UNFPA

ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ

ՀՀ առողջապահության նախարարություն

Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ

«ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԴՐԴՈՒՄ ԵՎ ԽԹԱՆՈՒՄ»
«ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ»

Ցուցումները և իրականացման կարգը

(ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)

ԵՐԵՎԱՆ 2014

ՄԱԿ-ի Բնակչության
հիմնադրամ

ՀՀ առողջապահության
նախարարություն

Վերարտադրողական առողջության,
պերինատալոգիայի,
մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի
հանրապետական ինստիտուտ

«ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԴՐԴՈՒՄ ԵՎ ԽԹԱՆՈՒՄ»
«ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ»

Ցուցումները և իրականացման կարգը

(ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ
ՄԱՆԿԱԲԱՐՁ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)

ԵՐԵՎԱՆ 2014

Սույն կլինիկական ուղեցույցները մշակվել են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության նոր մոտեցումների հիման վրա, ՀՀ առողջապահության նախարարության, Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի համագործակցությամբ իրականացվող «Սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հզորացում» ծրագրի շրջանակներում:

Ուղեցույցները ենթարկվել են փորձաքննության, հավանության արժանացել ծառայություն իրականացնողների, ինչպես նաև Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների, նեոնատոլոգների ասոցիացիայի կողմից:

Ուղեցույցները նախատեսված են հիվանդանոցային մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնություն իրականացնողների համար:

Հաստատվել են ՀՀ առողջապահության նախարարի 10.09.2014թ. թիվ 2136–Ա հրամանով:

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ՝
Ավագյան Գ.Ս.՝ բ.գ.դ.
Աբրահամյան Ռ.Ռ.՝ բ.գ.թ.
Պետրոսյան Գ.Ղ.
Աղաջանյան Ա.Ս.

© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ

ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԴՐԴՈՒՄ ԵՎ ԽԹԱՆՈՒՄ

Ներածություն

Վերջին տարիներին հաճախացել են մոր և պտղի բժշկական ցուցումներով ծննդաբերության դրդմանն ու խթանմանը դիմելու դեպքերը, ինչը պահանջում է այդ կարևոր գործընթացի կանոնակարգում, որի համար հիմք են հանդիսացել ԱՀԿ-ի դրույթները:

Մանկաբարձական պրակտիկայում տարբերում են ծննդաբերության դրդում (ինդուկցիա) և խթանում (ստիմուլյացիա):

Երկու դեպքում էլ կիրառվում են նման մոտեցումներ, սակայն դրդման դեպքում նպատակը ծննդաբերական գործունեության առաջացումն է, իսկ խթանմանը՝ կծկանքների ուժեղացումը դրանց ինքնուրույն սկսվելուց հետո:

Ծննդաբերության դրդումը, այսինքն՝ հղիության ընդհատման որոշման ընդունումը մինչև ծննդաբերության ինքնաբեր սկսվելը, համարվում է ծննդաբերության պրոցեսին միջամտելու ամենաարմատական մեթոդներից մեկը:

Սահմանումներ

Ծննդաբերության դրդումը (ինդուկցիան) արտաքին ազդեցությունների համալիր է՝ ուղղված արգանդի ակտիվացմանը ծննդաբերությունը սկսելու համար, կծկանքների արհեստական առաջացմանը, որոնք բերում են արգանդի կառուցվածքային փոփոխությունների (կարճացում, հարթեցում, բացում) և պտղի ծնվելուն հղիության 22 և ավելի շաբաթական ժամկետում:

Ծննդաբերության խթանումը արտաքին ազդեցությունների համալիր է՝ ուղղված սկսված ծննդաբերության առաջընթացին, կծկանքների ուժեղացմանը և պտղի ծնվելուն հղիության 22 և ավելի շաբաթական ժամկետում:

Ծննդաբերության դրդման նպատակները

Ծննդաբերության դրդման պետք է դիմել այն բոլոր դեպքերում, երբ

- հղիության երկարաձգումը վտանգավոր է մոր և պտղի համար,

- մոր և պտղի առողջության համար ծննդալուծման պոտենցիալ օգուտը ավելի մեծ է, քան հղիության երկարաձգումը և ապահովում է հղիության ամենաբարենպաստ ելքը մոր և նորածնի համար:

Չի կարելի ծննդաբերության ինդուկցիան համարել պարզունակ միջամտություն, քանի որ այն կարող է վտանգավոր լինել մոր և պտղի համար, ուստի պետք է ունենա հիմնավորված ցուցումներ:

ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԴՐԴՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

Մոր կողմից՝

1. **Մանկաբարձական**
   - պտղապարկի նախածննդաբերական պատռվածք հասուն հղիության դեպքում,
   - գերհասուն հղիություն (հղիության ժամկետ 42 շաբաթ և ավելի),
   - ծանր պրեէկլամպսիա,
   - խորիոնամնիոնիտ:
2. **Արտասեռական (էքստրագենիտալ) հիվանդություններ**
   Էքստրագենիտալ հիվանդության ընթացքի վատթարացում, երբ հղիության երկարաձգումը բարենպաստ չի անդրադառնում հղիի վիճակի վրա (օրինակ, ռեֆրակտերային անոթային հիպերտենզիա, շաքարային դիաբետ կետոացիդոզային հակումով, դիաբետիկ նեֆրոպաթիայի զարգացմամբ, հիպերտոնիկ հիվանդութուն և այլն):

Պտղի կողմից՝

- պտղի ներարգանդային մահ,
- պտղի զարգացման անոմալիաներ, որոնք անհամատեղելի են կյանքի հետ կամ պահանջում են վիրահատական շտկում որոշակի ժամկետում,

- պտղի հեմոլիտիկ հիվանդություն,
- պտղի ներարգանդային աճի դանդաղման համախտանիշ (ՊՆԶԴՀ):

Ծննդաբերության դրդում/խթանում կատարելը նպատակահարմար է, երբ հղիության ժամկետի երկարացման ռիսկը գերազանցում է դրդման/խթանման ռիսկին կամ հեշտոցային ծննդաբերության խթանման առավելությունները էապես գերազանցում են հնարավոր բարդությունները մոր և պտղի կողմից:

Ծննդաբերության խթանման հետ կապված բարդություններ.

- արգանդի գերխթանում/պատռվածք,
- պտղի վիճակի խանգարում,
- հետծննդաբերական արյունահոսություն՝ պայմանավորված արգանդի ատոնիայով,
- պլացենտայի շերտազատում,
- ինֆեկցիա,
- վիրահատական և գործիքային ծննդաբերությունների քանակի ավելացում:

Ծննդաբերության դրդման/խթանման հակացուցումներ.

- կլինիկական նեղ կոնք,
- պլացենտայի լրիվ առաջադրություն,
- պտղի ոչ ճիշտ դրություն և գլխի առաջադրություն (պտղի միջաձիգ կամ թեք դրություն, գլխի ապախոնարհված ներդրումներ),
- պորտալարի անոթների առաջադրություն,
- բազմապտուղ հղիություն, բացառությամբ պտուղների բարենպաստ անդամադասավորության, դիխորիալ տիպի պլացենտացիայի 35 և ավելի շաբաթական ժամկետում,

- բազմածնություն՝ անամնեզում 5 և ավելի ծննդաբերություն,
- սպի արգանդի վրա կորպորալ կեսարյան հատումից հետո,
- արգանդի պարանոցի ախտաբանություն (վզիկի կոնիզացիա, արգանդի պարանոցի ինվազիվ քաղցկեղ),
- շեքի 3-4-րդ աստիճանի պատռվածք նախորդ ծննդաբերության ժամանակ, որը ենթարկվել է պլաստիկ վիրահատական միջամտության,
- շտկված միզասեռական և աղեսեռական խուղակներ,
- սեռական օրգանների առաջնային հերպես,
- երիկամային և լյարդի, այլ սոմատիկ օրգանների սուր և խրոնիկական անբավարարություն դեկոմպենսացիայի փուլում,
- ֆետոպլացենտային սուբ- և դեկոմպենսացված անբավարարություն, որը դրսևորվում է պտղի չափավոր և ծանր հիպօքսիայով, հաստատված ԿՏԳ-ով,
- պտղի արյան շրջանառության 2-րդ աստիճանի հեմոդինամիկ խանգարումներ, պտղային արյան շրջանառության դեցենտրալիզացիա՝ հաստատված դոպլերոգրաֆիայով,
- պտղի զարգացման անոմալիաներ, որոնք պահանջում են կեսարյան հատում,
- ծանր պրեէկլամպսիա՝ համակցված այլ ցուցումներով, որը պահանջում է կեսարյան հատում,
- բարդացած պերինատալ անամնեզ (պտղի անտե- կամ ինտրանատալ մահ կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարումներով երեխայի առկայություն ընտանիքում, մանկական ցերեբրալ լուծանք, նորածնի մահ վաղ նեոնատալ շրջանում կապված ծննդաբերական պրոցեսի հետ),

