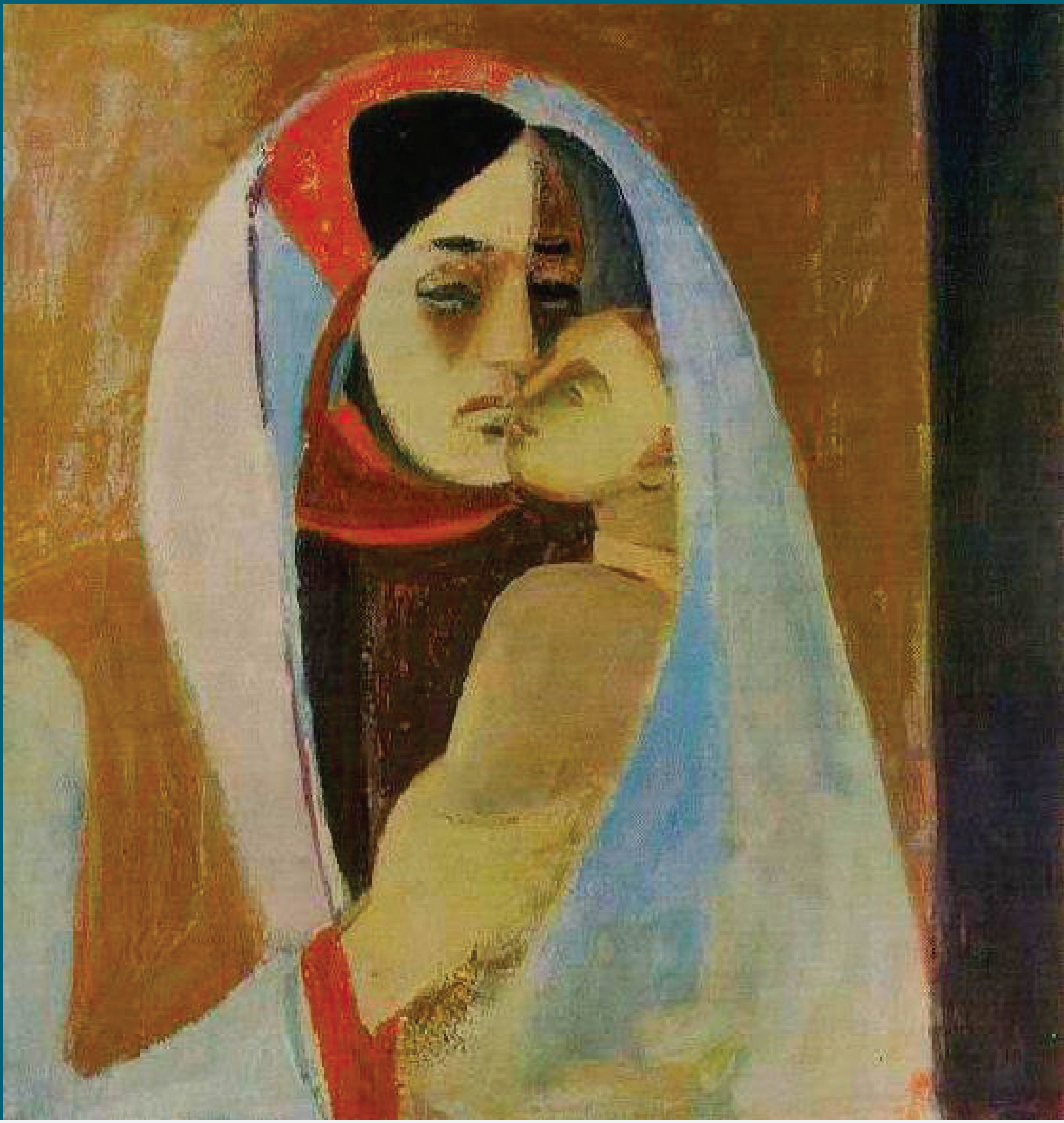
Կլինիկական ուղեցույց

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԵՎ ԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ՎԱՐՈՒՄԸ



«Մայրություն» շարք, թիվ 2

ՄԱԿ-ի Բնակչության
հիմնադրամ

ՀՀ առողջապահության
նախարարություն

Վերարտադրողական առողջության,
պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության
և գինեկոլոգիայի հանրապետական
ինստիտուտ

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԵՎ ԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ՎԱՐՈՒՄԸ

Կլինիկական ուղեցույց

Սեպտեմբեր 2015

ԵՐԵՎԱՆ
ՓՐԻՆԹԻՆՖՈ
2015

Կլինիկական ուղեցույցը հաստատվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի 16.09.2015թ. թիվ 2521 – Ա հրամանով:

ՀՏԴ 618
ԳՄԴ 57.1
Պ 923

Պ 923 Պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի վարումը.
–Եր.: Փրինթինֆո, 2015. – 44 էջ:

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության, Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի համագործակցությամբ իրականացվող «Սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հզորացում» ծրագրի շրջանակներում: Ուղեցույցի համար հիմք են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի Մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի, Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի, Ավստրալիայի Քվինսլենդ նահանգի առողջապահության բաժնի, Կոհրեյնի տվյալների բազայի, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և այլ բարձր ապացուցողական մակարդակ ունեցող նյութերը:

Կլինիկական ուղեցույցի դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի, Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի, ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 1 և 2 ամբիոնների, կողմից: Ուղեցույցը նախատեսված է բուժաշխատողների համար:

Աշխատանքային խմբի ղեկավար՝
Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ, պրոֆ.

Աշխատանքային խմբի անդամներ՝
Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., պրոֆ.
Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց.
Գյուլխասյան Վ.Մ., բ.գ.թ., դոց.
Հարությունյան Ա.Գ., MD, MPH

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

Կլինիկական ուղեցույցը ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղղորդող փաստաթուղթ է, որն օգնում է կայացնել գիտականորեն հիմնավորված որոշումներ՝ որոշակի հիվանդության կամ կլինիկական վիճակի վարման վերաբերյալ:

Այնուամենայնիվ, որևէ կլինիկական ուղեցույց չի կարող ընդգրկել մասնավոր դեպքերի բոլոր հնարավոր տարբերակները: Ուղեցույցում ներառված ցուցումները դեպքի վարման կամ բուժման բացառիկ եղանակներ չեն պարտադրում: Դրանք պետք է գնահատվեն, հաշվի առնելով պացիենտի անհատական կարիքները, ինչպես նաև բուժհաստատության հնարավորությունները:

Երբ պացիենտի դեպքը դուրս է ուղեցույցի շրջանակներից, ուղեցույցն օգտագործող բուժաշխատողն ինքն է պատասխանատվություն կրում վարման պլանի մշակման և նեղ մասնագետի օգնությանը դիմելու անհրաժեշտության մասին որոշում կայացնելու վերաբերյալ:

Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

ՀՏԴ 618
ԳՄԴ 57.1

ISBN 978-9939-831-85-5
© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2015

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱլԱՏ	ալանին ամինոտրանսֆերազա
ԱՄԹԺ	ակտիվացված մասնակի թրոմբոպլաստինային ժամանակ
ԱսԱՏ	ասպարտատ ամինոտրանսֆերազա
ԳՁՀ	գերձայնային հետազոտություն
ԵԱ	երկարատև-արձակման հաբեր
ԵԳՖՑ	երիկամային գլոմերուլյար ֆիլտրացիայի ցուցանիշ
ԶՃ	զարկերակային ճնշում
ԷՍԳ	էլեկտրասրտագրություն
ԼԴՀ	լակտատ դեհիդրոգենազա
ԿԵՃ	կենտրոնական երակային ճնշում
ԿՏԳ	կարդիոտոկոգրություն
ՄԶԳ	մարմնի զանգվածի գործակից
ՄՆՀ	միջազգային նորմալիզացված հարաբերություն
ՊՍԶ	պտղի սրտի զարկեր
ՏՆՄ	տարածուն ներանոթային մակարդում

Հիպերտենզիվ խանգարումներով հղիների նախածննդյան վարումը

Նախածննդյան վարում

Նախածննդյան վարումը պետք է կազմակերպեն տվյալ ախտաբանության մեջ հմուտ մասնագետները.

- Հոսպիտալացում
- Չկրկնել պրոտեինուրիայի քանակական գնահատումը
- Սահմանել պտղի մոնիթորինգի ժամանակացույց

Թեթև հիպերտենզիա 140/90 -149/99 մմ.սս

- Դեղորայքային բուժում չի պահանջվում
- ԶՃ չափում
  - օրական առնվազն 4 անգամ
- Երիկամային թեստեր, էլեկտրոլիտներ, արյան ընդհանուր քննություն, տրանսամինազներ, բիլիռուբին - շաբաթական 2 անգամ

Միջին հիպերտենզիա 150/100 - 159/109 մմ.սս

- Անհրաժեշտ է հիպերտենզիայի դեղորայքային բուժում
- Նպատակային ԶՃ.
  - Սիստոլիկ ԶՃ <150 մմ.սս,
  - Դիաստոլիկ ԶՃ 80-100 մմ.սս
- ԶՃ չափում - օրական առնվազն 4 անգամ
- Երիկամային թեստեր, էլեկտրոլիտներ, ԱԸՔ, տրանսամինազներ, բիլիռուբին- շաբաթական 3 անգամ

Ծանր հիպերտենզիա 160/110 մմ.սս կամ ավելի

- Անհրաժեշտ է հիպերտենզիայի դեղորայքային բուժում
- Նպատակային ԶՃ.
  - Սիստոլիկ ԶՃ <150 մմ.սս,
  - Դիաստոլիկ ԶՃ 80-100 մմ.սս
- ԶՃ չափում - օրական 4 անգամից ավելի՝ կախված կլինիկական ընթացքից
- Երիկամային թեստեր, էլեկտրոլիտներ, ԱԸՔ, տրանսամինազներ, բիլիռուբին- շաբաթական 3 անգամ

Հիպերտենզիվ խանգարումներով հղիների պտղի մոնիթորինգը

Պտղի մոնիթորինգ

Նախածննդյան վարումը պետք է կազմակերպեն տվյալ ախտաբանության մեջ հմուտ մասնագետները.

- Հոսպիտալացում
- Չկրկնել պրոտեինուրիայի քանակական գնահատումը
- Սահմանել պտղի մոնիթորինգի ժամանակացույց

Պտղի աճի և հարպտղաջրերի քանակի գերձայնային գնահատում + պորտալարի դոպլեր հետազոտություն

- Իրականացնել սպասողական վարման դեպքում
- Չկրկնել ավելի հաճախ, քան 2 շաբաթը մեկ անգամ

Տեղեկացնել ավագ մանկաբարձ-գինեկոլոգին, եթե ցուցանիշներում առկա են շեղումներ

Կարդիոտոկոգրաֆիա

- Իրականացնել ախտորոշման պահին
- Կրկնել, եթե առկա է.
  - կնոջ կողմից պտղի խաղի զգացողության փոփոխություն,
  - հեշտոցային արյունահոսություն,
  - ցավ որովայնի շրջանում,
  - մոր վիճակի վատթարացում

Եթե պտղի մոնիթորինգի ցուցանիշները նորմայի սահմաններում են, ապա կարդիոտոկոգրաֆիան իրականացնել ոչ ավել, քան շաբաթական մեկ անգամ

Պտղի վարման պլանը

- Գրառել վարման պլանը, որը ներառում է.
  - պտղի հետագա մոնիթորինգի բաղադրիչները և ժամանակացույցը,
  - պտղի ցուցումները ծննդալուծման համար
  - կորտիկոստերոիդային կանխարգելման անհրաժեշտությունը,
  - նեոնատոլոգների և անեսթեզիոլոգի հետ խորհրդակցության ընթացքում կայացված որոշումները

Պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի դեպքում ծննդալուծումը

Ծննդալուծում

- Պրեէկլամպսիայի միակ բուժումը ծննդալուծումն է
- Ծննդալուծումը պետք է ճիշտ պլանավորվի, ընտրվի ճիշտ օրը, տեղի ունենա ճիշտ վայրում, ճիշտ եղանակով և անցկացվի լավագույն անձնակազմի կողմից
- Երբ հնարավոր է, նախընտրությունը պետք է տալ բնական ուղիներով ծննդալուծմանը և կեսարյան հատումը պետք է իրականացնել միայն ռուտին մանկաբարձական ցուցումներով

