

ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման և վարման վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների հետազոտման և վարման ելքերը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի ուղեցույցները (RCOG; Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality; Cervical cerclage; Tocolysis for Women in Preterm Labour), ինչպես նաև Ավստրալիայի Քվինսլենդ նահանգի կառավարության (Preterm labour and birth), Հարավային Ավստրալիայի առողջապահության դեպարտամենտի (SA Health; Preterm Labour Clinical Guideline), Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության (SOGC; Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy), և PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի խորհուրդները ձևակերպելիս կիրառվել է խորհուրդների ուժի գնահատման հնգաստիճան համակարգ՝ «A», «B», «C», «D», որոնք հիմնված են բարձրից մինչև ցածր որակի ապացուցողական տվյալների վրա, և «I», որը հիմնված է ուղեցույցը մշակող աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա: Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ

գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման և վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման և վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ և ընթացակարգեր, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս, ինչպես նաև առաջարկվել են գործնական ներդրման ուղիներ և աուդիտի ցուցանիշներ:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման և վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, վաղաժամ ծննդաբերություն, նեյրոպրոտեկցիա, կորտիկոստերոիդներ, ՇԴՀ կանխարգելում, փոկոլիզ, արգանդի պարանոցի երկարություն

Պատասխանատու համակարգող

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ, պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկոլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ

- Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ
- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունները չեն ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա: Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումները ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Ռիսկի գնահատում
Ռիսկի նվազեցում
Անկողնային ռեժիմ
Պրոգեստերոնային թերապիա
Արգանդի պարանոցի սերկյաժ
Վաղաժամ ծննդաբերության կլինիկական գնահատում
Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում
Հոսպիտալացում, բուժում և դուրսգրում
Վաղաժամ ծննդաբերության վարում Խնամքի պլանավորում
Հղիի տեղափոխում
Նախաձննդյան կորտիկոստերոիդներ
Տոկոլիզ
Նիֆեդիպին
Այլ տոկոլիտիկներ
Ինդոմետացին
Հեքսոպրենալին
Ատոսիբան
Մագնեզիումի սուլֆատ
Հակաբիոտիկներ
Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով
Վաղաժամ ծննդաբերության եղանակ
Խնամք՝ սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո
Ներդրման աուդիտի վերաբերյալ առաջարկներ
Գրականության ցանկ
Հավելված 1
Հավելված 2
Հավելված 3
Հավելված 4
Հավելված 5
Հավելված 6

Հավելված 7

Հավելված 8

Հավելված 9

Հապավումներ

ԱՊԵ՝ արգանդի պարանոցի երկարություն

ԲԽՍ՝ Բ խմբի ստրեպտոկոկ

ԲՎ՝ բակտերիալ վագինոզ

ԳՁՀ՝ գերձայնային հետազոտություն

ՁԾ՝ զարկերակային ճնշում

ԻՎԾ՝ ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերություն

ԿՏԳ՝ կարդիոտոկոգրաֆիա

ՀՌ՝ հարաբերական ռիսկ

մ/մ՝ միջմկանային

ՄՀԿ՝ միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելում

ՄՄՀ՝ մանրադիտակային մանրէաբանական հետազոտություն

ն/ե՝ ներերակային

ՇԴՀ՝ շնչառական դիսթրես համախտանիշ

շշ/ր՝ շնչառական շարժում/րոպեում

ՈՍՀԴ՝ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ

ՊԹ՝ պտղաթաղանթներ

ՊՄԺՊ՝ պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական ժամկետային պատռում

ՊՄՎՊ՝ տպղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում

ՊՍԶՀ՝ պտղի սրտի զարկերի հաճախություն

ՎԾ՝ վաղաժամ ծննդաբերություն

ՏՎԳՀ՝ տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտություն

ՖՖՆ՝ ֆետալ ֆիբրոնեկտին

17P՝ 17 ալֆա-հիդրոպրոգեստերոնի կապրոաստ

Նախաբան

Վաղաժամ ծննդաբերություն է (ՎԾ) համարվում երեխայի ծնունդը մինչև հղիության 37 շաբաթական ժամկետը: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը սահմանում է վաղաժամ ծննդաբերության տարբեր փուլեր ըստ հղիության ժամկետի.

- մինչև 28-րդ շաբաթը (27 շաբաթ + 6 օր ներառյալ) ծնվում է անհաս երեխաների գրեթե 5%-ը (խորը անհասունություն)՝ մինչև 1000 գ քաշով (ծայրահեղ ցածր քաշ), թոքերի խիստ արտահայտված թերհասունությամբ (արդյունավետ է համարվում շնչառական դիսթրես համախտանիշի կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումը): Կանխատեսվումը խիստ անբարենպաստ է և պերինատալ հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները չափազանց բարձր են:
- 28-30 շաբաթական + 6 օր – ծնվում է անհաս երեխաների 15%-ը (ծանր անհասունություն)՝ մինչև 1500 գ քաշով (շատ ցածր քաշ), անհաս թոքերով, որոնց հասունացումը հաջողվում է արագացնել կորտիկոստերոիդների օգնությամբ: Ծննդաբերության ելքը պտղի համար ավելի բարենպաստ է:
- 31-33 շաբաթական + 6 օր – ծնվում է անհաս երեխաների մոտավորապես 20%-ը (միջին աստիճանի անհասունություն):
- 34-36 շաբաթական + 6 օր – ծնվում է անհաս երեխաների 70%-ը (ժամկետին մոտ): Պտղի թոքերը գրեթե հասուն են և դրանց հասունացման խթանման համար հատուկ միջոցների կիրառման անհրաժեշտություն չկա: 34-37-րդ շաբաթների ընթացքում ծնված նորածինների հիվանդացությունը ինֆեկցիոն հիվանդություններով զգալիորեն ավելի ցածր է, քան ավելի վաղ ժամկետում ծնվածների մոտ: Հղիության երկարաձգումն այս ժամկետներում չունի որևէ էական ազդեցություն պերինատալ մահացության ցուցանիշների վրա:

Անհաս նորածինների մոտ բարձր է հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը: Նրանք, որոնց կյանքը հաջողվում է փրկել, կարող են հայտնվել հաշմանդամության և կյանքի ցածր որակի ռիսկային խմբում, եթե անհրաժեշտ բուժում չստանան: Վաղաժամ ծննդաբերության բարդությունները հանդիսանում են նորածնային մահացության առաջին և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության երկրորդ հիմնական պատճառը: Ամեն տարի

մոտ 15 մլն երեխա ծնվում է վաղաժամ (դա ավելի է, քան 10 նորածիններից 1-ը): Շուրջ 184 երկրներում վաղաժամ ծննդաբերությունների ցուցանիշը տատանվում է 5-ից մինչև 18%: Ամեն տարի գրեթե 1 միլիոն երեխա մահանում է վաղաժամ ծննդաբերության բարդությունների հետևանքով: Նրանց, որոնք հաղթահարում են հիվանդությունը և շարունակում են ապրել, հաճախ սպառնում է ցկյանս հաշմանդամություն, այդ թվում՝ ուսման դժվարություններ, տեսողական և լսողական խնդիրներ: Հավաստի տվյալներ ներկայացնող գրեթե բոլոր երկրներում աճում է վաղաժամ ծննդաբերությունների թիվը: Սույն ուղեցույցի նպատակն է ներկայացնել այն միջամտությունները, որոնց շնորհիվ հնարավոր է մեծացնել անհաս նորածինների ապրելու շանսերը և բարելավել նրանց առողջական վիճակը, եթե վաղաժամ ծննդաբերությունը անխուսափելի է, ինչպես նաև իրազեկել վաղաժամ ծննդաբերությունը կանխարգելելու, ռիսկը նվազեցնելու և հայտնի ռիսկի գործոնների ազդեցությունը նվազագույնի հասցնելու միջոցների մասին (օր.՝ պրոգեստերոնի կիրառում, պարանոցի սերկյաժ):

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են մի շարք խորհուրդներ, որոնք կարող են օգնել մասնագետներին ճիշտ կազմակերպել ՎԾ-ի վարումը՝ տրամադրել նրանց անհրաժեշտ խորհրդատվությունն ու աջակցությունը նախքան հղիությունը, հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում: Ուղեցույցը մշակված է ամբուլատոր և ստացիոնար մանկաբարձական բաժանմունքների կլինիցիստների համար: Ուղեցույցը նախատեսված է բարելավել ՎԾ-ով պայմանավորված ախտաբանական հղիությունների ելքերը: Սույն ուղեցույցը ընդգրկում է հետևյալ հարցերի պարզաբանումը.

- Ինչպե՞ս են ախտորոշում ՎԾ-ն:
- Ինչպե՞ս կատարել ռիսկերի գնահատումը և նրանց նվազեցումը:
- Ինչպիսի՞ նախնական կլինիկական գնահատում և բազային հետազոտություններ են անցկացվում բուժման վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար:
- Ո՞րն է ՎԾ-ի կանխարգելումը և սկզբնական վարումը:
- Որո՞նք են ՎԾ-ի բուժման միջոցները: Որքանո՞վ են արդյունավետ դեղորայքային միջոցները:
- Ինչպե՞ս որոշել ՎԾ-ով հղիների վարման վայրը:
- Ինչպե՞ս որոշել ՎԾ-ով հղիների ծննդալուծման եղանակը:
- Ինչպիսի՞ խորհրդատվություն տալ կանանց հետագա հղիությունների վերաբերյալ:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի ուղեցույցները (RCOG; Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality; Cervical cerclage; Tocolysis for Women in Preterm Labour), ինչպես նաև Ավստրալիայի Քվինսլենդ նահանգի կառավարության (Preterm labour and birth), Հարավային Ավստրալիայի առողջապահության դեպարտամենտի (SA Health; Preterm Labour Clinical Guideline), Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության (SOGC; Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy), և PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Համացանցում որոնում կատարելու համար օգտագործվել են հետևյալ տերմինները. “guidelines”, “preterm birth”, “preterm labour”, “premature rupture”, “corticosteroids”, “neuroprotection”, “tocolytic agents”, “tocolysis”, “cervical length” և “cerclage”, “fetal fibronectin”: Որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով: Ընտրությունը կատարվել է մանկաբարձ-գինեկոլոգիական մասնագիտացված հեղինակավոր մարմինների (RCOG, ACOG, SOGC, NICE, FIGO, WHO, RCPI, RANZCOG, CDC և այլն) կողմից հրապարակված ուղեցույցների միջև: 26 ուսումնասիրված ուղեցույցներից 14-ը համապատասխանել են ընտրության չափանիշներին և կիրառվել են սույն ուղեցույցի մշակման համար: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես հավելված 1): Ուղեցույցի խորհուրդները ձևակերպելիս կիրառվել է խորհուրդների ուժի գնահատման հնգաստիճան համակարգ՝ «A», «B», «C», «D», որոնք հիմնված են բարձրից մինչև ցածր որակի ապացուցողական տվյալների վրա, և «I», որը հիմնված է ուղեցույցը մշակող աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա: Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել

Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման և վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Սահմանումներ

Տերմինաբանություն

Հավանականության հարաբերություն (<<)՝ ցանկացած կլինիկական դրսևորման <<-ը հիվանդ անձանց մոտ սույն դրսևորման հավանականությունն է՝ բաժանած առողջ անձանց մոտ նույն դրսևորման հավանականությանը:

$$\ll = \frac{(\text{դրսևորման հավանականությունը հիվանդների մոտ})}{(\text{դրսևորման հավանականությունն առողջների մոտ})}$$

Տեղեկացված ընտրություն՝ Երբ պացիենտը հնարավորություն ունի ինքնուրույն ընդունելու իր առողջության հետ կապված որոշումները՝ առողջության պահպանման բոլոր հնարավոր տարբերակների մասին բավարար, ապացուցողական տեղեկատվություն ստանալուց հետո՝ երրորդ անձանց կողմից ցանկացած տեսակի ճնշման բացակայության և ողջ տեղեկատվության մատչելիության պարագայում

Շանսերի հարաբերություն՝ հարաբերություն, որը համեմատական ուսումնասիրության միջոցով սահմանում է փոխկապվածությունը որևէ ազդեցության և դրա հետևանքով առաջացած առողջական վիճակի փոփոխության միջև.

- ≥ 1 ՝ ազդեցությունը ելքի շանսերում փոփոխություն չի առաջացնում,
- > 1 ՝ ազդեցությունը առնչվում է ելքի շանսերի մեծացման հետ,
- < 1 ՝ ազդեցությունը առնչվում է ելքի շանսերի փոքրացման հետ:

Ռիսկի գնահատում [11]

Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության (ԻՎԾ) դեպքերի գրեթե կեսում պատճառը մնում է անհայտ, և չնայած որ հայտնի են շատ գործոններ (Հավելված 2), որոնք զուգակցվում են ԻՎԾ հետ, հարաբերականորեն փոքր է այս հարցի շուրջ անցկացված բարձր մակարդակի հետազոտությունների թիվը: Ավանդական ռիսկի գործոններ ունեցող կանանց մեծամասնությունը վաղաժամ չի ծննդաբերում, մինչդեռ վաղաժամ ծննդաբերող կանանցից շատերի մոտ հայտնաբերված չի լինում ռիսկի և ոչ մի գործոն:

Ռիսկի նվազեցում [11]

Աղյուսակ 1.