- այլ վիճակներ, որոնց դեպքում ծննդաբերությունը բնական ուղիներով անհնար է կամ կհանգեցնի մոր և պտղի համար բարդությունների:

Պտղի կոնքային առաջադրության, պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղման համախտանիշի (ՆԶԴՀ), բազմապտղության, արգանդի վրա սպիի դեպքում ծննդաբերության խթանման վերաբերյալ հարցերը լուծվում են անհատականորեն՝ կոնսիլիումի կողմից:

Ծննդաբերության դրդման/խթանման պայմաններ

- պացիենտի տեղեկացված համաձայնություն խորհրդատվությունից հետո (ցուցումներ, ձևեր, դեղամիջոցներ, երկրորդ խթանման հնարավորություն, վիրահատական ծննդաբերության հնարավորություն, գեստացիոն ժամկետ),
- մոր և պտղի բավարար վիճակ,
- հղիության ժամկետի գնահատումն իրականացվում է (տե՛ս էջ 24-ի Հավելվածը),
- ըստ ԳՁՀ տվյալների, եթե այդ հետազոտումը անցկացվել է մինչև 16 շաբաթ,
- վերջին դաշտանի ամսաթվով՝ այն պայմանով, որ դրանք կանոնավոր ու պարբերական են:

Ծննդաբերության դրդում/խթանումն իրականացվում է միայն կնոջ տեղեկացված համաձայնության դեպքում, երբ կան դրա համար պայմաններ՝ տեղեկություն արգանդի վիճակի մասին:

Դրդման/խթանման դեպքում հետազոտությունների ծավալը

- Հղին (ծննդաբերը) ենթարկվում է պարտադիր կլինիկոլաբորատոր հետազոտության և հատուկ հետազոտման՝

կախված դրդման/խթանման ցուցումից:

- Հեշտոցային հետազոտության դեպքում պետք է գնահատել արգանդի պարանոցի վիճակը ըստ Բիշոպի սանդղակի, պտղապարկի վիճակը, սեռական ուղիներից արտադրության բնույթը:

Արգանդի պարանոցի վիճակի որոշում՝ ըստ Բիշոպի սանդղակի

Գործոններ	Գնահատական (միավոր)			
	0	1	2	3
Բացվածք	փակ է	1-2	2-4	>4
Արգանդի պարանոցի երկարությունը (սմ)	>4	3-4	1-2	<1
Արգանդի պարանոցի կոնսիստենցիա	պինդ	մասնակի փափուկ	փափուկ	
Արգանդի պարանոցի դիրքը կոնքի առանցքի նկատմամբ	դեպի ետ	միջին	կենտրոնական	
Առաջադիր մասի դիրքը նստային փշերի նկատմամբ	3 սմ բարձր	2 սմ բարձր	1 սմ բարձր կամ նստային փշերի մակարդակին	1-2 սմ ցած

Գնահատում

Մինչև 6 միավոր – ոչ հասուն,
6-8 միավոր – հասունացող
9 միավոր և ավելի – հասուն

ՊՏՂԻ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

1. Պտղի սրտի աուսկուլտացիա,
2. Կարդիոտոկոգրաֆիա (դրդման/խթանման բոլոր փուլերից առաջ),
3. Պտղի, արգանդի, պլացենտայի գերձայնային հետազոտություն, որի ընթացքում պետք է որոշվի հղիության ժամկետը, պտղի քաշը, ամնիոտիկ ինդեքսը, պլացենտայի վիճակը,
4. 37-38 շաբաթական ժամկետում նաև պտղի հասունության գնահատում, պետք է որոշվի թոքերի և լյարդի էխոգենությունը, ոսկրացման երկրորդային կորիզները, ենթաճարպային հյուսվածքի հաստությունը,
5. Մայր-պլացենտա-պտուղ համակարգի արյան շրջանառության վիճակի, արգանդային և պորտային զարկերակների, պտղի միջին ուղեղային զարկերակի արյան հոսքի գնահատում:

> Ծննդաբերության դրդում/խթանումը ցանկալի է իրականացնել բուժօգնության 2-րդ և ավելի բարձր մակարդակ ունեցող ծննդօգնության հիմնարկներում:

ԴՐԴՐՄԱՆ/ԽԹԱՆՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ ԿԱԽՎԱԾ ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՀԱՍՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻՑ

1. **Արգանդի ոչ հասուն պարանոց (ըստ Բիշոպի՝ 6 միավորից պակաս)**
   - Բնական դիլատատորներ (լամինարիաներ) օրը 1 անգամ, մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը, առավելագույնը մինչև 3 օր:
   - Պրոստագլանդիններ E – միզոպրոստոլ – 25-50 մկգ (200 մկգ հաբի ¼ մասը) ամեն 6 ժամը մեկ, ներհեշտոցային եղանակով (հեշտոցի հետին պատին) մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը:

Մեկ ներմուծման համար 50 մկգ-ից ավելի չօգտագործել: Չգերազանցել ընդհանուր օրական չափաբաժինը՝ 200 մկգ:

   - Պրոստագլանդիններ E2 – դինոպրոստոն

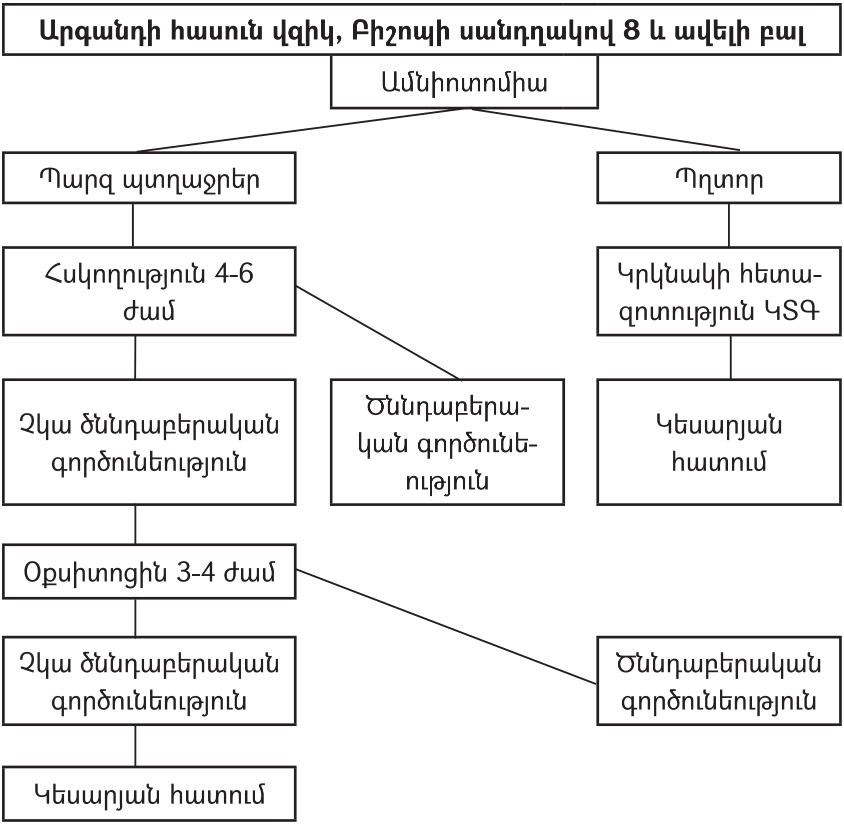
     Ներհեշտոցային եղանակով
     – 1 մգ և անհրաժեշտության դեպքում կրկնել 1 մգ կամ 2 մգ վեց ժամ անց
     – 1 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
     – 2 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
     – 2 մգ ամեն 12 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին

     Ներպարանոցային եղանակով
     – 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
     – 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 4 չափաբաժին (2 օրվա ընթացքում)
     – 0,5 մգ, օրը 3 անգամ, մինչև 2 օր