Թեթև պրեէկլամպսիա

- Մինչ 37+0 շաբաթը - հղիության սպասողական վարում
- 37 շաբաթական և ավելի - ծննդալուծում
- 34 շաբաթից հետո - ծննդալուծում, եթե առկա են պտղաթաղանթի պատռում, պտղի ախտաբանական թեստեր, պրոգրեսիվող ծննդաբերություն

Էկլամպսիա

Ցանկացած ժամկետում - ծննդալուծում, կնոջ վիճակը կայունացնելուց հետո

Ծանր պրեէկլամպսիա

- Մինչ պտղի կենսունակության ժամկետը - կնոջ վիճակի կայունացումից հետո ցուցված է ծննդալուծում: Սպասողական վարումը խորհուրդ չի տրվում
- 34 շաբաթից փոքր հղիության դեպքում - ծննդալուծումը կարելի է հետաձգել 24 -48 ժամ, կորտիկոստերոիդային կանխարգելման նպատակով
- 32 շաբաթական և ավելին հղիությամբ ծանր պրեէկլամպսիայով կինը, որը ստացել է կորտիկոստերոիդների կուրսը – ծննդալուծում կնոջ վիճակի կայունացումից հետո
- 34 շաբաթից հետո- ծննդալուծում կնոջ վիճակի կայունացումից հետո

Սպասողական վարում
Ծանր պրեէկլամպսիայի սպասողական վարում կարելի է իրականացնել նախքան 34 շաբաթը, եթե կնոջ վիճակը կայուն է, իսկ պտղի վիճակը՝ հուսադրող: Տես համապատասխան գլխում

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն 8

Սահմանումներ 9

Հղիության հիպերտենզիվ խանգարումների դասակարգումը 11
- Պրեէկլամպսիա 11
- Քրոնիկական հիպերտենզիա 13
- Համակցված պրեէկլամպսիա՝ քրոնիկական հիպերտենզիայի ֆոնի վրա 13
- Գեստացիոն հիպերտենզիա 14

Պրեէկլամպսիայի կանխարգելումը 15

Մոր և պտղի հետազոտումը 17

Պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի վարումը 19
- Վարման վայրը 19
- Պրեէկլամպսիայի վարումը 19
- Թեթև պրեէկլամպսիայի վարումը 23
- Ծանր պրեէկլամպսիայի վարումը 23
- Հեղուկների բալանսի ապահովումը 25
- Էկլամպսիա 26
- HELLP համախտանիշը 27

Ծննդալուծումը պրեէկլամպսիայի/էկլամպսիայի դեպքում 29
- Ծննդալուծման հիմնական սկզբունքները 29
- Ցավազրկման հիմնական սկզբունքները 29
- Հետծննդյան վարումը 30
- Հսկողությունը հետծննդյան 6-րդ շաբաթից հետո 31

Հավելված 1. Զարկերակային ճնշման չափումը 32

Հավելված 2. Հղիների հետազոտումը 34

Հավելված 3. Պտղի հետազոտումը 36

Հավելված 4. Հիդրալազինի կիրառման ուղեցույց 37

Հավելված 5. Հակահիպերտենզիվ պահպանողական դեղամիջոցներ 38

Հավելված 6. Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման ուղեցույց 40

Օգտագործված գրականության ցանկ 43

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հղիության հիպերտենզիվ խանգարումները մայրական և պերինատալ հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառներից մեկն են և ամբողջ աշխարհում հանդիպում են 6–8% հղիությունների դեպքում: Ակնկալվում է, որ այս բարդության հաճախությունը կմեծանա վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում ճարպակալման և մետաբոլիկ համախտանիշի տարածվածության ավելացմանը զուգընթաց:

Այս ուղեցույցն ամփոփում է հղիության հիպերտենզիվ խանգարումների՝ հատկապես պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի ախտորոշման, գնահատման և վարման ապացույցների վրա հիմնված լավագույն փորձը:

Այս ուղեցույցի նպատակն է պարզաբանել հետևյալ հարցերը.

- ո՞րն է համարվում ախտաբանական ԶՃ,
- ինչպես է որոշվում պրոտեինուրիան հղիության ընթացքում: Ո՞րն է համարվում պրոտեինուրիա և ծանր պրոտեինուրիա,
- ինչպես են ախտորոշվում և դասակարգվում հղիության հիպերտենզիվ խանգարումները: Ո՞րն է համարվում ծանր պրեէկլամպսիա,
- ինչպես կարելի է կանխագուշակել/կանխարգելել պրեէկլամպսիան և դրա բարդությունները կենսակերպի փոփոխությամբ, դեղորայքով և/կամ համապատասխան վարման միջոցով,
- ինչպես է պետք վարել հիպերտենզիվ խանգարումներով հղիներին, ինչպես կատարել նախնական հետազոտումները, կազմել սննդակարգը, ինչպես ընտրել վարման վայրը և հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցները, ինչպես կիրառել մագնեզիումի սուլֆատը, ինչպես որոշել ծննդալուծման եղանակը և ժամկետը, ծննդաբերության ընթացքը (ներառյալ ԶՃ մոնիտորինգը և ցավազրկումը), ինչպես իրականացնել հետծննդյան մոնիթորինգը և խորհրդատվությունը հետագա հղիությունների և երկարաժամկետ մայրական և մանկական ռիսկերի վերաբերյալ:

ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐ

Հիպերտենզիա

- Հիպերտենզիան պետք է ախտորոշվի միայն բժշկական հաստատությունում կատարված ԶՃ-ի չափման արդյունքների հիման վրա
- Հղիության ընթացքում հիպերտենզիվ խանգարումների ախտորոշման համար կարևոր է ԶՃ-ի ճշգրիտ չափումը: (տես՝ Հավելված 1).
  - կնոջ ԶՃ-ն պետք է չափել նստած դիրքում՝ ձեռքը սրտի մակարդակին,
  - անհրաժեշտ է օգտագործել համապատասխան չափի ձեռքի թևկապ (թևկապի երկարությունը ձեռքի շրջագծից պետք է 1.5 անգամ մեծ լինի),
  - դիաստոլիկ ճնշումը չափելու համար պետք է օգտագործել Կորոտկովի V փուլը,
  - եթե մի ձեռքի վրա ԶՃ-ն կանոնավոր կերպով ավելի բարձր է, ապա հետագա չափումները պետք է իրականացնել բարձր ԶՃ ունեցող ձեռքի վրա,
  - ԶՃ-ն կարելի է չափել սնդիկային սֆիգմոմանոմետրով կամ որևէ այլ չափիչ սարքով, որի հավաստիությունը ճշգրտվել է պրեէկլամպսիա ունեցող կանանց շրջանում,
  - ճնշման ավտոմատ չափիչ սարքերը կարելի է օգտագործել միայն այն դեպքում, եթե դրանց հավաստիությունը ճշգրտվել է սնդիկային սֆիգմոմանոմետրի ցուցմունքների հետ համեմատության արդյունքում
- Հիպերտենզիան սահմանվում է որպես.
  - սիստոլիկ ԶՃ, որը հավասար կամ բարձր է 140 մմ.սս,
  - դիաստոլիկ ԶՃ, որը հավասար կամ բարձր է 90 մմ.սս
- Խորհուրդ է տրվում հիպերտենզիան ախտորոշել այն դեպքում, երբ հիպերտենզիայի սահմանմանը համապատասխանող բարձր ԶՃ-ը դիտվել է 4 ժամվա ընթացքում կատարված առնվազն ԶՃ-ի 2 չափման արդյունքում
- Երբեմն, հատկապես ծանր հիպերտենզիայի առկայության դեպքում, ախտորոշումը կարելի է հաստատել ավելի կարճ ժամանակահատվածում (նույնիսկ րոպեների ընթացքում) և սկսել հակահիպերտենզիվ բուժումը.
  - Թեթև հիպերտենզիան սահմանվում է որպես
    - ✓ դիաստոլիկ ԶՃ 90–99 մմ.սս,
    - ✓ սիստոլիկ ԶՃ 140–149 մմ.սս:
  - Միջին աստիճանի հիպերտենզիան սահմանվում է որպես
    - ✓ դիաստոլիկ ԶՃ 100–109 մմ.սս,
    - ✓ սիստոլիկ ԶՃ 150–159 մմ.սս:
  - Ծանր հիպերտենզիան սահմանվում է որպես
    - ✓ դիաստոլիկ ԶՃ, որը հավասար կամ բարձր է 110 մմ.սս,
    - ✓ սիստոլիկ ԶՃ, որը հավասար կամ բարձր է 160 մմ.սս:
- Սպիտակ-խալաթի հիպերտենզիվ էֆեկտը սահմանվում է որպես ԶՃ-ի բարձրացում բժշկական հաստատությունում (սիստոլիկ ԶՃ ≥ 140 մմ.սս կամ դիաստոլիկ ԶՃ ≥ 90 մմ.սս), սակայն < 135 մմ.սս (սիստոլիկ) և < 85 մմ.սս (դիաստոլիկ) ամբուլատոր պայմաններում կամ տանը ԶՃ-ի չափման ժամանակ

- Թաքնված հիպերտենզիվ էֆեկտը սահմանվում է որպես ԶՃ-ի բարձրացում (սիստոլիկ ԶՃ ≥ 135 մմ.սս կամ դիաստոլիկ ԶՃ ≥ 85 մմ.սս) ամբուլատոր պայմաններում կամ տանը և նորմալ ԶՃ (սիստոլիկ < 140 մմ.սս և դիաստոլիկ < 90 մմ.սս) բժշկական հաստատությունում
- Հետծննդյան հիպերտենզիան (սովորաբար թեթև) հիմնականում զարգանում է հղիության ընթացքում նորմոտենզիվ կանանց մոտ հետծննդյան 2-րդ շաբաթից 6 ամսվա ընթացքում և սովորաբար անցնում է մինչև հետծննդյան մեկ տարին:

Պրոտեինուրիա

- Պրոտեինուրիան ախտորոշվում է, երբ
  - 24-ժամվա մեզում հայտնաբերված սպիտակուցի քանակը հավասար է կամ գերազանցում է 300 մգ,
  - մեզի պատահական չափաբաժնում սպիտակուցի և կրեատինինի հարաբերակցությունը (սպիտակուց/կրեատինին հարաբերություն) հավասար է կամ գերազանցում է 3.0 (յուրաքանչյուրը չափված մգ/դլ),
  - Dipstick մեթոդով ստացված 1+ արդյունքը նույնպես բացահայտում է պրոտեինուրիայի առկայությունը, սակայն այս մեթոդն ունի մեծ թվով կեղծ -դրական և կեղծ-բացասական արդյունքներ և դրա կիրառումը պետք է սահմանափակվի միայն այն դեպքերով, երբ որևէ քանակական մեթոդ առկա չէ,
  - Dipstick մեթոդը կարելի է օգտագործել պրեէկլամպսիայի սքրինինգի համար միայն այն դեպքում, երբ պրեէկլամպսիայի հավանականությունը շատ փոքր է:
- Ծանր (նշանակալի) պրոտեինուրիան ախտորոշվում է, երբ
  - 24-ժամվա մեզում սպիտակուցի քանակը հավասար է կամ գերազանցում է 5 գ կամ Dipstick մեթոդով առնվազն 4 ժամ ընդմիջմամբ կատարված 2 չափման դեպքում այն հավասար է 3+,
  - սպիտակուցի քանակը առնվազն 1 գ/լիտր է:

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Հղիության հիպերտենզիվ խանգարումները բաժանվում են 4 խմբի.

