



ՄԱԿ-ի Բնակչության  
հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության  
նախարարություն



Վերարտադրողական առողջության,  
պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության  
և գինեկոլոգիայի հանրապետական  
ինստիտուտ

# ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆԵՂԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

Կլինիկական ուղեցույց

Նոյեմբեր 2016

ԵՐԵՎԱՆ  
ՓՐԻՆԹԻՆՖՈՒՆ  
2016

Կլինիկական ուղեցույցը հաստատվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016թ. դեկտեմբերի 5-ի 3593-Ա հրամանով:

ՀՏԴ 618  
ԳՄԴ 57.1  
Վ 190

Վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելումը  
Վ 190 և վարումը. –Եր.: Փրինթինֆո, 2016. –44 էջ:

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության, Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի (ՎԱՊՄԳՀԻ) և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի համագործակցությամբ իրականացվող «Սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հզորացում» ծրագրի շրջանակներում: Ուղեցույցի մշակման և տպագրման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: 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 ապացուցողական բարձր մակարդակ ունեցող այլ նյութեր:

Աշխատանքային խմբի անդամները չեն ունեցել որևէ կոմերցիոն շահագրգռվածություն կամ այլ շահերի բախում դեղագործական ընկերությունների կամ բուժաբարձաներ արտադրող/վաճառող ընկերությունների հետ: Կլինիկական ուղեցույցի դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի, Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի և 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., 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*  
Գյուլիասայան 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*

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն 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՝ տվյալ 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:

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

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

ՀՏԴ 618  
ԳՄԴ 57.1

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

|      |  |
|------|--|
| ԱՊԵ  | Արզանդի պարանոցի երկարություն                      |
| ԲԽՍ  | Բ խմբի ստրեպտոկոկ                                  |
| ԲՎ   | Բակտերիալ վագինոզ                                  |
| ԳՁՀ  | Գերծայնային հետազոտություն                         |
| ՁԾ   | Ձարկերակային ճնշում                                |
| ԻՎԾ  | Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերություն                   |
| ԿՏԳ  | Կարդիոտոկոգրաֆիա                                   |
| ՀՌ   | Հարաբերական ռիսկ                                   |
| մ/մ  | Միջմկանային  |
| ՄՀԿ  | Միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելում        |
| ՄՄՀ  | Մանրադիտակային մանրէաբանական հետազոտություն        |
| ն/ե  | Ներերակային  |
| ԾԴՀ  | Ծնչառական դիսթրես համախտանիշ                       |
| 22/ր | Ծնչառական շարժում/ ռոպեում                         |
| ՈՍՀԴ | Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ         |
| ՊԹ   | Պտղաթաղանթներ                                      |
| ՊՄԺՊ | Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական ժամկետային պատռում |
| ՊՄՎՊ | Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում    |
| ՊՄՁՀ | Պտղի սրտի զարկերի հաճախություն                     |
| ՎԾ   | Վաղաժամ ծննդաբերություն                            |
| ՏՎԳՀ | Տրանսվագինալ գերծայնային հետազոտություն            |
| ՖՖՆ  | Ֆետալ ֆիբրոնեկտին                                  |
| 17P  | 17 ալֆա-հիդրոպրոգեստերոնի կապրոատ                  |

## ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Հավանականության հարաբերություն (ՀՀ) | <p>Ցանկացած կլինիկական դրսևորման ՀՀ-ը հիվանդ անձանց մոտ սույն դրսևորման հավանականությունն է՝ բաժանած առողջ անձանց մոտ նույն դրսևորման հավանականությանը:</p> $ՀՀ = \frac{(\text{դրսևորման հավանականությունը հիվանդների մոտ})}{(\text{դրսևորման հավանականությունն առողջների մոտ})}$  |
| Տեղեկացված ընտրություն              | <p>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:</p>   |
| Ծանսերի հարաբերություն              | <p>Հարաբերություն, որը համեմատական ուսումնասիրության միջոցով սահմանում է փոխկապվածությունը որևէ ազդեցության և դրա հետևանքով առաջացած առողջական վիճակի փոփոխության միջև.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <math>\text{ՇՀ}=1</math> – Ազդեցությունը ելքի շանսերում փոփոխություն չի առաջացնում:</li> <li>● <math>\text{ՇՀ}&gt;1</math> – Ազդեցությունը առնչվում է ելքի շանսերի մեծացման հետ:</li> <li>● <math>\text{ՇՀ}&lt;1</math> – Ազդեցությունը առնչվում է ելքի շանսերի փոքրացման հետ:</li> </ul> |

# Վաղաժամ ծննդաբերության ախտորոշման և վարման ալգորիթմ

## Վաղաժամ ծննդաբերության ախտանիշներով ընդունված բոլոր հղիներ



**Անամնեզ**

- Ընդհանուր բժշկական, վիրաբուժական, գինեկոլոգիական, սոցիալական

**Ախտանիշների գնահատում**

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

**Ջննում**

- Կենսական ցուցանիշներ
- Որովայնի շոշափում
- Պտղի վիճակի գնահատում – ՊՍՁՀ, ԿՏԳ
- Ջննում հայելիներով
  - պտղաթաղանթների պատռում
  - պարանոցի/ՊԹ-ի վիճակի գնահատում
  - հեշտոցի քուրք
  - ֆՖՆ թեստ
- Հեշտոցի/անոտեկտալ ԲԽՍ քուրք
- Պարանոցի բացում
  - Մատնային հեշտոցային զննում՝ ՊԹ պատռման և ընկերքի առաջադրության բացակայության պարագայում
- Հնարավորության դեպքում՝ գերձայնային հետազոտում – Պտղի աճ և ընդհանուր վիճակ
- Լաբորատոր քննություններ
  - քուրք հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար
  - քուրք (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
- Խորիոամնիոնիտի ախտանիշների բացակայություն
- Ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ
- Պարանոցի նվազագույն փոփոխություն կամ փոփոխության բացակայություն



**Դուրսգրում**

- Տրամադրել տեղեկատվություն ախտանիշների և բուժ-հաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակի վերաբերյալ
- Պլանավորել հետագա գործողությունները ըստ ցուցումների

Դիտարկել տուև կլինիկական ցուցում

**Հղիի տեղափոխում**

- ՎԾ 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
- Բետամեթազոն՝ 12 մգ-ոց 2 դեղաչափ, մ/մ, 24 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր՝ 24 մգ)
- Կրկնել, եթե անցկացված կորտիկոստերոիդային կանխարգելումից 7 օր հետո ՎԾ 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, հեքսպրենալին)

**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 ՎԾ վտանգ այլև չի սպառնում,
  - դադարեցնել ԲԽՍ ՄՀԿ, եթե ԲԽՍ-ի ստացված արդյունքը բացասական է
- Խորիոամնիոնիտի կամ ՊՎԴ 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 բոլյուս 20-30 րոպեի ընթացքում
- Դիտարկել պահպանիչ դեղաչափ՝ 1 գ/ժ կամ 24 ժամվա ընթացքում կամ մինչև ծննդաբերությունը՝ կախված առաջնահերթությունից