Օքսիտոցինի ներերակային կաթիլային ներարկմամբ ծննդաբերության դրդումը/ խթանումը իրականացնել պրոստագլանդինի կիրառումից 6-12 ժամ անց:

- Միզոպրոստոլի կիրառման կանոնները
  - հղիի տեղեկացում և գրավոր համաձայնության ստացում,
  - հարկավոր է պրոստագլանդինի ներմուծումից հետո 30 րոպե պառկել,
  - անցկացնել պտղի աուսկուլտացիա և ԿՏԳ հսկում,
  - պայմանների (արգանդի հասուն պարանոցի) ի հայտ գալու դեպքում տեղափոխել ծնարան, իրականացնել ամնիոտոմիա:

Ծննդաբերության դրդման ալգորիթմը արգանդի հասուն վզիկի դեպքում



Ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեության բացակայության պարագայում 2 ժամվա ընթացքում սկսել ծննդաբերության խթանումը օքսիտոցինով՝ ըստ սխեմայի:

Ծննդաբերության խթանման ժամանակ հնարավոր բարդություններն են՝

- գերխթանում,
- նորմալ տեղակայված պլացենտայի շերտազատում,
- արգանդի պատռվածք:

Պրոստագլանդին F2α-ի (էնզապրոստ) կիրառումը ծննդաբերության դրդման և խթանման համար հակացուցված է, քանի որ այն ունի կողմնակի ազդեցություններ՝

- արգանդի հիպերտոնուս ընդհուպ մինչև տետանուս,
- սրտխառնոց, փսխում,
- հիպերտենզիա,
- տախիկարդիա, բրադիկարդիա, առիթմիա,
- ալերգիկ ռեակցիա, բրոնխոսպազմ և այլն:

Արգանդի գերխթանման պարագայում անմիջապես դադարեցնել օքսիտոցինի ներարկումը, պառկեցնել կնոջը ձախ կողքին, ապահովել թթվածնի մատակարարում 8 լ/րոպե արագությամբ:
Իրականացնել ֆիզիոլոգիական լուծույթի ինֆուզիա 500 մլ 15 րոպեի ընթացքում, իրականացնել սուր տոկոլիզ (հեկսոպրենոլինով) կամ ներարկել սալբուտամոլ 10 մգ ն/ե կաթիլային 1,0 լ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ, 1 րոպեում 10 կաթիլ արագությամբ:
Կծկումների առաջացման պահից հարկավոր է հետևել պտղի վիճակին՝սրտի զարկերին ԿՏԳ-ի միջոցով:

2. **Արգանդի հասունացող պարանոց (ըստ Բիշոպի՝ 6-8 միավոր)**

- Բնական դիլատատորներ (լամինարիաներ) օրը 1 անգամ մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը, առավելագույնը մինչև 3 օր:

- Պրոստագլանդիններ E – միզոպրոստոլ – 25 -50 մկգ (200 մկգ 1/4) հաբ, ամեն 6 ժամը մեկ, ներհեշտոցային եղանակով (հեշտոցի հետին պատին), մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը:

Չօգտագործել միզոպրոստոլ 50 մկգ-ից ավելի մեկ ներմուծման համար: Չգերազանցել ընդհանուր օրական չափաբաժինը՝ 200 մկգ:

- Պրոստագլանդիններ E2 – դինոպրոստոն

Ներհեշտոցային եղանակով

- 1 մգ, անհրաժեշտության դեպքում կրկնել 1 մգ կամ 2 մգ՝ վեց ժամ հետո
- 1 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
- 2 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
- 2 մգ ամեն 12 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին

Ներպարանոցային եղանակով

- 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
- 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 4 չափաբաժին (2 օրվա ընթացքում)
- 0,5 մգ, օրը 3 անգամ, մինչև 2 օր:

Ծննդաբերության խթանումը օքսիտոցինի ներերակային կաթիլային ներարկմամբ պրոստագլանդինի կիրառումից 6-12 ժամ անց:

3. **Արգանդի հասուն պարանոց (ըստ Բիշոպի՝ 9 միավոր և ավելի)**
   1. **Պտղապարկի ստորին բևեռի շերտազատում,**
   2. **Ամնիոտոմիա,**
   3. **Ամնիոտոմիայից հետո օքսիտոցինային ինֆուզիա, 2 ժամից ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեության բացակայության պարագայում:**

1.1. Պտղապարկի ստորին բևեռի շերտազատումը կատարվում է ծննդաբերության խթանումից առաջ: Այս մեթոդը պարզ է իրականացման առումով և չի պահանջում ծախսեր:

1.2. Հղին պետք է տեղեկացված լինի այն մասին, որ՝
- բուժգործողությունը կարող է ցավոտ լինել,
- այն չի մեծացնում վարակի ներթափանցման ռիսկը,
- հնարավոր է պտղաթաղանթի նախածննդաբերական պատռվածք,
- արյունահոսություն՝ առաջադիր պլացենտայի կամ պորտային զարկերակի անոթների թաղանթների ամրացման պարագայում:

1.3. Արգանդի ստորին բևեռից պտղային թաղանթների շերտազատման տեխնիկան
- տեղեկացնել հղիին,
- պառկեցնել պացիենտին մեջքի վրա,
- տեղադրել 1 կամ 2 մատը պարանոցային խողովակի մեջ և սղոցող շարժումներով առանձնացնել պտղային թաղանթները պարանոցային խողովակից և արգանդի ստորին սեգմենտից,
- համոզվել, որ բացակայում է ախտաբանական արտադրությունը (արյուն, ջրեր),
- օգնել հղիին վեր կանալ,
- գրանցել տվյալները ծննդաբերության պատմության մեջ:

2.1. Ամնիոտոմիա՝ պտղաթաղանթների արհեստական պատռում հատուկ գործիքի կիրառմամբ

2.2. Ամնիոտոմիայի պայմանները
- պտղի գլխային առաջադրություն,
- պտղի գլխի և մոր կոնքի համապատասխանություն,
- ինֆեկցիաների կանխարգելման պրակտիկայի պահպանում:

2.3. Առատ պտղաջրերի պարագայում ՆՏՊՎՇ-ն և պորտալարի արտանկման կանխարգելման նպատակով ամնիոտոմիան պետք է կիրառվի զգուշորեն: Պտղաջրերը հարկավոր է հեռացնել դանդաղ (ձեռքի երկայնքով):

2.4. Ամնիոտոմիայի թերությունները՝ հետևյալ ռիսկերի ավելացում՝

- վեր զարգացող ինֆեկցիաների, պորտաալարի արտանկման,
- ինֆեկցիայի, օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակակիր մոր մոտ ՄԻԱՀ-ի ուղղաձիգ փոխանցում,
- արյունահոսություն,
- անկանխատեսելի և երբեմն տևական ժամանակահատված մինչև ծննդաբերության սկիզբը,
- արդյունավետ է միայն 50% դեպքերում:

2.5. Ամնիոտոմիայի տեխնիկան

- տեղեկացնել հղիին և ստանալ համաձայնություն,
- լսել պտղի սրտի բաբախը մեկ րոպեի ընթացքում,
- պառկեցնել հղիին մեջքի վրա,
- կոնքի տակ տեղադրել մաքուր գիշերանոթ,
- մեկ ձեռքի միջնամատը և ցուցամատը տեղադրել պարանոցային խողովակի մեջ, կատարել պտղաթաղանթների շերտազատում արգանդի ստորին սեգմենտից,
- երկրորդ ձեռքով վերցնել աքցանի/կոխլերի սեղմիչի բրանշը և տեղադրել այն պարանոցային խողովակի մեջ, մյուս ձեռքի միջնամատի և ցուցամատի արանքում՝ աշխատելով չդիպչել փափուկ հյուսվածքներին,
- բռնել պտղաթաղանթները և հատել դրանք՝ դանդաղ արտազատելով պտղաջրերը,
- զննել պղտաջրերի քանակը, գույնը, խառնված զանգվածը,
- լսել և գնահատել պտղի սրտի բաբախը,
- գրանցել տվյալները ծննդաբերության պատմության մեջ:

3.1. Օքսիտոցինի ինֆուզիա կիրառվում է միայն բացված պտղապարկի պարագայում

- Իրականացվում է միայն ստացիոնարում, ծննդաբանային բլոկում: Մանկաբարձը պետք է անընդհատ ներկա լինի:
- Բժիշկը, մանկաբարձը վարում են պարտոգրաման պացիենտի ծնարան բերվելու պահից,