1. պրեէկլամպսիա/էկլամպսիա,
2. քրոնիկական հիպերտենզիա,
3. համակցված պրեէկլամպսիա՝ քրոնիկական հիպերտենզիայի ֆոնի վրա,
4. գեստացիոն հիպերտենզիա:

Պրեէկլամպսիա

Պրեէկլամպսիան բազմօրգանային ախտահարմամբ ուղեկցվող հղիության հիպերտենզիվ խանգարում է: Այն սովորաբար զարգանում է հղիության 20-րդ շաբաթից հետո և սահմանվում է որպես նոր զարգացած հիպերտենզիա՝ նոր զարգացած պրոտեինուրիայի զուգակցությամբ: Այս երկու չափանիշները պրեէկլամպսիայի դասական բաղադրիչներն են, սակայն որոշ կանանց մոտ դրանք կարող են դրսևորվել հիպերտենզիայով և բազմօրգանային ախտահարման այլ նշաններով՝ նույնիսկ պրոտեինուրիայի բացակայության դեպքում:

Պրեէկլամպսիայի ախտորոշիչ չափանիշները

Հիպերտենզիա	• Հղիության 20-րդ շաբաթից հետո նախկինում նորմալ ԶՃ ունեցող կնոջ մոտ սիստոլիկ ԶՃ հավասար կամ բարձր է 140 մմ.սս և/կամ դիաստոլիկ ԶՃ հավասար կամ բարձր է 90 մմ.սս 4 ժամվա ընթացքում կատարված ԶՃ-ի առնվազն 2 չափման դեպքում • Սիստոլիկ ԶՃ հավասար կամ բարձր է 160 մմ.սս կամ դիաստոլիկ ԶՃ հավասար կամ բարձր է 110 մմ.սս դեպքում հիպերտենզիան կարելի է ախտորոշել ավելի կարճ ժամանակահատվածում (նույնիսկ րոպեների ընթացքում)՝ հակահիպերտենզիվ բուժումը ժամանակին սկսելու նպատակով
ԵՎ	
Պրոտեինուրիա	• 24-ժամվա մեզում հայտնաբերված սպիտակուցի քանակը հավասար կամ բարձր է 300 մգ-ից (այս քանակը կարելի է նաև վերահաշվարկել այլ ժամանակահատվածում հավաքված մեզի դեպքում) կամ • սպիտակուց/կրեատինին հարաբերությունը հավասար է կամ գերազանցում է 3.0 (յուրաքանչյուրը չափված մգ/դլ) • Dipstick եղանակով 1+ (օգտագործել, եթե քանակական չափման մեթոդներն առկա չեն)

Պրոտեինուրիայի բացակայության դեպքում՝ նոր զարգացած հիպերտենզիա հետևյալ նշաններից որևէ մեկի զուգակցությամբ.	
Թրոմբոցիտո-պենիա	• Թրոմբոցիտների քանակը պակաս է 100,000/մկլ-ից
Երիկամային ան-բավարարություն	• Արյան շիճուկում կրեատինինի քանակը գերազանցում է 1մգ/դլ կամ կրեատինինի քանակի կրկնապատկում երիկա-մային հիվանդությունների բացակայության դեպքում
Լյարդի ֆունկցիայի ախտահարում	• Արյան մեջ լյարդի տրանսամինազների քանակի նորմայի կրկնակի գերազանցում • Աջ թուլակողի կամ էպիգաստրալ շրջանի ցավեր, որոնք չեն բացատրվում որևէ այլ ախտորոշմամբ և չեն ենթարկվում դեղորայքային բուժման • Սրտխառնոց կամ փսխում
Թոքի այտուց	
Ուղեղային կամ տեսողական ախ-տանիշներ	• Ուժեղ գլխացավ • Տեական տեսողական խանգարումներ (ֆոտոպսիա, սկա-տոմա, կեղևային կուրություն, ցանցաթաղանթի անոթների սպազմ) • Հիպերռեֆլեքսիա երկարատև կլոնուսի հետ զուգակցված • Ինսուլտ (կաթված) • Ցնցումներ (էկլամպսիա)
Պտղի ներարգան-դային աճի դան-դաղում	
Սակավաջրություն	
Դոպլեր հետազո-տությամբ դիաս-տոլիկ հոսքի բա-ցակայություն կամ հետհոսք	
Մահացած պտուղ	

Ստորև նշված ախտանիշներից որևէ մեկի առկայության դեպքում պրեէկլամպսիան դասակարգվում է որպես ծանր.

- ծանր հիպերտենզիա - անկողնային հանգստի պայմաններում սիստոլիկ ԶՃ-ն հավասար կամ բարձր է 160 մմ.սս կամ դիաստոլիկ ԶՃ-ն հավասար կամ բարձր է 110 մմ.սս ցուցմունքից 4 ժամվա ընթացքում կատարված առնվազն 2 չափումների դեպքում (եթե հակահիպերտենզիվ բուժումն արդեն չի սկսվել),
- թրոմբոցիտոպենիա,
- երիկամային անբավարարություն,
- լյարդի ֆունկցիայի ախտահարում,
- թոքի այտուց,
- ուղեղային կամ տեսողական ախտանիշներ,
- պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում,
- սակավաջրություն,
- դոպլեր հետազոտությամբ դիաստոլիկ հոսքի բացակայություն կամ հետհոսք,
- մահացած պտուղ:

Ծանր պրեէկլամպսիայի ախտանշանների բացակայության դեպքում վերջինս համարվում է «թեթև» կամ «պրեէկլամպսիա առանց ծանր նշանների»: Պրեէկլամպսիան դինամիկ պրոցես է և «թեթև պրեէկլամպսիա» ախտորոշումը վերաբերում է միայն ախտորոշման պահին, քանի որ այն իր բնույթով պրոգրեսիվող է, սակայն տարբեր արագություններով: Այդ իսկ պատճառով պրեէկլամպսիայի վարման ամբողջ ընթացքում անհրաժեշտ է վերագնահատել ծանր պրեէկլամպսիայի նշանները:

Էկլամպսիան պրեէկլամպսիայի ցնցումային փուլն է և նրա ամենածանր բարդություններից մեկն է: Էկլամպսիային սովորաբար նախորդում են ուժեղ գլխացավը և հիպերռեֆլեքսիան, բայց այն կարող է զարգանալ նույնիսկ վտանգի նշանների բացակայության պայմաններում:

Քրոնիկական հիպերտենզիա

Հղիության ընթացքում քրոնիկական հիպերտենզիան սահմանվում է որպես ցանկացած պատճառագիտության հիպերտենզիա, որը առկա էր մինչ հղիությունը կամ զարգացել է մինչև հղիության 20-րդ շաբաթը:

Համակցված պրեէկլամպսիա՝ քրոնիկական հիպերտենզիայի ֆոնի վրա

Ախտորոշվում է, երբ քրոնիկ հիպերտենզիայով կնոջ մոտ հղիության 20-րդ շաբաթից հետո զարգանում է պրեէկլամպսիայի բազմօրգանային ախտահարման նշաններից որևէ մեկը:

- Հիպերտենզիայի ցուցանիշների վատացումը չի կարող համարվել ախտորոշիչ չափանիշ: Այս դեպքում անհրաժեշտ է ուժեղացնել կնոջ նկատմամբ սահմանված հսկողությունը/բուժումը
- Պտղի ներարգանդային աճի դանդաղումը հանդիպում է նաև քրոնիկական հիպերտենզիայի դեպքում, այդ պատճառով էլ այն չի կարող համարվել որպես համակցված պրեէկլամպսիայի ախտորոշման ինքնուրույն չափանիշ
- Հղիության շրջանին նախորդող պրոտեինուրիա ունեցող կանանց դեպքում հա-

մակցված պրեէկլամպսիայի ախտորոշումը առանձին դժվարություն է ներկայացնում, քանի որ հղիության ընթացքում պրոտեինուրիայի քանակն ավելանում է: Այս կանանց մոտ պրոտեինուրիայի և հիպերտենզիայի ցուցանիշների վատացումը չի կարող համարվել որպես համակցված պրեէկլամպսիայի ախտորոշիչ չափանիշ: Այս դեպքում անհրաժեշտ է ուժեղացնել կնոջ նկատմամբ սահմանված հսկողությունը/բուժումը: Ախտորոշման համար անհրաժեշտ է պրեէկլամպսիայի բազմօրգանային ախտահարման այլ նշանների առկայությունը:

Գեստացիոն հիպերտենզիա

Ախտորոշվում է, երբ հղիության 20-րդ շաբաթից հետո զարգանում է հիպերտենզիա՝ առանց պրեէկլամպսիայի այլ նշանների:

- Անցնում է հետծննդյան 3 ամիսների ընթացքում
- Եթե հետծննդյան 3 ամիսների ընթացքում ԶՃ-ն չի նորմալանում, ապա ախտորոշվում է քրոնիկական հիպերտենզիա:

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

Բոլոր հղիներին պետք է զգուշացնել, որպեսզի նրանք դիմեն անհապաղ բուժօգնության հետևյալ ախտանիշների առկայության դեպքում.

- ուժեղ գլխացավ,
- տեսողության խանգարումներ,
- ուժեղ ցավ կողերի տակ
- փսխում,
- դեմքի, ձեռքերի, ոտքերի հանկարծակի այտուցվածություն:

Հակաագրեգանտներ

Պրեէկլամպսիայի զարգացման բարձր ռիսկ ունեցող կանանց սկսած հղիության 12-րդ շաբաթից մինչ ծննդաբերություն խորհուրդ է տրվում ընդունել 75 մգ ասպիրին: Կինը դասվում է պրեէկլամպսիայի զարգացման բարձր ռիսկի խմբին հետևյալ դեպքերում.

- նախորդ հղիության ընթացքում հիպերտենզիվ խանգարման,
- քրոնիկական երիկամային հիվանդության,
- աուտոիմուն հիվանդության (օրինակ, համակարգային կարմիր գայլախտի, հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի),
- 1-ին կամ 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետի,
- քրոնիկական հիպերտենզիայի:

Միջին ռիսկի երկու կամ ավելի գործոն ունեցող կանանց խորհուրդ է տրվում ընդունել 75 մգ ասպիրին՝ սկսած հղիության 12-րդ շաբաթից մինչ ծննդաբերություն: Միջին աստիճանի ռիսկի գործոններ են համարվում.

- առաջին հղիությունը,
- տարիքը (≥40 տարեկան),
- 10 տարուց ավելի միջծննդաբերական ընդմիջումը,
- ՄԶԳ ≥ 35 կգ/մ^2 առաջին այցի ժամանակ,
- պրեէկլամպսիայի ընտանեկան անամնեզը,
- բազմապտուղ հղիությունը:

Այլ դեղամիջոցներ

Հիպերտենզիվ խանգարումների կանխարգելման նպատակով խորհուրդ չեն տրվում հետևյալ դեղամիջոցները.

- ազոտի մոնօքսիդի դոնորները,
- պրոգեստերոնը,
- միզամուղները,
- ցածր մոլեկուլյար հեպարինը:

Սննդային հավելումները

Հիպերտենզիվ խանգարումների կանխարգելման համար ստորև նշված հավելումներն ինքնուրույն արդյունավետ չեն.

- մագնեզիումը,
- ֆոլաթթուն,
- հակաօքսիդանտները (վիտամին C և E),
- ձկան յուղը,
- սխտորը:

Սննդակարգը

Պրեէկլամպսիայի կանխարգելման նպատակով խորհուրդ չի տրվում սահմանափակել կերակրի աղի քանակը սննդակարգում:

Կենսակերպը

Հանգստի, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, աշխատանքի հետ կապված բոլոր խորհուրդները պետք է լինեն նույնը, ինչպես մյուս հղիների դեպքում:

ՄՈՐ ԵՎ ՊՏՂԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄԸ

Պրեէկլամպսիայի կասկածով հղիների դեպքում պետք է իրականացնել մոր և պտղի կլինիկա-լաբորատոր հետազոտումներ (Հավելված 2 և 3):

Լաբորատոր հետազոտություններ պրեէկլամպսիայի ախտորոշման համար

Հետազոտություն	**Արդյունքը՝ պրեէկլամպսիայի դեպքում**	
Մեզի ընդհանուր քննություն		
Սպիտակուց	↑	պրոտեինուրիա՝ առանց էրիթրո-ցիտների կամ գլանակների
Արյան քննություն		
Հեմոգլոբին	↑ ↓	ներանոթային հիպովոլեմիա (արյան խտացում) միկրոանգիոպաթիկ հեմոլիզ (HELLP)
Լեյկոցիտներ	↔	
Թրոմբոցիտներ	↓	առնչվում է մայրական վատ վիճա-կի հետ
Արյան միկրոսկոպիա		էրիթրոցիտների ֆրագմենտացիա
Մակարդելիության թեստեր		
ՄՆՀ և ԱՄԹԺ	↑ ↑	ՏՆՄ դեպքում, որը հաճախ զու-գակցվում է նորմալ տեղակայված ընկերքի մասնակի վաղաժամ շեր-տազատման հետ առնչվում է մայրական վատ վիճա-կի հետ
Ֆիբրինոգեն	↔↓	
Արյան բիոքիմիական քննություն		
Կրեատինին	↑ ↑	հեմոկոնցենտրացիայի և/կամ երիկամային անբավարարության հետևանքով առնչվում է մայրական վատ վիճա-կի հետ
Միզաթթու	↑	առնչվում է մայրական վատ վիճա-կի հետ
Գլյուկոզա	↔	
ԱլԱՏ կամ ԱսԱՏ	↑	առնչվում է մայրական վատ վիճա-կի հետ