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Խորհուրդներ	<ul style="list-style-type: none">• Կատարել ռիսկի գործոնների գնահատում նախքան հղիության պլանավորումը:• Անցկացնել նախորդ հղիությունների համակողմանի վերլուծություն, քանի որ ռիսկի հիմնական գործոնը նախկին ԻՎԾ-ն է:• Տեղեկացնել կանանց ռիսկի փոփոխման ենթակա գործոնների մասին.<ul style="list-style-type: none">– Ծխախոտից հրաժարումը 18%-ով նվազեցնում է ՎԾ-ի հաճախականությունը:– Քրոնիկ հիվանդությունների վերահսկման օպտիմալացումը նվազեցնում է ռիսկը:– Կենսակերպ (հավասարակշռված դիետա, սթրեսի կառավարում):
Բակտերիալ վագինոզ (ԲՎ)	<ul style="list-style-type: none">• ԲՎ զուգակցվում է ՎԾ բարձր ռիսկի հետ: Այն կանայք, որոնց մոտ բացակայում են ԲՎ-ի ախտանիշները և նրանք, որոնց մոտ չեն հայտնաբերվել ՎԾ ռիսկի գործոններ, բակտերիալ վագինոզի հայտնաբերման համար ռուտին սկրինինգի անցկացման կամ բուժման

	<p>կարիք չունեն:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Սկրինինգի և բուժման անցկացումը նպատակահարմար է այն կանանց պարագայում, որոնց անամնեզում առկա է ՎԾ կամ գոյություն ունեն ռիսկի այլ գործոններ: Հղի և ոչ հղի կանանց համար կիրառվում են նույն ախտորոշիչ չափանիշները: ● ԲՎ թերապիան հղիների մոտ անց է կացվում, սկսած հղիության երկրորդ եռամսյակից, 7 օրվա ընթացքում՝ օրական երկու անգամ ներքին ընդունման 500 մգ մետրոնիդազոլով կամ 300 մգ կլինդամիցինով: Տեղային (հեշտոցային) թերապիայի կիրառումը այս նպատակով ցուցված չէ:
Բակտերիուրիա	<ul style="list-style-type: none"> ● Անախտանիշ բակտերիուրիան կարող է զուգակցվել ՎԾ բարձր ռիսկի հետ: ● Միզուղիների բորբոքումը կարող է հանգեցնել վաղաժամ ծննդաբերության: ● Բոլոր կանանց խորհուրդ է տրվում պարբերաբար սկրինինգ անցնել՝ բակտերիուրիայի հայտնաբերման և բուժման նպատակով:
Արգանդի պարանոցի երկարության (ԱՊԵ) չափում	<ul style="list-style-type: none"> ● Անամնեզում ՎԾ ունեցող կանանց համար պետք է դիտարկել ԱՊԵ պարբերական չափումներ ՏՎԳՀ միջոցով: ● ՏՎԳՀ-ն, որպես ՎԾ ռիսկի բացահայտման մեթոդ, ցածր ռիսկի խմբի կանանց պարագայում ներկայումս խորհուրդ չի տրվում: <p><i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես «Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում» բաժինը:</i></p>

Անկողնային ռեժիմ

Անկողնային ռեժիմն ավանդաբար ցուցվել է ՎԾ ռիսկի առկայության դեպքում, սակայն Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջը, Մոր և պտղի ամերիկյան բժշկական ասոցիացիան, Կանանց և երեխաների առողջության ազգային համագործակցության կենտրոնը՝ Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի հետ համատեղ նշում են, որ հղիության ընթացքում մայրերի կամ նորածինների առողջության բարելավման նպատակով կիրառվող ակտիվության սահմանափակումը կամ անկողնային ռեժիմը

հիմնավորված չէ փաստացի տվյալներով և որ անկողնային ռեժիմի արդյունավետությունը ՎԾ կանխարգելման գործում ապացուցված չէ, ուստի դրա ռուտին կիրառումը խորհուրդ չի տրվում (B մակարդակի ապացույց): Բացի այդ, ակտիվության սահմանափակումը և անկողնային ռեժիմը զուգակցվում են մի շարք պոտենցիալ ռիսկերի, այն է՝ երակային թրոմբոզի, մկանային ատրոֆիայի հավանականության բարձրացման, ոսկրամկանային և սրտանոթային համակարգերի խանգարումների, քաշի կորստի, կնոջ և նրա ընտանիքի անդամների մոտ սթրեսի զգալի աճի հետ:

Պրոգնոստերոնային թերապիա [12]

Պրոգնոստերոնի կիրառումը նվազեցնում է ՎԾ ռիսկը միապտուղ հղիությունների մոտավորապես մեկ երրորդում այն կանանց մոտ, որոնց անամնեզում առկա է միապտուղ ԻՎԾ, և որոնց մոտ ընթացիկ հղիության ժամանակ գերձայնային հետազոտության միջոցով ախտանշվել է արգանդի կարճ պարանոց: Պրոգնոստերոնի արդյունավետությունը ՎԾ կանխարգելման գործում մեծապես կախված է հղիների ճիշտ ընտրությունից (տես Հավելված 13): Բացի այդ, լաբորատորային և կենդանիների փորձառական հետազոտությունները վկայում են, որ պրոգնոստերոնի տեսակը, դեղաձևը, դեղաչափը և ներմուծման եղանակը նույնպես ազդում են նրա կիրառման արդյունավետության վրա: Սակայն, մի շարք հեղինակավոր ուղեցույցների կողմից առաջարկվող ներմուծման եղանակների, ժամկետների և դեղաչափերի միջև եղած տարբերությունները աննշան են: Պրոգնոստերոնի կիրառումը նաև նվազեցնում է նորածինների հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը:

Խորհուրդներ

ԻՎԾ կրկնման ռիսկի նվազեցման նպատակով այն կանանց, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է և անամնեզում միապտուղ ԻՎԾ, ցուցվում է պրոգնոստերոն՝ սկսած 16- 24 շաբաթական ժամկետից՝ անկախ պարանոցի ընթացիկ երկարությունից: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Որպես ՎԾ ռիսկի նվազեցման տարբերակ՝ հեշտոցային պրոգնոստերոնը նշանակվում է այն կանանց, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է, չկա որևէ ՎԾ ախտանիշ, անամնեզում

ՎԾ առկա չէ և 24 շաբաթական ժամկետում կամ մինչ այդ պատահականորեն հայտնաբերվել է չափազանց կարճ պարանոց՝ 20 մմ կամ պակաս երկարությամբ: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Պրոգեստերոնային թերապիան չի նվազեցնում ՎԾ հաճախականությունը երկպտուղ կամ եռապտուղ հղիության պարագայում, ուստի այն ցուցված չէ որպես բազմապտուղ ՎԾ կանխարգելման միջոց: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Արգանդի պարանոցի սերկյաժ [4-8]

Արգանդի պարանոցի սերկյաժի հակացուցումները և բարդությունները ներկայացված են Հավելված 3-ում:

Խորհուրդներ

Այն կանանց մոտ, որոնց անամնեզում առկա չէ ԻՎԾ և որոնց մոտ հղիության 16-24-րդ շաբաթներում արձանագրվել է 25 մմ-ից պակաս ԱՊԵ, սերկյաժի կիրառումը չի զուգակցվել ՎԾ ռիսկի զգալի նվազեցման հետ: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Այն կանանց, ովքեր անամնեզում ունեցել են երեք կամ ավելի վիժումներ հղիության երկրորդ եռամսյակում կամ ծայրահեղ վաղաժամ ծննդաբերություն, և որոնց մոտ, բացի պարանոցային անբավարարությունից, որևէ այլ ռիսկի գործոն չի հայտնաբերվել, առաջարկվում է կիրառել էլեկտիվ սերկյաժ 12-14 շաբաթական ժամկետում: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Սերկյաժի կիրառումը կարելի է դիտարկել այն կանանց նկատմամբ, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է, անամնեզում 34-րդ շաբաթից փոքր ժամկետում պատահած ԻՎԾ, կամ պարանոցային անբավարարության հավանականություն, եթե մինչև հղիության 24-րդ շաբաթը ԱՊԵ-ն հավասար կամ պակաս է 25 մմ-ից: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Չկան բավարար ապացույցներ՝ փաստելու, որ պրոգնոստերոնի և սերկյաժի համատեղ կիրառումն առավել արդյունավետ է ՎԾ ռիսկի նվազեցման համար ՎԾ բարձր ռիսկի խմբի կանանց մոտ: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

Սերկյաժը կարող է հանգեցնել ՎԾ ռիսկի մեծացմանը երկպտուղ հղիության ժամանակ, ուստի այս պարագայում սերկյաժի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

Վաղաժամ ծննդաբերության կլինիկական գնահատում [10-12]

Աղյուսակ 2.

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Անամնեզ	<ul style="list-style-type: none"> • Ընդհանուր բժշկական • Վիրաբուժական • Մանկաբարձական • Հոգեբանական և կենսակերպի հետ կապված հանգամանքներ <p><i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես «Ռիսկի գնահատում» գլուխը:</i></p>
Նախանշաններ և ախտանիշներ	<ul style="list-style-type: none"> • Որպես կանոն, ՎԾ-ին նախորդում են արգանդի պարանոցի հասունացումը (կարճացումը), դեցիդուալ թաղանթի ակտիվացումը, կծկանքների առաջացումը, որոնք զուգակցվում են հետևյալ ախտանշանների հետ. <ul style="list-style-type: none"> – Պարանոցի հարթեցում/բացում – Ճնշում կոնքի շրջանում – Որովայնի ստորին հատվածում ձգող ցավ – Մեջքի ստորին հատվածի ցավ – Հեշտոցային արտադրություն (լորձ, արյուն կամ պտղաջուր) – Արգանդի կանոնավոր կծկանքներ
Զննում	<ul style="list-style-type: none"> • Կենսական ցուցանիշներ • Որովայնի շոշափում՝ արգանդի տոնուսը, կծկանքները, պտղի չափսերը և առաջադրությունը գնահատելու նպատակով

	<ul style="list-style-type: none"> ● Չննում հայելիներով, որի նպատակն է. <ul style="list-style-type: none"> – հաստատել/բացատել պտղաթաղանթների պատռումը – գնահատել պարանոցի/պտղաթաղանթների վիճակը – գնահատել պտղաջրերի վիճակը (օր.՝ մաքուր, մեկոնիումի խառնուրդով, արյունոտ) – քսուք վերցնել հեշտոցի հետին կամարից ՄՄՀ անցկացնելու համար – հակացուցումների բացակայության դեպքում անցկացնել ֆՖՆ թեստ (տես Հավելված 9) ● Հեշտոցից և անոռեկտալ հատվածից քսուք վերցնել B խմբի ստրեպտոկոկի (ԲԽՍ) հայտնաբերման նպատակով <ul style="list-style-type: none"> – փորձանմուշ վերցնելու ճողիկը մտցնել հեշտոցի մեջ 2 սմ խորությամբ և ապա նույն ճողիկը մտցնել անուսի մեջ 1 սմ խորությամբ ● Գնահատել պարանոցի բացման աստիճանը ներզննման միջոցով՝ հետևյալ հակացուցումների բացակայության դեպքում. <ul style="list-style-type: none"> – պտղաթաղանթների պատռում – կասկածվող ընկերքի առաջադրություն
Պտղի վիճակի վերահսկում	<ul style="list-style-type: none"> ● Պտղի սրտի զարկերի հաճախություն (ՊՍԶՀ) ● Պարբերական ԿՏԳ <ul style="list-style-type: none"> – պետք է հաշվի առնել հղիության ժամկետը (զգուշությամբ մեկնաբանել ԿՏԳ արդյունքները 28 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի դեպքում) ● ԳՁՀ՝ պտղի աճը և վիճակը վերահսկելու համար. <ul style="list-style-type: none"> – պտուղների քանակը, առաջադրությունը, պտղաջրերի ծավալը, ընկերքի տեղակայումը
Լաբորատոր հետազոտություն	<ul style="list-style-type: none"> ● Քսուք հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար ● Քսուք ԲԽՍ հայտնաբերման համար ● Մեզի միջին չափաքանակ ՄՄՀ համար ● Ռուտին անալիզներ (արյան և մեզի)

Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում [7]

Գոյություն ունի հստակ հակադարձ կապ հղիության միջին ժամկետում ԱՊԵ-ի և ՎԾ ռիսկի միջև: Այս փոխկապվածությունը մասնավորապես ընդգծված է ՎԾ բարձր ռիսկի խմբի կանանց

մոտ, ովքեր անամնեզում ունեցել են վիժում կամ արգանդի պարանոցի վիրահատություն: Պարանոցի երկարության չափումն ապահովում է այս ռիսկի կանխատեսման հավաստիությունը: Ընդհանուր առմամբ, այն կանայք, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է և որոնք անամնեզում ՎԾ չունեն, գտնվում են ՎԾ ցածր ռիսկի խմբում: Սակայն, եթե երկրորդ եռամսյակում արգանդի ստորին սեգմենտի տրանսսաբդոմինալ սկանավորման արդյունքում ենթադրվում է կարճ պարանոց կամ որևէ այլ շեղում, ապա առաջանում է ՏՎԳՀ անցկացման անհրաժեշտություն՝ պարանոցի վիճակի մասին առավել հստակ պատկեր ստանալու և դրա երկարությունը հաստատելու համար: Ըստ էության, որքան կարճ է արգանդի պարանոցը և որքան փոքր է հղիության ժամկետը պարանոցի կարճացումը հայտնաբերելու պահին, այնքան մեծ է ՎԾ հավանականությունը (տես Հավելված 14): Չկան միասնական չափորոշիչներ՝ սահմանելու համար «կարճ պարանոց» տերմինը: ՎԾ բարձր ռիսկայնության կանանց խմբերի սահմանման համար տարբեր աղբյուրներում օգտագործվել են տարբեր ԱՊԵ-ներ (30մմ-ից, 25մմ-ից, 20մմ-ից կամ 15մմ-ից պակաս երկարություն)՝ սովորաբար հայտնաբերված մինչև հղիության 24-րդ շաբաթը: Սույն ուղեցույցում «կարճ պարանոց» տերմինը սահմանվում է հետևյալ կերպ.