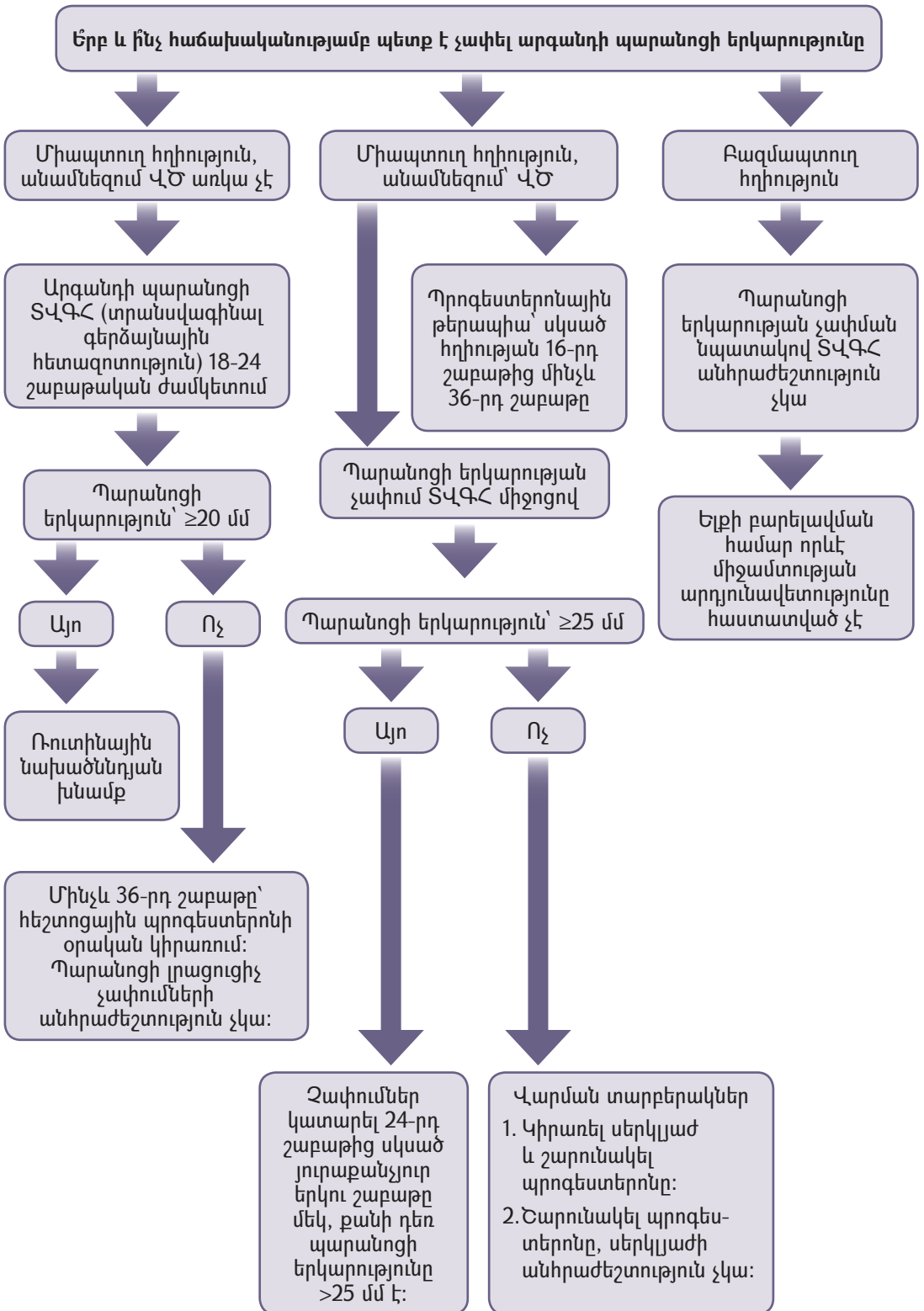
**Ծննդալուծման եղանակ**

- Գլխային առաջադրության դեպքում խորհուրդ է տրվում ծննդաբերությունը բնական ճանապարհով, եթե չկան կեսարյան 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 դիմելու ճիշտ ժամանակի մասին տեղեկատվության տրամադրում
- Հետագա գործողությունների պլանավորում և հսկողության սահմանում

# Արգանդի պարանոցի չափման ալգորիթմ



# ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

|   |    |
|---|----|
| 1. Ներածություն .....   | 7  |
| 2. Ռիսկի գնահատում .....  | 8  |
| 3. Ռիսկի նվազեցում .....  | 10 |
| 3.1. Անկողնային ռեժիմ .....   | 11 |
| 3.2. Պրոգնոստերոնային թերապիա .....   | 11 |
| 3.3. Արգանդի պարանոցի սերկյաժ .....   | 12 |
| 4. Վաղաժամ ծննդաբերության կլինիկական գնահատում .....  | 14 |
| 4.1. Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում .....   | 15 |
| 4.2. Հոսպիտալացում, բուժում և դուրսգրում .....  | 16 |
| 5. Վաղաժամ ծննդաբերության վարում .....  | 17 |
| 5.1. Խնամքի պլանավորում .....   | 17 |
| 5.2. Հղիի տեղափոխում .....  | 17 |
| 5.3. Նախածննդյան կորտիկոստերոիդներ .....  | 18 |
| 5.4. Տոկոլիզ .....  | 20 |
| 5.5. Հակաբիոտիկներ .....  | 26 |
| 5.6. Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով .....   | 28 |
| 5.7. Վաղաժամ ծննդաբերության եղանակ .....  | 31 |
| 6. Խնամք՝ սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո .....   | 33 |
| Հավելված Ա. Ֆետալ ֆիբրոնեկտինի թեստ .....   | 34 |
| Հավելված Ա1. Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության կանխատեսումը<br>ֆետալ ֆիբրոնեկտինի կատեգորիաների հիման վրա ..... | 35 |
| Հավելված Բ. ՎԾ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում .....  | 36 |
| Հավելված Գ. ՎԾ ռիսկ որոշ ինֆեկցիաներով ընթացող հղիության<br>ժամանակ .....                                     | 36 |
| Հավելված Դ. ՎԾ կանխարգելման նպատակով պրոգնոստերոնային<br>թերապիայի համար հղիների ընտրություն .....            | 37 |
| Հավելված Ե. ՎԾ կանխարգելման համար պրոգնոստերոնի կիրառման<br>եղանակներ ըստ տարբեր ուղեցույցների .....          | 38 |
| Հավելված Զ. Արգանդի պարանոցի երկարություն և ՎԾ ռիսկ .....   | 40 |
| Հավելված Է. Ապացույցների մակարդակը և առաջարկությունների<br>վարկանիշները .....                                 | 41 |
| Օգտագործված գրականության ցանկ .....   | 42 |

# 1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

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): Ծուրջ 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 սերկլյաժ):

## 2. ՌԻՍԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության (ԻՎԾ) դեպքերի գրեթե կեսում պատճառը մնում է անհայտ, և չնայած որ հայտնի են շատ գործոններ, 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:

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



| Ասպեկտ | Վաղաժամ ծննդաբերության հետ զուգակցվող ռիսկի գործոններ   |
|--------|---|
|        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Հղիությամբ պայմանավորված հիվանդություններ (պրեէկլամպսիա, նախածննդյան արյունահոսություն)</li> <li>● Պտղի հետ կապված խնդիրներ <ul style="list-style-type: none"> <li>– Որոշ բնածին անոմալիաներ և աճի դանդաղումներ հանդիսանում են ռիսկի գործոններ ինքնաբեր և ցուցված վաղաժամ ծննդաբերության համար</li> </ul> </li> <li>● Որովայնի խոռոչի վիրահատություն հղիության ընթացքում</li> <li>● Թերսնուցում</li> <li>● Ծրջակա միջավայրի գործոններ (շոգ եղանակ, օդի աղտոտվածություն)</li> <li>● Բիոմարկերներ (հեշտոցային արտադրության մեջ ֆՖՆ բարձր մակարդակ)*</li> </ul> |

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

### 3. ՌԻՍԿԻ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄ

| Ասպեկտ   | Նկատառումներ   |
|--|--|
| <b>Խորհուրդներ</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Կատարել ռիսկի գործոնների գնահատում նախքան հղիության պլանավորումը:</li> <li>● Անցկացնել նախորդ հղիությունների համակողմանի վերլուծություն, քանի որ ռիսկի հիմնական գործոնը նախկին ԻՎԾ-ն է:</li> <li>● Տեղեկացնել կանանց ռիսկի փոփոխման ենթակա գործոնների մասին.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ծխախոտից հրաժարումը 18%-ով նվազեցնում է ՎԾ-ի հաճախականությունը:</li> <li>– Բրոնխի հիվանդությունների վերահսկման օպտիմալացումը նվազեցնում է ռիսկը:</li> <li>– Կենսակերպ (հավասարակշռված դիետա, սթրեսի կառավարում):</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Բակտերիալ վագինոզ (ԲՎ)</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 կարիք չունեն:</li> <li>● 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:</li> <li>● 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:</li> </ul> |
| <b>Բակտերիուրիա</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Անախտանիշ բակտերիուրիան կարող է զուգակցվել ՎԾ բարձր ռիսկի հետ:</li> <li>● Միզուղիների բորբոքումը կարող է հանգեցնել վաղաժամ ծննդաբերության:</li> <li>● Բոլոր կանանց խորհուրդ է տրվում պարբերաբար սկրինինգ անցնել՝ բակտերիուրիայի հայտնաբերման և բուժման նպատակով:</li> </ul>   |
| <b>Արգանդի պարանոցի երկարության (ԱՊԵ) չափում</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Անամնեզում ՎԾ ունեցող կանանց համար պետք է դիտարկել ԱՊԵ պարբերական չափումներ ՏՎԳՀ միջոցով:</li> <li>● ՏՎԳՀ-ն, որպես ՎԾ ռիսկի բացահայտման մեթոդ, ցածր ռիսկի խմբի կանանց պարագայում ներկայումս խորհուրդ չի տրվում:</li> </ul> <p><i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Գլուխ 4.1:</i></p>  |

### 3.1. 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:

### 3.2. Պրոգնոստերոնային թերապիա

Պրոգեստերոնի 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: Պրոգեստերոնի արդյունավետությունը ՎԾ կանխարգելման գործում մեծապես կախված է հղիների ճիշտ ընտրությունից (տես Հավելված Դ): Բացի այդ, լաբորատորային և կենդանիների փորձառական հետազոտությունները վկայում են, որ պրոգեստինի 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 (տես Հավելված Ե): Պրոգեստերոնի կիրառումը նաև նվազեցնում է նորածինների հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը:

#### Պրոգեստերոնային թերապիա

|                                | ՎԾ ռիսկի խումբ   | Տեսակ և դեղաչափ   | Տևողություն   |
|--------------------------------|--|---|---|
| <b>Պրոգեստերոնային թերապիա</b> | Միապտուղ հղիություն, անամնեզում միապտուղ ԻՎԾ, նորմալ ԱՊԵ   | Ծաբայթական 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՝ կախված առաջնահերթությունից |
|                                | Միապտուղ հղիություն, անամնեզում ԻՎԾ առկա չէ, մինչև 24 շաբաթական ժամկետը SՎԳՀ միջոցով ախտանշվել է կարճ ԱՊԵ (≤20 մմ) | Օրական՝ 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն  |   |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Հակացուցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հորմոնազգային քաղցկեղ</li> <li>• Անվերահսկելի հիպերտենզիա</li> <li>• Լյարդային դիսֆունկցիա կամ Լյարդի հիվանդություն</li> <li>• Անամենեզում՝ առկա, կամ հաստատված, կամ կասկածվող կրծքի կամ սեռական օրգանների կարցինոմա</li> </ul> |
| <b>Զգուշացում</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Անամենեզում/ընթացիկ տրոմբոֆլեբիտ կամ երակային տրոմբոէմբոլիկ խանգարումներ</li> <li>• Անամենեզում՝ դեպրեսիա</li> </ul>  |

**Առաջարկություններ**

ԻՎԾ կրկնման ռիսկի նվազեցման նպատակով այն կանանց, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է և անամենեզում միապտուղ ԻՎԾ, ցուցվում է պրոգեստերոն՝ սկսած 16-24 շաբաթական ժամկետից՝ անկախ պարանոցի ընթացիկ երկարությունից:



Որպես ՎԾ ռիսկի նվազեցման տարբերակ՝ հեշտոցային պրոգեստերոնը նշանակվում է այն կանանց, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է, չկա որևէ ՎԾ ախտանիշ, անամենեզում ՎԾ առկա չէ և 24 շաբաթական ժամկետում կամ մինչ այդ պատահականորեն հայտնաբերվել է չափազանց կարճ պարանոց՝ 20 մմ կամ պակաս երկարությամբ:



Պրոգեստերոնային թերապիան չի նվազեցնում ՎԾ հաճախականությունը երկպտուղ կամ եռապտուղ հղիության պարագայում, ուստի այն ցուցված չէ որպես բազմապտուղ ՎԾ կանխարգելման միջոց:



**3.3. Արգանդի պարանոցի սերկլյաժ**

| <b>Ասպեկտ</b>         | <b>Նկատառումներ</b>  |
|-----------------------|--|
| <b>Փաստեր</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Համապատասխան կիրառման, տեխնիկայի և ժամանակի ճիշտ ընտրության դեպքում սերկլյաժը (պարանոցի շրջակարը) զգալիորեն նվազեցնում է ՎԾ ռիսկը, ինչպես նաև նորածինների հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը:</li> <li>• Պետք է հաշվի առնել անհատական կլինիկական հանգամանքները և պրոցեդուրայի իրականացման հետ կապված հնարավոր լուրջ ռիսկերը:</li> </ul> |
| <b>Հակացուցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Սկսված վաղաժամ ծննդաբերություն</li> <li>• Խորիոամնիոնիտի կլինիկական ախտանշանների առկայություն</li> <li>• Հեշտոցային արյունահոսություն</li> <li>• ՊՄՎՊ</li> <li>• Պտղի սպառնացող վիճակի ախտանշաններ</li> <li>• Կյանքի հետ անհամատեղելի պտղի արատ</li> <li>• Պտղի ներարգանդային մահ</li> </ul>  |

| Ասպեկտ                                 | Նկատառումներ   |
|--|--|
| <b>Խորհուրդ չի տրվում, եթե առկա է՝</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Պարանոցի ներքին օդի լայնացում, եթե առկա չէ պարանոցի կարճացում մինչև 25 մմ կամ ավելի:</li> <li>● Պատահականորեն հայտնաբերված կարճ պարանոց և անամնեզում առկա չէ ՎԾ կամ ուշ վիժում:</li> <li>● Բազմապտուղ հղիություն (նույնիսկ վտանգավոր է):</li> </ul>   |
| <b>Բարդություններ</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Սերկլյաժի տեղադրումը զուգակցվում է մոր մոտ տենդի առաջացման ռիսկի կրկնապատկման հետ, սակայն չի հանգեցնում խորհրամանիոնիտի ռիսկի մեծացմանը:</li> <li>● Գոյություն ունի փոքր ռիսկ, որ սերկլյաժի իրականացման ժամանակ կարող են տեղի ունենալ միզապարկի վնասման, պարանոցի վնասվածքի, պտղաթաղանթի պատռման և արյունահոսության դեպքեր:</li> <li>● Շիրոկկարի սերկլյաժի հեռացման համար պահանջվում է անզգայացում, ինչը մեծացնում է լրացուցիչ անզգայացման ռիսկը:</li> <li>● Սերկլյաժը կարող է զուգակցվել պարանոցի պատռման/վնասման ռիսկի հետ, եթե ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեությունը սկսվում է մինչ սերկլյաժի հեռացումը:</li> </ul> |

### Առաջարկություններ

Այն կանանց մոտ, որոնց անամնեզում առկա չէ ԻՎԾ և որոնց մոտ հղիության 16-24-րդ շաբաթներում արձանագրվել է 25 մմ-ից պակաս ԱՊԵ, սերկլյաժի կիրառումը չի զուգակցվել ՎԾ ռիսկի զգալի նվազեցման հետ:

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 էլեկտրիկ սերկլյաժ 12-14 շաբաթական ժամկետում:

A

Սերկլյաժի 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:

A

Չկան բավարար ապացույցներ՝ փաստելու, որ պրոգեստերոնի և սերկլյաժի համատեղ կիրառումն առավել արդյունավետ է ՎԾ ռիսկի նվազեցման համար ՎԾ բարձր ռիսկի խմբի կանանց մոտ:

B

Սերկլյաժը կարող է հանգեցնել ՎԾ ռիսկի մեծացմանը երկպտուղ հղիության ժամանակ, ուստի այս պարագայում սերկլյաժի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում:

B

#### 4. ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

| Ասպեկտ                          | Նկատառումներ  |
|---------------------------------|---|
| <b>Անամնեզ</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ընդհանուր բժշկական</li> <li>● Վիրաբուժական</li> <li>● Մանկաբարձական</li> <li>● Հոգեբանական և կենսակերպի հետ կապված հանգամանքներ</li> </ul> <p><i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Գլուխ 2</i></p>  |
| <b>Նախանշաններ և ախտանիշներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Որպես կանոն, ՎԾ-ին նախորդում են արգանդի պարանոցի հատունացումը (կարճացումը), դեցիդուալ թաղանթի ակտիվացումը, կծկանքների առաջացումը, որոնք զուգակցվում են հետևյալ ախտանշանների հետ.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Պարանոցի հարթեցում/բացում</li> <li>– Ճնշում կոնքի շրջանում</li> <li>– Որովայնի ստորին հատվածում ձգող ցավ</li> <li>– Մեջքի ստորին հատվածի ցավ</li> <li>– Հեշտոցային արտադրություն (լորձ, արյուն կամ պտղաջուր)</li> <li>– Արգանդի կանոնավոր կծկանքներ</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Զննում</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Կենսական ցուցանիշներ</li> <li>● Որովայնի շոշափում՝ արգանդի տոնուսը, կծկանքները, պտղի չափսերը և առաջադրությունը գնահատելու նպատակով</li> <li>● Զննում հայելիներով, որի նպատակն է.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– հաստատել/բացառել պտղաթաղանթների պատռումը</li> <li>– գնահատել պարանոցի/պտղաթաղանթների վիճակը</li> <li>– գնահատել պտղաջրերի վիճակը (օր.՝ մաքուր, մեկոնիումի խառնուրդով, արյունոտ)</li> <li>– քսուք վերցնել հեշտոցի հետին կամարից ՄՄՀ անցկացնելու համար</li> <li>– հակացուցումների բացակայության դեպքում անցկացնել ֆՖՆ թեստ (տես Հավելված Ա)</li> </ul> </li> <li>● Հեշտոցից և անոռեկտալ հատվածից քսուք վերցնել B խմբի ստրեպտոկոկի (ԲԽՍ) հայտնաբերման նպատակով             <ul style="list-style-type: none"> <li>– փորձանմուշ վերցնելու ձողիկը մտցնել հեշտոցի մեջ 2 սմ խորությամբ և ապա նույն ձողիկը մտցնել անուսի մեջ 1 սմ խորությամբ</li> </ul> </li> <li>● Գնահատել պարանոցի բացման աստիճանը ներզննման միջոցով՝ հետևյալ հակացուցումների բացակայության դեպքում.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– պտղաթաղանթների պատռում</li> <li>– կասկածվող ընկերքի առաջադրություն</li> </ul> </li> </ul> |

| Ասպեկտ                          | Նկատառումներ  |
|---------------------------------|---|
| <b>Պտղի վիճակի վերահսկում</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Պտղի սրտի զարկերի հաճախություն (ՊՍՀՀ)</li> <li>● Պարբերական ԿՏԳ <ul style="list-style-type: none"> <li>– պետք է հաշվի առնել հղիության ժամկետը (զգուշությամբ մեկնաբանել ԿՏԳ արդյունքները 28 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի դեպքում)</li> </ul> </li> <li>● ԳՁՀ՝ պտղի աճը և վիճակը վերահսկելու համար. <ul style="list-style-type: none"> <li>– պտուղների քանակը, առաջադրությունը, պտղաջրերի ծավալը, ընկերքի տեղակայումը</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Լաբորատոր հետազոտություն</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Քսուրե հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար</li> <li>● Քսուրե ԲԽՍ հայտնաբերման համար</li> <li>● Մեզի միջին չափաբանակ ՄՄՀ համար</li> <li>● Ռուտին անալիզներ (արյան և մեզի)</li> </ul>  |

#### 4.1. Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում

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 տրանսաբդոմինալ 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 Զ):

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 ուղեցուցյում «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:

**Առաջարկություններ**

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

**B**

Միապտուղ հղիության ժամանակ ՎԾ կանխարգելման նպատակով պարանոցի պարբերական չափումները ՏՎԳՀ միջոցով՝ նախկինում վաղաժամ չձննդաբերած 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:

**B**

**4.2. Հոսպիտալացում, բուժում և դուրսգրում**

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

| Խնամք                         | Գնահատում   |
|-------------------------------|---|
| <b>Զննում և բուժում, եթե.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● \$ՖՆ* 50 նգ/մլ գերազանցող կամ դրան հավասար մակարդակ (ենթադրում է անվնաս պտղաթաղանթներ)</li> <li>● Պարանոցի բացում</li> <li>● Պարանոցի փոփոխություն 2-4 ժամվա ընթացքում</li> <li>● Պտղաթաղանթների պատռում</li> <li>● Կանոնավոր և ցավոտ կծկանքներ</li> <li>● Այլ խնդիրներ՝ կապված մոր և պտղի վիճակի հետ</li> <li>● Տես Գլուխ 5.1. Խնամքի պլանավորում</li> </ul>  |
| <b>Դուրսգրում, եթե.</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● \$ՖՆ* մակարդակը 50 նգ/մլ-ից ցածր լինելու, ինչպես նաև հիվանդանոց ընդունելու համար այլ ցուցումների բացակայության պարագայում հղիին դուրս գրել հիվանդանոցից, եթե առկա են.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– նորմալ կենսական ցուցանիշներ</li> <li>– ՊՍԶԸ և ԿՏԳ նորմալ ցուցանիշներ՝ հղիության ժամկետին համապատասխան</li> <li>– խորիոամնիոնիտի ախտանիշների բացակայություն</li> <li>– ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ</li> <li>– պարանոցի նվազագույն փոփոխություն/փոփոխության բացակայություն</li> <li>– հղիին տրամադրել տեղեկատվություն հետևյալ հարցերի շուրջ.                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– ՎԾ նախանշաններ և ախտանիշներ</li> <li>– ռիսկի նվազեցման միջոցառումներ, որոնք նախաձեռնվում են ըստ հանգամանքների</li> <li>– բուժհաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակ</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● Պլանավորել հետագա գործողությունները</li> </ul> |

\* Սույն ուղեցույցի հրատարակման պահին \$ՖՆ թեստը Հայաստանում դեռևս հասանելի չէ (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Հավելված Ա):



## 5. ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՈՒՄ

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:

### 5.1. Խնամքի պլանավորում

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

|  | Դիտարկումներ խնամքի վերաբերյալ  |
|--|---|
| <b>ՎԾ ախտանիշներով հիվանդանոց ընդունված բոլոր կանայք</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Սահմանել հսկողություն:</li> <li>● Դիտարկել հղիի տեղափոխումը այլ բուժհաստատություն (համապատասխան մակարդակի) (տես Գլուխ 5.3):</li> <li>● Նշանակել կորտիկոստերոիդներ, եթե հղիության ժամկետը 34 շաբաթից փոքր է (տես Գլուխ 5.3):</li> <li>● Անհրաժեշտ ռեսուրսների առկայության դեպքում որոշել ԱՊԵ-ն ՏՎԳՀ միջոցով:</li> <li>● Ընդգրկել համապատասխան մասնագետների՝ ըստ պահանջի (օր.՝ նեոնատոլոգի, անեսթեզիոլոգի):</li> <li>● Հղիի հետ քննարկել հետագա խնամքի պայմանները՝ ապահովելով վերջինիս տեղեկացված ընտրություն կատարելու հնարավորությամբ:</li> <li>● Փաստագրել խնամքի վերաբերյալ տեղեկությունները:</li> <li>● Ըստ պահանջի անցկացնել կլինիկական վիճակի վերազնահատում:</li> <li>● Սկսել տոկոլիզ երբ ծննդաբերության հետաձգումը ցուցված է և հակացուցումներ չկան (տես Գլուխ 5.4):</li> <li>● Նախաձեռնել հակաբիոտիկային թերապիա ըստ ցուցումների (տես Գլուխ 5.5):</li> <li>● Սպառնացող կամ սկսված ծննդաբերության դեպքում, 32 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի պարագայում, պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով նշանակել մագնեզիումի սուլֆատ (տես Գլուխ 5.6):</li> <li>● Հնարավորության դեպքում որոշել \$ՖՆ (Տես Հավելված Ա1):</li> </ul> |

### 5.2. 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՝ համե-

մատած 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:

**5.3. Նախածննդյան կորտիկոստերոիդներ**

Նախածննդյան 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 նախածննդյան բուժման մեջ պտղի օրգանների հասունացման արագացման նպատակով: Չկա որևէ նշանակալի գիտական ապացույց առ այն, որ ստերոիդներից մեկը նախընտրելի է մյուսից:

**Նախածննդյան կորտիկոստերոիդների սահմանված դեղաչափեր**

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

\* 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:

## Առաջարկություններ

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

A

Նախածննդյան 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:

B

Նախածննդյան կորտիկոստերոիդների կիրառումը կարող է դիտարկվել ՎԾ ռիսկի խմբում գտնվող 23-ից 23+6 շաբաթական հղիների մոտ:

C

Նախածննդյան կորտիկոստերոիդների կիրառումը առավել արդյունավետ է ԾԴՀ կանխարգելման համար այն դեպքերում, երբ ծննդաբերությունը տեղի է ունենում կիրառումից 24 ժամ հետո և մինչև 7-րդ օրը:

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:

A

Ծաքարախտը չի հանդիսանում հակացուցում նախածննդյան կորտիկոստերոիդներով բուժման համար:

D

Գլյուկոզայի տուլերանտության խանգարումով կամ շաքարախտով տառապող կանայք, ովքեր ստանում են ստերոիդներ, պետք է ապահովվեն ինսուլինի լրացուցիչ քանակով՝ ըստ նախապես համաձայնեցված սխեմայի, և գտնվեն խիստ հսկողության ներքո:

D

24+0-ից 35+6 շաբաթական ժամկետում պտղի աճի խանգարումներով հղիներին ծննդալուծման ռիսկի պարագայում նշանակվում է նախածննդյան կորտիկոստերոիդների մեկանգամյա կուրս:

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: Ծաքարական կրկնակի կուրսերի կիրառում խորհուրդ չի տրվում:

A

## 5.4. Տոկոլիզ

| Ասպեկտ                | Նկատառումներ   |
|-----------------------|--|
| <b>Փաստեր</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Տոկոլիտիկների կիրառումը հետաձգում է ծննդաբերությունը և թույլ է տալիս.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– կիրառել կորտիկոստերոիդներ,</li> <li>– կիրառել մագնեզիումի սուլֆատ՝ նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով,</li> <li>– տեղափոխել հղիին համապատասխան մակարդակի բուժ-հաստատություն:</li> </ul> </li> <li>● Ներկայումս չկան հստակ ապացույցներ կծկանքների դադարումից հետո կանխարգելիչ տոկոլիտիկ թերապիայի արդյունավետության վերաբերյալ:</li> <li>● Տոկոլիտիկների կիրառում խորհուրդ է տրվում այն պարագայում, երբ ծննդաբերության հետաձգումը 48 ժամով էական դեր ունի նորածնի համար:</li> <li>● 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՝ համեմատած այլընտրանքային պրեպարատների, օրինակ՝ բետամիդետիկների կամ պրոստագլանդինների սինթետիկ հիբիթորների հետ:</li> </ul> |
| <b>ՊՄՎՊ</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Չկան բավարար ապացույցներ ՊՄՎՊ-ի պարագայում տոկոլիտիկների արդյունավետության վերաբերյալ:</li> <li>● Վարման որոշիչ գործոնը հղիության ժամկետն է:</li> <li>● Մինչև 34 շաբաթական ժամկետը ՊՄՎՊ-ի առկայությամբ կանանց մոտ տոկոլիզը նպաստում է.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– առաջիկա 48 ժամվա ընթացքում ծննդաբերության ռիսկի նվազեցմանը.</li> <li>– խորհրամանիոնիտի ռիսկի մեծացմանը առանց որևէ նշանակալի օգուտի մոր և նորածնի համար:</li> </ul> </li> <li>● Խորհուրդ չի տրվում տոկոլիզ կիրառել պտղի կենսունակության շեմին չհասած հղիության ժամկետում:</li> <li>● Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես «Մայրություն» ուղեցույց N 6:</li> </ul>  |
| <b>Հակացուցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Տոկոլիզի հակացուցումները (կախված դեղորայքից):</li> <li>● Ցանկացած վիճակ, որի պարագայում հղիության երկարաձգումը հակացուցված է, ներառյալ, սակայն ոչ սահմանափակված հետևյալ բարդություններով.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– պտղի ներարգանդային մահ,</li> <li>– կյանքի հետ անհամատեղելի պտղի արատներ,</li> </ul> </li> </ul>  |

| Ասպեկտ | Նկատառումներ  |
|--------|---|
|        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– պտղի վատ վիճակի կասկած,</li> <li>– հղիի մոտ արյունահոսություն՝ հեմոդինամիկ անկայունությամբ,</li> <li>– ծանր պրեէկլամպսիա,</li> <li>– ընկերքի շերտազատում,</li> <li>– խորիոամնիոնիտ:</li> </ul> |

## Նիֆեդիպին

| Ասպեկտ                         | Նկատառումներ  |                                |  |                  |   |
|--------------------------------|---|--------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Փաստեր</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Նիֆեդիպինը կայցիումի կանալների բլոկատոր է, որը թուլացնում է հարթ մկանները:</li> <li>• Տոկոլիտիկների ընտրության հարցում նախապատվությունը տրվում է նիֆեդիպինին:</li> </ul>   |                                |  |                  |   |
| <b>Հակացուցումներ</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հակացուցումները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Հիպոտենզիա մոր մոտ</li> <li>– Սրտային հիվանդություն</li> <li>– Սրտի աորտալ փականի խիստ արտահայտված նեղացում</li> <li>– Անամնեզում՝ անցանկալի կողմնակի ազդեցություն կայցիումի կանալների բլոկատորների ընդունումից</li> <li>– Պորֆիրիա</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Նիֆեդիպինի հակացուցումների դեպքում կիրառել այլ տոկոլիտիկներ:</b></p>  |                                |  |                  |   |
| <b>Դեղաչափ</b>                 | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Սկզբնական (հարվածային) դեղաչափ</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 մգ նիֆեդիպին (հաբեր)</li> <li>• Եթե 30 րոպե անց կծկանքները դեռևս շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:</li> <li>• Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Պահպանիչ դեղաչափ</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-20 մգ նիֆեդիպին յուրաքանչյուր 6-8 ժամը մեկ՝ 48 ժամվա ընթացքում՝ արգանդի կծկողական ակտիվության և ԶՃ ցուցանիշներին համապատասխան:</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> | Սկզբնական (հարվածային) դեղաչափ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 մգ նիֆեդիպին (հաբեր)</li> <li>• Եթե 30 րոպե անց կծկանքները դեռևս շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:</li> <li>• Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:</li> </ul> | Պահպանիչ դեղաչափ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-20 մգ նիֆեդիպին յուրաքանչյուր 6-8 ժամը մեկ՝ 48 ժամվա ընթացքում՝ արգանդի կծկողական ակտիվության և ԶՃ ցուցանիշներին համապատասխան:</li> </ul> |
| Սկզբնական (հարվածային) դեղաչափ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 մգ նիֆեդիպին (հաբեր)</li> <li>• Եթե 30 րոպե անց կծկանքները դեռևս շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:</li> <li>• Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:</li> </ul>  |                                |  |                  |   |
| Պահպանիչ դեղաչափ               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-20 մգ նիֆեդիպին յուրաքանչյուր 6-8 ժամը մեկ՝ 48 ժամվա ընթացքում՝ արգանդի կծկողական ակտիվության և ԶՃ ցուցանիշներին համապատասխան:</li> </ul>   |                                |  |                  |   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հետագա պահպանիչ թերապիան համարվում է անարդյունավետ:</li> <li>• 60 մգ-ից բարձր ընդհանուր դեղաչափի կիրառումը երեքից չորս անգամ մեծացնում է անցանկալի կողմնակի երևույթների, օրինակ՝ գլխացավի կամ հիպոտենզիայի հաճախականությունը:</li> <li>• Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 160 մգ:</li> </ul>   |                                |  |                  |   |