<table>
<tr><th>Հետազոտություն</th><th colspan="2">Արդյունքը՝ պրեէկլամպսիայի դեպքում</th></tr>
<tr><td>Լակտատ դեհիդրոգենազա</td><td>↑</td><td>առնչվում է մայրական վատ վիճակի հետ</td></tr>
<tr><td>Բիլիռուբին</td><td>↑</td><td>չկոնյուգացված՝ հեմոլիզի հետևանքով, կոնյուգացված՝ երիկամային անբավարարության հետևանքով</td></tr>
<tr><td>Ալբումին</td><td>↓</td><td>առնչվում է մայրական և պտղի վատ վիճակի հետ</td></tr>
<tr><td>Պտղի հետազոտումը</td><td colspan="2">շեղումները սպեցիֆիկ են պլացենտայի դիսֆունկցիային՝ անկախ պատճառից</td></tr>
<tr><td>Արգանդային զարկերակների դոպլեր ցուցանիշներ</td><td colspan="2">միակողմանի կամ երկկողմանի «notch» ախտանիշ, կամ բարձրացած զարկերակային կամ ռեզիստենտականության ինդեքս, ինչը վկայում է պլացենտար անբավարարության մասին</td></tr>
<tr><td>Պտղի մոնիթորինգ</td><td colspan="2">ոչ նորմալ կամ ատիպիկ պտղի սրտի զարկերի արձանագրություն (օրինակ՝ փոփոխականության նվազում)</td></tr>
<tr><td>Հարպտղային ջրեր</td><td colspan="2">սակավաջրությունը առնչվում է պտղի վատ վիճակի հետ</td></tr>
<tr><td>Պտղի աճի գնահատում գերձայնային հետազոտությամբ</td><td colspan="2">սովորաբար դիտվում է պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում (սովորաբար ասիմետրիկ, սակայն կարող է լինել սիմետրիկ՝ վաղ/ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում)</td></tr>
<tr><td>Պորտալարի զարկերակի դոպլեր ցուցանիշներ</td><td colspan="2">բարձրացած ռեզիստենտականություն, դիաստոլիկ հոսքի բացակայություն կամ հետհոսք</td></tr>
<tr><td>Երակային ծորանի դոպլեր ցուցանիշներ</td><td colspan="2">բարձրացած ռեզիստենտականություն, Ա ալիքի բացակայություն կամ հետհոսք</td></tr>
<tr><td>Միջին ուղեղային զարկերակի դոպլեր ցուցանիշներ</td><td colspan="2">ուղեղային արյան հոսքի վերաբաշխում (նվազած ռեզիստենտականություն կամ արյան հոսքի կենտրոնացում)</td></tr>
</table>

↑ – բարձրացում; ↓ - իջեցում; ↔ - անփոփոխ

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԵՎ ԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ՎԱՐՈՒՄԸ

Վարման վայրը

- Ամբուլատոր բուժումը կարելի է նախատեսել միայն թեթև հիպերտենզիա կամ թեթև պրեէկլամպսիա ունեցող կանանց դեպքում, որոնք ապրում են բուժհաստատության մոտակայքում (բուժհաստատություն հասնելու համար չկա որևէ աշխարհագրական արգելք).
  - բժշկին այցելությունների հաճախականությունը որոշվում է անհատականորեն
- Ծանր հիպերտենզիա և ծանր պրեէկլամպսիա ունեցող բոլոր կանայք բուժումը պետք է ստանան հիվանդանոցային պայմաններում
- Վարման տարբերակները որոշվում են ըստ տվյալ հաստատության կարողությունների: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել խորհրդատվություն և/կամ տեղափոխում 3-րդ մակարդակի ծննդատուն հետևյալ դեպքերում.
  - վաղաժամ ծննդաբերություն (24-32 շաբաթական), ծանր պրեէկլամպսիա, էկլամպսիա և HELLP համախտանիշ,
  - ժամկետային հղիություն՝ բարդացած էկլամպսիայով կամ HELLP համախտանիշով,
  - ցանկացած դեպքում, երբ բուժաշխատողի համոզմամբ տվյալ հաստատությունն ի վիճակի չի լինի հաղթահարելու հղիության հիպերտենզիվ խանգարումների հետևանքով առաջացած բարդությունները
- Ծանր պրեէկլամպսիայի, էկլամպսիայի և HELLP համախտանիշի դեպքում մինչև հիվանդանոց տեղափոխելը անհրաժեշտ է իրականացնել մագնեզիումի սուլֆատով թերապիա:

Պրեէկլամպսիայի վարումը

Պրեէկլամպսիայով բոլոր հղիներին պետք է ընդունել հիվանդանոց և ապահովել համապատասխան բուժօգնություն:

Պրեէկլամպսիայով հղիների վարումը

Հիպերտենզիայի աստիճանը	Թեթև հիպերտենզիա 140/90 - 149/99 մմ.սս	Միջին հիպերտենզիա 150/100 - 159/109 մմ.սս	Ծանր հիպերտենզիա 160/110 մմ.սս կամ ավելի
Հոսպիտալացում	Այո	Այո	Այո
Բուժում	Ոչ	Նպատակային ԶՃ – Սիստոլիկ ԶՃ <150 մմ.սս – Դիաստոլիկ ԶՃ 80-100 մմ.սս	Նպատակային ԶՃ – Սիստոլիկ ԶՃ <150 մմ.սս – Դիաստոլիկ ԶՃ 80-100 մմ.սս

Հիպերտենզիայի աստիճանը	Թեթև հիպերտենզիա 140/90 - 149/99 մմ.սս	Միջին հիպերտենզիա 150/100 - 159/109 մմ.սս	Ծանր հիպերտենզիա 160/110 մմ.սս կամ ավելի
ԶՃ չափում	Օրական առնվազն 4 անգամ	Օրական առնվազն 4 անգամ	Օրական 4 անգամից ավելի, կախված կլինիկական ընթացքից
Պրոտեինուրիայի ստուգում	Չկրկնել պրոտեինուրիայի քանակական գնահատումը	Չկրկնել պրոտեինուրիայի քանակական գնահատումը	Չկրկնել պրոտեինուրիայի քանակական գնահատումը
Արյան քննություն	Շաբաթական երկու անգամ իրականացնել արյան հետևյալ հետազոտությունները երիկամային թեստեր, էլեկտրոլիտներ, արյան ընդհանուր քննություն, տրանսամինազներ, բիլիռուբին	Շաբաթական երեք անգամ իրականացնել արյան հետևյալ հետազոտությունները. երիկամային թեստեր, էլեկտրոլիտներ, արյան ընդհանուր քննություն, տրանսամինազներ, բիլիռուբին	Շաբաթական երեք անգամ իրականացնել արյան հետևյալ հետազոտությունները. երիկամային թեստեր, էլեկտրոլիտներ, արյան ընդհանուր քննություն, տրանսամինազներ, բիլիռուբին

Հակահիպերտենզիվ շարունակական բուժման դեղաչափերը տես՝ Հավելված 5:

Հակահիպերտենզիվ դեղորայքային բուժումը միջին աստիճանի հիպերտենզիայի դեպքում

Միջին աստիճանի հիպերտենզիայի դեպքում հակահիպերտենզիվ բուժումը կարող է նպաստել հղիության երկարաձգմանը: Բժիշկը պետք է օգտագործի այնպիսի դեղամիջոցներ, որոնց առավել ծանոթ է:

Ամենահաճախ օգտագործվող հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցների դեղաչափերը 149 - 159/90 – 109 մմ.սս ԶՃ դեպքում:

Դեղամիջոցը	Դեղաչափը	Մեկնաբանություններ
Մեթիլդոպա	250 - 500 մգ հաբեր՝ օրական 2 – 3 անգամ (առավելագույնը 2 գ/օր)	Բեռնող դեղաչափերի վերաբերյալ ապացույցներ չկան

Առկայության դեպքում խորհուրդ է տրվում օգտագործել հետևյալ դեղամիջոցները.

Նիֆեդիպին	Երկարատև-արձակման հաբեր (20 - 60 մգ, առավելագույնը 120 մգ/օր)	Համոզվեք, որ օգտագործում եք Նիֆեդիպինի ճիշտ դեղաձևը և ԵԱ ձևը չեք շփոթել կապսուլաների հետ
Լաբեթալոլ (գրանցված չէ Հայաստանում)	100 - 400 մգ հաբեր՝ օրական 2 – 3 անգամ, (առավելագույնը 1200 գ/օր)	Որոշ մասնագետներ խորհուրդ են տալիս սկսել 200 մգ հաբերով՝ օրական 2 անգամ

Հակահիպերտենզիվ դեղորայքային բուժումը ծանր հիպերտենզիայի դեպքում

- Առաջնային բուժումը կարելի է սկսել բազմաթիվ դեղամիջոցներից որևէ մեկով
- Ճարունակական կամ կայուն ծանր հիպերտենզիայի դեպքում կարող են պահանջվել կրկնակի դեղաչափեր
- Ավելի երկար ազդող դեղորայքի (per os) միաժամանակյա օգտագործումը կարող է հանգեցնել ԶՃ առավել կայուն իջեցման:

Ամենահաճախ օգտագործվող հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցների դեղաչափերը ≥ 160/110 մմ.սս ԶՃ դեպքում:

Դեղամիջոցը	Դեղաչափը	Ազդեցության սկիզբը	Առավելագույն ազդեցությունը	Տևողությունը	Մեկնաբանություններ
Նիֆեդիպին	5-10 մգ հաբեր՝ 30 րոպեն մեկ (խմել ամբողջական կամ կոտրատելուց հետո)	5 -10 րոպե	30 րոպե	~6 ժամ	Անձնակազմը պետք է ծանոթ լինի ծանր հիպերտենզիայի բուժման ժամանակ կիրառվող արագ ազդեցության Նիֆեդիպինի հաբերի, միջին- և դանդաղ-արձակման հաբերի միջև եղած տարբերություններին:

Առկայության դեպքում խորհուրդ է տրվում օգտագործել հետևյալ դեղամիջոցները (ներքոհիշյալ դեղամիջոցները գրանցված չեն Հայաստանում)

Դեղամիջոցը	Դեղաչափը	Ազդեցության սկիզբը	Առավելագույն ազդեցությունը	Տևողությունը	Մեկնաբանություններ
Լաբեթալոլ	Սկսել 20 մգ ն/ե; կրկնել 20 - 80 մգ ն/ե յուրաքանչյուր 30 րոպե, կամ 1-2 մգ/րոպե, առավելագույնը՝ 300 մգ (այնուհետև անցնել հաբերի)	5 րոպե	30 րոպե	4 ժամ	Խուսափել այն կանանց դեպքում, ովքեր ունեն բրոնխիալ ասթմա կամ սրտային անբավարարություն: Նեոնաթոլոգները պետք է տեղեկացվեն ծննդաբերության ընթացքում ստացված Լաբեթալոլի մասին, քանզի վերջինս նորածնի մոտ կարող է բրադիկարդիայի պատճառ հանդիսանալ
Հիդրալազին	Սկսել 5 մգ ն/ե; կրկնել 5-10 մգ ն/ե յուրաքանչյուր 30 րոպե, կամ 0.5 -10 մգ/ժ ն/ե, առավելագույնը 20 մգ ն/ե (կամ 30 մգ մ/մ)	5 րոպե	30 րոպե		Կարող է բարձրացնել մայրական հիպոտենզիայի ռիսկը

Ծանր հիպերտենզիայի վարումը Նիֆեդիպինի հաբերով*

- Եթե ԶՃ-ի ծանր բարձրացումը տևում է 15 րոպե և ավել, նշանակել Նիֆեդիպին 10մգ հաբերով
- 20 րոպե հետո կրկնել ԶՃ չափումը և գրանցել արդյունքը.
  - եթե ԶՃ-ն դեռ գերազանցում է ծանր հիպերտենզիայի շեմը, ապա նշանակել 20 մգ Նիֆեդիպին,
  - եթե ԶՃ-ն ցածր է վերոնշյալ շեմից, ապա սահմանել ԶՃ հսկողություն
- 20 րոպե հետո կրկնել ԶՃ չափումը և գրանցել արդյունքը.
  - եթե ԶՃ-ն դեռ գերազանցում է ծանր հիպերտենզիայի շեմը, նշանակել 20 մգ Նիֆեդիպին,
  - եթե ԶՃ-ն ցածր է վերոնշյալ շեմից, ապա սահմանել ԶՃ հսկողություն
- 20 րոպե հետո կրկնել ԶՃ չափումը և գրանցել արդյունքը

* Հաբերը պետք է ընդունվեն կլման միջոցով, այլ ոչ թե կոտրատվեն կամ ընդունվեն ենթալեզվային եղանակով:

Վերոհիշյալ բուժման անարդյունավետության դեպքում արտասահմանյան ուղղեցույցները խորհուրդ են տալիս նշանակել լրացուցիչ հակահիպերտենզիվ դեղորայք (որոնք գրանցված չեն Հայաստանում), հետևելով հատուկ ուղեցույցներին:

- Նպատակային ճնշման ցուցանիշներին հասնելուց հետո կրկնել ԶՃ չափումը.
  - 1 ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր 10 րոպեն մեկ անգամ, այնուհետև՝
  - 1 ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր 15 րոպեում մեկ անգամ, հետո՝
  - 1 ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր 30 րոպեում մեկ անգամ, այնուհետև՝
  - յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ անգամ
- Սահմանել հետագա ԶՃ հսկողությունը, ըստ կլինիկական վիճակի:

Թեթև պրեէկլամպսիայի վարումը

Մինչև հղիության 37-րդ շաբաթը նպատակահարմար է հղիության սպասողական վարումը

- Շատ դեպքերում հղիները պետք է հոսպիտալացվեն և հսկողության ենթարկվեն պրեէկլամպսիայի նշանների վատթարացումը կամ բարդությունների ի հայտ գալը հայտնաբերելու համար
- Անկողնային ռեժիմ կարելի է խորհուրդ տալ պրեէկլամպսիայով կանանց, սակայն դրա օգտակարության վերաբերյալ ապացույցները քիչ են: Ապացուցված է, որ հղիության ընթացքում երկարատև անկողնային ռեժիմը մեծացնում է թրոմբոէմբոլիզմի ռիսկը
- Թեթև պրեէկլամպսիայով կանանց սպասողական վարման ընթացքում ցուցված են պտղի հետազոտման նախածննդյան թեստերը: Ախտորոշման պահին, այնուհետև մինչ ծննդաբերությունը շաբաթը երկու անգամ առաջարկվում է իրականացնել ոչ սթրեսային թեստ և բիոֆիզիկական պրոֆիլի որոշում:

37 շաբաթական և ավելի հղիության ժամկետի դեպքում թեթև պրեէկլամպսիա ունեցող հղին պետք է ծննդալուծվի

- Չնայած այն հանգամանքին, որ հղիության ելքերը թեթև պրեէկլամպսիայով կանանց մոտ նույնն են ինչ նորմոտենզիվ հղիության ժամանակ, այնուհանդերձ պլացենտայի վաղաժամ շերտազատման և ծանր պրեէկլամպսիայի զարգացման ռիսկերը փոքր ինչ մեծ են:

Եթե հղիության 34 շաբաթական և ավելի ժամկետում թեթև պրեէկլամպսիայի հետ մեկտեղ առկա են պտղաթաղանթի պատռում, պտղի ախտաբանական թեստեր, պրոգրեսիվող ծննդաբերություն, ապա ցուցված է ծննդալուծում

- Էկլամպսիայի կանխարգելման նպատակով թեթև պրեէկլամպսիայով կանանց խորհուրդ չի տրվում համընդհանուր նշանակել մագնեզիումի սուլֆատ

Ծանր պրեէկլամպսիայի վարումը

- Պրեէկլամպսիայի միակ բուժումը ծննդալուծումն է
- Պահանջվում է բազմապրոֆիլային թիմի մասնակցություն
- Անեսթեզիոլոգը պետք է տեղեկացվի, երբ ծանր պրեէկլամպսիայով կինն ընդունվում է ծննդաբերական բաժանմունք

- Պետք է խուսափել ՁՃ-ի կտրուկ իջեցումից, քանի որ դա խաթարում է արյան հոսքը դեպի պտուղ
- Պահանջվում է ՁՃ-ի խիստ հսկողություն: ՁՃ-ն չափել յուրաքանչյուր 15-30 րոպեյում մեկ անգամ մինչ կայունացումը, այնուհետև՝ 4 ժամը մեկ անգամ
- Ցուցված է պտղի սրտի հաճախականության շարունակական մոնիթորինգ
- Կարող է պահանջվել թթվածնային հագեցվածության հսկողություն
- Ծանր պրեէկլամպսիայով բոլոր հղիներին ցուցված է հակացնցումային պրոֆիլակտիկ բուժում մագնեզիումի սուլֆատով
- Ծննդալուծումից առաջ կնոջ վիճակը պետք է կայունացվի:

Կնոջ վիճակի կայունացումը ենթադրում է.

- էկլամպսիայի բուժում կամ, եթե ցուցված է, կանխարգելում,
- ծանր հիպերտենզիայի կարգավորում,
- կոագուլոպաթիայի կարգավորում,
- հեղուկային հաշվեկշռի պահպանում:

- Եթե ծանր պրեէկլամպսիան զարգանում է մինչ պտղի կենսունակության ժամկետը, ապա կնոջ վիճակի կայունացումից հետո ցուցված է ծննդալուծում: Սպասողական վարումը խորհուրդ չի տրվում
- 34 շաբաթից փոքր հղիության դեպքում ծննդալուծումը կարելի է հետաձգել 24 -48 ժամով, քանի որ կորտիկոստերոիդները կարող են նվազեցնել ռեսպիրատոր բարդությունների հետևանքով նորածինների մահացության դեպքերը
- Կորտիկոստերոիդները կարող են օգտավետ լինել նույնիսկ այն դեպքում, երբ ծննդաբերությունը տեղի է ունենում ներմուծումից հետո 24 ժամից շուտ
- Հղիության 32 շաբաթական և ավելի ժամկետով ծանր պրեէկլամպսիայով կինը, որը ստացել է կորտիկոստերոիդների կուրս, պետք է ծննդալուծվի
- Եթե ծանր պրեէկլամպսիան ախտորոշվում է հղիության 34-րդ շաբաթից հետո, նպատակահարմար է ծննդալուծում
- Ծոծրակային առաջադրության դեպքում նպատակահարմար է բնական ուղիներով ծննդալուծումը
- Ծանր պրեէկլամպսիայով կանայք, որոնց մոտ առկա է պտղի ոչ բարենպաստ վիճակ, պտղաթաղանթի պատռում, ծննդաբերություն կամ մայրական դիսթրես, ապա անհրաժեշտ է ծննդալուծում՝ անկախ հղիության ժամկետից
- Պրեէկլամպսիայով կնոջ ծննդալուծման որոշումը չպետք է հիմնված լինի պրոտեինուրիայի քանակի կամ նրա փոփոխության վրա:

Ծանր պրեէկլամպսիայի սպասողական վարումը

- Ծանր պրեէկլամպսիայի սպասողական վարում կարելի է իրականացնել նախքան 34 շաբաթը, եթե կնոջ վիճակը կայուն է, իսկ պտղի վիճակը՝ հուսադրող
- Ծանր պրեէկլամպսիայի սպասողական վարումը կարող է կիրառվել միայն երրորդ մակարդակի բուժհաստատություններում
- Մանրակրկիտ ընտրված խմբում սպասողական վարումը կարող է օգտակար լինել պտղի համար՝ առանց մոր առողջությանը մեծ վնասներ հասցնելու
- Նախքան սպասողական վարման վերաբերյալ որոշման կայացումը բոլոր կանայք 24 ժամվա ընթացքում պետք է հսկվեն և գնահատվեն ծննդաբերական բաժանմունքում

- Այս ժամանակահատվածում պետք է իրականացվեն հետազոտություններ պտղի աճի ծանր աստիճանի դանդաղումը կամ դիսթրեսը բացառելու համար:
- Մայրական դիուրեզը պետք է լինի ադեկվատ
- Լաբորատոր ցուցանիշները չպետք է էական շեղումներ ունենան (բացառությամբ լյարդի ֆունկցիոնալ թեստերի թեթևակի շեղումներից, որոնք պետք է կրկնապատիկից փոքր լինեն) և հիպերտենզիան պետք է կարգավորվի
- Պտղի հսկողությունը պետք է ներառի ամենօրյա ոչ սթրեսային թեստը և ԳԶՀ՝ սակավաջրությունն ու պտղի շարժումների նվազումը հայտնաբերելու համար
- 24 ժամվա ընթացքում մեզի մեջ սպիտակուցի քանակի որոշումը կարող է կրկնվել
- Մինչև 34-րդ շաբաթը թոքերի հասունացման համար անհրաժեշտ է նշանակել կորտիկոստերոիդներ
- Ամեն օր պետք է կատարել լյարդի ֆունկցիոնալ թեստերը, ստուգել միզանյութը և լակտատ դեհիդրոգենազան, կատարել արյան ընդհանուր քննությունը
- Հղիներին պետք է ցուցումներ տալ, որպեսզի նրանք տեղյակ պահեն գլխացավերի, տեսողական խանգարումների, էպիգաստրալ ցավերի և պտղի շարժումների նվազելու մասին:

Ծննդալուծման ցուցումները պրեէկլամպսիայի սպասողական վարման դեպքում

Ծանր պրեէկլամպսիայի սպասողական վարման դեպքում ծննդալուծումը ցուցված է հետևյալ հանգամանքներում.

- ոչ հուսադրող պտղի վիճակի,
- չկարգավորվող ԶՃ-ի,
- սակակավաջրության, 5 սմ-ից պակաս ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսի (AFI),
- ներարգանդային աճի ծանր դանդաղման, պտղի 5 պերցենտիլից պակաս ենթադրյալ քաշի,
- օլիգուրիայի (< 500 մլ/24ժ),
- կրեատինինի առնվազն 1.5 մգ/դլ մակարդակի,
- թոքի այտուցի,
- շնչարգելության կամ կրծքավանդակում ցավի՝ պուլսօքսիմետրիայի < 94% սենյակային օդի պայմաններում,
- ծանր և համառ (շարունակական) գլխացավի,
- աջ թուլակողի շրջանի ցավի,
- HELLP համախտանիշի զարգացման:

Հեղուկների բալանսի ապահովումը

- Մեծ ծավալի հեղուկների ն/ե ներմուծումը ծննդաբերությունից առաջ և հետծննդյան շրջանում կարող է հանգեցնել թոքի այտուցի կամ վատթարացնել պերիֆերիկ այտուցների վիճակը
- Անհրաժեշտ է հետևել հեղուկների բալանսին և գրանցել ներմուծված և արտազատված հեղուկի քանակները
- Այլ բարդությունների բացակայության դեպքում առաջին 24 ժամվա ընթացքում սահմանափակել հետծննդյան կրիստալոիդ հեղուկների քանակը մինչև 1500մլ
- Մշտական միզային կաթետերը կարող է անհրաժեշտ լինել ժամային դիուրեզը որոշելու համար

- Միզամուղները և դոպամինն ընդհանրապես հակացուցված են, բացառությամբ թոքի այտուցի ու հեղուկային գերծանրաբեռնվածության դեպքերի
- Օլիգուրիայի դեպքերը (15 մլ/ժ-ից պակաս) պահանջում են մանկաբարձական և ընդհանուր բժշկական գործելակերպի վերանայում.
  - դոպամինը և Ֆուրասեմիդը խորհուրդ չեն տրվում
- Կենտրոնական երակային ճնշման (ԿԵՃ) կամ թոքային զարկերակի ճնշման վերահսկումը կարող է պահանջվել միայն կրիտիկական դեպքերում
- Սիրտ-անոթային ախտաբանություն չունեցող կանանց մոտ 5 մմ.սս. ԿԵՃ-ը վկայում է բավարար ներանոթային ծավալի մասին և այս դեպքում հեղուկի պահպանողական քանակները բավարար են
- Ընդհանուր ներմուծվող հեղուկների քանակը պետք է սահմանափակվի մինչև 80 մլ/ժ կամ 1մլ/կգ/ժամ:

Մագնեզիումի սուլֆատի օգտագործման ցուցումները էկլամպսիան կանխելու և բուժելու նպատակով