- ≤ 20 մմ - հայտնաբերվել է 16-24 շաբաթական ժամկետում և անամնեզում ՎԾ առկա չէ,
- ≤ 25 մմ - հայտնաբերվել է 16-24 շաբաթական ժամկետում և անամնեզում առկա է ՎԾ:

Այս մոտեցումն ընդունվել է փորձառական միջամտությունների արդյունքների հիման վրա (Fonseca E. et al. 2007, Crane JM et al, 2008, Hassan et al. 2011), որոնց միջոցով ապացուցվել է տարբեր բուժումների արդյունավետությունը հղի կանանց այս խմբերում: Սույն մոտեցումը համահունչ է Մոր և պտղի ամերիկյան բժշկական կազմակերպության, Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի և Մանկաբարձների և գինեկոլոգների Կանադայի ասոցիացիայի հիմնական սկզբունքների հետ:

Խորհուրդներ

ՏՎԳՀ- ն արգանդի պարանոցի հետազոտման նախընտրելի մեթոդն է, որը թույլ է տալիս բացահայտել ԻՎԾ բարձր ռիսկը և ցուցված է ՎԾ բարձր ռիսկի խմբի կանանց: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Միապտուղ հղիության ժամանակ ՎԾ կանխարգելման նպատակով պարանոցի պարբերական չափումները ՏՎԳՀ միջոցով՝ նախկինում վաղաժամ չծննդաբերած կանանց դեպքում, դեռևս վիճելի են, ուստի այս չափումների համատարած կիրառումը ընդունված չէ: Այդուհանդերձ, մի շարք հեղինակավոր ուղեցույցներ առաջարկում են, որ պարանոցի չափումները ՏՎԳՀ միջոցով իրականացվեն բոլոր հղիների մոտ՝ մինչև 24 շաբաթական հղիության ժամկետը: Այս ռազմավարությունը կարող է համարվել ողջամիտ և կիրառվել առանձին հիվանդանոցների և մասնագետների կողմից: Այն կարող է իրականացվել անատոմիական գնահատման նպատակով անցկացվող սոնոգրաֆիայի հետ մեկտեղ: (*Խորհուրդի ուժը՝ B*)

Հոսպիտալացում, բուժում և դուրսգրում

ՎԾ ախտանիշներով բոլոր կանայք պետք է ընդունվեն հիվանդանոց և հսկվեն 48-72 ժամ:

Աղյուսակ 3.

Խնամք	Գնահատում
Զննում և բուժում, եթե.	<ul style="list-style-type: none"> ● \$ՖՆ* 50 նգ/մլ գերազանցող կամ դրան հավասար մակարդակ (ենթադրում է անվնաս պտղաթաղանթներ) ● Պարանոցի բացում ● Պարանոցի փոփոխություն 2-4 ժամվա ընթացքում ● Պտղաթաղանթների պատռում ● Կանոնավոր և ցավոտ կծկանքներ ● Այլ խնդիրներ՝ կապված մոր և պտղի վիճակի հետ ● <i>Տես՝ «Խնամքի պլանավորում»</i>
Դուրսգրում, եթե.	<ul style="list-style-type: none"> ● \$ՖՆ* մակարդակը 50 նգ/մլ-ից ցածր լինելու, ինչպես նաև հիվանդանոց ընդունելու համար այլ ցուցումների բացակայության պարագայում հղիին

	<p>դուրս գրել հիվանդանոցից, եթե առկա են.</p> <ul style="list-style-type: none"> - նորմալ կենսական ցուցանիշներ - ՊՍԶՀ և ԿՏԳ նորմալ ցուցանիշներ՝ հղիության ժամկետին համապատասխան - խորհրամանիոնիտի ախտանիշների բացակայություն - ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ - պարանոցի նվազագույն փոփոխություն/փոփոխության բացակայություն - հղիին տրամադրել տեղեկատվություն հետևյալ հարցերի շուրջ. <ul style="list-style-type: none"> - ՎԾ նախանշաններ և ախտանիշներ - ռիսկի նվազեցման միջոցառումներ, որոնք նախաձեռնվում են ըստ հանգամանքների - բուժհաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակ ● Պլանավորել հետագա գործողությունները
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Սույն ուղեցույցի հրատարակման պահին ֆՖՆ թեստը Հայաստանում դեռևս հասանելի չէ (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Հավելված 9):

Վաղաժամ ծննդաբերության վարում [10-12]

Վաղաժամ ծննդաբերության վարման հիմնական միջոցներն են տոկոլիզը և ստերոիդները: Երբեմն հարկ է լինում տեղափոխել կնոջը առավել բարձր մակարդակի բժշկական հաստատություն: Վարման տարբերակները կախված են.

- ռեսուրսների (տեխնիկական և մարդկային) առկայությունից
- հղիության ժամկետից և անհատական կլինիկական վիճակից
- անհրաժեշտության դեպքում դիմել ավելի բարձր մակարդակի բուժհաստատություն՝ խորհրդատվություն ստանալու և հետագա գործողությունները պլանավորելու համար:

Խնամքի պլանավորում

Խնամքի ճիշտ պլանավորումը կատարվում է կլինիկական ախտորոշման և համապատասխան խորհրդակցությունների արդյունքների հիման վրա:

Աղյուսակ 4.

	Դիտարկումներ խնամքի վերաբերյալ
<p>ՎԾ ախտանիշներով հիվանդանոց ընդունված բոլոր կանայք</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Սահմանել հսկողություն: ● Դիտարկել հղիի տեղափոխումը այլ բուժհաստատություն (համապատասխան մակարդակի) (տես՝ «Նախաձեննդային կորտիկոստերոիդներ»): ● Նշանակել կորտիկոստերոիդներ, եթե հղիության ժամկետը 34 շաբաթից փոքր է (տես՝ «Նախաձեննդային կորտիկոստերոիդներ»): ● Անհրաժեշտ ռեսուրսների առկայության դեպքում որոշել ԱՊԵ-ն ՏՎԳՀ միջոցով: ● Ընդգրկել համապատասխան մասնագետների՝ ըստ պահանջի (օր.՝ նեոնատոլոգի, անեսթեզիոլոգի): ● Հղիի հետ քննարկել հետագա խնամքի պայմանները՝ ապահովելով վերջինիս տեղեկացված ընտրություն կատարելու հնարավորությամբ: ● Փաստագրել խնամքի վերաբերյալ տեղեկությունները: ● Ըստ պահանջի անցկացնել կլինիկական վիճակի վերազնահատում: ● Սկսել տոկոլիզ երբ ծննդաբերության հետաձգումը ցուցված է և հակացուցումներ չկան (տես՝ «Հակաբիոտիկներ»): ● Նախաձեռնել հակաբիոտիկային թերապիա ըստ

	<p>ցուցումների:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Սպառնացող կամ սկսված ծննդաբերության դեպքում, 32 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի պարագայում, պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով նշանակել մագնեզիումի սուլֆատ (տես՝ «Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով»): ● Հնարավորության դեպքում որոշել ֆՖՆ (Տես Հավելված 9):
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Հղիի տեղափոխում

Կան հստակ ապացույցներ առ այն, որ վաղաժամ ծննդաբերությունների դրական ելքերի հաճախականությունը զգալիորեն ավելի բարձր է, երբ հղիներին տեղափոխում են նորածնային ինտենսիվ խնամքի հնարավորություններով բուժհաստատություն՝ համեմատած հետծննդյան տեղափոխման հետ, որը կատարվում է ծննդալուծումից, վիճակի կայունացումից հետո: Մոր տեղափոխումը համապատասխան ինտենսիվ խնամքի հնարավորություն ունեցող պերինատալ կենտրոն խորհուրդ է տրվում ՎԾ բարձր ռիսկի խմբի, պտղի կենսունակության շեմին հասած հղիության ժամկետում գտնվող կանանց (սկսած 23 շաբաթականից):

Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի «Ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը և ըստ բժշկական կազմակերպությունների մակարդակների՝ հղիների/ծննդաբերների ուղեգրման և ընդունելության բժշկական ցուցումներն ու պայմանները հաստատելու մասին» առ 22.01.2013 թ. N 89-Ա հրամանի 22-ից մինչև 34 շաբաթական ժամկետում (պտղի քաշը՝ 500-2000 գ) վաղաժամ (սպառնացող) ծննդաբերությամբ հղիներին հարկավոր է ուղեգրել 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն: Կլինիկական ցուցման դեպքում տեղափոխման ժամանակ կարելի է կատարել տոկոլիզ:

Եթե մոր տեղափոխումը վտանգում է նրա առողջությունը և գոյություն ունի ճանապարհին ծննդաբերելու զգալի ռիսկ, տեղափոխումը հակացուցվում է, և դիտարկվում է տեղում ծննդալուծման և նորածնի տեղափոխման տարբերակը:

Նախաձեռնության կորտիկոստերոիդներ [1-4]

Նախաձեռնության կորտիկոստերոիդների կիրառումը զգալիորեն նվազեցնում է նորածնային մահացության, պտղի շնչառական դիսթրես համախտանիշի և ներփորոքային արյունազեղումների հաճախությունը: Առավել ուսումնասիրված կորտիկոստերոիդներից են բետամեթազոնը և դեքսամեթազոնը, որոնք կիրառվում են նախաձեռնության բուժման մեջ պտղի օրգանների հասունացման արագացման նպատակով: Չկա որևէ նշանակալի գիտական ապացույց առ այն, որ ստերոիդներից մեկը նախընտրելի է մյուսից: Նախաձեռնության կորտիկոստերոիդների սահմանված դեղաչափերի համար տես Հավելված 5:

Խորհուրդներ

Կորտիկոստերոիդների միանգամյա կուրս նշանակվում է 24- 34 շաբաթական հղի կանանց՝ առաջիկա 7 օրվա ընթացքում վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկի առկայության դեպքում: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Նախաձեռնության կորտիկոստերոիդների կրկնակի կուրս է նշանակվում այն դեպքերում, երբ առաջին կուրսն անց է կացվել առնվազն յոթ օր առաջ, դեռևս առկա է վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկը և չի լրացել հղիության 34 շաբաթը: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Նախաձեռնության կորտիկոստերոիդների կիրառումը կարող է դիտարկվել ՎԾ ռիսկի խմբում գտնվող 23- ից 23+6 շաբաթական հղիների մոտ: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Նախաձեռնության կորտիկոստերոիդների կիրառումը առավել արդյունավետ է ՇԴՀ կանխարգելման համար այն դեպքերում, երբ ծննդաբերությունը տեղի է ունենում կիրառումից 24 ժամ հետո և մինչև 7- րդ օրը: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Կորտիկոստերոիդների կիրառումը առաջին 24 ժամվա ընթացքում նվազեցնում է նորածնային մահացության հավանականությունը, ուստի այն նշանակվում է նույնիսկ այն դեպքերում, երբ ծննդաբերությունն ակնկալվում է 24 ժամից ավելի վաղ: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Շաքարախտը չի հանդիսանում հակացուցում նախաձեռնության կորտիկոստերոիդներով բուժման համար: (խորհուրդի ուժը՝ D)

Գյուղագրայի տոլերանտության խանգարումով կամ շաքարախտով տառապող կանայք, ովքեր ստանում են ստերոիդներ, պետք է ապահովվեն ինսուլինի լրացուցիչ քանակով ըստ նախապես համաձայնեցված սխեմայի, և գտնվեն խիստ հսկողության ներքո: (Խորհուրդի ուժը՝ D)

24+0- ից 35+6 շաբաթական ժամկետում պտղի աճի խանգարումներով հղիներին ծննդալուծման ռիսկի պարագայում նշանակվում է նախածննդյան կորտիկոստերոիդների մեկանգամյա կուրս: (Խորհուրդի ուժը՝ C)

Նախածննդյան կորտիկոստերոիդների շաբաթական կրկնակի կուրսերը նվազեցնում են նորածնային շնչառական խանգարումների ծանրության աստիճանը և հաճախականությունը, սակայն կարող են հանգեցնել փոքր քաշի և պտղի գլխի փոքր տրամագծի: Շաբաթական կրկնակի կուրսերի կիրառում խոր հուրդ չի տրվում: (Խորհուրդի ուժը՝ A)

Տոկոլիզ [10, 12, 14]

Աղյուսակ 5.