3.2. Պրոստագլանդիններով ծննդաբերության խթանման պարագայում օքսիտոցինի հաջորդ ինֆուզիան ոչ շուտ, քան 6-12 ժամ անց:

3.3. Հսկել ինֆուզիաները հնարավորության դեպքում ինֆուզոմատի միջոցով:

3.4. Իրականացնել պտղի վիճակի խիստ հսկողություն՝ ԿՏԳ մոնիտոր անընդհատ, սարքի բացակայության պարագայում՝ պտղի սրտի բաբախի աուսկուլտացիա 15 րոպեն մեկ, կծկանքների գնահատում 30 րոպեն մեկ:

3.5. Հիպերտոնուսի առաջացման կամ պտղի վտանգավոր վիճակի առաջացման դեպքում անհապաղ դադարեցնել պրեպարատի ներարկումը:

3.6. Ծննդաբերության խթանման ժամանակը անպայման ֆիքսել ծննդաբերության պատմության մեջ:

3.7. Օքսիտոցինի ներարկման հակացուցումներ

- պրեպարատի նկատմամբ գերզգայունություն,
- ապի արգանդի վրա կորպորալ կեսարյան հատումից հետո,
- օբստրուկտիվ ծննդաբերություն (կլինիկական նեղ կոնք),
- նորմալ տեղակայված պլացենտայի վաղաժամ շերտազատում (ՆՏՊՎՇ),
- պտղի սխալ դրություն և առաջադրություն,

- արգանդի սպառնացող պատռվածք,
- պտղի սպառնացող վիճակ:

3.8. Օքսիտոցինի ներարկման սխեմա

- 5 ՄՄ օքսիտոցինը լուծել 500 մլ իզոտոնիկ լուծույթի մեջ,
- սկսել ներարկումը 4 կաթիլ/րոպե, ինչը համապատասխանում է մոտավորապես 2 մՄԻ/րոպեում,
- ամեն 30 րոպեն մեկ ավելացնել արագությունը (չափաբաժինը ավելացվում է, տե՛ս Սանդղակ 1) մինչև՝ 3 կծկանք 10 րոպեի ընթացքում, 40 վրկ և ավելի տևողությամբ,
- պահպանել օքսիտոցինի այնպիսի չափաբաժին, որը բավարար է և շարունակել օքսիտոցինի ներարկումը մինչև ծննդաբերությունը և 30 րոպե ծննդաբերելուց հետո,
- պարտադիր պարբերական ԿՏԳ գրառում (ամեն ժամը մեկ, 15 րոպեից ոչ պակաս տևողությամբ, բացառությամբ հատուկ դեպքերի, երբ ցուցված է անընդհատ մոնիտորինգ),

Գերխթանման դեպքում (ցանկացած կծկանք 60 վրկ և ավելի տևողությամբ, 5 կծկանք հաճախականությամբ 10 րոպեի ընթացքում)՝ դադարեցնել օքսիտոցինի ներարկումը և ն/ե դանդաղ 5-10 րոպեի ընթացքում իրականացնել տոկոլիզ հեքսապրենոլինով 10 մկգ չափաբաժնով, նախապես լուծելով այն 10մլ 0,9% NaCl:

- ադեկվատ կծկանքներն առավել հաճախ առաջանում են 12 մՄ/րոպե ներարկման արագության դեպքում, ինչը մոտավորապես համապատասխանում է 20 կաթիլ/րոպեում արագությանը,
- օքսիտոցինի ներարկման առավելագույն թույլատրվող արագությունը ՝ 20 մՄ/րոպե (40 կաթիլ/րոպե),

Բացառիկ դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է ավելացնել այս կոնցենտրացիան, այն չպետք է գերազանցի 32 մՄ/րոպեն (64 կաթիլ/րոպե):
Խթանման արդյունավետությունը գնահատվում է ներարկման սկզբից 4 ժամ անց:

3.9. Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 5 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ, խտաստիճան՝ 10 մՄ/մլ

Սանդղակ 1. *Օքսիտոցինի ն/ե չափաբաժինը, հաշվարկը կաթիլներով՝ 1 մլ-ն հավասար է 20 կաթիլի*

Օքսիտոցինի լուծույթի խտաստիճանը	**Օքսիտոցինի չափաբաժին մՄԻ/րոպե**	**Կաթիլ/րոպե**	**Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)**
5 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզ. լուծույթի մեջ (10 մՄ/մլ)	1 մՄԻ	2	6 մլ/ժամ
	2 մՄԻ	4	12 մլ/ժամ
	3 մՄԻ	6	18 մլ/ժամ
	4 մՄԻ	8	24 մլ/ժամ
	5 մՄԻ	10	30 մլ/ժամ
	6 մՄԻ	12	36 մլ/ժամ
	7 մՄԻ	14	42 մլ/ժամ
	8 մՄԻ	16	48 մլ/ժամ
	9 մՄԻ	18	54 մլ/ժամ
	10 մՄԻ	20	60 մլ/ժամ
	11 մՄԻ	22	66 մլ/ժամ
	12 մՄԻ	24	72 մլ/ժամ
	13 մՄԻ	26	78 մլ/ժամ
	14 մՄԻ	28	84 մլ/ժամ
	15 մՄԻ	30	90 մլ/ժամ
	16 մՄԻ	32	96 մլ/ժամ
	17 մՄԻ	34	102 մլ/ժամ
	18 մՄԻ	36	108 մլ/ժամ
	19 մՄԻ	38	114 մլ/ժամ
	20 մՄԻ	40	120 մլ/ժամ

Եթե 32 մ/Մ չափաբաժնով օքսիտոցինի կիրառումից հետո ծննդաբերական գործունեությունը չի հաստատվում, առաջնածին կանանց պարագայում հնարավոր է ավելի մեծ կոնցենտրացիաների կիրառում՝ 10 ՄՄ 500 մլ լուծույթի մեջ 30 կաթիլ/րոպե արագությամբ (30 մՄի/րոպե)՝ ավելացնելով արագությունը 10 կաթիլով ամեն 30 րոպեն, մինչև ադեկվատ ծննդաբերական գործունեության հաստատումը (տե՛ս Սանդղակ 2):

ՀԻՇԵ՛Ք. եթե 32 մ/Մ չափաբաժնով օքսիտոցինի կիրառումից հետո ծննդաբերական գործունեությունը չի հաստատվում, արգանդի վրա սպի ունեցող կրկնածին կանանց համար ցուցված է ծննդալուծումը կեսարյան հատումով:

3.10. Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 10 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ, խտաստիճանը՝ 20 մՄՄ/մլ

Սանդղակ 2. *Օքսիտոցինի ն/ե չափաբաժինը, հաշվարկը կաթիլներով՝ 1 մլ-ն հավասար է 20 կաթիլի*

Օքսիտոցինի լուծույթի կոնցենտրացիա	**Օքսիտոցինի չափաբաժին մ/Մի/րոպե**	**Կաթիլ/րոպե**	**Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)**
10 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզ. լուծույթի մեջ (20 մՄ/մլ)	1 մՄի	1	3 մլ/ժամ
	2 մՄի	2	6 մլ/ժամ
	3 մՄի	3	9 մլ/ժամ
	4 մՄի	4	12 մլ/ժամ
	5 մՄի	5	15 մլ/ժամ
	6 մՄի	6	18 մլ/ժամ
	7 մՄի	7	21 մլ/ժամ
	8 մՄի	8	24 մլ/ժամ
	9 մՄի	9	27 մլ/ժամ
	10 մՄի	10	30 մլ/ժամ

10 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզ. լուծույթի մեջ (20 մՄ/մլ)	11 մՄԻ	11	33 մլ/ժամ
	12 մՄԻ	12	36 մլ/ժամ
	13 մՄԻ	13	39 մլ/ժամ
	14 մՄԻ	14	42 մլ/ժամ
	15 մՄԻ	15	45 մլ/ժամ
	16 մՄԻ	16	48 մլ/ժամ
	17 մՄԻ	17	51 մլ/ժամ
	18 մՄԻ	18	54 մլ/ժամ
	19 մՄԻ	19	57 մլ/ժամ
	20 մՄԻ	20	60 մլ/ժամ

Եթե 60 կաթիլ/րոպե արագությամբ ներարկման պարագայում կանոնավոր ծննդաբերական գործունեություն չի հաստատվում, ցուցված է կեսարյան հատում:

Ծննդաբերության խթանում՝ ծննդաբերական գործունեության ուժեղացում 22 շաբաթ և ավելի հղիության ժամկետում

Ցուցում՝ ծննդաբերական գործունեության անբավարար առաջընթաց կամ բացակայություն:

- **Ծննդաբերության առաջընթացը համարվում է անբավարար, եթե**
  - լատենտ փուլը տևում է 8 ժամից ավելի,
  - պարտագրամի վրա արգանդի վզիկի բացման կորը գտնվում է զգոնության գծից աջ,
  - ծննդաբերը գտնվում է ծննդաբերական գործունեության մեջ 16 ժամից ավելի:
- **Ծննդաբերության առաջընթացի անբավարարության կամ բացակայության ախտորոշում**
  - կեղծ կծկանքներ,
  - լատենտ փուլի ձգձգվածություն,

– ակտիվ փուլի ձգձգվածություն,
– գլուխ-կոնքային դիսպրապորցիա/օբստրուկտիվ ծննդաբերություն,
– ծննդաբերական գործունեության թուլություն,
– պտղի դրության/առաջադրության ախտաբանություն,
– ծննդաբերության 2-րդ փուլի ձգձգվածություն:

- **Կեղծ կծկանքների նշանները և վարումը**

Սահմանումը

Արգանդի վզիկի բացման բացակայություն, կծկանքները պալ-պատոր թույլ են և հազվական:

Վարումը

– կրկնել ներքին զննումը,
– արգանդի վզիկի բացումը հաստատում է ծննդաբե-րության սկիզբը,
– արգանդի վզիկի կառուցվածքային փոփոխություն-ների և բացման բացակայությունը հաստատում է կեղծ կծկանքներ ախտորոշումը:

- **Լատենտ փուլի ձգձգումը**

Սահմանումը

Եթե 8 ժամվա կանոնավոր ծննդաբերական գործունեության դեպքում արգանդի վզիկի բացումը չի գերազանցում 3-4 սմ-ը:

Վարումը

– կրկնել ներքին զննումը,
– եթե չկան փոփոխություններ,ապա ախտորոշվում է կեղծ կծկանքներ,
– եթե կա բացման առաջընթաց, կատարել ամնիո-տոմիա և սկսել ծննդաբերության խթանումը,
– կրկնել ներքին զննում 4 ժամը մեկ անգամ:

Եթե հղին օքսիտոցինի ներարկումից հետո 8 ժամվա ընթացքում չի մտնում ծննդաբերության ակտիվ փուլ, կատարել կեսարյան հատում:

- **Ակտիվ փուլի ձգձգվածություն**

Սահմանումը

Արգանդի վզիկի բացման կորագիծը գտնվում է զգոնության գծից աջ:

Վարումը

– եթե կծկանքները ակտիվ են ու հաճախ, սակայն չկա գլխի առաջընթաց, ապա պետք է ստուգել գլուխ-կոնքային անհամապատասխանությունը և այն հաստատվելու դեպքում դիմել կեսարյան հատման,
– եթե կծկանքները թույլ են և ոչ արդյունավետ, ախտորոշել ծննդաբերական գործունեության թուլություն և դիմել խթանման,
– եթե վզիկի բացումը լրիվ է, պտուղը կենդանի է, և գլուխը գտնվում է 0 գծի վրա կամ ցած, դիմել վակուում էքստրակցիայի,
– եթե պտուղը կենդանի է և վզիկի բացումը լրիվ չէ, դիմել կեսարյան հատման,
– եթե պտուղը կենդանի է, վզիկի բացումը լրիվ է, սակայն գլուխը գտնվում է շատ բարձր, դիմել կեսարյան հատման,
– եթե պտուղը մահացած է, դիմել կրանիոտոմիայի:

ՀԻՇԵՔ. ծննդաբերության խթանման նպատակով պրոստագլանդինների կիրառումը հակացուցված է:
Ծննդաբերության խթանում ստացող հղին երբեք չպետք է մենակ մնա:

Գրականության ցանկ

1. **Blanchette H.A., Nayak S. Erasmus S.** Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol (prostaglandin E1) with those of dinoprostone (prostaglandin E2) for cervical ripening and induction of labor in community hospital. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1999; 180: 1551-9. Choy-Hee 2001.
2. **Crowley P.** Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 2.
3. **Geoffrey Chamberlain, Luke Zander**. ABC of labour care: Induction. BMJ, 1999, 318, 995-998.
4. **Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan** B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol, 1998, 105, 169-173.
5. **Jackson N., Paterson-Brown S.** Labor characteristics and uterine activity: misoprostol comared with oxytocin in women at term with prelabor rapture of membranes (letter). BJOG; an internaltional journal of obstetrics and gyneacology 2000; 107(9): 1181-2.
6. **Li F.M.** A study of misoprostol on induction of labor in term pregnancy. Journal of Practical \obstetrics and Gynecology 2000; 16(3): 139-41. Lokugamage 2003.
7. **Murray W. Enkin et al.** A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.
8. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).** Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 20sed Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.
9. **Wing D. Ham D., Paul R.H.** A comparison of orally administered misoprostol to vaginally administered misoprostol for cervical

ripening and labor induction. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1999; 180 (1): S127.

10. **Young D., Delaney T., Armson T., Fanning C.** Lower dose vaginal and oral misoprostol in labor induction – rct (abstract). American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2001; 185 (6 suppl): S203. Zhuang 2000.

11. **Zhuang G., Su Q., Zhang J., Xie J., Zhu J., Cheng L.** Study on misoprostol suspension per os for inducing term labor. Chinese Journal of Obstetric and Gynaecological Practive 2000; 16(8): 481-3.

Հավելված

Վերջին նորմալ դաշտանի առաջին օրը հարկավոր է դիտել որպես 0 օր և ոչ թե 1 օր:

0-6 օրերը համապատասխանաբար կազմում են «լիարժեք զրոյական լուսնային շաբաթ»:

7-13 օրերը - «լիարժեք առաջին լուսնային շաբաթ», և հղիության 40-րդ շաբաթը «լրիվ 39 շաբաթ» տերմինին է համապատասխանում:

Եթե վերջին նորմալ դաշտանի օրը հայտնի չէ, հղիության ժամկետը հարկավոր է որոշել ավելի հուսալի կլինիկական տվյալների հիման վրա: Հղիության ժամկետի հաշվարկի ժամանակ պետք է հաշվի առնել ինչպես օրերը, այնպես էլ շաբաթները:

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ

Հղիության դեղորայքային ընդհատումը հղիության ընդհատումն է հատուկ դեղամիջոցների կիրառմամբ:

Այդ դեղամիջոցների օգտագործումը խոչընդոտում է հղիության առաջընթացը և նպաստում է բեղմնավորման արգասիքների դուրս մղմանը, ինչը հղիության ընդհատման այլընտրանքային մեթոդ է և կնոջը թույլ է տալիս առանց վիրահատական միջամտության ընտրել հղիության ընդհատման անվտանգ եղանակ:

Առաջին եռամսյակում հղիության դեղորայքային ընդհատումը հղիության ընդհատման ժամանակակից անվտանգ և արդյունավետ մեթոդ է: Հղիության ժամկետի մեծացմանը զուգընթաց ավելանում են բարդությունները և ռիսկերը:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման ցանկացած մեթոդ պետք է ունենա վակուում ասպիրացիայի կամ գործիքային ընդհատման հետ համեմատելի արդյունավետություն, այսինքն՝ հղիության լրիվ ընդհատման հաճախականությունը պետք է լինի 95% և ավելի, իսկ հղիության ընթացիկ բարդությունները պետք է լինեն 1%-ից պակաս:

Միակ մեթոդը, որը թույլատրվում է Հայաստանի Հանրապետությունում հղիության դեղորայքային ընդհատման համար, միֆեպրիստոնի (հակապրոգեստերոն) և միզոպրոստոլի (պրոստագլանդին) համակցված օգտագործումն է միմիայն մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքների ցերեկային ստացիոնարներում: Մինչև հղիության 9-րդ շաբաթը հղիի հոսպիտալացում չի պահանջվում:
ՀԻՇԵՔ. միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի մեկուսի օգտագործումը անարդյունավետ է, չի ապահովում հղիության անվտանգ ընդհատում և կարող է ուղեկցվել տարաբնույթ բարդություններով:

Հակապրոգեստերոն միֆեպրիստոնի ազդեցության մեխա-նիզմները

- դեցիդուալ հյուսվածքի և միոմետրիումի պրոգես-տերոնային ռեցեպտորների բլոկադա, որը բերում է պրոգեստերոնի ազդեցության արգելափակման և պտղածվի շերտազատման,
- արգանդի կծկողական ֆունկցիայի զգայնության բարձրացում էնդոգեն և էկզոգեն պրոստագլանդին-ների նկատմամբ,
- արգանդի վզիկի փափկացում և լայնացում:

> Պետք է հիշել, որ միֆեպրիստոնի ազդեցությունը կարճատև է ու դարձելի, ուստի հետագայում չի ազդում դաշտանային և ման-կածնման ֆունկցիաների վրա:

Միֆեպրիստոնը թույլատրվում է կիրառել նաև հղիության 1-ին և 2-րդ եռամսյակներում՝ արգանդի վզիկի նախապատրաստման, հղի-ության վիրաբուժական ընդհատման, ինչպես նաև ծննդաբերության դրդման համար:

Միզոպրոստոլի ազդեցության մեխանիզմները

- այն բնական պրոստագլանդին E1 սինթետիկ անա-լոգն է,
- ուժեղացնում է արգանդի կծկողական ֆունկցիան և օժանդակում է արգանդի խոռոչից բեղմնավորման արգասիքների արտամղմանը,
- միզոպրոստոլն աշխարհում կիրառվում է 1984թ., գրանցված է ավելի քան 80 երկրում, այդ թվում՝ Հա-յաստանում,
- Հայաստանի Հանրապետությունում միզոպրոստոլը գրանցված է 2 պատրաստուկի (սայտոտեկ, միրո-լյուտ) դեղաձևերով,
- կարող է կիրառվել պերօրալ, բուկալ, սուբլինգվալ և հեշտոցային ճանապարհով:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման բոլոր սխեմաները ներառում են միֆեպրիստոնի նախնական չափաբաժինը, որին հետևում է միզոպրոստոլը տարբեր դեղաչափերով և ներմուծման ուղիներով:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման ցուցումները

- հղիության արհեստական ընդհատում մինչև հղիության 12-րդ շաբաթը (84-րդ օրը ներառյալ) կնոջ ցանկությամբ և ընտրությամբ,
- հղիության արհեստական ընդհատում հղիության 12-րդ շաբաթից հետո, մինչև 22 շաբաթական ժամկետը (հղիության 84-րդ օրից հետո) մոր և պտղի կողմից բժշկական ցուցումներով, որոնց ցանկը հաստատված է ՀՀ կառավարության 2004թ. 1116-Ն որոշմամբ:

Պայմանները

- արգանդային հղիություն,
- հղիի տեղեկացված համաձայնություն, (տես Հավելված 1),
- հղիության դեղորայքային ընդհատումն իրականացնող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքի կողմից շուրջօրյա խորհրդատվության և բուժօգնության առկայություն:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման հակացուցումները

- մակերիկամային կամ լյարդային խրոնիկական կամ սուր անբավարարություն,
- արյան հիվանդություններ՝ ժառանգական պորֆիրիա, վիճակներ, որոնք ուղեկցվում են արյան մակարդունակության անկումով,
- տվյալ ժամանակահատվածում անտիկոագուլյանտների օգտագործում,

- ծխախոտամոլություն (օրվա մեջ 20 և ավելի գլանակ),
- օգտագործվող դեղորայքներից որևէ մեկի, մասնավորապես միֆեպրիստոնի նկատմամբ ալերգիա,
- երկարատև բուժում կորտիկոստերոիդներով,
- հաստատված արտաարգանդային հղիություն կամ դրա կասկածը: Վերջինս պահանջում է հետագա հետազոտություն, և եթե այն հաստատվի, անհապաղ վիրահատական բուժում,
- ներարգանդային պարույր արգանդի խոռոչում (անհրաժեշտ է հեռացնել այն և հետո դիմել հղիության դեղորայքային ընդհատման):

Հետևյալ յուրահատուկ իրավիճակներում նույնպես կարելի է հղիությունն ընդհատել դեղորայքային մեթոդով

- բրոնխիալ ասթմա, եթե կինը չի օգտագործում ստերոիդ պարունակող ինհալյատորներ,
- անամնեզում ինֆեկցիոն էնդոկարդիտ,
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ,
- սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ (ՍՃՓՎ),
- ճարպակալում,
- դեռահասներ և առաջնահղիներ,
- բազմապտուղ հղիություն,
- սպի արգանդի վրա:

Սպասվող կողմնակի երևույթներ

- սրտխառնոց, փսխում, դիառեա,
- ջերմության կարճատև բարձրացում, դող, սարսուռ
- ցավ,
- արյունային արտադրություն,
- գլխացավ,
- հետաբորտային շրջանը կարող է բնութագրվել աննշան արյունային արտադրությամբ 2 շաբաթ և ավելի:

Մինչև 9 շաբաթական ժամկետը հղիության դեղորայքային ընդհատման իրականացման ընթացակարգը

1. Հղիության դեղորայքային ընդհատման նպատակով հղիի մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքի ցերեկային ստացիոնար դիմելու դեպքում լրացվում է հղիության արհեստական ընդհատման քարտ, կատարվում է ընդհանուր գինեկոլոգիական հետազոտություն և հղիության թեստի իրականացում՝ հղիության փաստը հաստատելու համար, անհրաժեշտության դեպքում կարելի է դիմել գերձայնային հետազոտման:
2. Հղիության մինչև 9 շաբաթական ժամկետը ցերեկային ստացիոնարում միֆեպրիստոնի ընդունումից մեկ ժամ անց կանայք կարող են հեռանալ բուժհաստատությունից այն բանից հետո, երբ կստանան հստակ տեղեկատվություն հղիության դեղորայքային ընդհատման, բեղմնավորման արգասիքների արտամղման, հնարավոր բարդությունների և վտանգի նշանների, հետագայում բեղմնականխիչ միջոցի ընտրության, ինչպես նաև բարդությունների դեպքում անմիջապես բուժհաստատություն դիմելու մասին:
3. Բուժանձնակազմը պետք է շուրջօրյա 24 ժամվա սկզբունքով լինի հասանելի, որպեսզի արձագանքի բարդություններին և հետևանքների վերացմանը:
4. Միզոպրոստոլի ընդունումից 4-6 ժամ հետո կանանց 90%-ի մոտ նկատվում է բեղմնավորման արգասիքների արտամղում:
5. Այս ժամանակաշրջանում կանանցից ոմանք կարող են ցավերով ուղեկցվող կծկանքների դեպքում ցավազրկող դեղորայք օգտագործել, օրինակ՝ պարացետամոլ կամ անալգին:
6. Երկու շաբաթ հետո կանայք պարտադիր պետք է դիմեն դեղորայքը նշանակած բժշկական հաստատություն, որպեսզի համոզվեն, որ հղիության արհեստական ընդհատումն ավարտված է:

7. Չկայացած կամ անավարտ հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում կպահանջվի վիրաբուժական միջամտություն, նախընտրելին վակուում ասպիրացիա կատարելն է:

ՀԻՇԵՔ. արյունային արտադրության առկայությունը, եթե անգամ այն երկար է շարունակվում, դեռևս չի վկայում հղիության արհեստական լրիվ ընդհատման մասին:

Կանայք ավելի շատ բավարարված կլինեն, եթե նրանք իրատեսական սպասումներ ունենան: Հետևաբար, նրանց պետք է լիարժեք տեղեկատվություն տրամադրվի հղիության արհեստական ընդհատման ընթացքի, սպասվող կողմնակի երևույթների, բարդությունների, այն նշանների մասին, որոնց դեպքում պետք է դիմեն բուժհիմնարկ: Բուժաշխատողները պետք է բացատրեն նշանակումներին ճիշտ հետևելու կարևորությունը, և կանայք պետք է իմանան, թե ինչպես ճանաչել բարդությունները և ինչ անել դրանց դեպքում:

ԱՀԿ-ի կողմից (2012թ.) հղիության դեղորայքային ընդհատման առաջարկվող սխեմաներն են՝

Սխեմա 1

Հղիության դեղորայքային ընդհատումը՝ վերջին դաշտանի առաջին օրվանից մինչև 7-րդ լրիվ շաբաթը (մինչև 49-րդ օրը):

200 մգ միֆեպրիստոն, պերօրալ, որին 24–48 ժամ անց հետևում է պրոստագլանդինի՝ միզոպրոստոլի (սայտոտեկ կամ միրոլյուտ) ընդունումը ներհեշտոցային կամ ներայտային (այտի և լնդի միջև) կամ լեզվի տակ (ենթալեզվային) 800 մկգ դեղաչափով, իսկ պերօրալ ընդունման դեպքում դեղաչափը դառնում է՝ 400 մկգ:

Սխեմա 2

Հղիության դեղորայքային ընդհատումը՝ վերջին դաշտանի առաջին օրվանից մինչև հղիության 9 շաբաթական ժամկետը (49-63-րդ օր):

200 մգ պերօրալ միֆեպրիստոնին 24-48 ժամ անց հետևում է 800 մկգ դեղաչափով միզոպրոստոլը ներհեշտոցային կամ ներայտային, կամ լեզվի տակ ընդունումը:

Այս ժամկետում չի թույլատրվում միզոպրոստոլի պերօրալ օգտագործումը:

Հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ միզոպրոստոլի ներհեշտոցային օգտագործումը ավելի լավ է տարվում միզոպրոստոլի ներայտային ընդունման համեմատ:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման կլինիկական ընթացքը

Միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի ըստ սխեմայի ընդունման դեպքում սկսվում է հղիության ընդհատման պրոցեսը, որը նման է ինքնաբեր վիժման նշաններին: Այն մասնավորապես ընթանում է կծկանքներով և արյունային արտադրությամբ, որը քանակով և տևողությամբ կարող է փոքր-ինչ գերազանցել դաշտանային արյունային արտադրությունը:

Չափավոր արյունային արտադրությունը տևում է միջինը մեկ շաբաթ, բայց եզակի դեպքերում կարող է շարունակվել ավելի երկար: Ոչ զգալի արյունային արտադրությունը կարող է շարունակվել մոտ 2 շաբաթ և ավելի:

Արդյունավետությունը

Միֆեպրիստոնը և միզոպրիստոլն առաջարկվող սխեմաներով ընդունելու դեպքում կանանց 95%-ի մոտ արձանագրվում է հղիության լրիվ ընդհատման առաջացում, մինչև 5%-ի մոտ կարող է նկատվել թերի վիժում, արյունահոսություն կամ շարունակվող հղիություն, ինչը պահանջում է վիրաբուժական (գործիքային) միջամտություն կամ միզոպրոստոլի լրացուցիչ դեղաչափի օգտագործում՝ 400 մկգ, ենթալեզվային:

Հղիության դեղորայքային ընդհատումը՝ վերջին դաշտանի առաջին օրվանից 9-12 շաբաթական ժամկետում (63-84-րդ օր)

200 մգ պերօրալ միֆեպրիստոնն ընդունելուց 36-48 ժամ անց տրվում է 800 մկգ դեղաչափով միզոպրոստոլ՝ ներհեշտոցային կամ ենթալեզվային ընդունման ձևով, այնուհետև տրվում է 400 մկգ միզոպրոստոլ, 3 ժամը մեկ անգամ, առավելագույնը 4 դեղաչափ, ներհեշտոցային կամ լեզվի տակ ընդունման ձևով:

Այս ժամկետում, միզոպրոստոլի ստացման փուլից սկսած, հսկողությունը պետք է կատարվի ստացիոնար պայմաններում:

Ուսումնասիրվել է միզոպրոստոլի մեկուսի կիրառումը արդյունավետության և անվտանգության տեսակետից:

Ինչպես ցույց են տալիս կլինիկական դեպքերի ուսումնասիրությունների տվյալները, միզոպրոստոլի մեկուսի օգտագործման արդյունավետությունը ավելի ցածր է, հղիության ընդհատման կլինիկական ընթացքը տևում է ավելի երկար, ավելի ցավոտ է, ծանր արյունահոսության և աղեստամոքսային տրակտի կողմնակի ազդեցությունները ավելի հաճախ են հանդիպում, քան միֆեպրիստոնի հետ միզոպրոստոլի համակցված օգտագործման դեպքում:

Դաշտանային վերջին պարբերաշրջանից հետո 13-22 շաբաթական ժամկետում հղիության դեղորայքային ընդհատումը

ԱՀԿ-ի կողմից (2012թ.) 13-22 շաբաթական ժամկետում ստացիոնար պայմաններում հղիության դեղորայքային ընդհատման առաջարկվող սխեմաներն են՝

Սխեմա 1

200 մգ միֆեպրիստոնի պերօրալ օգտագործմանը 36-48 ժամ անց հետևում է 800 մկգ միզոպրոստոլի ներհեշտոցային կիրառումը և ապա՝ յուրաքանչյուր 3 ժամը մեկ միզոպրոստոլի 400 մկգ սուբլինգվալ օգտագործումը՝ առավելագույնը մինչև 5 չափաբաժին: Այս սխեմայի դեպքում արդյունավետությունը կազմում է 97%:

Սխեմա 2

200 մգ միֆեպրիստոնի պերօրալ ընդունումից հետո 36-48 ժամ անց տրվում է 400 մկգ ներհեշտոցային միզոպրոստոլ, որին հաջորդում է 400 մկգ միզոպրոստոլի սուբլինգվալ օգտագործումը յուրաքանչյուր 3 ժամը մեկ, առավելագույնը մինչև 5 չափաբաժին:

5-րդ չափաբաժինն ընդունելուց հետո պետք է գնահատվի հղիի ընդհանուր վիճակը: Եթե գերձայնային հետազոտությամբ հաստատվում է բեղմնավորման արգասիքների՝ պտղի, ընկերքի ամբողջական դուրսմղումը, ապա հղիության ընդհատումը համարվում է ավարտված: Հակառակ դեպքում պետք է կատարվի խոռոչի վիրաբուժական դատարկում: Համաձայն Գյունիտի միջազգային կազմակերպության տվյալների 5-րդ չափաբաժնից հետո կարելի է շարունակել 400 մկգ միզոպրոստոլի ներայտային կամ սուբլինգվալ օգտագործումը մինչև լրիվ ինքնաբեր վիժումը (տե՛ս Հավելված 2):

Սխեմա 3

24 շաբաթականից ավելի ժամկետում միզոպրոստոլի չափաբաժին կարող է կրճատվել, քանի որ արգանդը դրա նկատմամբ ավելի զգայուն է: Կոնկրետ չափաբաժինները դեռևս հաստատված չեն, կլինիկական հետազոտությունները շարունակվում են:

Ներկայումս ուսումնասիրություններ են իրականացվում 12 շաբաթականից ավելի ժամկետներում միայն միզոպրոստոլով հղիության ընդհատման օպտիմալ սխեմաների ստեղծման համար:

Անհրաժեշտ են հետագա ուսումնասիրություններ՝ պարզելու միզոպրոստոլի օգտագործման օպտիմալ ռեժիմը 24 շաբաթական ժամկետից ավելի հղիության դեպքում:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման բարդություններ

- շարունակվող հղիություն,
- թերի վիժում,
- առատ արյունահոսություն,
- ինֆեկցիոն բարդություններ:

Ախտորոշվում է արյունահոսություն, եթե կինը մեկ ժամվա ընթացքում օգտագործում է 2 մեծ հիգիենիկ ներդիր, և դա շարունակվում է 2 ժամ և ավելի:

Հետևյալ իրավիճակները պահանջում են դիմել բուժհաստատություն՝ խորհրդատվություն և բուժօգնություն ստանալու:

- ուժեղ ցավեր, որոնք չեն թուլանում ցավազրկողներից,
- առատ արյունահոսություն, 2 մեծ հիգիենիկ ներդիրի օգտագործում մեկ ժամվա ընթացքում, 2 ժամ շարունակ,
- ջերմության բարձրացում 38 աստիճան և ավելի բարձր 8 և ավելի ժամվա ընթացքում միֆեպրիստոնի ընդունումից հետո,
- արյունահոսության բացակայություն միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի ընդունումից 24 ժամվա ընթացքում:

Հղիության ընդհատումը հղիության լրիվ ընդհատման տիպով հաստատելու համար կինը պարտադիր պետք է 2 շաբաթ անց հերթական այց կատարի այն բժշկական կազմակերպություն, որտեղ կատարվել է հղիության դեղորայքային ընդհատումը:

Գրականության ցանկ

1. Cervical ripening with mifepristone (RU486) in late first trimester abortion. Contraception, 50,461-475. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. 1994.
2. Clinuical managment of abortion complications; a practical guide. Geneva, World Health Organization (WHO/FHE/94.1).
3. First trimester abortion guidelines and protocols: surgical and medical procedures, IPPF 2008.
4. Lewin SA et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. Cochrane Database Systematic Reviews, 2001, 4:CD003267.
5. Medical methods for termination of pregnancy. Who, Technical. Report Series 871, Geneva, WHO. 1997.
6. National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
7. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, second edition, 2012.
8. Sawaya G.F. KerlikowskeL and Grimes D.A.Antibiotics at time of induced abortion;the case for universal prophylaxis based on meta-analysis. Obstetrics and Gynaecology, 1996, 87:884–890.
9. Schaff E.A, Elsinger S. Stadalius L.S. et all. Low -Dose mifepristone 200mg. and vaginal misoprostol for abortion.Contraception, 1999, 59; 1-6.
10. SopwithW. Garnerp. Hart A.preventing infection from medical equipment; a systematic reviev of decontamination procedures. 2001, Liverpool School of Tropical medicine. Available on line at www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html.

11. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline N7. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2000.
12. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Effi cacy. BJOG, 2003, 110:808–818.
13. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. Contraception, 2000, 62:311–314.
14. Wong K.S. Ngai CSW, Tang I.C. and Ho R.C.Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol:a randomized double-blind placebo-controlledtrial. Contraception.54.
15. Wongk.s.Ngai CsW et al.Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol;arandomizer double-blind placebo-controlled trial.Contraception, 1996, 54; 23-25.
16. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. Fertility and Sterility, 1991, 56:32–40.

Հավելված 1

ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Հղիության դեղորայքային ընդհատում միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի օգտագործմամբ

Սույնով ես երաշխավորեւմ եմ բժիշկ______________________-ին իրականացնել հղիության դեղորայքային ընդհատում միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի օգնությամբ:

Ես տեղյակ եմ, որ հղիության դեղորայքային ընդհատումը միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի օգտագործմամբ արդեն մի քանի տարի է, ինչ կատարվում է ամբողջ աշխարհում:

Դեպքերի ավելի քան 90%-ի դեպքում հղիությունն ընդհատվում է միֆեպրիստոն և միզոպրոստոլ դեղանյութերի օգտագործման միջոցով:

Գոյություն ունի անհաջողության մոտավորապես 5%, երբ ինձ մոտ անհրաժեշտ լինի վիրաբուժական գործիքային միջամտություն արյունահոսության կամ չկառավարվող ցավի պատճառով կամ որովհետև հղիությունը ամբողջությամբ չի ընդհատվել: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ այս մեթոդը հղիության ընդհատման համար ապահով և արդյունավետ մեթոդ է:

Ես որոշել եմ հղիությունը ընդհատել, օգտագործելով միֆեպրիստոն և միզոպրոստոլ, որը պատճառ է դառնալու իմ հեշտոցից արյունահոսության, որը նման կլինի շատ ուժեղ դաշտանային արտադրության:

Միֆեպրիստոնը անտիպրոգեստերոն է, որն օգտագործվում է կանգնեցնելու պտղի զարգացումը: Միֆեպրիստոնը տրվում է բերանի միջոցով:

Միզոպրոստոլը մի դեղ է, որը սովորաբար օգտագործվում է կանխելու ստամոքսի խոցը: Որոշակի չափաբաժիններով այն առաջացնում է մկանների կծկում (ինչպիսիք են արգանդի մկանները):

Միզոպրոստոլի օգտագործում սովորաբար պատճառ է դառնում արգանդի կծկման և արգանդի խոռոչից պտղի դուրսմղմանը:

Կողմնակի ազդեցությունները կարող են ներառել սրտխառնոց, փսխում, լուծ և/կամ ջերմության բարձրացում:

Ես կտեղադրեմ միզոպրոստոլի հաբերը իմ հեշտոցի մեջ միֆեպրիստոնի ընդունումից 36-48 ժամ հետո:

Ես հասկանում եմ, որ հնարավոր է՝ այս դեղամիջոցների օգտագործումը չառաջացնի իմ արգանդից հղիության ամբողջ հյուսվածքի դուրս գալը, և որ կարող է անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ միզոպրոստոլի ընդունում կամ վիրաբուժական միջամտություն:

Ես նաև հասկանում եմ, որ եթե ես ուժեղ արյունահոսություն և գլխապտույտ ունենամ, ապա հնարավոր է՝ անհրաժեշտ լինի անհապաղ դիմել վիրաբուժական միջամտության՝ արյունահոսությունը դադարեցնելու համար:

Ես հասկանում եմ, որ ինձ խստորեն առաջարկվում է համաձայնել վիրաբուժական վիժեցմանը, եթե ես մտափոխվեմ ունենալ դեղորայքային վիժեցում՝ միֆեպրիստոն/միզոպրոստոլ ստանալուց հետո կամ եթե բուժումը վիժեցում չառաջացնի:

Ինձ տրվել է տեղեկատվական թերթիկ, որտեղ քայլ առ քայլ բացատրվում է ողջ պրոցեդուրան:

Ես տեղյակ եմ հղիությանս հետ կապված առկա բոլոր տարբերակներին և նախընտրել եմ հղիության վաղ ընդհատումը դեղորայքային մեթոդով: Ես հասկանում եմ, որ միֆեպրիստոնը և միզոպրոստոլը ունեն կողմնակի ազդեցություններ, որոնք կարող են բուժվել դեղորայքի միջոցով:

Ես հասկանում եմ, որ եթե դեղորայքի միջոցով չհաջողվի հղիության ընդհատում առաջացնել, ապա ինձնից համաձայնություն կվերցնեն կրկնակի միզոպրոստոլի ընդունման կամ վիրաբուժական միջամտություն կատարելու համար (վզիկի լայնացում և կյուրետաժ):

Ինձ հնարավորություն տված քննարկելու ցանկացած հարց, որ, հնարավոր է, ունենայի դեղորայքի վերաբերյալ:

Ես կարդացել և հասկացել եմ համաձայնության այս ձևաթղթի մեջ պարունակվող տեղեկատվությունը:

Ես ստացել եմ համաձայնագրի մեկ օրինակը՝ իմ գրանցումների համար:

Եթե դուք խնդիրներ ունենաք, կարող եք զանգահարել

____

հեռախոսահամարը և բուժհաստատության հասցեն

Դուք կարող եք անմիջապես հանդիպել բժշկին կամ զանգահարել շտապ օգնություն և տեղափոխվել հիվանդանոց:

____

պացիենտի անունը, ազգանունը,հայրանունը

____

Ստորագրությունը ______________________________

Ամսաթիվը

____

Ամուսնու կամ ներկա հարազատի ստորագրությունը

Դեղորայքային աբորտների ռեժիմները ըստ Գյունիտի միջազգային կազմակերպության

Ամենոռեա	Միֆեպրիստոն	Միզոպրոստոլ	Ռեժիմը
Դաշտանային ցիկլ ≤ 49 օր	200 մգ	Պերօրալ Բուկալ Ենթալեզվային Ներհեշտոցային	400 մկգ 400 մկգ 400 մկգ 800 մկգ
Դաշտանային ցիկլ ≤ 50-56 օր	200 մգ	Բուկալ Ենթալեզվային Ներհեշտոցային	400 մկգ 400 մկգ 800 մկգ
Դաշտանային ցիկլ ≤ 57-63 օր	200 մգ	Բուկալ Ենթալեզվային Ներհեշտոցային	400 կամ 800 մկգ 400 մկգ 800 մկգ
Դաշտանային ցիկլ ≤ 64-70 օր	200 մգ	Բուկալ Ենթալեզվային	800 մկգ 400 մկգ
71-84 օր	200 մգ	Բուկալ Ենթալեզվային	400 մկգ, յուրաքանչյուր 3 ժամը մեկ, մինչև պտղածվի լրիվ արտամղումը
12-24 շաբաթ	200 մգ	Բուկալ Ենթալեզվային	400 մկգ, յուրաքանչյուր 3 ժամը մեկ անգամ անգամ, մինչև պտղածվի լրիվ արտամղումը

«Անտարես» հրատարակչատուն
ՀՀ, Երևան 0009, Մաշտոցի պ. 50ա/1
Հեռ.՝ (+374 10) 58 10 59
Հեռ. / ֆաքս՝ (+374 10) 58 76 69
antares@antares.am
www.antares.am