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

## Այլ տոկոլիտիկներ

### Ինդոմետացին

| Ասպեկտ                | Նկատառումներ   |
|-----------------------|--|
| <b>Փաստեր</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ինդոմետացինը պրոստագլանդինների սինթեզի ինհիբիտոր է:</li> <li>Ինդոմետացինը արգանդի կծկողական ակտիվության հզոր ինհիբիտոր է, որը գործում է ցիկլօքսիգենազների (COX) ինհիբիցիայի միջոցով, սակայն չկան դրա արդյունավետության վստահելի ապացույցներ՝ համապատասխան հետազոտությունների սակավության պատճառով:</li> </ul>                                     |
| <b>Հակացուցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Երիկամների կամ լյարդի արտահայտված խանգարումներ</li> <li>Ակտիվ պեպտիկ խոց, ստամոքսա-աղիքային արյունահոսություն</li> <li>Արյան մակարդելիության խանգարումներ կամ թրոմբոցիտոպենիա</li> <li>ՈՍՀԴ (ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ) ծագման ասթմա</li> <li>ՈՍՀԴ-ների այլ կողմնակի ազդեցություններ</li> <li>&gt;32 շաբաթական ժամկետ</li> </ul> |

| Ասպեկտ                    | Նկատառումներ  |   |
|---------------------------|---|---|
| <b>Դեղաչափ</b>            | Սկզբնական   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 50 մգ ռեկտալ կամ</li> <li>– 50-100 մգ հաբեր</li> </ul> |
|                           | Պահպանիչ դեղաչափ  | – 25-50 մգ հաբեր յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ   |
|                           | Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 300 մգ:  |   |
| <b>Մեկնաբանություններ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Հնարավոր ռիսկերը պտղի և նորածնի համար ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> <li>– պտղի զարկերակային ծորանի նեղացում (հղիության ժամկետի 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).</li> <li>– պտղի արյան շրջանառության փոփոխություններ, մասնավորապես ուղեղի.</li> <li>– երկվամային ֆունկցիայի թուլացում (կարող է հանգեցնել սակավաջրության).</li> <li>– մեռուկացնող էնտերոկոլիտ:</li> </ul> </li> <li>● Պտղի և նորածնի մոտ կողմնակի երևույթների հավանականությունը հաշվի առնելով՝ ինդոմետացինի կիրառումը պետք է դիտարկել միայն հետևյալ դեպքերում. <ul style="list-style-type: none"> <li>– 28+0 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետ,</li> <li>– տոկոլիզի անհնարինություն այլ տոկոլիտիկների միջոցով,</li> <li>– այլ տոկոլիտիկների հակացուցումների առկայություն (օր.՝ սրտի հիվանդություն):</li> </ul> </li> </ul> |   |
| <b>Դիտարկում</b>          | ● Կարևոր է ապահովել պտղի վիճակի խիստ հսկողություն:  |   |

### Հեքսոպրենալին

| Ասպեկտ        | Նկատառումներ   |
|---------------|--|
| <b>Փաստեր</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Հեքսոպրենալինը բետամիմետիկ պրեպարատ է:</li> <li>● Համեմատած պլացեբոյի հետ՝ բետամիմետիկները արդյունավետ տոկոլիտիկ պրեպարատներ են, սակայն տեղեկություններ կան նշանակալի անցանկալի կողմնակի երևույթների մասին, ներառյալ՝ մոր մահ թոքերի այտուցից:</li> <li>● Չկան ապացույցներ փաստելու, որ ներքին ընդունման բետամիմետիկների պահպանիչ թերապիան արդյունավետ է սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում:</li> <li>● Հեքսոպրենալինի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ տոկոլիտիկներ չեն կարող կիրառվել հակացուցումների առկայության պատճառով:</li> </ul> |

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

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

### 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 ան-



ցանկալի կողմնակի երևույթների ավելի ցածր հաճախականություն: Ատոսիբանը Հաստատնում գրանցված չէ:

### Մազնեզիումի սուլֆատ

Չկան ապացույցներ փաստելու, որ մազնեզիումի սուլֆատը կարող է կիրառվել որպես առաջին գծի տոկոլիտիկ, ուստի այդ նպատակով մազնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նպատակահարմար չէ: Քոհրեյնի հետազոտությունների տվյալներով ապացուցվել է, որ մազնեզիումի սուլֆատը անարդյունավետ է վաղաժամ ծննդաբերությունը հետաձգելու կամ կանխարգելելու հարցում և նույնիսկ զուգակցվում է նորածինների մահացության հաճախականության աճի հետ:

Այսպիսով, մազնեզիումի սուլֆատի կիրառումը որպես տոկոլիտիկ խորհուրդ չի տրվում Եվրոպայի, Ռուսաստանի, Ավստրալիայի և այլ երկրների բժշկական ուղեցույցների ճշող մեծամասնության կողմից:

Հյուսիսամերիկյան ուղեցույցներն առաջարկում են կիրառել մազնեզիումի սուլֆատը «հղիության կարճաժամկետ երկարացման համար (մինչև 48 ժամ), ինչը թույլ է տալիս կիրառել նախածննդյան 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 մազնեզիումի սուլֆատը տոկոլիտիկ նպատակով:**

### Առաջարկություններ

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



Տոկոլիտիկների կիրառումը չի զուգակցվում պերինատալ կամ նորածնային մահացության, կամ նորածնային հիվանդացության հաճախականության հստակ կրճատման հետ:



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:



Բետա-միմետիկ պրեպարատներն ունեն անցանկալի կողմնակի ազդեցության բարձր հաճախականություն: Համեմատած բետա-միմետիկների 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:



Մի քանի տոկոլիտիկների զուգահեռ կիրառումը խորհուրդ չի տրվում, քանի որ այն զուգակցվում է կողմնակի երևույթների ռիսկի մեծացման հետ:



Չկան հիմնավոր ապացույցներ հստակ եզրակացություն կատարելու սպառնացող ՎԾ-ից հետո պահպանիչ տոկոլիտիկ թերապիայի արդյունավետության վերաբերյալ: Ուստի, պահպանիչ թերապիայի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում:



5.5. Հակաբիոտիկներ

| Ասպեկտ   | Նկատառումներ  |
|--|---|
| <p><b>ՎԾ (կամ սպառնացող ՎԾ) առանց խորհրդանիշների ախտանիշների</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● &lt;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:</li> <li>● ԲԽՍ հակաբիոտիկային կանխարգելիչ թերապիան խորհուրդ չի տրվում &lt;37 շաբաթ հղիության ժամկետի հղիներին, որոնց մոտ սկսվել է ծննդաբերական պրոցեսը, և նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում կատարված հեշտոցային/ռեկտալ քսուքի հետազոտման արդյունքը բացասական է:</li> <li>● ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան անց է կացվում ՎԾ ախտանիշներով հիվանդանոց ընդունված կանանց մոտ, եթե նախորդ հինգ շաբաթվա ընթացքում կատարված ԲԽՍ հետազոտման արդյունքը դրական է:</li> <li>● 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"> <li>– Սկսված վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում շարունակել ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան մինչև ծննդալուծումը:</li> <li>– Դադարեցնել ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան, եթե վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկ այլևս չի սպառնում:</li> <li>– ԲԽՍ հետազոտման բացասական արդյունքի ստացման պարագայում դադարեցնել ԲԽՍ կանխարգելիչ թերապիան:</li> </ul> </li> <li>● Մինչծննդաբերական կանխարգելիչ թերապիան խորհուրդ չի տրվում այն հղիներին, որոնց սպասվում է պլանային կեսարյան հատում ծննդաբերական ակտիվության և պտղաջրերի արտահոսքի բացակայության պարագայում, անկախ հղիության ժամկետից, նույնիսկ ԲԽՍ քննության դրական արդյունքի դեպքում:</li> <li>● ԲԽՍ կանխարգելումը սույն ուղեցույցի շրջանակներից դուրս է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես «Մայրություն» ուղեցույցի N 6:</li> </ul> |