- Մագնեզիումի սուլֆատը էկլամպսիայի կանխարգելման և բուժման համար ընտրության հակացնցումային դեղամիջոց է
- Ցնցումների կանխարգելումը մագնեզիումի սուլֆատով ցուցված է ծանր պրեէկլամպսիայով բոլոր կանանց
- Ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում մագնեզիումի սուլֆատով բուժումը ցուցված է նախածննդյան շրջանում, ծննդաբերության ընթացքում և հետծննդյան առաջին 24 ժամվա ընթացքում
- Մագնեզիումի սուլֆատը պետք է օգտագործել ստանդարտ դեղաչափերով. սովորաբար 4գ բոլյուսային դեղաչափ՝ այնուհետև շարունակել 1 գ/ժամ արագությամբ (տես՝ Հավելված 6)
- Մագնեզիումի սուլֆատի ն/ե նշանակումը դիտարկել ծանր պրեէկլամպսիայով այն կանանց համար, որոնք գտնվում են ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում, իսկ ծննդաբերությունը պլանավորվում է առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում
- Ծանր պրեէկլամպսիայով կանանց կեսարյան հատման ընթացքում էկլամպսիայի կանխարգելման նպատակով խորհուրդ է տրվում շարունակել մագնեզիումի սուլֆատի շարունակական ինֆուզիան ամբողջ վիրահատության ընթացքում
- Արյան մեջ մագնեզիումի քանակի ռուտին ստուգումը ցուցված չէ
- Ֆենիտոինը և բենզոդիազեպինները չպետք է օգտագործվեն էկլամպսիայի բուժման կամ կանխարգելման նպատակով: Դրանք անհրաժեշտ է կիրառել այն դեպքերում, երբ մագնեզիումի սուլֆատը հակացուցված կամ անարդյունավետ է:

Էկլամպսիա

- Էկլամպսիան բնորոշվում է մեկ կամ ավելի ցնցումներով, որոնք համակցվում են պրեէկլամպսիայի հետ
- Բուժման նպատակն է ցնցումների վերացումը և կանխարգելումը, հիպերտենզիայի կարգավորումը, մայրական և պտղի հիպօքսիայի կանխարգելումը
- Մեկ երրորդից ավելի կանանց մոտ ցնցումները վրա են հասնում հիպերտենզիայի և պրոտեինուրայի արտահայտվելուց առաջ
- Ցնցումները զարգանում են նախածննդյան շրջանում (38%), ծննդաբերության ընթացքում (18%) և հետծննդյան շրջանում (44%)

- Էկլամպսիան երիտասարդների մոտ հանդիպում է մոտավորապես երեք անգամ ավելի հաճախ, քան առավել տարիքավորների խմբում:

Ցնցումների բուժումը

- Հիմնական սկզբունքը շնչառական ուղիների անցանելիության, շնչառության և արյան շրջանառության ապահովումն է
- Մագնեզիումի սուլֆատը ընտրության առաջին խմբի դեղամիջոց է առաջնային և կրկնվող էկլամպտիկ ցնցումների բուժման համար (տես՝ Հավելված 6)
- Ցնցումներն անհրաժեշտ է բուժել մագնեզիումի սուլֆատի ն/ե ներմուծմամբ.
  - 4գ բոլյուսային դեղաչափ 5-10 րոպեի ընթացքում, այնուհետև շարունակել 1 գ/ժամ արագությամբ վերջին ցնցումից հետո 24 ժ ընթացքում,
  - կրկնվող ցնցումների դեպքում լրացուցիչ 2գ բոլյուսային դեղաչափ կամ մեծացնել ներմուծման արագությունը մինչև 1.5 կամ 2.0 գ/ժամ
- Ցնցումների շարունակվելու դեպքում կիրառել ն/ե Դիազեպամ (2 մգ/րոպե,առավելագույնը՝ 10 մգ) կամ Կլոնազեպամ (1-2 մգ 2-5 րոպեի ընթացքում):

Հետցնցումային վարումը

- Եթե կինը դեռևս հղի է, ապա կնոջ վիճակը կայունացնելուց հետո անհրաժեշտ է ծննդալուծել
- Սահմանել կլինիկական խիստ հսկողություն:

HELLP համախտանիշը

HELLP (**H**aemolysis, **E**levated **L**iver enzymes and **L**ow **P**latelet count) համախտանիշը ծանր պրեէկլամպսիայի ձև է, որը ներառում է.

- հեմոլիզ – (հազվադեպ),
- լյարդի ֆերմենտների բարձրացում –(հաճախ),
- թրոմբոցիտոպենիա – (հաճախ):

HELLP համախտանիշի վարումը

- Ներգրավել արյունաբանի
- Դիտարկել թրոմբոցիտների փոխներարկումը, եթե.
  - թրոմբոցիտների քանակը կարող է հակացուցում լինել էպիդուրալ անզգայացման համար,
  - թրոմբոցիտների քանակը կարող է բարդացնել վիրահատական ծննդալուծումը,
  - պրեէկլամպսիայի հետևանքով զարգացած թրոմբոցիտոպենիան կարող է նշանակալի արյունահոսության պատճառ հանդիսանալ
- Մինչև հղիության 33 6/7 շաբաթական ժամկետը HELLP համախտանիշի դեպքում խորհուրդ է տրվում ծննդալուծումը հետաձգել 24-48 ժամ՝ կորտիկոստերոիդային կանխարգելումն անցկացնելու նպատակով, եթե մոր և պտղի վիճակը կայուն է
- Պտղի անկենսունակության ժամկետներում HELLP համախտանիշի դեպքում ցուցված է շտապ ծննդալուծում հղի կնոջ վիճակի կայունացումից հետո:

Ծննդալուծման եղանակից կախված թրոմբոցիտների փոխներարկման ցուցումները HELLP համախտանիշի դեպքում

Թրոմբոցիտների քանակ	Կեսարյան հատում	Ծննդաբերություն
$< 20 \times 10^9/l$	Փոխներարկել	Փոխներարկել
20 մինչև 49 $\times 10^9/l$	Փոխներարկել	Դիտարկել հետևյալ դեպքերում. – ակտիվ արյունահոսության, հայտնաբերված թրոմբոցտների ֆունկցիայի խանգարումների, - թրոմբոցիտների քանակի արագ նվազման
$\geq 50 \times 10^9/l$	Դիտարկել հետևյալ դեպքերում. – ակտիվ արյունահոսության, – հայտնաբերված թրոմբոցիտների ֆունկցիայի խանգարումների, – թրոմբոցիտների քանակի արագ նվազման, – կոագուլոպաթիայի	Դիտարկել հետևյալ դեպքերում. – ակտիվ արյունահոսության, – հայտնաբերված թրոմբոցիտների ֆունկցիայի խանգարումների, – թրոմբոցիտների քանակի արագ նվազման, - կոագուլոպաթիայի
Անկախ թրոմբոցիտների քանակից	Թրոմբոցիտների փոխներարկումը հակացուցված է, եթե կան լուրջ կասկածներ հեպարինով դրդված թրոմբոցիտոպենիայի կամ թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրայի և հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշի վերաբերյալ	

ԾՆՆԴԱԼՈՒԾՈՒՄԸ ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ/ԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ծննդալուծման հիմնական սկզբունքները

- Ծննդալուծումը պետք է ճիշտ պլանավորվի, ընտրվի ճիշտ օրը, տեղի ունենա ճիշտ վայրում, ճիշտ եղանակով և իրականացվի փորձառու անձնակազմի կողմից
- Հնարավորության սահմաններում նախընտրությունը պետք է տրվի բնական ուղիներով ծննդալուծմանը, իսկ կեսարյան հատումը պետք է իրականացնել միայն ռուտին մանկաբարձական ցուցումներով.
  - բնական ուղիներով ծննդալուծումը նախընտրելի է: Սակայն կեսարյան հատումը նախընտրելի է դառնում, երբ հղիությունը 32 շաբաթից փոքր է, քանի որ ծննդաբերության դրդման հաջողության հավանականությունը ցածր է
- Մանկաբարձ-գինեկոլոգը պետք է ծննդալուծման եղանակը քննարկի հղիի հետ
- Եթե ծննդալուծումը պլանավորված է բնական ուղիներով, իսկ արգանդի պարանոցը հասուն չէ, ապա հաջողված ծննդաբերության հավանականությունը մեծացնելու նպատակով անհրաժեշտ է իրականացնել պարանոցի հասունացում.
  - հեշտոցային պրոստոգլանդինները կարող են մեծացնել ծննդալուծման հաջողության հավանականությունը:
- Ծննդաբերության ընթացքում պետք է շարունակել հիպոտենզիվ դեղորայքի ընդունումը՝ սիստոլիկ ԶՃ-ն 160 մմ.սս-ից, իսկ դիաստոլիկ ճնշումը 110 մմ.սս-ից ցածր պահելու նպատակով
- Սահմանել կլինիկական խիստ հսկողություն.
  - ԶՃ –ն չափել յուրաքանչյուր 30 րոպեն մեկ անգամ,
  - պտղի շարունակական կարդիոհսկողություն
- Ն/ե կաթետեր ամբողջ ծննդաբերության ընթացքում և հետծննդյան շրջանում:
- Երկրորդ շրջանի ռուտին կարճացման կարիք չկա կայուն թեթև կամ միջին հիպերտենզիաների դեպքում և ծանր հիպերտենզիայով այն կանանց մոտ, որոնց ԶՃ-ն պահպանվում է ցանկալի մակարդակի վրա.
  - այն կանանց համար, ում ԶՃ-ն չի ենթարկվում սկզբնական բուժման, ծննդաբերության երկրորդ շրջանում ցուցված է օպերատիվ ծննդալուծում
- Ցուցված է երրորդ շրջանի ակտիվ վարումը, քանի որ բարձր է հետծննդյան արյունահոսությունների ռիսկը, հատկապես թրոմբոցիտոպենիայի կամ կոագուլոպաթիայի առկայության դեպքում.
  - էրգոմետրինի կիրառումը հակացուցված է, քանի որ կարող է բերել ԶՃ կտրուկ բարձրացման:

Ցավազրկման հիմնական սկզբունքները

- Անեսթեզիոլոգը պետք է տեղեկացվի, որ պրեէկլամպսիայով կինը ընդունվել է ծննդաբերական բաժանմունք
- Հակացուցումների բացակայության դեպքում ծննդաբերական ցավի վերահսկման նպատակով ցուցված է էպիդուրալ կաթետերի տեղադրում.
  - հակացուցումների բացակայության դեպքում էպիդուրալ անեսթեզիան օգտակար հավելյալ թերապիա է ԶՃ կարգավորման համար

- Հակացուցումների բացակայության դեպքում կեսարյան հատման ժամանակ ցուցված են ցավազրկման հետևյալ՝ էպիդուրալ, սպինալ, համակցված սպինալ-էպիդուրալ ցավազրկման և ընդհանուր անզգայացման մեթոդները
- Նեյրոաքսիալ անեսթեզիայից առաջ ցուցված չէ հեղուկների ռուտին բոլյուսային ներմուծումը.
  - նեյրոաքսիալ ցավազրկման ընթացքում հիպոտենզիայի կանխարգելման կամ բուժման նպատակով կարելի է օգտագործել ֆենիլէֆրին կամ էֆեդրին:

Հետծննդյան վարումը

- Հիպերտենզիան, պրոտեինուրիան և էկլամպսիան առաջին անգամ կարող են ի հայտ գալ հետծննդյան շրջանում
- Անհրաժեշտ է սահմանել խիստ հսկողություն (4 ժամը մեկ կամ ավելի հաճախ) ԶՃ-ի, պուլսի, շնչառության հաճախության, մարմնի ջերմաստիճանի և թթվածնային հագեցվածության նկատմամբ՝ մինչ.
  - ԶՃ կայունացումը,
  - դիուրեզի կարգավորումը,
  - արյան քննության ցուցանիշների նորմալացում կամ բարելավումը
- Հետծննդյան ծանր հիպերտենզիան պետք է բուժել պահպանելու համար սիստոլիկ ԶՃ-ն < 160 մմ.սս և դիաստոլիկ ԶՃ-ն < 110 մմ.սս
  - ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող կանանց դեպքում ԶՃ-ն պետք է պահպանել < 140/90 մմ.սս,
  - շաքարային դիաբետ ունեցող կանանց դեպքում ԶՃ-ն պետք է պահպանել < 130/80 մմ.սս
- Աղյուսակ 5-ում ներկայացված բոլոր դեղամիջոցները կարելի է օգտագործել կրծքով կերակրման ժամանակ
- Հակացուցումների բացակայության դեպքում ցուցված է հետծննդյան թրոմբոկանխարգելում
- Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներն ընդհանրապես ցուցված չեն, քանի որ մեծացնում են հիպերտենզիայի, ինչպես նաև երիկամային անբավարարության վատթարացման ռիսկը՝ հատկապես ջրազրկված կանանց մոտ
- Սովորաբար հնարավոր է դադարեցնել հիպոտենզիվ թերապիան հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում այն կանանց մոտ, ում հիպերտենզիան զարգացել է հղիության ժամանակ
- Շատ ծննդկաններ ծննդաբերությունից հետո կարող են ունենալ կարճատև (մինչև 6 ժամ) օլիգուրիայի շրջան
- Ցնցումների կանխարգելման համար մագնեզիումի սուլֆատի ներարկումներն անհրաժեշտ է շարունակել 24 ժամ
- Դուրս գրումից առաջ լյարդի ֆունկցիոնալ թեստերի արդյունքները և թրոմբոցիտների քանակը պետք է լինեն բարելավված
- Եթե հիվանդը դուրս է գրվում դեռևս հիպոտենզիվ բուժումով, ապա ԶՃ-ի հսկողությունը պետք է կատարվի դուրս գրման օրվանից առնվազն 1 շաբաթվա ընթացքում
- Դեպքերի մեծամասնության դեպքում ԶՃ-ն վերադառնում է ելքային թվերին հետծննդյան 12 շաբաթների ընթացքում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կինն ունեցել է չախտորոշված խրոնիկական հիպերտենզիա