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> ● Տոկոլիտիկների կիրառումը հետաձգում է ծննդաբերությունը և թույլ է տալիս. <ul style="list-style-type: none"> – կիրառել կորտիկոստերոիդներ, – կիրառել մագնեզիումի սուլֆատ՝ նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով, – տեղափոխել հղին համապատասխան մակարդակի բուժաստատություն: ● Ներկայումս չկան հստակ ապացույցներ կծկանքների դադարումից հետո կանխարգելիչ տոկոլիտիկ թերապիայի արդյունավետության վերաբերյալ: ● Տոկոլիտիկների կիրառում խորհուրդ է տրվում այն պարագայում, երբ ծննդաբերության հետաձգումը 48 ժամով էական դեր ունի նորածնի համար: ● Տոկոլիտիկներ կիրառելու վերաբերյալ որոշում ընդունելու դեպքում նախապատվությունը տրվում է նիֆեդիպին պրեպարատին, որն առավել արդյունավետ է ծննդաբերության հետաձգման համար, բնորոշվում է մոր համար անցանկալի կողմնակի երևույթների ցածր մակարդակով և լուրջ անբարենպաստ հետևանքների ավելի փոքր հավանականությամբ:

	<p>համեմատած այլընտրանքային պրեպարատների, օրինակ՝ բետամիմետոիկների կամ պրոստագլանդինների սինթեզի ինհիբիթորների հետ:</p>
ՊՄՎՊ	<ul style="list-style-type: none"> ● Չկան բավարար ապացույցներ ՊՄՎՊ-ի պարագայում տոկոլիտիկների արդյունավետության վերաբերյալ: ● Վարման որոշիչ գործոնը հղիության ժամկետն է: ● Մինչև 34 շաբաթական ժամկետը ՊՄՎՊ-ի առկայությամբ կանանց մոտ տոկոլիզը նպաստում է. <ul style="list-style-type: none"> – առաջիկա 48 ժամվա ընթացքում ծննդաբերության ռիսկի նվազեցմանը. – խորհրամանիոնիտի ռիսկի մեծացմանը առանց որևէ նշա- նակալի օգուտի մոր և նորածնի համար: ● Խորհուրդ չի տրվում տոկոլիզ կիրառել պտղի կենսունակության շեմին չհասած հղիության ժամկետում: ● <i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես՝ «Պրոդաթադանթների մինչծննդաբերական պատրում. B խմբի ստրեպտոկոկային պերինաթալ ինֆեկցիաների կանխարգելման, ախտորոշման և վարման կլինիկական ուղեցույց»:</i>
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> ● Տոկոլիզի հակացուցումները (կախված դեղորայքից): ● Ցանկացած վիճակ, որի պարագայում հղիության երկարաձգումը հակացուցված է, ներառյալ, սակայն ոչ սահմանափակված հետևյալ բարդություններով. <ul style="list-style-type: none"> – պտղի ներարգանդային մահ, – կյանքի հետ անհամատեղելի պտղի արատներ, – պտղի վատ վիճակի կասկած, – հղիի մոտ արյունահոսություն՝ հեմոդինամիկ անկայունությամբ, – ծանր պրեէկլամպսիա, – ընկերքի շերտազատում, – խորհրամանիոնիտ:

Նիֆեդիպին

Տես Հավելված 6:

Այլ տոկոլիտիկներ

Ինդոմետրացին

Տես Հավելված 7:

Հեքսոպրենալին

Տես Հավելված 8:

Ատոսիբան

Ատոսիբանը օքսիտոցինի ռեցեպտորների մրցակցային անտագոնիստ է: Այն կապվում է միոմետրիումի և դեցիդուալ թաղանթի ռեցեպտորների հետ՝ կանխարգելելով միջբջջային ազատ կալցիումի քանակի աճը, որ տեղի է ունենում ռեցեպտորի հետ միացման ժամանակ: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման հարցում ատոսիբանն ունի նույն արդյունավետությունը, ինչ բետամիմետիկները, սակայն ատոսիբանի կիրառման ժամանակ արձանագրվել է մոր մոտ անցանկալի կողմնակի երևույթների ավելի ցածր հաճախականություն: Ատոսիբանը Հայաստանում գրանցված չէ:

Մագնեզիումի սուլֆատ [9, 10]

Չկան ապացույցներ փաստելու, որ մագնեզիումի սուլֆատը կարող է կիրառվել որպես առաջին գծի տոկոլիտիկ, ուստի այդ նպատակով մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նպատակահարմար չէ: Քոհրեյնի հետազոտությունների տվյալներով ապացուցվել է, որ մագնեզիումի սուլֆատը անարդյունավետ է վաղաժամ ծննդաբերությունը հետաձգելու կամ կանխարգելելու հարցում և նույնիսկ զուգակցվում է նորածինների մահացության հաճախականության աճի հետ: Այսպիսով, մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը որպես տոկոլիտիկ խորհուրդ չի տրվում Եվրոպայի, Ռուսաստանի, Ավստրալիայի և այլ երկրների բժշկական ուղեցույցների ճնշող մեծամասնության կողմից: Հյուսիսամերիկյան ուղեցույցներն

առաջարկում են կիրառել մագնեզիումի սուլֆատը «հղիության կարճաժամկետ երկարացման համար (մինչև 48 ժամ), ինչը թույլ է տալիս կիրառել նախաձննդյան կորտիկոստերոիդներ 24-34 շաբաթական հղի կանանց մոտ, որոնց վաղաժամ ծննդաբերություն է սպառնում առաջիկա յոթ օրվա ընթացքում»: Ներկայումս պրեպարատի դոզավորման հարցն անորոշ է: Սույն ուղեցույցը խորհուրդ չի տալիս կիրառել մագնեզիումի սուլֆատը տոկոլիզի նպատակով:

Խորհուրդներ

Չկան ապացույցներ, որ տոկոլիտիկները դրական ազդեցություն են թողնում հղիության ելքի վրա, ուստի, ողջամտությունից ելնելով, դրանց կիրառումից պետք է հրաժարվել: Սակայն, տոկոլիզը պետք է դիտարկել այն դեպքերում, երբ ժամանակ շահելու համար անհրաժեշտ է միջոցներ ձեռնարկել, օրինակ՝ կիրառել կորտիկոստերոիդներ կամ տեղափոխել հղիին 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Տոկոլիտիկների կիրառումը չի զուգակցվում պերինատալ կամ նորածնային մահացության, կամ նորածնային հիվանդացության հաճախականության հստակ կրճատման հետ: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Տոկոլիտիկների կիրառումը նպատակահարմար է համարվում այն կանանց մոտ, ովքեր գտնվում են ՎԾ ռիսկի խմբում վաղ հղիության ժամկետում, որոնց անհրաժեշտ է տեղափոխել 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն, ինչպես նաև նրանց, ովքեր դեռևս չեն ավարտել կորտիկոստերոիդների լրիվ կուրսը: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Բետա-միմետիկ պրեպարատներն ունեն անցանկալի կողմնակի ազդեցության բարձր հաճախականություն: Համեմատած բետամիմետիկների հետ՝ նիֆեդիպինը, ատոսիբանը և COX ինհիբիտորներն ավելի քիչ կողմնակի երևույթների պատճառ են դառնում և ավելի փոքր հաճախականությամբ, սակայն դրանց ինչ հերթականությամբ նախապատվություն տալու հարցն անորոշ է մնում: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Մի քանի տոկոլիտիկների զուգահեռ կիրառումը խորհուրդ չի տրվում, քանի որ այն զուգակցվում է կողմնակի երևույթների ռիսկի մեծացման հետ: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Չկան հիմնավոր ապացույցներ հստակ եզրակացություն կատարելու սպառնացող ՎԾ-ից հետո պահպանիչ տոկոլիտիկ թերապիայի արդյունավետության վերաբերյալ: Ուստի, պահպանիչ թերապիայի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Հակաբիոտիկներ [12]

Աղյուսակ 6.

Ասպեկտ	Նկատառումներ
<p>ՎԾ (կամ սպառնացող ՎԾ) առանց խորհրդամնիոնիտի ախտանիշների</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <37 շաբաթական հղիության ժամկետում ՎԾ ախտանիշներով կամ ՊՄՎՊ-ով հիվանդանոց ընդունված հղիների մոտ կատարվում է ԲԽՍ սկրինինգ ընդունելության պահին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հեշտոցային/ռեկտալ ԲԽՍ սկրինինգը անց է կացվել նախորդ հինգ շաբաթվա ընթացքում: ● ԲԽՍ հակաբիոտիկային կանխարգելիչ թերապիան խորհուրդ չի տրվում <37 շաբաթ հղիության ժամկետի հղիներին, որոնց մոտ սկսվել է ծննդաբերական պրոցեսը, և նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում կատարված հեշտոցային/ռեկտալ քսուքի հետազոտման արդյունքը բացասական է: ● ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան անց է կացվում ՎԾ ախտանիշներով հիվանդանոց ընդունված կանանց մոտ, եթե նախորդ հինգ շաբաթվա ընթացքում կատարված ԲԽՍ հետազոտման արդյունքը դրական է: ● Եթե ԲԽՍ կարգավիճակն անհայտ է, ԲԽՍ հետազոտությունը կատարվում է հիվանդանոց ներկայանալու ժամանակ, և եթե ծննդաբերությունը հավանական է, անց է կացվում կանխարգելիչ թերապիա: <ul style="list-style-type: none"> – Սկսված վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում շարունակել ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան մինչև ծննդալուծումը: – Դադարեցնել ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան, եթե վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկ այլևս չի սպառնում: – ԲԽՍ հետազոտման բացասական արդյունքի ստացման պարագայում դադարեցնել ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան: ● Մինչծննդաբերական կանխարգելիչ թերապիան խորհուրդ չի տրվում այն հղիներին, որոնց սպասվում է պլանային կեսարյան հատում ծննդաբերական

	<p>ակտիվության և պտղաջրերի արտահոսքի բացակայության պարագայում, անկախ հղիության ժամկետից, նույնիսկ ԲԽՍ քննության դրական արդյունքի դեպքում:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ԲԽՍ կանխարգելումը սույն ուղեցույցի շրջանակներից դուրս է: <i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես՝ «Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատրում. Ե խմբի ստրեպտոկոկային պերինալ և ինֆեկցիաների կանխարգելման, ախտորոշման և վարման կլինիկական ուղեցույց»:</i>
<p>Խորհրդամնիոնիտի ախտանիշներ (անվնաս ՊԹ կամ ՊԹ պատռման պարագայում)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Խորհրդամնիոնիտի ախտանիշները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> – 38°C-ից բարձր ջերմաստիճան մոր մոտ (առկա է դեպ- քերի 95–100%-ում), – ընթացում 100 զարկից ավելի բարձր տախիկարդիա մոր մոտ (առկա է դեպքերի 50–80%-ում), – 160 զարկից ավելի բարձր տախիկարդիա պտղի մոտ (առկա է դեպքերի 40–70%-ում), – արգանդի ցավոտություն, – հեշտոցային արտադրություն սուր հոտով, – լեյկոցիտների քանակի ավելացում (ավելի քան $15 \times 10^9/l$), – C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի բարձրացում: ● Պետք չէ թուլացնել ծննդաբերական գործունեությունը: Խորհուրդ է տրվում դիտարկել ծննդաբերության խթանումը և լայն սպեկտրի հակաբիոտիկի ն/ե ներմուծումը: ● Կասկածել խորհրդամնիոնիտ, եթե ՊՄՎՊ նշաններով կանանց մոտ սկսվում է ծննդաբերական գործունեությունը: ● Էմպիրիկ թերապիայի ստանդարտ կուրսը (անկախ ԲԽՍ կարգավիճակից) ներառում է 2 գ ամպիցիլին, ն/ե, ամեն 6 ժամը մեկ և 1.5 մգ/կգ գենտամիցին ամեն 8 ժամը մեկ (կամ օրական միանվագ 5.0 մգ/կգ գենտամիցին), և ավելացնել 500 մգ մետրոնիդազոլ ն/ե, ամեն 8 ժամը մեկ կեսարյան հատման դեպքում: ● Եթե պացիենտը ալերգիկ է բետա-լակտամների նկատմամբ, ամպիցիլինի փոխարեն կիրառել 1 գ վանկոմիցին, ն/ե, ամեն 12 ժամը մեկ: ● Հակաբիոտիկային թերապիան շարունակել հետծննդյան շրջանում: ● Ջերմության բացակայության դեպքում դիտարկել հաբերի կիրառումը:
<p>Եթե վաղաժամ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Այլ ցուցումների բացակայության դեպքում և անվնաս պտղաթաղանթների

Ծննդաբերություն չի սկսվում	<p>պարագայում դադարեցնել հակաբիոտիկների կիրառումը;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ՊՄՎՊ պարագայում տես՝ «Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում. B խմբի ստրեպտոկոկային պերինատալ ինֆեկցիաների կանխարգելման, ախտորոշման և վարման կլինիկական ուղեցույց»:
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով [8-9]

Աղյուսակ 7.