| Ասպեկտ   | Նկատառումներ   |
|--|--|
| <b>Խորիոամնիոնիտի ախտանիշներ (անվնաս ՊԹ կամ ՊԹ պատռման պարագայում)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Խորիոամնիոնիտի ախտանիշները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> <li>– 38°C-ից բարձր ջերմաստիճան մոր մոտ (առկա է դեպքերի 95–100%-ում),</li> <li>– թուլանում 100 զարկից ավելի բարձր տախիկարդիա մոր մոտ (առկա է դեպքերի 50–80%-ում),</li> <li>– 160 զարկից ավելի բարձր տախիկարդիա պտղի մոտ (առկա է դեպքերի 40–70%-ում),</li> <li>– արգանդի ցավոտություն,</li> <li>– հեշտոցային արտադրություն սուր հոտով,</li> <li>– լեյկոցիտների քանակի ավելացում (ավելի քան <math>15 \times 10^9/L</math>),</li> <li>– C-ռետակտիվ սպիտակուցի մակարդակի բարձրացում:</li> </ul> </li> <li>● Պետք է թուլացնել ծննդաբերական գործունեությունը: Խորհուրդ է տրվում դիտարկել ծննդաբերության խթանումը և լայն սպեկտրի հակաբիոտիկի ն/ե ներմուծումը:</li> <li>● Կասկածել խորիոամնիոնիտ, եթե ՊՄՎՊ նշաններով կանանց մոտ սկսվում է ծննդաբերական գործունեությունը:</li> <li>● 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:</li> <li>● Եթե պացիենտը ալերգիկ է բետա-լակտամների նկատմամբ, ամպիցիլինի փոխարեն կիրառել 1 գ վանկոմիցին, ն/ե, ամեն 12 ժամը մեկ:</li> <li>● Հակաբիոտիկային թերապիան շարունակել հետծննդյան շրջանում:</li> <li>● Ջերմության բացակայության դեպքում դիտարկել հաբերի կիրառումը:</li> </ul> |
| <b>Եթե վաղաժամ ծննդաբերություն չի սկսվում</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Այլ ցուցումների բացակայության դեպքում և անվնաս պտղաթաղանթների պարագայում՝ դադարեցնել հակաբիոտիկների կիրառումը;</li> <li>● ՊՄՎՊ պարագայում տես «Մայրություն» ուղեցույց N 6:</li> </ul>   |

5.6. Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով

| Ասպեկտ  | Նկատառումներ   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <b>Հակացուցումներ</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Սրտի հաղորդչականության խանգարումներ մոր մոտ</li> <li>• Հիպերմագնեզեմիա</li> <li>• Ծանր միասթենիա մոր մոտ (օգտագործել զգուշությամբ, խիստ հսկողության ներքո)</li> <li>• Հատուկ ուշադրություն է պահանջում նիֆեդիպինի զուգահեռ կիրառումը</li> <li>• Երիկամների ֆունկցիայի խանգարում. վերահսկել մագնեզիումի մակարդակը պլազմայում/մեզի քանակը:</li> </ul> |   |   |   |
| <b>Ներմուծման ուղի</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ն/ե ներարկում (խորհուրդ է տրվում կիրառել վերահսկող ներարկման սարք)</li> </ul>   |   |   |   |
| <b>Դեղաչափեր</b><br>(չկա բավարար վկայություն՝ որոշելու ներկայացված երեք սխեմաների նկատմամբ նախապատվության հերթականությունը) |  | I   | II  | III   |
|   | Հարվածային-դեղաչափ   | 4 գ 20 րոպեի ընթացքում, դանդաղ բոլյուս  | 6 գ 20-30 րոպեի ընթացքում, 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 |   |
| <b>Կողմնակի երևույթներ</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հիպերմագնեզեմիայի հետ կապված խնդիրներ</li> <li>• Հաճախ հանդիպող (&gt;1%)՝ սրտխառնոց և փսխում, մաշկի կարմրություն</li> <li>• Հազվադեպ (0.1–1%)՝ գլխացավ, գլխապտույտ</li> </ul>   |   |   |   |
| <b>Ելակետային տվյալներ</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հիմնական ցուցանիշներ. արյան ճնշում, անոթազարկի հաճախություն, շնչառության հաճախություն</li> <li>• Թթվածնային հագեցվածություն (SpO2)</li> <li>• Ծնկային ռեֆլեքս</li> <li>• Որովայնի շոշափում</li> <li>• Կծկանքների հսկողություն 10 րոպեի ընթացքում</li> <li>• ՊՍՀՀ/ԿՏԳ</li> </ul>   |   |   |   |

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

| Ասպեկտ   | Նկատառումներ  |
|--|---|
| <b>Հսկողություն հարվածային դեղաչափի ներմուծման ժամանակ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Արյան ճնշման, անոթազարկի հաճախության, շնչառության հաճախության չափում ամեն 5 րոպեն մեկ (առնվազն 20 րոպեի ընթացքում) մինչև վիճակի կայունացումը:</li> <li>● Թթվածնով հագեցվածության շարունակական ստուգում:</li> <li>● Կծկանքների վերահսկում՝ 10 րոպեի ընթացքում՝ ամեն 30 րոպեն մեկ:</li> <li>● Շարունակական ԿՏԳ 24 շաբաթական կամ հղիության ավելի մեծ ժամկետում: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ԿՏԳ արդյունքները վերլուծել համաձայն հղիության ժամկետի՝ 28 շաբաթից փոքր ժամկետի դեպքում:</li> <li>– ԿՏԳ անցկացման անհնարինության դեպքում փաստագրել պատճառը:</li> </ul> </li> <li>● ՊՍԶՀ լուր ամեն 15–30 րոպեն մեկ 24 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի պարագայում:</li> <li>● Կողմնակի ազդեցության բացահայտում:</li> <li>● Խորը ջլային ռեֆլեքսների ստուգում (ծնկային կամ երկգլխանի մկանի) սկզբնական դեղաչափը ներմուծելուց հետո:</li> </ul> |
| <b>Հսկողություն պահպանիչ դեղաչափերի ներմուծման ժամանակ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Արյան ճնշման, անոթազարկի, շնչառության հաճախության, թթվածնային հագեցվածության չափում ամեն 30 րոպեն մեկ</li> <li>● Մարմնի ջերմաստիճանի չափում 2 ժամը մեկ</li> <li>● Կծկանքների վերահսկում՝ 10 րոպեի ընթացքում ամեն 30 րոպեն մեկ</li> <li>● Շարունակական ԿՏԳ 24 շաբաթական կամ հղիության ավելի մեծ ժամկետում <ul style="list-style-type: none"> <li>– ԿՏԳ արդյունքները վերլուծել համաձայն հղիության ժամկետի՝ 28 շաբաթից փոքր ժամկետի դեպքում</li> </ul> </li> <li>● ՊՍԶՀ լուր ամեն 15–30 րոպեն մեկ 24 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի դեպքում</li> <li>● Հեղուկի բալանսի խիստ վերահսկում և փաստագրում</li> <li>● Խորը ջլային ռեֆլեքսների ստուգում յուրաքանչյուր ժամը մեկ</li> </ul>   |
| <b>Հսկողություն ներարկումից հետո</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Կրկնել կենսական տվյալների ստուգումը</li> <li>● Ստուգումները կատարել մեկ ժամում առնվազն չորս անգամ կամ, ցուցման դեպքում, ավելի հաճախ:</li> <li>● Որպես կանոն, երիկամների նորմալ ֆունկցիայի պարագայում շիճուկի վերահսկման անհրաժեշտություն չկա: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ծիճուկում մազնեզիումի թերապևտիկ մակարդակը 1.7–3.5 մմոլ/լ է:</li> </ul> </li> </ul>  |

| Ասպեկտ                                   | Նկատառումներ  |
|--|---|
| <b>Դադարեցում և շտապ բժշկական զննում</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ծնչառության հաճախությունը՝ 12 շնչ/ր-ից պակաս կամ ելակետային ցուցանիշից 4 շնչ/ր պակաս</li> <li>• Դիաստոլիկ ճնշման իջեցում ելակետային ցուցանիշից 15 մմ ս/ս ցածր</li> <li>• Խորը ջլային ռեֆլեքսների բացակայություն</li> <li>• Մեզի քանակի նվազում 25 մլ/ժ-ից պակաս կամ 4 ժամվա ընթացքում 100 մլ-ից պակաս</li> <li>• Շիճուկի մագնեզիումի մակարդակի բարձրացում 3.5 մմոլ/լ-ից ավելի</li> <li>• Վերակենդանացման միջոցառումների և օդափոխիչի անհապաղ ապահովում;</li> <li>• 1 գ կալցիումի գլյուկոնատի ներարկում շնչառական խանգարումների դեպքում</li> </ul> |

**Առաջարկություններ**

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:

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:

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:

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:

A

Եթե պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով կիրառվում է նախածննդյան մագնեզիումի սուլֆատ, ապա տոկոլիզը դադարեցվում է:

D

Մագնեզիումի սուլֆատի ընդունումը դադարեցվում է, եթե վաղաժամ ծննդալուծման ռիսկն այլևս չկա, կամ արդեն իրականացվել է 24-ժամյա թերապիան:

C

Մոր և պտղի առողջական վիճակով պայմանավորված պլանային ՎԾ-ի դեպքում առավել արդյունավետ է սկսել մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը ծննդաբերությանը նախորդող չորս ժամվա ընթացքում:

B

Չկա բավարար ապացույց այն մասին, որ պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով պետք է կիրառել նախաձննդային մագնեզիումի սուլֆատի կրկնակի կուրս:

D

Ծննդալուծումը չպետք է հետաձգվի պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման համար, եթե պահանջվում է շտապ ծննդալուծում ըստ մոր կամ պտղի հետ կապված ցուցումների:

