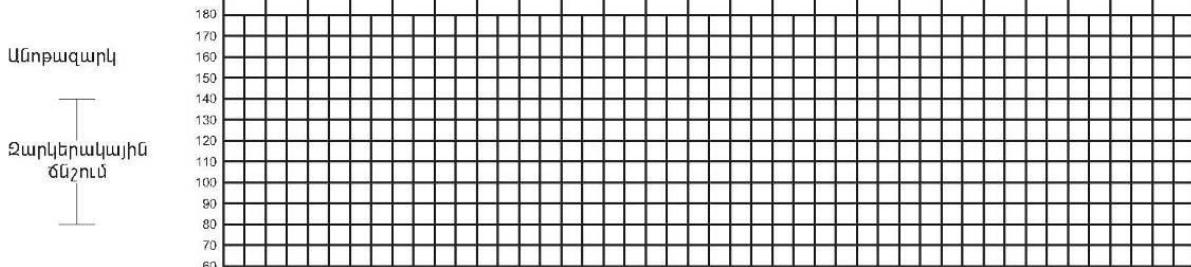
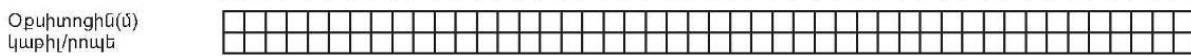
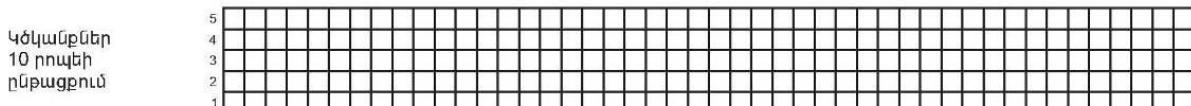
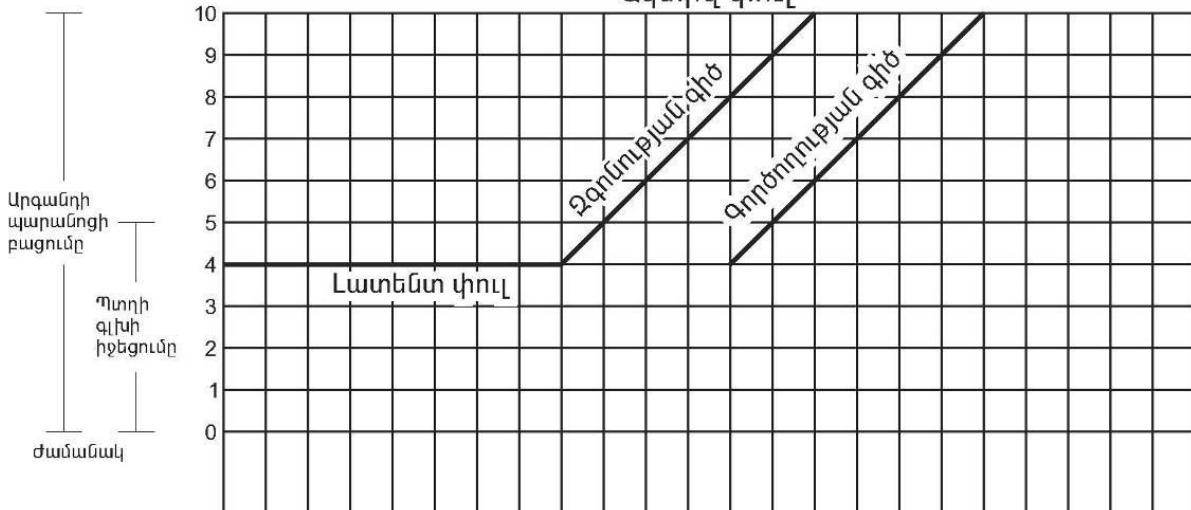
### Ծննդագիր

Ազգանուն \_\_\_\_\_ Հղիություն \_\_\_\_\_ Ծննդադրերություն \_\_\_\_\_ Գրանցման համար \_\_\_\_\_

Ընդունվելու ամսաթիվը \_\_\_\_\_ Ընդունվելու ժամը \_\_\_\_\_ Պտղապարկի պատռման ժամը \_\_\_\_\_



#### Ակտիվ փուլ



## Հավելված 7. Ծննդաբերության քարտ<sup>13</sup> No. \_\_\_\_\_

<b>Բուժիմության անվանումը</b>				<b>Անուն</b>				
<b>Ողեգող հաստատություն</b>				<b>Հայրանուն</b>				
<b>Կնք տարիքը</b>		<b>Արյան խումբ և ռեզուս</b>		<b>Ազգանուն</b>				
Հղություն	Ժամկետային	Վաղաժամ	Ինքնաբեր վիժումներ	Նկարագրություն	Ժամը	Ամսա-թիվը	Ծննդաբերության տևողությունը	
Արհ. Վիժումներ	Արտարգանդային	Երեխաներ կենդանի	Կեսարյան հատումներ	Ընդունվել է հիվանդանոց			Ծրջան՝ Ժամ/ր	
<b>Հղության տեսակ</b> <input type="checkbox"/> Միապտուղ <input type="checkbox"/> Բազմապտուղ				Ընդունվել է ծննդանոց	1 _____			
Ծննդաբերության ենթադրյալ օրը				Հղության ժամկետը	Լրիվ բացում	2 _____		
				Ծննդափր լրացվել է <input type="checkbox"/> այս <input type="checkbox"/> ոչ	Ֆիգերի սկիզբը	3 _____		
<b>Օժանդակված թեսակ</b> թուժնապորում		<input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> արհ. բեղմանվորում	<input type="checkbox"/> նրան. ձվազատում <input type="checkbox"/> այլ	Երեխան ծնվեց	Ծննդանուր՝			
Ծննդաբերության տեսակ		<input type="checkbox"/> ինքնաբեր <input type="checkbox"/> իւրանված	Պոտասպակը պատուվեց		<input type="checkbox"/> ինքնուրույն <input type="checkbox"/> հատվեց			
Ծննդաբերության խառնում		<input type="checkbox"/> օրսիտոցին <input type="checkbox"/> պտղապարկի հատում <input type="checkbox"/> պրոստագլիմիններ <input type="checkbox"/> այլ (նշե)	Ըստի հակողություն	<input type="checkbox"/> առևսկուտացիա Նշումներ՝ <input type="checkbox"/> չի կատարվել <input type="checkbox"/> էլեկտր. ներշին <input type="checkbox"/> էլեկտր. արտաքին <input type="checkbox"/> ատիափիկ <input type="checkbox"/> մորմայ <input type="checkbox"/> ոչ նորմայ				
Կծկանքների խթանում		<input type="checkbox"/> օրսիտոցին <input type="checkbox"/> պտղապարկի հատում	Մեկոմիում պտղաքերում	<input type="checkbox"/> չկա <input type="checkbox"/> առկա				
Ցավի վերահսկման եղանակը		Ղեղի անվանումը <input type="checkbox"/> Ղեղաչափ <input type="checkbox"/> ժամ	Վերակեննացում	<input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> այս (նշե)	Վերակեննացում			
Անզգայացման տեսակը		<input type="checkbox"/> ոչ մի <input type="checkbox"/> պուդենդալ <input type="checkbox"/> էպիդուրալ <input type="checkbox"/> այլ (բացատրել)	<input type="checkbox"/> տեղային <input type="checkbox"/> սպինալ <input type="checkbox"/> ընթանուր	0	1	2	1ր 15ր	
Ղեղորայք		<input type="checkbox"/> ոչ մի <input type="checkbox"/> տուլուիտիկ <input type="checkbox"/> դեքսամետազոն <input type="checkbox"/> այլ (նշե)	հակամահերտենզիվ <input type="checkbox"/> հականցումային <input type="checkbox"/> հակաբիոտիկներ	առարկարկ <input type="checkbox"/> չկա <input type="checkbox"/> թույլ անկանոն <input type="checkbox"/> թարձր ճիչ <input type="checkbox"/> մկան. տոննուր <input type="checkbox"/> թոյլ <input type="checkbox"/> վերորյա. ծալում <input type="checkbox"/> ակտիվ				
Առաջադրություն		<input type="checkbox"/> ծովակային <input type="checkbox"/> հետին տեսակ <input type="checkbox"/> հետույքային <input type="checkbox"/> Այլ (նշե)	Ռեֆլեքսներ <input type="checkbox"/> չկա <input type="checkbox"/> կապույտ/ մարմինը վարդագ. <input type="checkbox"/> մարմինը վարդագ. <input type="checkbox"/> վերորյ. կապուտ <input type="checkbox"/> Ընամենը →					
Հեշտոցային ծննդաբերություն		<input type="checkbox"/> ինքնաբեր <input type="checkbox"/> հետույքային օժանդակված	Մեթեաթին <input type="checkbox"/> նախան ծննդ. <input type="checkbox"/> ծննդաբեր. ընթաց					
Կեսարյան հաստատում		<input type="checkbox"/> առաջին <input type="checkbox"/> կնոջ ընտրությամբ <input type="checkbox"/> կրկնակի <input type="checkbox"/> ստորին սեգմենտում	Արքի խնամք <input type="checkbox"/> այս <input type="checkbox"/> ոչ					
Պարանոցի բացումը կեսարյան հատումից առաջ		Երեխայի քաշը <input type="checkbox"/> ար <input type="checkbox"/> իգ <input type="checkbox"/> անհայտ	Սորամի գնահատում					
Կեսարյան հատման գուցումները			Արատներ <input type="checkbox"/> այն <input type="checkbox"/> ոչ					
<b>Երահատում</b>		<b>Պատռվածքներ</b>	<b>Կարծ՝</b>					
<input type="checkbox"/> չի կատարվել <input type="checkbox"/> թերոր <input type="checkbox"/> պորտալարի վերահսկող զուրումներ		<input type="checkbox"/> չկան <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> շուրջերի մերսում	<input type="checkbox"/> պարանոցի <input type="checkbox"/> շուրջերի պատի					
<input type="checkbox"/> միշաձիգ <input type="checkbox"/> պորտալարի վերահսկող զուրումներ		<input type="checkbox"/> օրսիտոցին ղեղաչափ <input type="checkbox"/> ուղի <input type="checkbox"/> ժամ	Ռեֆլեքսներ <input type="checkbox"/> չկա <input type="checkbox"/> կապույտ/ մարմինը վարդագ. <input type="checkbox"/> մարմինը վարդագ. <input type="checkbox"/> վերորյ. կապուտ <input type="checkbox"/> Ընամենը →					
<input type="checkbox"/> Ընկերի/պորտալարի անոնականներ <input type="checkbox"/> չկան <input type="checkbox"/> առկա (նշե)		<input type="checkbox"/> Պորտալարի անորներ <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	Սորամի մշումներ					
Մանկաբարձական նշումներ			Սորամի մշումներ					
Սանկաբարձ գինեկուող		Սեռնատուղ						
Սորագրություն		Սորագրություն						

<sup>13</sup> Տեղայնացված է Կանադայի Հանրային առողջապահության ասոցիացիայի ծննդաբերության գրանցման ձևից

## Հավելված 8. Ծննդաբերության ամփոփաքերք

### ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՍՓՈՓԱԹԵՐԹ

(Վերցված և տեղայնացված է Հյուսիսիային Կարոլինայի համալսարանի  
Ծննդաբերության և կանանց առողջության կենտրոնի ամփոփաքերթից)

Անուն - ազգանուն

Քարտի համարը \_\_\_\_\_

Ծննդաբերության օրը \_\_\_\_\_

Անսարիկ	Մոր տարիքը	Ընդունման պահին ռիսկի գնահատումը	
Հղիության հերթական թիվը	Ծննդաբերության հաջորդական թիվը	Վերջին դաշտանի օրը	Ծննդաբերության ենթադրյալ ժամկետը

Ծննդաբերական գործունեության տևաղությունը	Պոտաքաղանքների պատումը	
1-ին շրջան	Ինքնուրույն	Սիզոնորդված /արիեստական/
2-րդ շրջան	Պոտաջրերի գույնը	
3-րդ շրջան	Ծննդաբերությունը	
Ընդհանուր		

Ծննդաբերության տևականը	Հեշտոցային՝ բնական ուղիներով	Կեսարյան հատումով	
Ընկերությունը	ամրողական է	ամրողական չէ	
3 անորների առկայությունը	առկա է	առկա չէ	
Դեղորայքի նշանակումը	մինչ ծննդաբերությունը	ծննդաբերության ընթացքում	ծննդաբերությունից հետո
Արյան գնահատված կորուստը			
Էպիգլոտոմիա կամ հյուսվածքների վերականգնման այլ միջամտություններ			

<u>Արգարի միավորը</u>					
1-ին բռպեկն	Արտի աշխատանքը	Ընչառությունը	Մաշկածած- կոյթների գունավորումը	Ուժիքսները	Մկանային սովորությունը
5-րդ բռպեկն					
10-րդ բռպեկն					
<b>Դիտողություններ բացման շրջանի և ծննդաբերության ամբողջ ընթացքի վերաբերյալ</b>					Ընդունման ժամանակը
-----					-----
-----					-----
-----					-----
-----					-----
-----					-----
<b>Դիտողություններ դուրսգրման ընթացքի վերաբերյալ</b>					Դուրս գրելու ժամանակը
-----					-----
-----					-----
-----					-----
-----					-----
-----					-----
<b>Դիտողություններ տեղափոխման վերաբերյալ (Ե՞րբ, ինչպես, ինչո՞ւ կենտրոնից դուրս գրվելիս, հիվանդանոց ընդունվելու ժամը և վիճակն ընդունվելիս)</b>					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					

**Հավելված 10: Հետծննդյան շրջանում հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառման  
ժամանակացույց<sup>14</sup>**

Կերակրող մայրերի կողմից հակաբեղմնավորիչների կիրառման ժամանակացույց

Ծննդաբերություն	6 շաբաթ	6 ամիս
Լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ		
Ներարգանդային պարույր		
Պահպանակներ, սերմնասպան միջոցներ (քսոր, մոմիկներ, փրփրող հարեր)		
	Ավանդական մեթոդներ (ընդհատված սեռական հարաբերություն, օրացուցային մեթոդ և այլն)	
		Համակցված հակաբեղմնավորիչ հարեր

Չկերակրող մայրերի հակաբեղմնավորիչների կիրառման ժամանակացույց

Ծննդաբերություն	3 շաբաթ	6 շաբաթ	6 ամիս
Ներարգանդային պարույր			
Պահպանակներ, սերմնասպան միջոցներ (քսոր, մոմիկներ, փրփրող հարեր)			
	Ավանդական մեթոդներ (ընդհատված սեռական հարաբերություն, օրացուցային մեթոդ և այլն)		
			Համակցված հակաբեղմնավորիչ հարեր

<sup>14</sup> ԱՄՆ, ՄԶԳ, ՆՕՎԱ ծրագիր, Կրբական-տեղեկատվական նյութեր, «10 խորհուրդ կանանց մանկան ծննդից հետո», Երևան, 2008