- Ծննդկանները պետք է լինեն ուշադրության կենտրոնում կրկնվող պրեէկլամպսիայի, որը կարող է զարգանալ մինչև հետծննդյան 4-րդ շաբաթը և էկլամպսիայի վտանգի դեպքում, որը կարող է նկատվել մինչև հետծննդյան 6-րդ շաբաթը:

Հսկողությունը հետծննդյան 6-րդ շաբաթից հետո

- Կանանց պետք է խորհուրդ տալ հաջորդ հղիությունից առաջ այցելել բժշկի կրկնվող պրեէկլամպսիայի ռիսկի գործոնները և կանխարգելման մեթոդները (օրինակ, ցածր դեղաչափով ասպիրին) քննարկելու համար
- Ծանր պրեէկլամպսիա տարած կանանց պետք է առաջարկվի սքրինինգ՝ նախապես գոյություն ունեցող հիպերտենզիան, երիկամային ախտաբանությունը և թրոմբոֆիլիան հայտնաբերելու նպատակով
- Հավելյալ քաշով կանանց պետք է խրախուսել մարմնի զանգվածի գործակիցը նորմավորելու՝ հետագա հղիությունների ընթացքում պրեէկլամպսիայի ռիսկը նվազեցնելու համար
- Անհրաժեշտ է կնոջն ուղեգրել թերապևտի կամ նեֆրոլոգի մոտ, եթե.
  - հետծննդյան հիպերտենզիան դժվար է վերահսկվում, պրեէկլամպսիայով կնոջ մոտ հետծննդյան 3-6 ամիսներից հետո առկա է շարունակական պրոտեինուրիա, նվազած գլոմերուլյար ֆիլտրացիա (ԵԳՖՑ < 60 մլ/րոպե) կամ երիկամային ախտաբանության որևէ այլ նշան (օրինակ, մեզի ախտաբանական արտահոսք):

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1. ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ ՉԱՓՈՒՄԸ

	Միջոցառում	Նպատակը
Կնոջ դիրքը	• Նստած • Ոտքերը հենած հարթ մակերեսի • Ձեռքերը հենած սրտի մակարդակին գտնվող հորիզոնական մակերեսի • Մինչ չափումը կնոջը թույլ տվեք 5 րոպե հանգստանալ • Պետք է խուսափել պառկած դիրքում չափումից • Ծննդաբերության ընթացքում չափումը իրականացնել ձախ ձեռքի վրա՝ ձախ կողմնային պառկած դիրքում • Առաջին այցի ընթացքում չափումն իրականացնել երկու ձեռքերի վրա	• Ձեռքի տարբեր դիրքերը կարող են ազդել ԶՃ-ի չափման արդյունքի վրա • Բժշկական զննման առաջին րոպեների ընթացքում կարող է դիտվել ԶՃ-ի բարձրացում • Խուսափել պառկած դիրքում հիպոտենզիայի համախտանիշից • Բացառել հազվադեպ հանդիպող անոթային հիվանդությունները
Թևկապի չափը	• Թևկապի երկարությունը պետք է ձեռքի շրջագծից 1.5 անգամ մեծ լինի • Եթե ձեռքի շրջագիծը գերազանցում է 33 սմ-ը, ապա անհրաժեշտ է օգտագործել ամենամեծ թևկապը	• Ճիշտ չափի թևկապը թույլ է տալիս խուսափել գերախտորոշումից
Թևկապի դիրքը	• Թևկապի ստորին հատվածը պետք է լինի բազկային զարկերակի վրա պուլսացիայի կետից 2-3 սմ. վեր • Թևկապի ռետինե խողովակները պետք է թևկապի առաջային մասում լինեն	• Արմնկային փոսը պետք է ազատ լինի առւսկուլտացիայի համար
Չափիչ սարքը	• Ճնշման չափիչ սարքը պետք է ստանդարտացնել և օգտագործել այնպես, ինչպես ցուցված է արտադրողի կողմից	• Բոլոր սարքերը պարբերաբար կարիք ունեն ստանդարտացման և ստուգման

	Միջոցառում	Նպատակը
Սիստոլիկ ՁՃ-ի չափում	• Շոշափել պուլսը բազկային զարկերակի վրա • Փչել թևկապը պուլսի վերացումից հետո դեռևս 30 մմ.սս չափով • Դանդաղ արտամղել թևկապի օդը՝ 2 մմ.սս/վայրկյանում արագությամբ • Օգտագործել Կորոտկովի առաջին փուլը (առաջին լսելի տոնը) • Արդյունքը պետք է ներկայացվի 2 մմ.սս ճշգրտությամբ (ոչ թե 0-ի կամ 5-ի)	• Բազկային զարկերակի շոշափումը անհրաժեշտ է ստետոսկոպի տեղադրման վայրը ճշգրիտ որոշելու համար • Անհրաժեշտ է սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշման ճշգրիտ որոշման համար • Թույլ է տալիս խուսափել արդյունքները տարբեր ճշգրտությամբ արձանագրելուց (օրինակ, չափում իրականացնողը կարող է նախընտրել այն ներկայացնել 0-ի կամ 5-ի ճշգրտությամբ)
Դիաստոլիկ ՁՃ-ի չափում	• Օգտագործել Կորոտկովի V փուլը (վերջին լսելի տոնը) • Եթե V փուլը հնարավոր չէ հայտնաբերել, օգտագործեք IV փուլը (երբ տոները խլանում են) • Եթե ՁՃ-ն մի ձեռքի վրա կանոնավոր կերպով ավելի բարձր է, ապա հետագա չափումների համար պետք է օգտագործել բարձր ՁՃ ունեցող ձեռքը	• Կորոտկովի V փուլի հայտնաբերումն ունի կրկնելիության ավելի բարձր հավաստիություն, քան IV փուլը և դիաստոլիկ ճնշման առավել ճշգրիտ ցուցանիշ է
Արձանագրություն փաստաթղթերում	• Գրանցեք առաջին այցի ընթացքում ՁՃ-ի չափման վայրը և կնոջ դիրքը • Հաջորդ այցերի ընթացքում ՁՃ-ն չափեք նույն պայմաններում	• Թույլ է տալիս բացահայտել ՁՃ-ի իրական փոփոխությունները, որոնք կապված չեն կնոջ դիրքի կամ չափման վայրի փոփոխության հետ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2. ՀՂԻՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄԸ

Հետազոտություններ	Հղիության ժամկետը (շաբաթ)	Նորմայի սահմանները	Միավոր	Շեղումները պրեէկլամպսիայի դեպքում
Լեյկոցիտներ	1-12	5.7-13.6	x10³/լ	**Բարձրացում** Հիմնականում պայմանավորված է արտահայտված նեյտրոֆիլիայով
	13-24	6.2-14.8		
	25-42	5.9-16.9		
	>42	5.7-16.9		
Հեմոգլոբին	1-16	110-160	գ/լ	**Բարձրացում** Պայմանավորված է արյան խտացմամբ, եթե առկա չէ միկրոանգիոպաթիկ հեմոլիտիկ սակավարյունություն
	17-42	105-160		
Թրոմբոցիտներ	1-12	170-390	x10³/լ	**Նվազեցում** 100 x 10³/L-ից պակաս ցուցանիշը կարող է կապված լինել մակարդելիության խանգարման հետ: Թրոմբոցիտների քանակի նվազեցումը կապված է հիվանդության վատթարացման հետ
	13-24	170-410		
	25-42	150-430		
	>42	150-430		
ԱՄԹԺ	0-42	26-41	վայրկյան	**Բարձրացում** ՏՆՄ –ի դեպքում
ՄՆՀ	0-42	0.9-1.3		**Բարձրացում** ՏՆՄ –ի դեպքում
Ֆիբրինոգեն	0-42	1.7-4.5	գ/լ	**Նվազեցում**
Գլյուկոզա	0-42	3.0-7.8	մմոլ/լ	**Նվազում է** հղիության ընթացքում լյարդի սուր ճարպային դիստրոֆիայի առկայության դեպքում
Շիճուկային կրեատինին	0-42	32-73	մմոլ/L	**Բարձրացում** Պայմանավորված է արյան խտացմամբ և/կամ երիկամային ախտահարմամբ

Հետազոտու-թյուններ	Հղիության ժամկետը (շաբաթ)	Նորմայի սահման-ները	Միա-վոր	Շեղումները պրեէկ-լամպսիայի դեպքում
Բիլիռուբին (ընդհանուր)	0-42	<20	µմոլ/լ	**Բարձրացում** Ոչ կոնյուգացված հեմո-լիզի կամ կոնյուգացված լյարդի դիսֆունկցիայի պատճառով
Ալբումին	0-26	35-50	գ/լ	**Նվազեցում**
	27-40	33-40		
ԱսԱՏ	0-42	<31	մ/լ	**Բարձրացում**
ԱլԱՏ	0-42	<34	մ/լ	**Բարձրացում**
ԼԴՀ	0-42	150-280	մ/լ	**Բարձրացում**
Պրոտեինուրիա (24 ժամ)	0-42	<300	մգ/24 ժամ	**Բարձրացում**
Պրոտեին/ կրեատինին հա-րաբերությունը մեզի պատա-հական նմուշնե-րում	0-42	<30	գ/մոլ	**Բարձրացում**

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3. ՊՏՂԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄԸ

Հետազոտություններ	Շեղումները պրեէկլամպսիայի դեպքում
Պտղի շարժումները	Նվազեցում
Ոչ սթրեսային թեստը	Խաթարված ՊՍՀ
Կենսաֆիզիկական պրոֆիլը	Ցածր միավոր
Պտղաջրերի ամենամեծ քառորդը	Նվազեցում
Պտղի աճի գնահատումը ԳՁՀ-ով	Սովորաբար ասիմետրիկ ներարգանդային աճի դանդաղում
Պորտալարի զարկերակի հոսքը	Ռեզիստենտականության բարձրացում, դիաստոլիկ հոսքի բացակայություն կամ հետհոսք

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4. ՀԻԴՐԱԼԱԶԻՆԻ* ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ցուցումներ	• Ծանր հիպերտենզիա
Հակացուցումներ	• Գերզգայունություն • Համակարգային կարմիր գայլախտ • Ծանր տախիկարդիա • Սրտամկանի անբավարարություն • Աջ փորոքային անբավարարություն
Զգուշացումով կիրառում	• Կասկածելի/հաստատված պսակաձև զարկերակների հիվանդություն • Երիկամի ախտահարում • Լյարդի ախտահարում • Ուղեղի անոթային հիվանդություն
Ներմուծման եղանակ	• Ն/ե
Սկզբնական բոլյուսային դեղաչափ	• 5-10 մգ դանդաղ ներարկում • Անհրաժեշտության դեպքում դեղաչափը կրկնել 5 մգ ն/ե 20 րոպե ընդմիջմամբ (առավելագույնը 15 մգ) • Դադարեցնել, եթե կնոջ զարկերակը ≥130 զարկ/րոպե • Եթե կիրառված ընդհանուր դեղաչափը 20մգ է կամ անհրաժեշտ է ԶՃ-ի երկարատև հսկողություն, հաշվի առնելով ինֆուզիան
Շարունակական դեղաչափ	• Սկսել 2մգ/ժամ դեղաչափով (ն/ե վերահսկվող ինֆուզիոն սարքի օգնությամբ) • Դեղաչափը յուրաքանչյուր 10 րոպեն մեկ անգամ ավելացնել 2մգ/ժամով՝ մինչ ԶՃ-ի կայունացումը • Ինֆուզիայի առավելագույն արագությունը՝ 10 մգ/ժամ • Դադարեցնել, եթե կնոջ զարկերակը ≥125 զարկ/րոպե
Կողմնակի ազդեցություններ	• Տախիկարդիա • Գլխացավ • Ջերմահորդանք • Սրտխփոց
Հսկողությունը սկզբնական բոլյուսային դեղաչափի ընթացքում	• Պահպանել սիստոլիկ ԶՃ-ն > 140 մմ.սս և դիաստոլիկ ԶՃ-ն > 90 մմ.սս • Հսկել ԶՃ-ն և պուլսը. – յուրաքանչյուր 5 րոպեն մեկ դեղորայքի ներմուծման ընթացքում և մինչ ԶՃ-ի կայունացումը, այնուհետև՝ – 4 ժամը մեկ • Շարունակական ԿՏԳ
Հսկողությունը պահպանողական փուլում	• ԶՃ • Շարունակական ԿՏԳ • Արյան ընդհանուր քննություն, լյարդի ֆունկցիոնալ թեստեր, մակարդելիության ցուցանիշներ, արյան խումբ, Rh • Ջրային բալանսի խիստ հսկողություն

* գրանցված չէ Հայաստանում

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 5. ՀԱԿԱՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ՊԱՀՊԱՆՈՂԱԿԱՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

Դեղորայքը	Դեղաչափը	Ներմուծման եղանակը	Ազդեցությունը	Հակացուցումներ	Նշումներ
Մեթիլդոպա	250-750 մգ օրական երեք անգամ	per os	Կենտրոնական		Առավելագույն դեղաչափ. 3 գ/օր **Զգուշացում.** Դեպրեսիան կարող է խորանալ **Կողմնակի ազդեցություններ**. Քնկոտություն, գլխապտույտ, բերանի չորություն, գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, դեպրեսիա, մարսողական խանգարումներ
Նիֆեդիպին	20 մգ x 2 օրական: Օրը 20-120 մգ դանդաղ-արձակման հաբեր	per os	Կալցիումական անցուղիների պաշարիչ	Աորտայի ստենոզ	Առավելագույն դեղաչափ. – 40 մգ/օր (հասարակ հաբեր) – 120 մգ/օր (դանդաղ-արձակման հաբեր) **Կողմնակի ազդեցություններ.** ծայրամասային այտուց, ցանավորում, հոգնածություն, գլխապտույտ, ջերմահորդանք, սրտխառնոց

Առկայության դեպքում խորհուրդ են տրվում հետևյալ դեղամիջոցները (ներքոհիշյալ դեղամիջոցները գրանցված չեն Հայաստանում).

Լաբետալոլ	100-400 մգ x 3 օրա-կան	per os	Բետա պաշարիչ զուգակցված ալ-ֆա ընկալիչների անոթալայնիչ ազդեցությամբ	Ծնչուղիների դարձելի հի-վանդություններ (օրինակ, բրոնխիալ ասթմա)	Առավելագույն դեղաչափ. 2.4 գ/օր: Կողմնա-կի ազդեցություններ. օրթոստատիկ հիպոտեն-զիա, բրադիկարդիա, բրոնխոսպազմ, գլխացավ, սրտխառնոց **Կողմնակի ազդեցությունները** նվազեցնելու հա-մար անհրաժեշտ է դեղաչափն աստիճանաբար ավելացնել:
Օքսպրե-նոլոլ	20-160 մգ x 2 օրա-կան	per os	Բետա պաշարիչ	Բրոնխոսպազմ	Առավելագույն դեղաչափ. 320 մգ/օր **Կողմնակի ազդեցություններ.** վերջույթների սառնություն, քնի խանգարումներ, հոգնածու-թյուն, գլխապտույտ, մարսողական խանգարում-ներ
Հիդրալա-զին	25-50 մգ x 2 օրա-կան	per os	Անոթալայնիչ	Համակարգային կարմիր գայլախտ, էրիթեմիա: Խուսափել կիրառումից մինչ հղիության 3-րդ եռամսյակը	Առավելագույն դեղաչափ. 200մգ/օր: **Կողմնակի ազդեցություններ.** տախիկարդիա, սրտխփոց, ջերմահորդանք, գլխացավ, գայլախ-տանման համախտանիշ
Պրազոսին	0.5-5 մգ x 3 օրական	per os	Ալֆա պաշարիչ	Աորտայի ստենոզ	Առավելագույն դեղաչափ. 20 մգ/օր **Կողմնակի ազդեցություններ.** օրթոստատիկ հիպոտենզիա, սրտխփոց, սրտխառնոց, բերա-նի չորություն, ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, շշմածություն
Կլոնիդին	75-300 մկգ x 2 օրական	per os	Կենտրոնական	Սրտի պաշարում	Առավելագույն դեղաչափ. 1.2 մգ/օր **Կողմնակի ազդեցություններ.** շշմածություն, բերանի չորություն, մարսողության խանգարում-ներ, հանման համախտանիշ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 6. ՄԱԳՆԵԶԻՈՒՄԻ ՍՈՒԼՖԱՏԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Յուրաքանչյուր բուժհաստատություն պետք է մշակի իր տեղայնացված ցուցումները մագնեզիումի սուլֆատի լուծույթը պատրաստելու համար:

Մագնեզիումի սուլֆատ	
Ցուցումներ	• Ծանր պրեէկլամպսիա (հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 24 ժամվա ընթացքում) • Էկլամպսիա (ցնցումների կասեցում կամ հետագա ցնցումների կանխարգելում)
Նախազգուշացումներ	• Հատուկ ուշադրություն է պետք սահմանել այն կանանց նկատմամբ, որոնք ստանում են կալցիումական անցուղիների պաշարիչներ, նյարդամկանային պաշարիչներ կամ ունեն միասթենիա կամ սրտի պաշարում • Երիկամային ֆունկցիայի ախտահարում ունեցող կանանց դեպքում (կրեատինինի մակարդակը 90 մկմոլ/լ-ից ավելի կամ մեզի քանակը 4 ժամվա ընթացքում 100մլ-ից պակաս) անհրաժեշտ է հսկել արյան մեջ մագնեզիումի քանակը: Հսկողությունն անհրաժեշտ է, եթե. – արյան մեջ մագնեզիումի թերապևտիկ քանակը կազմում է 1.7-3.5 մմոլ/լ, – մեծացնում է կենտրոնական նյարդային համակարգն ընկճող միջոցների ազդեցությունը
Ներմուծման եղանակը	• ն/ե վերահսկվող ինֆուզիոն սարքի օգնությամբ
Նախնական դեղաչափը	• 4գ բոլյուսային դեղաչափ 20 րոպեի ընթացքում
Շարունակվող ցնցումներ	• Ներմուծել լրացուցիչ 2 գ բոլյուսային դեղաչափ 5 րոպեի ընթացքում • Կարելի է կրկնել հաջորդող 2 րոպեի ընթացքում, եթե ցնցումները շարունակվում են
Պահպանողական դեղաչափը	• 1 գ/ժամ ծննդաբերությունից հետո 24 ժամվա ընթացքում, այնուհետև քննարկել շարունակելու/դադարեցնելու խնդիրը • Եթե երիկամի ֆունկցիան խանգարված է. – նվազեցնել պահպանողական դեղաչափը 0.5 գ/ժամ, – քննարկել արյան շիճուկում մագնեզիումի քանակի հսկողության հարցը մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ • Բուժհաստատությունները պետք է մշակեն մագնեզիումի սուլֆատի լուծույթների պատրաստման ուղեցույցներ, եթե չեն օգտագործում նախապես պատրաստված լուծույթներ

Մագնեզիումի սուլֆատ	
Կողմնակի ազդեցություններ	• Համակարգային անոթային դիմադրության նվազման հետևանքով զարգացած հիպոտենզիա • Սրտխառնոց և փսխում • Ջերմահորդանք • Ծարավի զգացողություն • Ընդհանուր թուլություն • Պտղի սրտի զարկերի փոփոխականության նվազում
Մանկաբարձուհու խնամք	• Ծննդատանում կամ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում յուրաքանչյուր կնոջ խնամքը պետք է իրականացնի առնվազն մեկ մանկաբարձուհի
Հսկողությունը սկզբնական բոլյուսային դեղաչափի ընթացքում	• Յուրաքանչյուր 5 րոպեն մեկ ԶՃ-ի և պուլսի չափում՝ մինչ կնոջ վիճակի կայունացումը (առնվազն 4 չափում) • Հսկել կողմնակի ազդեցությունները • Սկզբնական բոլյուսային դեղաչափից հետո ստուգել խորանիստ ջլերի ռեֆլեքսները (ծնկան ռեֆլեքս կամ բիցեպսի ռեֆլեքս՝ էպիդուրալ անզգայացման դեպքում). – զգուշացնել մանկաբարձ-գինեկոլոգին, եթե ռեֆլեքսները բացակայում են

Հսկողությունը պահպանողական ինֆուզիայի փուլում	• Յուրաքանչյուր ½ ժամը մեկ ստուգել ԶՃ-ն, պուլսը և շնչառության հաճախականությունը
	• Յուրաքանչյուր ժամ ստուգել խորանիստ ջլերի ռեֆլեքսները (ծնկան ռեֆլեքս կամ բիցեպսի ռեֆլեքս՝ էպիդուրալ անզգայացման դեպքում).
	  – արձանագրել. A=բացակայում է, N=նորմալ, B=հիպերռեֆլեքսիա
	• 2 ժամը մեկ ստուգել մարմնի ջերմությունը
	• 26 շաբաթականից հետո՝ շարունակական ՍՏԳ
	• Ջրային բալանսի խիստ հսկողություն և արձանագրություն.
	  – տեղեկացնել մանկաբարձ-գինեկոլոգին, եթե մեզի քանակի ցուցանիշը 25-30 մլ/ժամ-ից պակաս է,
	  – խորհուրդ է տրվում տեղադրել մշտական միզային կաթետեր
	• Եթե երիկամի ֆունկցիան նորմալ է, ապա արյան մեջ մագնեզիումի քանակի հսկողության կարիք չկա

Գերդոզավորման ախտանիշները	• Խորանիստ ջլային ռեֆլեքսների բացակայություն • Խոսքի խանգարում • Շնչառության ընկճում/դժվարացում (շնչառության հաճախականությունը պակաս է, քան 12/րոպեում) • Սրտի կանգ

Մագնեզիումի սուլֆատ	
Գերդոզավորման վարումը	• Դադարեցնել մագնեզիումի ինֆուզիան • Դիմել օգնության և անհրաժեշտության դեպքում սկսել վերակենդանացման միջոցառումները • Անմիջապես տեղեկացնել մանկաբարձ-գինեկոլոգին • Շնչառության ընկճումը և սրտի պաշարումը վերականգնելու համար 5 րոպեի ընթացքում ներմուծել 10 մլ կալցիումի գլյուկոնատի 10% լուծույթ (1 գ) • ԷՍԳ՝ սրտի պաշարումը ախտորոշելու համար
Դադարեցում	• Թերապիայի դադարեցման համար անհրաժեշտ է, որ – ԶՃ-ն լինի կայուն (շարունակաբար 150/100 մմ.սս-ից ցածր լինի), – կլինիկական լավացման նշանները պետք է ակնհայտ լինեն (գլխացավի, էպիգաստրալ ցավի բացակայություն)

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. ACOG. Hypertension in pregnancy. Task Force and Work Group Report. 2013. http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy

2. Data from National Heart, Lung, and Blood Institute. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 04-5230. Bethesda (MD): NHLBI; 2004. Available at:http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf. Retrieved October 14, 2014.

3. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, et al. (2014) Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. J Obstet Gynaecol Can 36(5): 416–438 (SOGC).

4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy. London: RCOG Press; 2010 Aug. (NICE Clinical Guidelines, No. 107.) Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62652/

5. National High Blood Pressure Education Program (2000) Report of the National High Blood Pressure Education ProgramWorking Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J. Obstet Gynecol 183: 1–22.

6. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program (2010) Supplement: Hypertensive disorders of pregnancy. Guideline No. MN10.15.V4-R15. Queensland health. http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_hdp5-0.pdf

7. Roberts JM, August PA, Bakris G, Barton JR, Bernstin IM (2013) the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Obstetrics & Gynaecology 122(5): 1122–1131

8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006) The management of severe preeclampsia/eclampsia. Guideline No.10(A)

Շապիկի նկարը. *Մինաս Ավետիսյան, «Մայրություն», 1972թ.*

Նկարն արտատպելու հնարավորությունը մեծահոգաբար ընձեռել են
Մինաս Ավետիսյանի ժառանգները:

ՏՊԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ Printinfo
www.printinfo.am