Ասպեկտ	Նկատառումներ			
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> ● Սրտի հաղորդականության խանգարումներ մոր մոտ ● Հիպերմագնեզեմիա ● Ծանր միասթենիա մոր մոտ (օգտագործել զգուշությամբ, խիստ հսկողության ներքո) ● Հատուկ ուշադրություն է պահանջում նիֆեդիպինի զուգահեռ կիրառումը ● Երիկամների ֆունկցիայի խանգարում. վերահսկել մագնեզիումի մակարդակը պլազմայում/մեզի քանակը: 			
Ներմուծման ուղի	● Ն/ե ներարկում (խորհուրդ է տրվում կիրառել վերահսկող ներարկման սարք)			
Դեղաչափեր		I	II	III
(չկա բավարար վկայություն՝ որոշելու ներկայացված երեք սխեմաների նկատմամբ նախապատվության հերթականությունը)	Հարվածային դեղաչափ	4 գ 20 րոպեի ընթացքում, դանդաղ բոլյուս	6 գ 20-30 րոպեի ընթաց քում, դանդաղ բոլյուս	Միանվագ 4 գ 20-30 րոպեի ընթացքում դանդաղ բոլյուս*
	Պահպանիչ դեղաչափ	1 գ/ժ մինչև ծնվելը կամ 24 ժամվա ընթացքում կախված նրանից, թե որ հանգամանքը կառաջանա առաջինը	2 գ/ժ մինչև ծնվելը կամ 12 ժամվա ընթացքում կախված նրանից, թե որ հանգամանքը կառաջանա առաջինը	
Կողմնակի երևույթներ	<ul style="list-style-type: none"> ● Հիպերմագնեզեմիայի հետ կապված խնդիրներ ● Հաճախ հանդիպող (>1%)՝ սրտխառնոց և փսխում, մաշկի կարմրություն ● Հազվադեպ (0.1–1%)՝ գլխացավ, գլխապտույտ 			
Ելակետային տվյալներ	● Հիմնական ցուցանիշներ. արյան ճնշում, անոթազարկի հաճախություն,			

	<p>շնչառության հաճախություն</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Թթվածնային հագեցվածություն (SpO2) ● Ծնկային ռեֆլեքս ● Որովայնի շոշափում ● Կծկանքների հսկողություն 10 րոպեի ընթացքում ● ՊՍԶՀ/ԿՏԳ
<p>Հսկողություն հարվածային դեղաչափի ներմուծման ժամանակ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Արյան ճնշման, անոթազարկի հաճախության, շնչառության հաճախության չափում ամեն 5 րոպեն մեկ (առնվազն 20 րոպեի ընթացքում) մինչև վիճակի կայունացումը: ● Թթվածնով հագեցվածության շարունակական ստուգում: ● Կծկանքների վերահսկում՝ 10 րոպեի ընթացքում՝ ամեն 30 րոպեն մեկ: ● Շարունակական ԿՏԳ 24 շաբաթական կամ հղիության ավելի մեծ ժամկետում: <ul style="list-style-type: none"> – ԿՏԳ արդյունքները վերլուծել համաձայն հղիության ժամկետի՝ 28 շաբաթից փոքր ժամկետի դեպքում: – ԿՏԳ անցկացման անհնարինության դեպքում փաստագրել պատճառը: ● ՊՍԶՀ լսում ամեն 15–30 րոպեն մեկ 24 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի պարագայում: ● Կողմնակի ազդեցության բացահայտում: ● Խորը ջլային ռեֆլեքսների ստուգում (ծնկային կամ երկգլխանի մկանի) սկզբնական դեղաչափը ներմուծելուց հետո:
<p>Հսկողություն պահպանիչ դեղաչափերի ներմուծման ժամանակ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Արյան ճնշման, անոթազարկի, շնչառության հաճախության, թթվածնային հագեցվածության չափում ամեն 30 րոպեն մեկ ● Մարմնի ջերմաստիճանի չափում 2 ժամը մեկ ● Կծկանքների վերահսկում՝ 10 րոպեի ընթացքում ամեն 30 րոպեն մեկ ● Շարունակական ԿՏԳ 24 շաբաթական կամ հղիության ավելի մեծ ժամկետում <ul style="list-style-type: none"> – ԿՏԳ արդյունքները վերլուծել համաձայն հղիության ժամ- կետի՝ 28 շաբաթից փոքր ժամկետի դեպքում ● ՊՍԶՀ լսում ամեն 15–30 րոպեն մեկ 24 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի դեպքում ● Հեղուկի բալանսի խիստ վերահսկում և փաստագրում

	<ul style="list-style-type: none"> ● Խորը ջլային ռեֆլեքսների ստուգում յուրաքանչյուր ժամը մեկ
Հսկողություն ներարկումից հետո	<ul style="list-style-type: none"> ● Կրկնել կենսական տվյալների ստուգումը ● Ստուգումները կատարել մեկ ժամում առնվազն չորս անգամ կամ, ցուցման դեպքում, ավելի հաճախ: ● Որպես կանոն, երիկամների նորմալ ֆունկցիայի պարագայում շիճուկի վերահսկման անհրաժեշտություն չկա: <ul style="list-style-type: none"> – Շիճուկում մագնեզիումի թերապևտիկ մակարդակը 1.7–3.5 մմոլ/լ է:
Դադարեցում և շտապ բժշկական զննում	<ul style="list-style-type: none"> ● Շնչառության հաճախությունը՝ 12 շշ/ր-ից պակաս կամ ելակետային ցուցանիշից 4 շշ/ր պակաս ● Դիաստոլիկ ճնշման իջեցում ելակետային ցուցանիշից 15 մմ ս/ս ցածր ● Խորը ջլային ռեֆլեքսների բացակայություն ● Մեզի քանակի նվազում 25 մլ/ժ-ից պակաս կամ 4 ժամվա ընթացքում 100 մլ-ից պակաս ● Շիճուկի մագնեզիումի մակարդակի բարձրացում 3.5 մմոլ/լ-ից ավելի ● Վերակենդանացման միջոցառումների և օդափոխիչի անհապաղ ապահովում; ● 1 գ կալցիումի գյուլոննատի ներարկում շնչառական խանգարումների դեպքում

* Մոր վիճակի հսկողության համար սակավ ռեսուրսների կամ սահմանափակ ժամանակի պարագայում նշանակվում է միայն 4 գ հարվածային դեղաչափ՝ առանց հետագա ներարկումների:

Խորհուրդներ

Նորածինների նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով ներերակային մագնեզիումի սուլֆատը նշանակվում է 24- 32 շաբաթական հղի կանանց, ովքեր սպառնացող ՎԾ ռիսկի խմբում են, որոնց մոտ սկսվել է ՎԾ, կամ սպասվում է պլանային ՎԾ առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում: (Խորհուրդի ուժը՝ A)

Սպառնացող ՎԾ ռիսկի խմբում գտնվող կանանց նկատմամբ կիրառել մագնեզիումի սուլֆատ պտղի, նորածնի և երեխայի նեյրոպրոտեկցիայի համար՝ անկախ պտուղների քանակից, նախորդ ծննդաբերությունների թվից, ծննդաբերության ակնկալվող եղանակից և նախածննդյան կորտիկոստերոիդների ընդունման հանգամանքից: (Խորհուրդի ուժը՝ B)

Նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով կիրառվող մագնեզիումի սուլֆատը նշանակվում է միայն այն դեպքում, երբ վաղաժամ ծննդաբերությունն ակնկալվում է առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում: Նպատակահարմար է համարվում մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը ցանկացած պահի մինչև ծննդալուծումը, նույնիսկ ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ կամ ակնկալվող ծննդաբերությունից 24 ժամ առաջ: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Պլանային ՎԾ-ի դեպքում մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը պետք է սկսել ծննդաբերությունից չորս ժամ առաջ: Լավագույն արդյունքը տալիս է մագնեզիումի սուլֆատի առնվազն 4 ժամ տևողությամբ ներմուծումը՝ ծննդաբերությանը նախորդող վեց ժամվա ընթացքում: *(խորհուրդի ուժը՝ A)*

Եթե պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով կիրառվում է նախածննդյան մագնեզիումի սուլֆատ, ապա տոկոլիզը դադարեցվում է: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

Մագնեզիումի սուլֆատի ընդունումը դադարեցվում է, եթե վաղաժամ ծննդալուծման ռիսկն այլևս չկա, կամ արդեն իրականացվել է 24- ժամյա թերապիան: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Մոր և պտղի առողջական վիճակով պայմանավորված պլանային ՎԾ-ի դեպքում առավել արդյունավետ է սկսել մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը ծննդաբերությանը նախորդող չորս ժամվա ընթացքում: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

Չկա բավարար ապացույց այն մասին, որ պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով պետք է կիրառել նախածննդային մագնեզիումի սուլֆատի կրկնակի կուրս: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

Չկա բավարար ապացույց այն մասին, որ պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով պետք է կիրառել նախածննդային մագնեզիումի սուլֆատի կրկնակի կուրս: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

Ծննդալուծումը չպետք է հետաձգվի պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման համար, եթե պահանջվում է շտապ ծննդալուծում ըստ մոր կամ պտղի հետ կապված ցուցումների: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

Վաղաժամ ծննդաբերության եղանակ [12]

Աղյուսակ 8.

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> ● Վաղաժամ ծննդաբերությունը, որպես այդպիսին, չպետք է համարվի կեսարյան հատման ցուցում: Վիրահատական ծննդալուծման այլ ցուցումների բացակայության դեպքում պլանավորվում է հեշտոցային ծննդալուծում: ● Վաղաժամ ԿՀ իրականացումը, որպես կանոն, տեխնիկապես ավելի բարդ է և կրում է որոշակի ռիսկ երեխայի համար՝ լիարժեք չձևավորված ստորին սեզմենտի պատճառով: ● Վակուումի և մանկաբարձական աքցանների կիրառումը ծննդալուծման պրոցեսում հակացուցված է մինչև 34 շաբաթական հղիության ժամկետը, քանի որ այն կարող է մեծացնել ներփորոքային արյունազեղման ռիսկը ցածր քաշով անհաս նորածնի մոտ:
Միապտուղ հղիություն՝ գլխային առաջադրությամբ	<ul style="list-style-type: none"> ● Խորհուրդ է տրվում խուսափել էլեկտիվ (պլանային) կեսարյան հատումից ցածր քաշով, գլխային առաջադրությամբ պտղի պարագայում, եթե չկան հեշտոցային ծննդալուծման հատուկ հակացուցումներ կամ մոր վիճակով պայմանավորված ԿՀ հատուկ ցուցումներ: ● Էլեկտիվ ԿՀ-ն զուգակցվում է մոր մոտ հայտնի ռիսկերի հետ, իսկ ցածր քաշով, գլխային առաջադրությամբ նո-րածնի համար դրա առավելության հարցն անորոշ է: ● Նորածնային բարդությունների կանխարգելման նպատակով անցկացվող ստանդարտ մանկաբարձական վարումը համարվում է առավել արդյունավետ ռազմավարություն, քան կեսարյան հատումով ծննդալուծումը, որն իրականացվում է պտղի շնչահեղձուկը (ասֆիքսիան), ներփորոքային արյունազեղումը և մահը կանխարգելելու նպատակով:
Կոնքային առաջադրություն	<ul style="list-style-type: none"> ● Պտղի կոնքային առաջադրությամբ ՎԾ օպտիմալ եղանակի ընտրությունը դեռևս բարդ կլինիկական որոշում է: ● Կոնքային առաջադրությամբ պտղի ծննդաբերության օպտիմալ եղանակի մասին վկայությունները՝ ներկայացված տարբեր հեղինակավոր ուղեցույցներում, միմյանց հակասում են և անորոշ բնույթ են կրում, ինչը

	<p>պայմանավորված է բարձր մակարդակի ուսումնասիրությունների պակասով:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Որոշիչ դեր են կատարում անհատական հանգամանքները և մոր նախապատվությունը:
<p>Վաղաժամ ծնված նորածինների պորտալարի հատման ճիշտ ժամանակը</p> <p>(թե՛ հեշտոցային ծննդալուծման, թե՛ կեսարյան հատման դեպքում)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Հնարավորության դեպքում պետք է նախընտրել պորտալարի ուշ հատումը: ● Հարկավոր է սպասել 30 վայրկյան, սակայն 3 րոպեից ոչ ավել, և հատել վաղաժամ ծնված նորածնի պորտալարը, եթե մոր և նորածնի վիճակը կայուն է: ● Վերակենդանացման միջոցառումներ իրականացնելու նպատակով երեխային մորից առանձնացնելու անհրաժեշտության կամ մոր մոտ առատ արյունահոսության դեպքում՝ պետք է կթել պորտալարը և հատել պորտալարը որքան հնարավոր է արագ: ● Պորտալարը հատելուց առաջ պետք է պահել երեխային ընկերքի մակարդակի վրա կամ ավելի ցածր:

Խնամք՝ սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո

Երբ հղին ընդունվում է հիվանդանոց սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության նախանշաններով, սակայն վաղաժամ ծննդաբերություն տեղի չի ունենում, կնոջ խնամքն ու դուրսգրումը համակարգվում են նրա և նրա ընտանիքի, համապատասխան մասնագետների և ուղեգրող բուժհաստատության (ըստ պահանջի) կողմից:

Աղյուսակ 9.

Ասպեկտ	Նկատառումներ
<p>Երկարատև հոսպիտալացում</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Խնամքը պլանավորվում է համաձայն հիմնական կլինիկական արտահայտությունների: ● Իրականացվում է կլինիկական գնահատում և ցուցման դեպքում դիտարկվում է. <ul style="list-style-type: none"> – խորհրդատվություն/ուղեգրում/տեղափոխում,

	<ul style="list-style-type: none"> - ԱՊԵ չափումներ SՎԳՀ միջոցով, - պրոգնոստերոն, - պտղի վիճակի գնահատում, - մոր զննում և վիճակի գնահատում, - ՎԾ պլանավորում, - հսկողության ռեժիմի ընտրություն (օր.՝ մարմնի ջերմաստիճան, արյան ճնշում):
Դուրսգրում	<ul style="list-style-type: none"> ● Դուրսգրման չափանիշները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> - կենսական ցուցանիշներ մոր մոտ, - խորհրամանիոնիտի նախանշաններ, - պտղաթաղանթների վիճակ, - ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ, - ԱՊԵ փոփոխություն (SՎԳՀ անցկացման դեպքում), - ԿՏԳ նորմալ ցուցանիշներ՝ համաձայն հղիության ժամկետի: ● Հղիին տեղեկատվության տրամադրում հետևյալ հարցերի շուրջ. <ul style="list-style-type: none"> - ՎԾ նախանշաններ և ախտանիշներ, - ռիսկի նվազեցման միջոցներ համապատասխան հանգամանքներում (օր.՝ սեռական ակտիվություն), - բուժհաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակ: ● Պլանավորել հետագա գործողությունները և սահմանել շարունակական հսկողության պահանջները:
Ուղեգրում և հետագա գործողություններ	<ul style="list-style-type: none"> ● Տեղեկություններ տրամադրել հղիին, բուժող բժշկին և/կամ ուղեգրող բուժհաստատությանը հետագա գործողությունների և կլինիկական հսկողության պահանջների վերաբերյալ:

Ներդրման աուդիտի վերաբերյալ առաջարկներ

ՎԾ կլինիկական ուղեցույցի ներդրումը Հայաստանի բուժհաստատություններում հնարավոր է հանդիպի հետևյալ խոչընդոտների՝

- Տեսալ ֆիբրոնեկտինի քանակական որոշման անհասանելիություն

- Բժիշկների կարծրատիպային մոտեցումը ՎԾ-ի վարմանը
- ԱՊԵ որոշելու համար խուսափումը ՏՎԳՀ-ից

Ստորև ներկայացվում են սույն ուղեցույցի առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշները.

- ՎԾ-ով կանանց շրջանակում կորտիկոստերոիդների կիրառումը:
- ՎԾ-ով կանանց շրջանակում մագնեզիումի սուֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով:
- ՎԾ-ով կանանց մոտ տոկոլիտիկ դեղորայքի ընտրությունը:

Գրականության ցանկ

1. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2011 Feb. 3 p. (ACOG committee opinion; no. 475), Obstet Gynecol 117:422-4.
2. Antenatal corticosteroid therapy for reduction of neonatal morbidity and mortality from preterm delivery. UpToDate. June 2016. http://www.uptodate.com/contents/antenatal-corticosteroid-therapy-for-reduction-of-neonatal-morbidity-and-mortality-from-preterm-delivery?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=6~150
3. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2010 Oct. 13 p. (Green-top guideline; no. 7).
4. Cerclage for the management of cervical insufficiency. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2014 Feb. 8 p. (ACOG practice bulletin; no. 142)
5. Cervical cerclage. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 May. 21 p. (Green-top guideline; no. 60).
6. Cervical insufficiency and cervical cerclage. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). J Obstet Gynaecol Can. 2013 Dec; 35(12):1115-27.)

7. Cervical length and progesterone for the prediction and prevention of preterm birth. FIGO Good Practice Advice. July 2014. http://www.sego.es/Content/pdf/Best_practice_advise-July_2014.pdf
8. Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 March. 3 p. (ACOG committee opinion; no. 455) *Obstet Gynecol* 115:669-71.
9. Magnesium sulfate use in obstetrics. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2016 Jan. 2 p. (ACOG committee opinion; no. 652) *Obstet Gynecol* 127:e52-3.
10. Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 159 (interim update). *Obstet Gynecol* 2016;127:e29–38.
11. Preterm labour and birth. Queensland Clinical Guidelines. December 2014. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland, Australia). 27 p. <https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g-ptl.pdf>
12. Preterm Labour Clinical Guideline. SA Maternal & Neonatal Clinical Network. 07 Sep. 2015. CG141. p 15. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4/Preterm+Labour_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4
13. Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Practice guidelines. No. 211, Aug 2008. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(8):702–708
14. Tocolysis for Women in Preterm Labour. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 Feb. 13 p. (Green-top guideline; no. 1b).
15. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Practice guidelines. No. 257, May 2011. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(5):486–499

16. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf

Հավելված 1

Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող ապացույցների որակի և խորհուրդների ուժի դասակարգում

Ապացուցողականության աստիճանը	Խորհուրդի ուժը
1++ Բարձր որակի մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների շատ փոքր ռիսկով:	A Առնվազն մեկ մետա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար: Կամ՝
1+ Լավ իրականացված մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:	Ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ ապացույցների ամբողջությունը, որոնք բաղկացած են մեծամասամբ 1+ վարկանիշով ուսումնասիրություններից և ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը:
1- Մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:	B Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2++ վարկանիշով ուսումնասիրություններ և ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի

<p>2++ Բարձր որակի դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների նվազագույն ռիսկով, կամ հնարավորություն և բարձր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p> <p>2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p> <p>2- Դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների բարձր ռիսկով, կամ հնարավորություն և էական հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային չեն:</p> <p>3 Ոչ վերլուծական հետազոտություններ, օրինակ՝ կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարք:</p> <p>4 Փորձագիտական կարծիքներ:</p>	<p>համար, ինչպես նաև ցույց է տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 1++ կամ 1+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>C Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2+ վարկանիշ ունեցող ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար և ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 2++ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>D 3 կամ 4 վարկանիշ ունեցող ապացույցներ, կամ 2+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>I Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Հավելված 2

Վաղաժամ ծննդաբերության հետ զուգակցվող ռիսկի գործոններ

<p>Տեղեկություններ մոր վերաբերյալ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Մոր տարիք՝ <18 կամ >35տ ● Ծխախոտի օգտագործում ● Հոգեբանական սթրեսի բարձր մակարդակ (ամուսնալուծություն, մահ, ընտանեկան բռնություն) ● Ուշացած նախածննդյան խնամք կամ դրա լրիվ բացակայություն ● Ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ ● Բարձր կամ ցածր մարմնի զանգվածի ինդեքս (ՄԶԻ)
<p>Հիվանդություններ և հղիության պայմաններ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Արգանդի կարճ պարանոց ● Կարճ ընդմիջում հղիությունների միջև ● Անամնեզում՝ ՎԾ <ul style="list-style-type: none"> – Նախկինում տեղի ունեցած ՎԾ-ն հանդիսանում է ռիսկի հիմնական գործոն հետագայում կրկնվող ՎԾ-ների համար, որոնք, որպես կանոն, պատահում են հղիության նույն ժամ- կետներում: – Կրկնվող ՎԾ-ի հաճախականությունը կազմում է 15-30% առաջին ՎԾ-ից հետո և հասնում է 60%-ի՝ երկրորդ ՎԾ-ից հետո (տես Հավելված 11): ● Անամնեզում՝ աբորտ ● Սեռական ուղիների վարակներ (տես Հավելված 12) ● Բակտերիալ վագինոզ (կրկնապատկում է ՎԾ ռիսկը) ● Միզուղիների վարակներ ● Հեշտոցային արյունահոսություն հղիության վաղ շրջանում ● Օժանդակ վերարտադրողական միջամտություն (կրկնապատկում է ՎԾ ռիսկը) ● Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում ● Արգանդի պարանոցի վիրաբուժական միջամտություններ ● Արգանդի անոմալիաներ ● Գերջրություն/սակավաջրություն ● Բազմապտուղ հղիություն (երկվորյակների 60%-ը ծնվում է անհաս) ● Քրոնիկ հիվանդություններ (հիպերտոնիա, երիկամային անբավարարություն, 1-ին տիպի շաքարային դիաբետ, որոշ աուտոիմունային հիվանդություններ)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Հղիությամբ պայմանավորված հիվանդություններ (պրեէկլամպսիա, նախածննդյան արյունահոսություն) ● Պտղի հետ կապված խնդիրներ

	<p>– Որոշ բնածին անոմալիաներ և աճի դանդաղումներ հանդիսանում են դիսկի գործոններ ինքնաբեր և ցուցված վաղաժամ ծննդաբերության համար</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Որովայնի խոռոչի վիրահատություն հղիության ընթացքում ● Թերսնուցում ● Շրջակա միջավայրի գործոններ (շոգ եղանակ, օդի աղտոտվածություն) ● Բիոմարկերներ (հեշտոցային արտադրության մեջ ֆՖՆ բարձր մակարդակ)*
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Հավելված 3

Պրոգնոստերոնային թերապիա

	ՎԾ դիսկի խումբ	Տեսակ և դեղաչափ	Տևողություն
Պրոգնոստերոնային թերապիա	Միապտուղ հղիություն, անամնեզում՝ միապտուղ ԻՎԾ, նորմալ ԱՊԵ	Շաբաթական 250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոնի կապրոատ ն/ե կամ օրական՝ 100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն	Հղիության 16-24-րդ շաբաթից սկսած մինչև 34-36-րդ շաբաթը, կամ մինչև ՊՄՎՊ-ն կամ մինչև ծննդաբերությունը՝
	Միապտուղ հղիություն, անամնեզում ԻՎԾ առկա չէ, մինչև 24 շաբաթական ժամկետը ՏՎԳՀ միջոցով ախտանշվել է կարճ ԱՊԵ (≤20 մմ)	Օրական՝ 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն	կախված առաջնահերթությունից
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> ● Հորմոնազգայուն քաղցկեղ ● Անվերահսկելի հիպերտենզիա ● Լյարդային դիսֆունկցիա կամ լյարդի հիվանդություն ● Անամնեզում՝ առկա, կամ հաստատված, կամ կասկածվող կրծքի կամ սեռական օրգանների կարցինոմա 		

Զգուշացում	<ul style="list-style-type: none"> • Անամնեզում/ընթացիկ տրոմբոֆլեբիտ կամ երակային տրոմբոէմբոլիկ խանգարումներ • Անամնեզում՝ դեպրեսիա
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Հավելված 4

Արգանդի պարանոցի սերկյաժի հակացուցումներ և բարդություններ

Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> • Համապատասխան կիրառման, տեխնիկայի և ժամանակի ճիշտ ընտրության դեպքում սերկյաժը (պարանոցի շրջակարը) զգալիորեն նվազեցնում է ՎԾ ռիսկը, ինչպես նաև նորածինների հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը: • Պետք է հաշվի առնել անհատական կլինիկական հանգամանքները և պրոցեդուրայի իրականացման հետ կապված հնարավոր լուրջ ռիսկերը:
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Սկսված վաղաժամ ծննդաբերություն • Խորիոամնիոնիտի կլինիկական ախտանշանների առկայություն • Հեշտոցային արյունահոսություն • ՊՄՎՊ • Պտղի սպառնացող վիճակի ախտանշաններ • Կյանքի հետ անհամատեղելի պտղի արատ • Պտղի ներարգանդային մահ
Խորհուրդ չի տրվում, եթե առկա է՝	<ul style="list-style-type: none"> • Պարանոցի ներքին օղի լայնացում, եթե առկա չէ պարանոցի կարճացում մինչև 25 մմ կամ ավելի: • Պատահականորեն հայտնաբերված կարճ պարանոց և անամնեզում առկա չէ ՎԾ կամ ուշ վիժում: • Բազմապտուղ հղիություն (նույնիսկ վտանգավոր է):
Բարդություններ	<ul style="list-style-type: none"> • Սերկյաժի տեղադրումը զուգակցվում է մոր մոտ տենդի առաջացման ռիսկի կրկնապատկման հետ, սակայն չի հանգեցնում խորիոամնիոնիտի ռիսկի մեծացմանը: • Գոյություն ունի փոքր ռիսկ, որ սերկյաժի իրականացման ժամանակ կարող

	<p>են տեղի ունենալ միզապարկի վնասման, պարանոցի վնասվածքի, պտղաթաղանթի պատռման և արյունահոսության դեպքեր:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Շիրոդկարի սերկյաժի հեռացման համար պահանջվում է անզգայացում, ինչը մեծացնում է լրացուցիչ անզգայացման ռիսկը: • Սերկյաժը կարող է զուգակցվել պարանոցի պատռման/վնասման ռիսկի հետ, եթե ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեությունը սկսվում է մինչև սերկյաժի հեռացումը:
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Հավելված 5

Նախածննդյան կորտիկոստերոիդների սահմանված դեղաչափեր

Հակացուցումներ	Կորտիկոստերոիդների կիրառումը հակացուցված է համակարգային ինֆեկցիայի դեպքում, ներառյալ՝ տուբերկուլոզը:
Դեղաչափ Առաջարկվում է ներմուծման 3 տարբերակ	Դեքսամեթազոն՝ 6 մգ-ոց չորս դեղաչափ՝ մ/մ, 12 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր դեղաչափ՝ 24 մգ):
	Դեքսամեթազոն՝ 12 մգ-ոց 2 դեղաչափ՝ մ/մ, 24 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր դեղաչափ՝ 24 մգ):*
	Բետամեթազոն**՝ 12 մգ-ոց 2 դեղաչափ՝ մ/մ, 24 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր դեղաչափ՝ 24 մգ):
Զգուշացում	<ul style="list-style-type: none"> • Խորհուրդ է տրվում զգուշությամբ օգտագործել խորիոամնիոնիտի առկայության դեպքում: • Խորհուրդ է տրվում զգուշությամբ օգտագործել շաքարային դիաբետի առկայության դեպքում և իրականացնել գլիկեմիայի խիստ հսկողություն առաջին դեղաչափի ներմուծման պահից երեք օրվա ընթացքում:

*Ուսումնասիրություններ են կատարվել 24-ժամյա սխեմայի (12 մգ-ոց երկու դեղաչափ՝ 12 ժամ ընդմիջումով) առնչությամբ, սակայն դրա արդյունավետությունը չի ապացուցվել:

**Բետամեթազոն մ/մ Հայաստանում գրանցված չէ:

Հավելված 6

Նիֆեդիպինի կիրառումը

Ասպեկտ	Նկատառումներ	
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> Նիֆեդիպինը կալցիումի կանալների բլոկատոր է, որը թուլացնում է հարթ մկանները: Տոկոլիտիկների ընտրության հարցում նախապատվությունը տրվում է նիֆեդիպինին: 	
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> Հակացուցումները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> Հիպոտենզիա մոր մոտ Սրտային հիվանդություն Սրտի աորտալ փականի խիստ արտահայտված նեղացում Անամնեզում՝ անցանկալի կողմնակի ազդեցություն կալցիումի կանալների բլոկատորների ընդունումից Պորֆիրիա <p>Նիֆեդիպինի հակացուցումների դեպքում կիրառել այլ տոկոլիտիկներ:</p>	
Դեղաչափ	Սկզբնական (հարվածային) դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> 20 մգ նիֆեդիպին (հաբեր) Եթե 30 րոպե անց կծկանքները դեռևս շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին: Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:
	Պահպանիչ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> 10-20 մգ նիֆեդիպին յուրաքանչյուր 6-8 ժամը մեկ՝ 48 ժամվա ընթացքում՝ արգանդի կծկողական ակտիվության և ԶՃ ցուցանիշներին համապատասխան:
	<ul style="list-style-type: none"> Հետագա պահպանիչ թերապիան համարվում է անարդյունավետ: 60 մգ-ից բարձր ընդհանուր դեղաչափի կիրառումը երեքից չորս անգամ մեծացնում է անցանկալի կողմնակի երևույթների, օրինակ՝ գլխացավի կամ հիպոտենզիայի հաճախականությունը: Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 160 մգ: 	
Մեկնաբանություններ	<ul style="list-style-type: none"> Պետք է օգտագործել երկարատև ազդեցության դեղաձևեր (ռետարդ): 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Նիֆեդիպինի և մագնեզիումի սուլֆատի համատեղ կիրառումը կարող է մեծացնել մագնեզիումի սուլֆատի ազդեցությունը և բարձրացնել հիպոտենզիայի ռիսկը: Զգուշությամբ համատեղել մագնեզիումի սուլֆատի հետ:
Դիտարկում	<ul style="list-style-type: none"> • Անցկացնել ԿՏԳ մինչև կծկանքների դադարումը (կախված հղիության ժամկետից): • Արյան ճնշման, անոթազարկի հաճախության, շնչառության հաճախության վերահսկում. <ul style="list-style-type: none"> – առաջին ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր 30 րոպեն մեկ, ապա յուրաքանչյուր ժամը մեկ՝ 4 ժամվա ընթացքում, – այնուհետ՝ չափումների հաճախությունը ըստ իրավիճակի: • Մարմնի ջերմաստիճանի չափում յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ:

Հավելված 7

Ինդոմետացինի կիրառումը

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> • Ինդոմետացինը պրոստագլանդինների սինթեզի ինհիբիտոր է: • Ինդոմետացինը արգանդի կծկողական ակտիվության հզոր ինհիբիտոր է, որը գործում է ցիկլօքսիգենազների (COX) ինհիբիցիայի միջոցով, սակայն չկան դրա արդյունավետության վստահելի ապացույցներ՝ համապատասխան հետազոտությունների սակավության պատճառով:
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Երիկամների կամ լյարդի արտահայտված խանգարումներ • Ակտիվ պեպտիկ խոց, ստամոքսա-աղիքային արյունահոսություն • Արյան մակարդեղիության խանգարումներ կամ թրոմբոցիտոպենիա • ՈԱՀԴ (ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ) ծագման ասթմա • ՈԱՀԴ-ների այլ կողմնակի ազդեցություններ • >32 շաբաթական ժամկետ
Դեղաչափ	Սկզբնական <ul style="list-style-type: none"> – 50 մգ ռեկտալ կամ – 50-100 մգ հաբեր
	Պահպանիչ դեղաչափ <ul style="list-style-type: none"> – 25-50 մգ հաբեր յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ

	Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 300 մգ:
Մեկնաբանություններ	<ul style="list-style-type: none"> ● Հնարավոր ռիսկերը պտղի և նորածնի համար ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> - պտղի զարկերակային ծորանի նեղացում (հղիության ժամ- կետի մեծացման հետ մեծանում է նաև ռիսկը. այն առաջացնում է ժամանակավոր շրջելի փոփոխություններ և պահանջում է կարճատև բուժում. երկարատև բուժումը կարող է հանգեցնել պտղի և նորածնի թոքային հիպերտենզիայի). - պտղի արյան շրջանառության փոփոխություններ, մասնավորապես ուղեղի. - երիկամային ֆունկցիայի թուլացում (կարող է հանգեցնել սակավաջրության). - մեռուկացնող էնտերոկոլիտ: ● Պտղի և նորածնի մոտ կողմնակի երևույթների հավանականությունը հաշվի առնելով՝ ինդոմետացինի կիրառումը պետք է դիտարկել միայն հետևյալ դեպքերում. <ul style="list-style-type: none"> - 28+0 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետ, - տոկոլիզի անհնարինություն այլ տոկոլիտիկների միջոցով, - այլ տոկոլիտիկների հակացուցումների առկայություն (օր.՝ սրտի հիվանդություն):
Դիտարկում	<ul style="list-style-type: none"> ● Պտղի խիստ հսկողությունը անհրաժեշտ է թերապիայի ողջ ընթացքում մինչև վիճակի կայունացումը:

*ն/ե ներարկման լուծույթի պատրաստման համար պահանջվում է լուծել պրեպարատի 50 մկգ 500 մլ իզոտոնիկ լուծույթի մեջ:

Հավելված 8

Հեքսոպրենալինի կիրառումը

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> ● Հեքսոպրենալինը բետամիմետիկ պրեպարատ է: ● Համեմատած պլացեբոյի հետ՝ բետամիմետիկները արդյունավետ տոկոլիտիկ պրեպարատներ են, սակայն տեղեկություններ կան նշանակալի անցանկալի

	<p>կողմնակի երևույթների մասին, ներառյալ՝ մոր մահ թոքերի այտուցից:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Չկան ապացույցներ փաստելու, որ ներքին ընդունման բետա-միմետիկների պահպանիչ թերապիան արդյունավետ է սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում: ● Հեքսոպրենալինի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ տոկոլիտիկներ չեն կարող կիրառվել հակացուցումների առկայության պատճառով:
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> ● Միջին և ծանր բարդության սրտի հիվանդություն մոր մոտ ● Թոքային հիպերտենզիա ● Ծանր անեմիա ● Անվերահսկելի շաքարային դիաբետ ● Հիպերթիրեոզ

<p>Դեղաչափեր 3 սխեմաներ</p> <p>(Նշված դեղաչափերը ընդհանրական են. Յուրաքանչյուր հիվանդի համար կատարվում է անհատական դեղաչափավորում)</p>	<p>Զանգվածային տո- կոլիզ.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 10 մլ իզոտոնիկ լուծույթում լուծված 10 մկգ (2 մլ-ոց 1 ամպուլա) բոլյուսային ներմուծում 5-10 թուփեր ընթացքում, ապա ● ներերակային ներմուծում* 60 կաթիլ թուփում արագությամբ (18 մկգ/ժ): <p>Երկարատև տոկոլիզ.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ներարկման առաջարկվող արագություն՝ 15 կաթիլ թուփում (4,5 մկգ/ժ) <p>Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 430 մկգ:</p>	<p>Ներերակային ներմուծում.*</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ներարկման արագություն՝ 25 կաթիլ թուփում (7.5 մկգ/ժ), ● յուրաքանչյուր 5 թուփեր մեկ դեղաչափը կարելի է մեծացնել 5 կաթիլով (1.5 մկգ/ժ), ● ներարկման առավելագույն արագություն՝ 60 կաթիլ թուփում, նվազագույնը՝ 10 կաթիլ թուփում: 	<p>Ներերակային ներմուծում.*</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ներարկման արագություն՝ 60 կաթիլ թուփում (18 մկգ/ժ) առաջին ժամվա ընթացքում, ● հաջորդ 6 ժամվա ընթացքում աստիճանաբար նվազեցնել մինչև 30 կաթիլ (9 մկգ/ժ), ● այնուհետև նվազեցնել մինչև 10-20 կաթիլ (3-6 մկգ/ժ) 12 ժամվա ընթացքում, ● շարունակել 10 կաթիլ թուփում (3 մկգ/ժ): <p>Բուժման ընդհանուր տևողությունը կազմում է 48 ժամ կախված արգանդի ռեակցիայից և մոր հեմոդինամիկայից:</p>
<p>Մեկնաբանություններ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ապացուցվել է, որ ամենամեծ թվով անցանկալի կողմնակի երևույթներ ի հայտ են եկել բետամիմետիկների կիրառման ժամանակ, որոնք ստիպել են դադարեցնել պրեպարատի հետագա օգտագործումը: 		
<p>Դիտարկում</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Պտղի խիստ հսկողությունը անհրաժեշտ է թերապիայի ողջ ընթացքում 		

	մինչև վիճակի կայունացումը:
--	----------------------------

*ն/ե ներարկման լուծույթի պատրաստման համար պահանջվում է լուծել պրեպարատի 50 մկգ 500 մլ իզոտոնիկ լուծույթի մեջ:

Հավելված 9

Ֆետալ ֆիբրոնեկտինի թեստ *

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> • Ֆետալ ֆիբրոնեկտինը գլիկոպրոտեին է, որը նպաստում է պտղի խորիոնի և մոր դեցիդուայի կաման գործընթացին: ֆՖՆ-ի ներկայությունը հեշտոցային արտազատուկում ցածր կոնցենտրացիայով համարվում է նորմալ 18-ից մինչև 34-36 շաբաթ հղիության ժամկետը: Որքան մոտենում է ծննդալուծման ժամկետը, այնքան ավելանում է ֆՖՆ-ի խտությունը: • Հեշտոցային արտազատուկում ֆՖՆ-ի 50 նգ/մլ գերազան- ցող մակարդակը զուգակցվում է ՎԾ բարձր ռիսկի հետ: • Եթե ֆՖՆ թեստի արդյունքը բացասական է, ապա առաջիկա 7 օրվա ընթացքում ՎԾ բացասական կանխատեսման արժեքը կազմում է 99.5%, իսկ 14 օրվա ընթացքում 99.2%: • ՖՖՆ-ի քանակական թեստի շնորհիվ կարելի է կատարել ընդհանուր ռիսկի ավելի ճշգրիտ գնահատում, նվազեցնել հղիի տեղափոխման հետ կապված ավելորդ ծախսերը և ի վերջո նվազեցնել երկարաժամկետ ծախսերը:
Ցուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Ախտանշային ՎԾ՝ 22+0 շաբաթից մինչև 36+0 շաբաթ հղիության ժամկետում և • Անվնաս պտղաթաղանթներ և • 3 սմ-ին հավասար կամ դրանից պակաս արգանդի պարանոցի բացում
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • 3 սմ-ից ավելի պարանոցի բացում • Պտղաթաղանթների պատռում • Պարանոցի սերկլած • Օճառի, գելի, քսանյութի կամ ախտահանիչ քսուքի առկայություն հեշտոցում

<p>Հարաբերական հակացուցումներ</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Միջին կամ ծանր աստիճանի արյունահոսության տեսանելի նշաններ · Սեռական հարաբերությունից հետո չի անցել 24 ժամ · ՖՖՆ-ի թեստը համարվում է վավեր նույնիսկ 10 նգ/մլ-ից ցածր բացասական արդյունքի դեպքում. – եթե սեռական հարաբերությունը տեղի է ունեցել նախորդ 24 ժամվա ընթացքում. – առկա է միջին կամ ծանր աստիճանի արյունային արտադրություն հեշտոցից:
<p>Հետազոտման ընթացքը</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Իրականացվում է ստերիլ հայելիներով հետազոտման ժամանակ մինչև պարանոցի կամ հեշտոցի զննում կամ միջամտություն անցկացնելը: · Որպես քսանյութ օգտագործել միայն ստերիլ ջուր: · Թեստի նմուշը պետք է վերցնել հեշտոցի հետին կամարից: · Համաձայնեցնել թեստի օգտագործման ցուցումների հետ:
<p>Քանակական ֆՖՆ թեստ</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Քանակական ֆՖՆ թեստի միջոցով հնարավոր է. – Գնահատել ՎԾ հավանականությունը – Իրականացնել ռիսկի գնահատում և պլանավորում – Խուսափել անիմաստ միջամտություններից – Բացահայտել նպատակային միջամտությունների հավակնորդ կանանց – Բարձրացնել վստահությունը բժիշկների և հղիի միջև
<p>ֆՖՆ <50 նգ/մլ (բացասական)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ծննդաբերության ցածր ռիսկ 7–14 օրվա ընթացքում · Կեղծ բացասական պատասխանի պատճառներ. – հայելիներով զննման ժամանակ քսանյութի օգտագործում, – ներհեշտոցային ախտահանիչ միջոցների օգտագործում: · Վարման հետ կապված նկատառումների համար տես Վաղաժամ ծննդաբերության
<p>ֆՖՆ ≥50 նգ/մլ (դրական)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Կեղծ դրական պատասխանի պատճառներ կարող են հանդիսանալ. – Սեռական հարաբերություն – Մատնային հեշտոցային հետազոտություն – Տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտություն – Արյունահոսություն

* Սույն ուղեցույցի հրատարակման պահին ֆՖՆ թեստը Հայաստանում դեռևս հասանելի չէ:

Աղբյուր՝ *Preterm labour and birth (Supplement). Queensland Clinical Guidelines. 2015.*

Հավելված 10

Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության կանխատեսումը Ֆետալ ֆիբրոնեկտինի կատեգորիաների հիման վրա

Ֆետալ ֆիբրոնեկտին	ԻՎԾ 34 շաբաթից փոքր գեստացիոն ժամկետում, %	ԻՎԾ 14 օրվա ընթացքում, %
0-9 նգ/մլ	1.5	1.8
10-49 նգ/մլ	8.2	1.6
50-199 նգ/մլ	11.5	7.7
200-499 նգ/մլ	33	29
≥500 նգ/մլ	75	46

Աղբյուր՝ Abbott. Quantification of fFN in prediction of sPTB. Am J Obstet Gynecol 2012.

Հավելված 11

ՎԾ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում

Մանկաբարձական տվյալներ	ՎԾ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում
Երկու ՎԾ անամնեզում	42 %
Երկու ՎԾ 32-36 շաբաթ գեստացիոն ժամկետում	33 %
Երկու ՎԾ 32 շաբաթից փոքր գեստացիոն ժամկետում	57 %
Մեկ ժամկետային ծննդաբերություն, որին հետևել է մեկ ՎԾ	21 %
Մեկ ՎԾ, որին հետևել է մեկ ժամկետային ծննդաբերություն	13 %
Երկու ժամկետային ծննդաբերություն	5 %

Աղբյուր՝ McManemy J, Cooke E, Amon E, Leet T. Recurrence risk for preterm delivery. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:576.

Հավելված 12

ՎԾ ռիսկ որոշ ինֆեկցիաներով ընթացող հղիության ժամանակ

Ինֆեկցիա	Շանսերի հարաբերություն (95% ՎԻ)
Բակտերիալ վագինոզ մինչև հղիության 16-րդ շաբաթը	7.55 (1.8-31.7)
Նեյսերիա գոնորեա	5.31 (1.57-17.9)
Անախտանիշ բակտերիուրիա	2.08 (1.45-3.03)
Խլամիդիա տրախոմատիս	
Հղիության 24 շաբաթում	2.2 (1.03-4.78)
Հղիության 28 շաբաթում	0.95 (0.36-2.47)
Տրիխոմոնազ	1.3 (1.1-1.4)
Ուրեապլազմոզ	1.0 (0.8-1.2)

Աղբյուր՝ Klein LL, Gibbs RS. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth. Am J Obstet

Հավելված 13

ՎԾ կանխարգելման նպատակով պրոգեստերոնային թերապիայի համար հղիների ընտրություն

Ցուցումներ	Ցուցված է արդյոք պրոգեստերոնի կիրառումը
Միապտուղ հղիություն, անամնեզում՝ միապտուղ ԻՎԾ, նորմալ ԱՊԵ	Այո
Միապտուղ հղիություն, անամնեզում՝ երկպտուղ ԻՎԾ, նորմալ ԱՊԵ	Հնարավոր է
Միապտուղ հղիություն, ԻՎԾ անամնեզում առկա չէ, կարճ ԱՊԵ (≤20 մմ)	Այո
Բազմապտուղ հղիություն (երկպտուղ կամ եռապտուղ), անամնեզում ՎԾ առկա չէ, նորմալ ԱՊԵ	Հնարավոր է, չկան բավարար ապա-ցույցներ
Երկպտուղ հղիություն, ՎԾ անամնեզում	Հնարավոր է, չկան բավարար ապա-ցույցներ
Երկպտուղ հղիություն, կարճ ԱՊԵ	Ոչ
ՊՄՎՊ	Ոչ

Դրական ֆՖՆ թեստ	Ոչ
Սպառնացող ՎԾ, սակայն ՎԾ-ն տեղի չի ունենում	Ոչ

Հավելված 14

Արգանդի պարանոցի երկարություն և ՎԾ ռիսկ

Պարանոցի երկարություն (մմ)	Ծննդաբերության հավանականության հարաբերություն (ՀՀ)			
	<28 շաբաթ	28-30 շաբաթ	31-33 շաբաթ	34-36 շաբաթ
<2	745.29	74.29	44.22	99.36
5	119.19	36.81	24.26	18.10
7	62.08	27.80	19.08	11.15
10	26.79	18.24	13.31	6.53
12	16.29	13.77	10.47	4.93
15	8.26	9.04	7.30	3.47
18	4.45	5.93	5.09	2.60
20	3.03	4.48	4.01	2.20
22	2.10	3.38	3.15	1.89
25	1.25	2.22	2.20	1.53

Աղբյուր՝ Celik E, To M, Gajewska K, Smith GC, Nicolaides KH. Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 31(5): 549-54.

Հավելված 15

Ընթացակարգ. վաղաժամ ծննդաբերության ախտանիշներով ընդունված բոլոր հղիների

Անամնեզ

- Ընդհանուր բժշկական, վիրաբուժական, գինեկոլոգիական, սոցիալական

Ախտանիշների գնահատում

- Ճնշման զգացում կոնքում
- Ձգող ցավ որովայնի ստորին հատվածում
- Ցավ մեջքի ստորին հատվածում
- Հեշտոցային արտադրություն՝ լորձ, արյուն, պտղաջուր
- Արգանդի կանոնավոր կծկանքներ

Ձննում

- Կենսական ցուցանիշներ
- Որովայնի շոշափում
- Պտղի վիճակի գնահատում – ՊՍՁՀ, ԿՏԳ
- Ձննում հայելիներով
 - պտղաթաղանթների պատռում
 - պարանոցի/ՊԹ-ի վիճակի գնահատում
 - հեշտոցի քուլք
 - ֆՖՆ թեստ
- Հեշտոցի/անոտեկտալ ԲԽՍ քուլք
- Պարանոցի բացում
 - Մատնային հեշտոցային զննում՝ ՊԹ պատռման և ընկերքի առաջադրության բացակայության պարզազայում
 - Հնարավորության դեպքում՝ գերձայնային հետազոտում
 - Պտղի աճ և ընդհանուր վիճակ
 - Լաբորատոր քննություններ
 - քուլք հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար
 - քուլք (հեշտոցից+անալ) ԲԽՍ-ի համար
 - մեզի միջին չափաբաժին ՄՄՀ համար

Եթե

- ֆՖՆ >50 նգ/մլ կամ
- Պարանոցի բացում կամ
- Պարանոցի փոփոխություն 2-4 ժամվա ընթացքում կամ
- ՊԹ-ի պատռում կամ
- Կանոնավոր և ցավոտ կծկանքներ կամ
- Լրացուցիչ հետազոտության կարիք կամ
- Մոր կամ պտղի վիճակի հետ կապված այլ խնդիրներ

Եթե

- 48-72 ժամվա ընթացքում
- 50 նգ/մլ-ից ցածր ֆՖՆ
 - Նորմալ կենսական ցուցանիշներ հղիի մոտ
 - Հղիության ժամկետին համապատասխան ՊՍՁՀ, ԿՏԳ արդյունքներ
 - Խորհրամանիոնիտի ախտանիշների բացակայություն
 - Ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ
 - Պարանոցի նվազագույն փոփոխություն կամ փոփոխության բազակայություն

Դուրսգրում

- Տրամադրել տեղեկատվություն ախտանիշների և բուժհաստատությունն ղիմելու ճիշտ ժամանակի վերաբերյալ
- Պլանավորել հետագա գործողությունները ըստ ցուցումների

Հղիի տեղափոխում

- ՎՄ դիսկի դեպքում պտղի կենսունակության շեմին հասած հղիների տեղափոխում նորածնային ինտենսիվ խնամքի հնարավորություններով պերինատալ կենտրոն

Նախածննդային կորտիկոստերոիդներ (24-34 շաբաթ)

- Դեքսամեթազոն՝ 6 մգ-ոց չորս դեղաչափ, մ/մ, 12 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր՝ 24 մգ) կամ
- Բեռամեթազոն՝ 12 մգ-ոց 2 դեղաչափ, մ/մ, 24 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր՝ 24 մգ)
- Կրկնել, եթե անցկացված կորտիկոստերոիդային կանխարգելումից 7 օր հետո ՎՄ դիսկը պահպանվում է

Տոկոլիզ

- Նիֆեդիպին՝ 20 մգ հաբեր
- Եթե 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել նիֆեդիպին՝ 20 մգ
- Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել նիֆեդիպին՝ 20 մգ
- Կիրառել պահպանիչ թերապիա՝ 10-20 մգ ամեն 6 ժամը մեկ 48 ժամվա ընթացքում
- Անհրաժեշտության դեպքում դիտարկել այլ տոկոլիտիկների կիրառում (ինդոմետացին, հեքսոպրենալին)

Հակաբիոտիկներ

- Նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում ԲԽՍ-ի դրական պատասխանի դեպքում՝ ինտրանատալ հակաբիոտիկային կանխարգելում (ԲԽՍ ՄՀԿ)
- ԲԽՍ-ի անհայտ կարգավիճակի դեպքում՝ ԲԽՍ ՄՀԿ ամբողջ ծննդաբերության ընթացքում,
 - դադարեցնել ԲԽՍ ՄՀԿ, եթե ՎՄ վտանգ այլևս չի սպառնում,
 - դադարեցնել ԲԽՍ ՄՀԿ, եթե ԲԽՍ-ի ստացված արդյունքը բացասական է
- Խորհրամանիոնիտի կամ ՊՄՎՊ ախտանիշների դեպքում

Մագնեզիումի սուլֆատը ներյուրոտեկցիայի նպատակով (24-32 շաբաթ)

- Սկսված կամ սպառնացող կամ պլանային ծննդաբերություն՝ առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում
- Սկզբնական դեղաչափ՝ 4 գ ն/ե բոլոր 20-30 րոպեի ընթացքում
- Դիտարկել պահպանիչ դեղաչափ՝ 1 գ/ժ կամ 24 ժամվա ընթացքում կամ մինչև ծննդաբերությունը՝ կախված առաջնահերթությունից

Ծննդալուծման եղանակ

- Գլխային առաջադրության դեպքում խորհուրդ է տրվում ծննդաբերություն բնական ճանապարհով, եթե չկան կետարյան հատման ցուցումներ
- Կոնքային առաջադրության յուրաքանչյուր դեպքում որոշումը կախված է մանկաբարձական իրավիճակից և մոր նախապատվությունից

Վարումը սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո

- Խնամքի պլանավորում համաձայն կլինիկական իրավիճակի
- Հղիի և պտղի վիճակի գնահատում
- Դուրսգրում ցուցանիշների կարգավորման դեպքում
- Բուժհաստատություն ղիմելու ճիշտ ժամանակի մասին տեղեկատվության տրամադրում
- Հետագա գործողությունների պլանավորում և հսկողության սահմանում

Հավելված 16

Արգանդի պարանոցի չափման ընթացակարգ