D

**5.7. Վաղաժամ ծննդաբերության եղանակ**

| Ասպեկտ   | Նկատառումներ  |
|--|---|
| <b>Փաստեր</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Վաղաժամ ծննդաբերությունը, որպես այդպիսին, չպետք է համարվի կեսարյան հատման ցուցում: Վիրահատական ծննդալուծման այլ ցուցումների բացակայության դեպքում պլանավորվում է հեշտոցային ծննդալուծում:</li> <li>• Վաղաժամ ԿՀ իրականացումը, որպես կանոն, տեխնիկապես ավելի բարդ է և կրում է որոշակի ռիսկ երեխայի համար՝ լիարժեք չձևավորված ստորին սեզմենտի պատճառով:</li> <li>• 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:</li> </ul>   |
| <b>Միապտուղ հղիություն՝ գլխային առաջադրությամբ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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:</li> <li>• Էլեկտիվ ԿՀ-ն զուգակցվում է մոր մոտ հայտնի ռիսկերի հետ, իսկ ցածր քաշով, գլխային առաջադրությամբ նորածնի համար դրա առավելության հարցն անորոշ է:</li> <li>• 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:</li> </ul> |

| Ասպեկտ   | Նկատառումներ   |
|--|--|
| <p><b>Կոնքային առաջադրություն</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Պտղի կոնքային առաջադրությամբ ՎԾ օպտիմալ եղանակի ընտրությունը դեռևս բարդ կլինիկական որոշում է:</li> <li>● Կոնքային առաջադրությամբ պտղի ծննդաբերության օպտիմալ եղանակի մասին վկայությունները՝ ներկայացված տարբեր հեղինակավոր ուղեցույցներում, միմյանց հակասում են և անորոշ բնույթ են կրում, ինչը պայմանավորված է բարձր մակարդակի ուսումնասիրությունների պակասով:</li> <li>● Որոշիչ դեր են կատարում անհատական հանգամանքները և մոր նախապատվությունը:</li> </ul>   |
| <p><b>Վաղաժամ ծնված նորածինների պորտալարի հատման ճիշտ ժամանակը</b></p> <p>(թե՛ հեշտոցային ծննդալուծման, թե՛ կեսարյան հատման դեպքում)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Հնարավորության դեպքում պետք է նախընտրել պորտալարի ուշ հատումը:</li> <li>● Հարկավոր է սպասել 30 վայրկյան, սակայն 3 րոպեից ոչ ավել, և հատել վաղաժամ ծնված նորածնի պորտալարը, եթե մոր և նորածնի վիճակը կայուն է:</li> <li>● 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:</li> <li>● Պորտալարը հատելուց առաջ պետք է պահել երեխային ընկերքի մակարդակի վրա կամ ավելի ցածր:</li> </ul> |



## 6. 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:

| Ասպեկտ                                     | Նկատառումներ  |
|--|---|
| <b>Երկարատև հոսպիտալացում</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Խնամքը պլանավորվում է համաձայն հիմնական կլինիկական արտահայտությունների:</li> <li>● Իրականացվում է կլինիկական գնահատում և ցուցման դեպքում դիտարկվում է.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– խորհրդատվություն/ուղեգրում/տեղափոխում,</li> <li>– ԱՊԵ չափումներ ՏՎԳՀ միջոցով,</li> <li>– պրոգնոստերոն,</li> <li>– պտղի վիճակի գնահատում,</li> <li>– մոր զննում և վիճակի գնահատում,</li> <li>– ՎԾ պլանավորում,</li> <li>– հսկողության ռեժիմի ընտրություն (օր.՝ մարմնի ջերմաստիճան, արյան ճնշում):</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Դուրսգրում</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Դուրսգրման չափանիշները ներառում են.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– կենսական ցուցանիշներ մոր մոտ,</li> <li>– խորհրամանիոնիտի նախանշաններ,</li> <li>– պտղաթաղանթների վիճակ,</li> <li>– ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ,</li> <li>– ԱՊԵ փոփոխություն (ՏՎԳՀ անցկացման դեպքում),</li> <li>– ԿՏԳ նորմալ ցուցանիշներ՝ համաձայն հղիության ժամկետի:</li> </ul> </li> <li>● Հղին տեղեկատվության տրամադրում հետևյալ հարցերի շուրջ.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– ՎԾ նախանշաններ և ախտանիշներ,</li> <li>– ռիսկի նվազեցման միջոցներ համապատասխան հանգամանքներում (օր.՝ սեռական ակտիվություն),</li> <li>– բուժհաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակ:</li> </ul> </li> <li>● Պլանավորել հետագա գործողությունները և սահմանել շարունակական հսկողության պահանջները:</li> </ul> |
| <b>Ուղեգրում և հետագա գործողություններ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Տեղեկություններ տրամադրել հղին, բուժող բժշկին և/կամ ուղեգրող բուժհաստատությանը հետագա գործողությունների և կլինիկական հսկողության պահանջների վերաբերյալ:</li> </ul>   |

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ա. ՖԵՏԱԼ ՖԻԲՐՈՆԵԿՏԻՆԻ ԹԵՍՏ\*

| Ասպեկտ                            | Նկատառումներ  |
|-----------------------------------|---|
| <b>Փաստեր</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ֆետալ ֆիբրոնեկտինը գլիկոպրոտեին է, որը նպաստում է պտղի խորհոնի 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:</li> <li>● Հեշտոցային արտազատուկում ՖՖՆ-ի 50 նգ/մլ գերազանցող մակարդակը զուգակցվում է ՎԾ բարձր ռիսկի հետ:</li> <li>● 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%:</li> <li>● 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:</li> </ul> |
| <b>Ցուցումներ</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ախտանշային ՎԾ՝ 22+0 շաբաթից մինչև 36+0 շաբաթ հղիության ժամկետում և</li> <li>● Անվնաս պտղաթաղանթներ և</li> <li>● 3 սմ-ին հավասար կամ դրանից պակաս արգանդի պարանոցի բացում</li> </ul>  |
| <b>Հակացուցումներ</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 3 սմ-ից ավելի պարանոցի բացում</li> <li>● Պտղաթաղանթների պատռում</li> <li>● Պարանոցի սերկլլած</li> <li>● Օճառի, գելի, քսանյութի կամ ախտահանիչ քսուքի առկայություն հեշտոցում</li> </ul>  |
| <b>Հարաբերական հակացուցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Միջին կամ ծանր աստիճանի արյունահոսության տեսանելի նշաններ</li> <li>● Սեռական հարաբերությունից հետո չի անցել 24 ժամ</li> <li>● ՖՖՆ-ի թեստը համարվում է վավեր նույնիսկ 10 նգ/մլ-ից ցածր բացասական արդյունքի դեպքում.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– եթե սեռական հարաբերությունը տեղի է ունեցել նախորդ 24 ժամվա ընթացքում.</li> <li>– առկա է միջին կամ ծանր աստիճանի արյունային արտադրություն հեշտոցից:</li> </ul> </li> </ul>  |

| Ասպեկտ                              | Նկատառումներ   |
|-------------------------------------|--|
| <b>Հետազոտման ընթացքը</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Իրականացվում է ստերիլ հայելիներով հետազոտման ժամանակ մինչև պարանոցի կամ հեշտոցի զննում կամ միջամտություն անցկացնելը:</li> <li>• Որպես քսանյութ օգտագործել միայն ստերիլ ջուր:</li> <li>• Թեստի նմուշը պետք է վերցնել հեշտոցի հետին կամարից:</li> <li>• Համաձայնեցնել թեստի օգտագործման ցուցումների հետ:</li> </ul>   |
| <b>Քանակական ֆՖՆ թեստ</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Քանակական ֆՖՆ թեստի միջոցով հնարավոր է. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Գնահատել ՎԾ հավանականությունը</li> <li>– Իրականացնել ռիսկի գնահատում և պլանավորում</li> <li>– Խուսափել անիմաստ միջամտություններից</li> <li>– Բացահայտել նպատակային միջամտությունների հավակնորդ կանանց</li> <li>– Բարձրացնել վստահությունը բժիշկների և հղիի միջև</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>ֆՖՆ &lt;50 նգ/մլ (բացասական)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ծննդաբերության ցածր ռիսկ 7–14 օրվա ընթացքում</li> <li>• Կեղծ բացասական պատասխանի պատճառներ. <ul style="list-style-type: none"> <li>– հայելիներով զննման ժամանակ քսանյութի օգտագործում,</li> <li>– ներհեշտոցային ախտահանիչ միջոցների օգտագործում:</li> </ul> </li> <li>• Վարման հետ կապված նկատառումների համար տես Բաժին 5:</li> </ul>                                   |
| <b>ֆՖՆ ≥50 նգ/մլ (դրական)</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Կեղծ դրական պատասխանի պատճառներ կարող են հանդիսանալ. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Սեռական հարաբերություն</li> <li>– Մատնային հեշտոցային հետազոտություն</li> <li>– Տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտություն</li> <li>– Արյունահոսություն</li> </ul> </li> </ul>   |

\* Սույն ուղեցույցի հրատարակման պահին ֆՖՆ թեստը Հայաստանում դեռևս հասանելի չէ: Աղբյուր. *Preterm labour and birth (Supplement). Queensland Clinical Guidelines. 2015.*

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ա1. ԻՆՔՆԱԲԵՐ ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆ ԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ 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 Բ. ՎԾ ՌԻՍԿ ԵՐՐՈՐԴ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ**

| Մանկաբարձական տվյալներ                               | ՎԾ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում |
|--|------------------------------------|
| Երկու ՎԾ անամենցում                                  | 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 Գ. 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 Gynecol 2004; 190:1493.*

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ Դ. ՎԾ ԿԱՆԻԱՐԳԵԼՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ  
ՊՐՈԳՆՍՏԵՐՈՆԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՀԱՄԱՐ  
ՀՂԻՆԵՐԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ**

| <b>Ցուցումներ</b>  | <b>Ցուցված է արդյոք պրոգնոստերոնի կիրառումը</b> |
|--|---|
| 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 ( $\leq 20$ մմ)            | Այո   |
| Բազմապտուղ հղիություն (երկպտուղ կամ եռապտուղ), անամնեզում ՎԾ առկա չէ, նորմալ ԱՊԵ | Հնարավոր է, չկան բավարար ապացույցներ            |
| Երկպտուղ հղիություն, ՎԾ անամնեզում   | Հնարավոր է, չկան բավարար ապացույցներ            |
| Երկպտուղ հղիություն, կարճ ԱՊԵ  | Ոչ  |
| ՊՄՎՊ   | Ոչ  |
| Դրական ֆՖՆ թեստ  | Ոչ  |
| Սպառնացող ՎԾ, սակայն ՎԾ-ն տեղի չի ունենում                                       | Ոչ  |

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ե. ՎԾ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՊՐՈԳՆՍՏԵՐՈՆԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐ ԸՍՏ ՏԱՐԲԵՐ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԻ**

| <b>Ուղեցույց</b>   | <b>Սկիզբ</b>  | <b>Եղանակ և դեղաչափ</b>  | <b>Ավարտ</b>                                |
|--|---|--|---|
| Քվինալենդի կլինիկական ուղեցույց (QCG)                            | 16-24-րդ շաբաթ  | Անամնեզում՝ ՎԾ.<br>200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական   | 34-36-րդ շաբաթ կամ ՊՄՎՊ կամ ծննդաբերություն |
| Հարավային Ավստրալիայի առողջապահական կազմակերպություն (SA Health) | -   | Հղիության 19-24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց. 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական   | 34-րդ շաբաթ կամ ՊՄՎՊ կամ ծննդաբերություն    |
| Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան կոնգրես (ACOG)           | 16-24-րդ շաբաթ  | Անամնեզում՝ ՎԾ.<br>պրոգեստերոն<br><br>Հղիության 24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց, անամնեզում ՎԾ առկա չէ.<br>ներհեշտոցային պրոգեստերոն  | 36-րդ շաբաթ                                 |
| Մոր և պտղի բժշկական ասոցիացիա (SMFM)                             | 16-20-րդ շաբաթ (17P ընդունելու համար օպտիմալ ժամանակը մինչև հղիության 21-րդ շաբաթն է, սակայն մինչև 28-րդ շաբաթը նույնպես կարող է լինել արդյունավետ) | Անամնեզում՝ ՎԾ.<br>250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ<br>100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական<br><br>Հղիության 18-24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց, անամնեզում ՎԾ առկա չէ.<br>200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական | 36-րդ շաբաթ                                 |
| UpT-Date   | 16-20-րդ շաբաթ  | Անամնեզում՝ ՎԾ.<br>250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ<br>Ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական  | 36-րդ շաբաթ                                 |

| Ուղեցույց   | Սկիզբ                    | Եղանակ և դեղաչափ   | Ավարտ               |
|---|--------------------------|--|---------------------|
|   |                          | <p>Հղիության 24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված &lt;20 մմ կարճ պարանոց.<br/>100-200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական կամ<br/>100 մգ միքրոնիզացված պրոգեստերոն ներքին ընդունման</p>  |                     |
| Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հոլանդական ասոցիացիա (NVOG) | 18-24-րդ շաբաթ           | Անամնեզում՝ ՎԾ Մինչև հղիության 32-րդ շաբաթը ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց.<br>100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական  | 34-րդ շաբաթ         |
| Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ասոցիացիա (SOCG)     | 20 շաբաթը լրանալուց հետո | <p>Անամնեզում՝ ՎԾ.<br/>250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ<br/>100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական</p> <p>Հղիության 22–26-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված &lt;15 մմ կարճ պարանոց.<br/>200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական</p> | Երբ ՎԾ ռիսկը ցածր է |
| Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի միջազգային ֆեդերացիա (FIGO) | -                        | <p>Հղիության 19–24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված &lt;25 մմ կարճ պարանոց.<br/>200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական</p>   | 37-րդ շաբաթ         |
| Առողջության և բուժօգնության որակի ազգային ինստիտուտ (NICE)  | -                        | <p>Անամնեզում՝ ՎԾ կամ հղիության 16–24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված &lt;25 մմ կարճ պարանոց.<br/>ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական.</p>  | -                   |

| Ուղեցույց   | Սկիզբ  | Եղանակ և դեղաչափ   | Ավարտ       |
|---|--|--|-------------|
| Մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և պերինատոլոգիայի գիտական կենտրոն (ՀԱԿԴԻՊ) | 16-20-րդ շաբաթ   | Անամնեզում՝ ՎԾ կամ <15 մմ կարճ պարանոց. 250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ 100 մգ ներիեշտոցային պրոգեստերոն օրական | 36-րդ շաբաթ |
| Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ (RCOG) և ԱՀԿ (WHO)        | Պրոգեստերոնի կիրառումը խորհուրդ է տրվում, սակայն չկան բավարար ապացույցներ ընդունման հստակ դեղաչափեր և տևողություն առաջարկելու համար: |  |             |

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ Զ. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԵՐԿԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ 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. Cervicallengthandobstetric history predict spontaneous pretermbirth: development and valid ation of a model to provide in dividualized risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 31(5): 549-54.



## ՀԱՎԵԼՎԱԾ Է. ԱՊԱՅՈՒՅՑՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԸ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐԿԱՆԻՇՆԵՐԸ

| <b>Ապացույցների մակարդակի դասակարգումը</b>  | <b>Առաջարկությունների վարկանիշները</b>  |
|---|---|
| <p>1++ Բարձր որակի մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների շատ փոքր ռիսկով:</p> <p>1+ Լավ իրականացված մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:</p> <p>1- Մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:</p> <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>A Առնվազն մեկ մեթա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:</p> <p>կամ<br/>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:</p> <p>B Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2++ վարկանիշով ուսումնասիրություններ և ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի 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>✓ Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p> |

Աղբյուր. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG).

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Abbott DS, Radford SK, Seed PT, et al. Evaluation of a quantitative fetal fibronectin test for spontaneous preterm birth in symptomatic women. *Am J Obstet Gynecol* 2012;208: 208:122.e1-6
2. 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.
3. 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](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)
4. 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).
5. 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)
6. Cervical cerclage. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 May. 21 p. (Green-top guideline; no. 60).
7. Cervical insufficiency and cervical cerclage. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). *J Obstet Gynaecol Can.* 2013 Dec; 35(12):1115-27.)
8. Cervicallengthandprogesteroneforthepredictionandpreventionofpretermbirth. FIGO Good Practice Advice. July 2014. [http://www.sego.es/Content/pdf/Best\\_practice\\_advise-July\\_2014.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/Best_practice_advise-July_2014.pdf)
9. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008 May; 31(5):579-87.
10. Diagnosis of preterm labor and overview of preterm birth. UpToDate. Apr 2016. [http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor-and-overview-of-preterm-birth?source=search\\_result&search=preterm&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor-and-overview-of-preterm-birth?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=1~150)
11. Fonseca EB, M.D., et al., for the Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the Risk of Preterm Birth among Women with a Short Cervix *N Engl J Med* 2007; 357:462-469
12. Hassan SS et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Jul;38(1):18-31
13. 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.
14. 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.
15. Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 159 (interim update). *Obstet Gynecol* 2016;127:e29-38.
16. Management of preterm labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2012 Jun. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 127). *Obstet Gynecol.* vol. 119, no. 6, June 2012

17. Prediction and prevention of preterm birth. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin no.130: *Obstet Gynecol* 2012 Oct; 120(4): 964-73.
18. Preterm Birth Prevention: Evidence-Based Use of Progesterone Treatment Issue Brief and Action Steps for Medicaid Health Plans, Nov. 2014. Medicaid Health Plans of America. 18 p. [http://www.mhpa.org/\\_upload/PTBIssueBrief111714MHPA.pdf](http://www.mhpa.org/_upload/PTBIssueBrief111714MHPA.pdf)
19. Preterm birth: Risk factors and interventions for risk reduction. UpToDate. May 2016. <http://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-risk-factors-and-interventions-for-risk-reduction?source=searchresult&search=preterm&selectedTitle=4~150>
20. Preterm labour and birth (Supplement). Queensland Clinical Guidelines. 2015. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland, Australia). 11 p. <https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/s-ptl.pdf>
21. 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>
22. 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](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4/Preterm+Labour_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4)
23. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee with the assistance of Vincenzo Berghella, MD. *Am J Obstet Gynecol* May 2012; 206: 376-386.
24. Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth. UpToDate. May 2016. [http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth?source=search\\_result&search=preterm&selectedTitle=9~150](http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=9~150)
25. 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
26. Second-trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth. UpToDate. Apr 2016. <http://www.uptodate.com/contents/second-trimester-evaluation-of-cervical-length-for-prediction-of-spontaneous-preterm-birth?source=searchresult&search=preterm+cervical&selectedTitle=1~150>
27. The Use of Progesterone for Prevention of Preterm Birth. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Practice guidelines. No. 202, January 2008. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(1):67-71
28. Tocolysis for Women in Preterm Labour. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 Feb. 13 p. (Green-top guideline; no. 1b).
29. 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
30. 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf)
31. Преждевременные роды. Клинический протокол. ФГУ «НЦАГиПим. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России / Институт Здоровья Семьи. Москва 2011. 29 с.

Շապիկի նկարը. Մինաս Ավետիսյան, «Մայրություն», 1972թ.  
Նկարն արտատպելու հնարավորությունը մեծահոգաբար ընձեռել են  
Մինաս Ավետիսյանի ժառանգները: