

ՄԻԿՐՈՍԻՏԻ ԿՐԻՍԻՍԻՆԿԱՆ ԳՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆԻ ՎԵՐԱԿՈՆԿՐԱԿՆԵՐԻ ԿՐԻՍԻՍԻՆԿԱՆ ԳՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆԻ ԵՎ ԽՆԱՄՔ



ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԱՐԳՅՈՒՆԱՎԵՏ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԽՆԱՄՔ

Ձեռնարկ (մոդուլներ) բժիշկների համար



ՄԱԿ-ի Բնակչության
հիմնադրամ

ՀՀ առողջապահության
նախարարություն

Վերարտադրողական
առողջության,
պերինատոլոգիայի,
մանկաբարձության և
գինեկոլոգիայի
հանրապետական ինստիտուտ

ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԽՆԱՄՔ

ՁԵՌՆԱՐԿ (ՄՈԴՈՒԼՆԵՐ)
ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Երևան
2011

ՀՏԴ618.2 (07)

ԳՄԴ 57.1 g 7

Պ 514

Հաստատված է ՀՀ առողջապահության
նախարարի 20.07.2011 թ. թիվ 1408-Ա հրամանով

Աշխատանքային խմբի ղեկավար՝

ՀՀ ԳԱԱ թղթակից անդամ, պրոֆ. Ռ.Ա. Արրահամյան

Աշխատանքային խմբի անդամներ.

Գ.Ս. Ավագյան՝	բ.գ.դ., դոցենտ
Լ.Ռ. Արրահամյան՝	բ.գ.դ., դոցենտ
Վ.Մ. Գյուլխասյան՝	բ.գ.թ, դոցենտ
Վ.Ֆ. Գրիգորյան՝	բ.գ.թ.
Ն.Վ. Հարությունյան	
Ա.Ս. Աղաջանյան	
Է.Հ. Հովհաննիսյան	

Պ 806 Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք: Ձեռնարկ
(մոդուլներ)/ Աշխ. խմբի ղեկ.՝ Ռ.Ա. Արրահամյան. – Եր.: Անտարես,
2011. 444 էջ

Ձեռնարկը (մոդուլները) կազմվել են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ուսումնական նյութերի հիման վրա, ՀՀ առողջապահության նախարարության, Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի համագործակցությամբ իրականացվող «Սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հզորացում» ծրագրի շրջանակներում:

Արժանացել է ՀՀ Մանկաբարձ-գինեկոլոգների, նեոնատոլոգների ասոցիացիայի հավանության:

Մոդուլները նախատեսված են կանանց կոնսուլտացիաների մանկաբարձ-գինեկոլոգների, բժիշկների, ուսանողների համար:

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

ISBN 978-9939-51-334-8

© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2011

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Մոդուլ 1.	Անվտանգ մայրություն և արդյունավետ պերինատալ խնամք. անհրաժեշտ են արդյո՞ք փոփոխություններ	7
Մոդուլ 2.	Ապացուցողական բժշկությունը պերինատոլոգիայում	30
Մոդուլ 3.	Նախածննդյան խնամք. պերինատալ արդյունավետ օգնություն և խնամք.....	68
Մոդուլ 4.	Ինչպե՞ս բարելավել գոյություն ունեցող փորձը. ռազմավարության փոփոխություն	110
Մոդուլ 5.	Մոր և նորածնի խնամքի խորհրդատվության հմտություններ	131
Մոդուլ 6.	Պտղի վիճակի գնահատումը հղիության և ծննդաբերության ժամանակ. գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտղի որոշումը.....	143
Մոդուլ 7.	Զարկերակային հիպերտենզիան հղիության ժամանակ	174
Մոդուլ 8.	Ծննդաբերության խթանում. երբ, ինչու, ինչպես	208
Մոդուլ 9.	Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ինտեգրումն արդյունավետ պերինատալ խնամքում	243

Մոդուլ 10.	Վարակներ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջաններում.....	270
Մոդուլ 11.	Կրկնվող վիժումներ.....	339
Մոդուլ 12.	Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում.....	349
Մոդուլ 13.	Վաղաժամ ծննդաբերություն	380
Մոդուլ 14.	Հետծննդաբերական դեպրեսիաներ. ողբերգություններ և կորուստներ.....	428

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

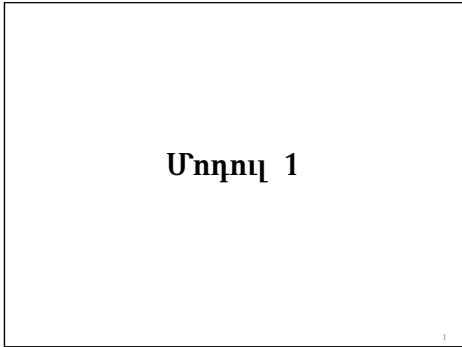
ԱՀԿ	- Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (WHO)
ԱՊԽ	արդյունավետ պերինատալ խնամք
ԲԽՍ	- B խմբի ստրեպտոկոկ
ԲՎ	- բակտերային վազինոզ
ԳԶՀ	- գործայնային հետազոտություն
ԳՏՓՊ	- գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտուղ
ԶՃ	- զարկերակային ճնշում
ԷՍԳ	- էլեկտրասրտագրություն
ԽԿՄ	- խառը կուլտուրայի մեթոդը
ԿՏԳ	- կարդիոտոկոգրաֆիա
ՀԶՆ	- Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՀՀՎ	- հասարակ հերպեսի վիրուս
ՀՄԳ	- հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ
ՀՌ	- հարաբերական ռիսկը
ՀՌՎ	- հակառետրովիրուսային վարակ
ՁԻԱՀ	- ձեռքբերովի իմունաանբավարարության համախտանիշ
ՄԻԱՎ	- մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՄՄ	- միջազգային միավոր
մՄ /մլ	- միլի միջազգային միավոր
ՄՈՒՎ	- միզուղիների վարակներ
ՆՀՎ	- ներհիվանդանոցային վարակներ
ՇԴՀ	- շնչառական դիսթրես համախտանիշ
ՇՀ	- շանսերի հարաբերությունը
ՊԵՔ	- պտղի ենթադրելի քաշը
ՊԿՊ	- պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլ
ՊՄՊ	- պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում
ՊՄՎՊ	- պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում

ՊՆԱԴ	-	պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում
ՊՇՌ	-	պոլիմերազայն շղթայական ռեակցիա
ՊՈՇ	-	պտղի որովայնի շրջագիծ
ՌՀՀ	-	ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտություն
ՍՃՓՎ	-	սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ
ՎԻ	-	վստահելի ինտերվալ
ՎԾ	-	վիրուսային ծանրաբեռնվածություն
ՑՄՎ	-	ցիտոմեգալովիրուսային վարակ
CDC	-	Հիվանդությունների կանխարգելման և հսկողության կենտրոն (Center Disease Control)
FIGO	-	Մանկաբարձ-գինեկոլոգների միջազգային ֆեդերացիա (Federation International Gynecologist Obstetrics)
HLA	-	մարդու լեյկոցիտար հակաժին (Human leycocitar antigen)
IgG	-	իմունոգլոբուլին G (Immunoglobulin G)
IgM	-	իմունոգլոբուլին M (Immunoglobulin M)
NHS	-	Ազգային առողջապահական ծառայություն (National Health Service)
PGE₂	-	պրոստագլանդին E ₂ (Prostaglandin E ₂)
PPD	-	սպիտակուցային մաքրված դերիվատ (Մանտոուի ռեակցիայի թեստ)
TORCH	-	սիֆիլիս, լիստերիոզ, էստերովիրուսներ, հեպատիտ A և B, խլամիդիաներ, գոնոռեա (T – toxoplasmosis, O – other, R – rubella, C – cytomegalovirus, H – virus herpes simplex)
UNICEF	-	ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամ (United Nations Children's Fund)
VDRL	-	Վեներական հիվանդությունների հետազոտման լաբորատորիա (Venereal Disease Research Laboratory)

**ԱՆՎՏԱՆԳ ՄԱՅՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ
ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԽՆԱՄՔ.
ԱՆՀՐԱԺԵ՛ՇՏ ԵՆ ԱՐԴՅՈՔ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
Մոդուլ 1**

**Անվտանգ մայրություն և արդյունավետ պերինատալ խնամք.
անհրաժե՛շտ են արդյոք փոփոխություններ**

Սլայդ 1-1



Այս մոդուլի հիմնական նպատակն է քննարկել անվտանգ մայրության, արդյունավետ պերինատալ բուժօգնության և խնամքի ժամանակակից մոտեցումները և բարելավել գոյություն ունեցող կարծրացած գործելակերպը:

Հազարամյակի զարգացման ութ նպատակները. ինչպիսի՞ն են դրանք

Սլայդ 1-2

- Նպատակ 1.** հաղթահարել ծայրահեղ աղքատությունը և սովը
 - Նպատակ 2.** հասնել համաշխարհային տարրական կրթության
 - Նպատակ 3.** աջակցել գենդերային հավասարությանը և պատվիրակել լիազորություններ կանանց համար
 - Նպատակ 4.** նվազեցնել մանկական մահացության տոկոսը
 - Նպատակ 5.** բարելավել մայրական առողջությունը
 - Նպատակ 6.** պայքարել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, մայրիայի և տուբերկուլոզի տարածման դեմ
 - Նպատակ 7.** ապահովել շրջակա միջավայրի կայունությունը
 - Նպատակ 8.** զարգացնել համաշխարհային գործընկերությունը հանուն ընդհանուր զարգացման
- Հատուկ ուշադրություն է դարձվում
առողջապահության հարցերին**

«Ձեկույց աշխարհում առողջապահության իրավիճակի մասին» (2008 թ.) ԱՀԿ-ն իր հրապարակման մեջ հատուկ ուշադրություն է հրավիրել այն հարցին, թե մենք ի՞նչ գիտենք և ի՞նչ ենք անում գործնական աշխատանքում:

Որպեսզի մինչև 2015թ., առողջապահության հետ կապված հարցերում հասնենք հազարամյակի զարգացման նպատակներին (ՀՋՆ), մեզ անհրաժեշտ է հաղթահարել որոշակի խոչընդոտներ:

Հիմնախնդրի լուծման ճանապարհներից է մարդկանց առողջությանն ու առողջապահության համակարգի լավացմանը նպատակաուղղված միջոցառումներում գիտական հետազոտություններից ստացված տեղեկատվության օգտագործումը:

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Մոր և մանկան առողջության պահպանումը առաջնային խնդիր է, որն առաջացել է 1990-ականներից շատ առաջ: Չնայած մոր և մանկան առողջության պահպանման իրականացումը և միջոցառումները հիմնված են ավելի քան 100 տարվա փորձի վրա, սակայն սկսած 2000թ.-ից ուշադրությունը տեղաշարժվել է Հազարամյակի զարգացման նպատակներին հասնելուն և կատարված միջոցառումների արդյունավետության գնահատմանը, որին հասել է յուրաքանչյուր երկիր կիրառելով տվյալ պրակտիկան:

Որպես արդյունք մայրերը և երեխաները միջամտության համար դարձել են նպատակային խումբ և ավելի մեծ ուշադրություն է դարձվում նրանց առողջության լավացմանը:

Մայրանալը դրական փորձ է կանանց մեծամասնության համար

Սլայդ 1-3

«Հայրությունն ու մայրությունը իրենց հետ մեծ ցանկություն են բերում երջանիկ և առողջ տեսնել իրենց երեխաներին: Սա ամբողջ աշխարհում կյանքի հաստատուններից մեկն է»



*Լի Չոն Վուկ
ԱՀԿ գլխավոր փնթրեն,
Առողջության պահպանման
համաշխարհային օր, Ժնև,
ապրիլ, 2005թ.*

«Մայրանալն ու հայր դառնալը իրենց հետ մեծ ցանկություն են բերում երջանիկ և առողջ տեսնել իրենց երեխաներին:

Սա ամբողջ աշխարհում կյանքի հաստատուններից մեկն է»:

Սակայն այսօր աշխարհում...

Սլայդ 1-4

- Ամեն թույն մեկ կին մահանում է հղիության բարդություններից
- 1600 մայր մահանում է ամեն օր, և հետևաբար ավելի քան 500 000 մահանում է ամեն տարի
- Ամեն տարի ութ միլիոն կին տառապում է հղիության հետ կապված բարդություններից
- Միլիոնավոր կանայք տառապում են հաշմանդամությունից, ինչը հղիության հետ կապված բարդությունների հետևանք է

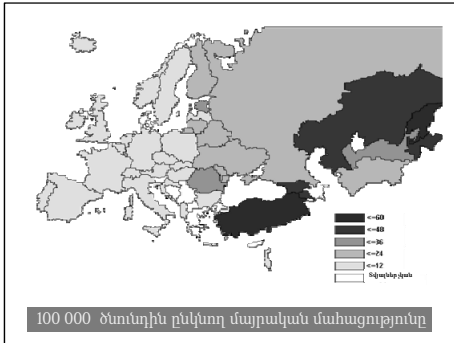
«Երեխաները մեր հասարակության ապագան են, իսկ նրանց մայրերը այդ ապագայի պահապանները: Սակայն, մոտավորապես 11 մլն երեխա մահանում է մինչև 5 տարեկան հասակը այն պատճառներից, որոնց մեծ մասը կանխարգելելի է:

Նրանց թվում են նաև 4 մլն նորածիններ, որոնք մահանում են կյանքի առաջին ամիսներին: Բացի այդ, 3.3 մլն ծնվում են մահացած:

Միևնույն ժամանակ կես միլիոն նորածին մահանում է ծննդաբերության ժամանակ կամ ծնունդից անմիջապես հետո»:

Մայրական մահացությունը Եվրոպական տարածաշրջանում, 2010 թ.

Սլայդ 1-5



Այսօր մոտավորապես 300 մլն կին տառապում է հղիության կամ ծննդաբերության բարդություններից: Բացի այդ, յուրաքանչյուր տարի մոտավորապես 529 000 մայրեր մահանում են:

Որոնցից 60 000 մահանում է հղիության վտանգավոր ընդհատման հետևանքով առաջացած բարդություններից:

Ցավոք սրտի մայրական մահացությունը հատուկ է ոչ միայն կյանքի ցածր կենսամակարդակ ունեցող երկրներին, այլ նաև հարուստ երկրներին, որտեղ գրանցվում է նորածնային և մանկական մահացության դեպքերի 1%:

Աշխարհի տարածաշրջանների մեծ մասում առաջընթաց է գրանցվել հղիության ընթացքում բժշկական և սանիտարական խնամքի մակարդակի բարձրացման ասպարեզում, բացառությամբ Սահարայից դեպի հարավ ընկած աֆրիկյան երկրների:

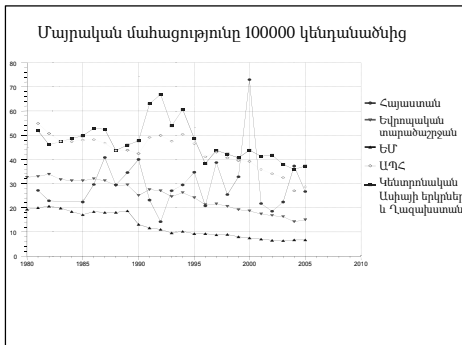
Չնայած գրանցված առաջընթացին, ընդհանուր նկարագիրը մնում է անփոփոխ:

Աշխարհի շատ երկրներում մայրերի և նրանց երեխաների համար դեռևս ապահովված չէ բուժօգնության մատչելիությունը, որակյալ և արդյունավետ պերինատալ խնամքը:

Այս սլայդը տվյալներ է պարունակում եվրոպական տարածաշրջանում մայրական մահացության մասին: Գծապատկերը ցույց է տալիս մահացության մակարդակների տարբերությունը տարբեր երկրներում:

Մայրական մահացության շարժը Եվրոպայի երկրներում, 1980-2010 թթ.

Սլայդ 1-6



Մահացության հավանականությունը, կախված հղիության և ծննդաբերության բարդություններից, Միջին Ասիայի երկրներում 6-7 անգամ բարձր է, քան Արևմտյան եվրոպայում:

Մայրական մահացության գլխավոր պատճառները

Սլայդ 1-7

• Ծանր արյունահոսություն	25%
• Վարակ	15%
• Էկլամպսիա	12%
• Վտանգավոր արորտ	13%
• Երկարացված (օբստրուկցիոն) ծննդաբերություն	8%
• Այլ ուղղակի պատճառներ	8%
• Անուղղակի պատճառներ	20%

Այս սլայդում ներկայացված են մայրական մահացության գլխավոր պատճառների համաշխարհային տվյալներ:

Ուշադրություն դարձրեք, որ թվերի կլորացման դեպքում ընդհանուր տոկոսը բարձր է 100-ից:

Անհնար է համակերպվել մայրական մահացության բարձր տոկոսի հետ, քանի որ...

Սլայդ 1-8

... հավաստի տվյալները ցույց են տալիս, որ բոլոր մահերի 80% տեղի է ունենում մանկաբարձական չորս հիմնական պատճառից, սակայն դրանցից կարելի է խուսափել պարզ, արդյունավետ և էժան միջամտություններով:

ԱՀԿ-ի 2005թ. տարեկան զեկույցը «Անուշադրության չենք մատնի ոչ մի մոր, ոչ մի երեխայի» հրահանգում է, որ համաշխարհային ներուժը պետք է ուղղորդել կանանց և երեխաների կենսամակարդակի բարձրացմանը:

Այս զեկույցը ներառում է մասնագիտական վերլուծություն այն խոչընդոտների մասին, որոնք խանգարում են մայրերի և երեխաների բժշկական օգնության մատչելիության, հասանելիության և որակի բարձրացմանը:

Բացի այդ, այն տալիս է որոշ ցուցումներ, ինչպես հաղթահարել այդ խոչընդոտները: Շատ երկրներում արդեն կան ռազմավարություններ, որոնք փոխում են միլիոնավոր մայրերի և երեխաների կյանքն ու կանխում մահացության դեպքերը:

Մանկական մահացությունն աշխարհում

Սլայդ 1-9

- Ամեն բույե, մինչև 5 տարեկան հասակը, աշխարհում մահանում է 20 երեխա: Դա նշանակում է, որ մոտավորապես 30 000 երեխա մահանում է ամեն օր, իսկ ավելի քան 10 միլիոն՝ տարեկան.
 - որոնցից 4 միլիոնը նորածիններ են,
 - նորածնային մահերի 2/3-ը տեղի է ունենում կյանքի առաջին շաբաթում, իսկ նրանցից 2/3-ը՝ կյանքի առաջին 24 ժամում:
- Ամեն տարի 4 միլիոն ծնվում է մահացած:

XX դարի երկրորդ կեսից սկսած մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը նվազել է 146-ից (1970թ. 1000 կենդանաձնից) 79-ի 2010 թ.-ին: Սակայն ընդհանուր միտումն աշխարհում միատարր չէ:

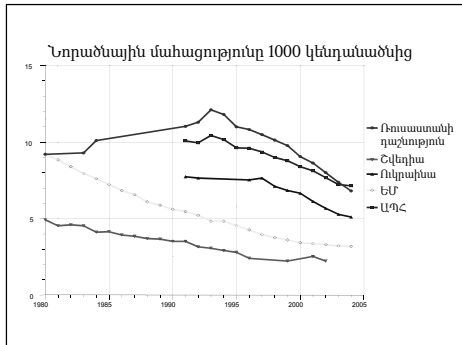
Եթե ԱՀԿ այսօրի տարածաշրջաններում, ինչպիսին են Ամերիկան, Հարավարևելյան Ասիան և Եվրոպան, առաջընթացը շարունակվում է կամ արագանում է, ապա Աֆրիկայի որոշ տարածաշրջաններում, Միջերկրական ծովի հարավային մասում, ինչպես նաև Խաղաղ օվկիանոսի արևմտյան հատվածում նկատվում է մանկական մահացության դեմ պայքարի տեմպերի դանդաղում:

93 երկրներում մինչև 5 տարեկան երեխաների մանկական մահացության մակարդակը արագ նվազում է, որը կազմում է աշխարհի բնակչության 40%-ը: Առաջընթացն անխոստումնալի է հաջորդ խմբում, որը կազմված է 51 երկրից, ուր ապրում է աշխարհի բնակչության 48%: Այս երկրները հազարամյակի զարգացման 4-րդ նպատակին կարող են հասնել այն դեպքում, եթե այս ցուցանիշի տեմպի իջեցումը զգալիորեն բարձրանա:

Ավելի բարդ է իրավիճակը վերջին խմբում, որում ընդգրկված են 43 երկիր և ապրում է բնակչության մնացած 12%-ը: Այս երկրներում մանկական մահացության մակարդակը կամ բարձր է, կամ շատ բարձր է և մնում է անփոփոխ կամ աճում է:

Նորածնային մահացության դինամիկան Եվրոպական տարածաշրջանում, 1980-2010 թթ.

Սլայդ 1-10

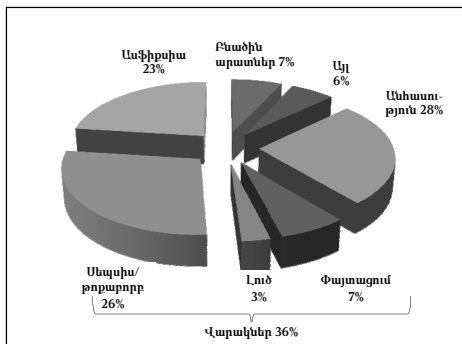


Վերջին տվյալների համաձայն մահացության ցուցանիշը նորածինների շրջանում սպասվածից բարձր է, և մոտավորապես կազմում է մինչև 5 տարեկանը մահացած երեխաների ցուցանիշի 40%-ը:

Այսօր, զարգացած երկրներում նորածնային մահացության մակարդակը կազմում է 2%: Ակնհայտ է, որ տարբերությունը հարուստ և աղքատ երկրների միջև դեռևս աճում է:

2010 թ-ին նորածնային մահացության պատճառներն աշխարհում

Սլայդ 1-11



Այս սլայդը տվյալներ է պարունակում 2010թ. աշխարհում նորածնային մահացության մասին:

Անհնար է համակերպվել նորածնային մահացության բարձր մակարդակին, քանի որ...

«Անուշադրության չեք մատնի ոչ մի մոր, ոչ մի երեխայի»

Սլայդ 1-12

Շատ դեպքերում մանկական և նորածնային մահերը կարելի է կանխել հայտնի, հասանելի և մատչելի տեխնոլոգիաների օգնությամբ, պայմանով, որ դրանք հասանելի լինեն բոլորին:

Սլայդ 1-13



«Անվտանգ մայրություն» ծրագիր

Սլայդ 1-14

- «Անվտանգ մայրություն» ծրագիր –1987-ից 2000 թ.
 - նպատակը. մինչև 2000 թվականը մայրական մահացությունը կրճատել 50%-ով,
 - չնայած գործալ ջանքերին, մայրական մահացությունը չի նվազել,
 - սակայն կուտակվել է դրական փորձ և հաշվի են առնվել սխալները:
- «Անվտանգ մայրություն» ծրագիր – 2000 թ.-ից մինչ այսօր.
 - նպատակը. յուրաքանչյուր ծնունդի առնչությամբ ապահովել որակյալ բուժօգնություն և խնամք, պահպանելով խնամքի շարունակականությունը
 - ուշադրության կենտրոնում է ատոդջապահության ոլորտի գործալ ռազմավարությունը,
 - տրամադրել տեխնիկական աջակցություն և ազգային կարողությունների զարգացում:

«Անվտանգ մայրություն» ծրագրի մտահաղացումն առաջացել է 1987թ.: Սա միջազգային ծրագիր է, որը նպատակաուղղված է բուժաշխատողների գիտելիքների և հմտությունների բարելավմանը, որոնք բժշկական օգնություն են ցուցաբերում կանանց հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում:

Այս մտահաղացման նպատակն էր բժշկական ընկերակցության ուժերն ուղղորդել մայրական մահացության իջեցմանը մինչև 2000թ. 50%-ով: Չնայած «Անվտանգ հղիություն» ծրագրի նպատակը չի իրականացել, սակայն միջազգային ջանքերը կենտրոնացվել են խնդրի լուծմանը:

Հիմնվելով «Անվտանգ մայրություն» մտահաղացման փորձի վրա, ԱՀԿ 2000թ. սկսել է նոր ծրագիր «Հղիությունը դարձնենք անվտանգ»:

Այս ծրագրի հիմնական ուժերը կենտրոնացվել են ատոդջության պահպանման սեկտորին:

Ծրագրի նպատակն է ապահովել բոլոր մայրերի և նրանց երեխաներին, հղիության և անմիջապես ծնունդից հետո, որակյալ խնամքով, ինչն էլ իր հերթին թույլ է տալիս հասնել հազարամյակի զարգացման թիվ 4 և 5 նպատակներին:

Որակյալ անձնակազմ

Սլայդ 1-15

Սահմանում: «Որակավորված անձնակազմ» - դա համապատասխան կրթություն ունեցող բուժաշխատող է՝ մանկաբարձուհի, բժիշկ կամ բուժքույր, ով պատրաստվել և վերապատրաստվել է ունի անհրաժեշտ հմտություններ նորմալ հղիության (առանց բարդությունների), ծննդաբերության և վաղ հետծննդյան շրջանի վարման համար, ինչպես նաև վերապատրաստված է կանանց և երեխաների մոտ բարդությունների առաջացման դեպքում, բացահայտել դրանք, օգնություն տրամադրել և ուղարկել համապատասխան բաժանմունք:

Որակյալ բուժօգնությունն այն է, որը մատուցվում է հղիին և նրա երեխային հղիության, ծննդաբերության և ծննդաբերությունից անմիջապես հետո վերապատրաստված և բանիմաց բուժաշխատողի կողմից, ով իր տրամադրության տակ ունի անհրաժեշտ սարքավորումներ՝ կյանքի համար կարևոր օրգան համակարգերի

գործունեությունն ապահովելու համար, ներառյալ տրանսպորտը և պայմանավորվածությունը 3-րդ մակարդակի բուժհաստատության հետ, ուր կնոջը կարելի է տեղափոխել անհետաձգելի բուժօգնություն ցուցաբերելու անհրաժեշտության դեպքում: Ինչպես վերը նշվեց, որակյալ բուժօգնություն կարող են տրամադրել տարբեր բուժաշխատողներ, և քանի որ մասնագիտությունների անունները տարբեր երկրներում տարբեր են, խառնաշփոթից խուսափելու համար որոշվեց այդ մասնագիտություններն անվանել «որակյալ անձնակազմ» կամ «ծննդաբերությանը ներկա գտնվող որակյալ անձ»:

Այս որոշման իրականացման համար ԱՀԿ-ն, Մանկաբարձների միջազգային ասոցիացիան, Մանկաբարձ-գինեկոլոգների միջազգային Ֆեդերացիան (FIGO) պրոպագանդում են, որպեսզի հսկողությունն ու խնամքը հղիության, ծննդաբերության և ծննդաբերությունից անմիջապես հետո իրականացվի որակյալ անձնակազմի կողմից:

Այս որոշումն առաջին հերթին ուղղված է այն երկրներին, որտեղ ծննդաբերության ժամանակ որակյալ բուժօգնության մակարդակը ցածր է 85%-ից: Այս դրույթը հստակ սահմանում է, թե որն է որակյալ անձնակազմ համարվում և ինչպես է պետք նրանց պատրաստել և սովորեցնել:

Որակյալ անձնակազմի կողմից մատուցվող խնամք

Սլայդ 1-16

- Ցանկացած բուժաշխատող, ով ներկա է ծննդաբերությանը, պետք է ունենա մանկաբարձական հմտություններ:
- Դիպլոմավորված մանկաբարձուհին՝ դա հմուտ բուժաշխատողի նախատիպն է:
- Ցանկալի է, որ առաջնային բուժօգնությունը մորը և երեխային տրամադրվի ծննդատներում, որտեղ ծնունդը վարում են մանկաբարձուհիները:
- Բուժօգնությունը պետք է լինի ապարժչականացված ու մոտ լինի ծննդաբերին:
- Ցանկացած մակարդակի բուժօգնությունը պահանջում է սերտ կապ ավելի բարձր՝ 3-րդ մակարդակի բուժաստատության հետ (արտակարգ իրավիճակներում տեղափոխում) բուժօգնության որակն ապահովելու համար:

Ծննդաբերությանը ներկա գտնվող ցանկացած բուժաշխատող պետք է ունենա բազային մանկաբարձական ունակություններ:

Անհրաժեշտ լրացուցիչ ունակությունները տարբեր երկրներում տարբեր են, տարբեր են նույնիսկ քաղաքում և գյուղում:

«Բազային մանկաբարձական հմտությունների» սահմանումը տրվել է Մանկաբարձուհիների միջազգային ասոցիացիայի “Essential Competencies for Basic Midwifery Practice” փաստաթղթում, որը հասանելի է ԱՀԿ <http://www.internationalmidwives.org> վեբ-կայքում, 2004, էջ 3:

Որակյալ բուժաշխատողի նախատիպ է համարվում դիպլոմավորված մանկաբարձուհին:

Ավելի անարդյունավետ տարբերակներ են բուժքույրերը և բժիշկները, եթե նրանք հատուկ վերապատրաստվել են այդ աշխատանքը կատարելու համար (շատերը պատրաստված չեն, կամ թերի են պատրաստված): Մանկաբարձ-գինեկոլոգները, որոնց պակասը զգացվում է զարգացող երկրներում, լիովին կարող են բարձր մակարդակի բժշկական օգնություն տրամադրել:

Մոր և երեխայի առաջնային բուժօգնությունը նպատակաուղղված է հղիին, ծննդաբերին՝ սա ավելին է, քան պարզապես «նորմալ ծննդաբերության վարումը»:

Մանկաբարձական այս օգնությունն իր մեջ կրում է 3 ֆունկցիա:

Առաջին. հղի կնոջ և բուժաշխատողի միջև լավագույն հարաբերություններ ստեղծելու միջոցով ապահովել ծննդաբերության կազմակերպման լավագույն պայմաններ:

Երկրորդ. վերացնել բարդությունները, որպեսզի նրանք չվերաճեն կյանքին սպառնացող անհետաձգելի վիճակի:

Երրորդ. կյանքին վտանգ սպառնացող իրավիճակում, ավելի բարձր մակարդակի բժշկական հաստատություններ դիմելու ունակություն, որոնք պետք է հասանելի լինեն:

Պերինատալ խնամքի բարելավման գլխավոր խնդիրները

Սլայդ 1-17

- 1990թ. մակարդակի հետ համեմատ մինչև 2015թ. մայրական մահացության ցուցանիշը նվազեցնել 75%-ով:
- Մանկական մահացության տոկոսը 1000 կենդանածնից նվազեցնել մինչև 35-ի:
- Ապահովել վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հասանելիությունը բոլոր նրանց, ովքեր դրա կարիք ունեն:
- Պահպանելով բուժօգնության շարունակականությունը բոլոր մայրերին և նորածիններին ապահովել որակյալ խնամքով:

Առողջապահության վիճակն աշխարհում (2005 թ.) զեկույցում խոսվում է այն մասին, որ մոր, նորածնի և երեխաների առողջության խնդիրները պետք է կենտրոնական տեղ գրավեն, երաշխավորելով նրանց առողջության իրավունք:

Պերինատալ խնամքի հիմունքները եվրոպական տարածաշրջանում

Սլայդ 1-18

- Օգնությունը հղիության և ծննդաբերության ժամանակ ամբողջական մոտեցում է պահանջում:
- Հղիությունը և ծննդաբերությունը կարևոր իրադարձություն է անձնական, ընտանեկան և սոցիալական կյանքում:
- Հղիության և ծննդաբերության բնականոն ընթացքին միջամտելու համար անհրաժեշտ են ծանրակշիռ պատճառներ:
- Բժշկական օգնությունն ու միջամտությունները, հղի կանանց, մայրերի և նորածինների մոտ առաջացած բարդությունների դեպքում պետք է լինեն հասանելի, համարժեք և անվտանգ:

Արդյունավետ պերինատալ խնամքի (ԱՊԽ) հիմնական դրույթները մշակվել են ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի ԱՊԽ աշխատանքային խմբի կողմից խորհրդակցության ժամանակ՝ Վենետիկում 1998թ. և Վերոնայում 2003թ.:

Հետագայում այս սկզբունքներն արժանացան հավանության, տարածվեցին և ներդրվեցին Եվրոպայի բոլոր տարածաշրջաններում:

Պերինատալ խնամքի սկզբունքները Եվրոպական տարածաշրջանում

Սլայդ 1-19

- Խնամքը պետք է.
 - հիմնված լինի գիտական ապացույցների վրա և լինի տնտեսապես արդյունավետ,
 - կողմնորոշված լինի դեպի ընտանիքը, պահպանելով կնոջ, ընտանիքի համար զաղտնիության, անձնական կյանքի և անձեռնմխելիության, մշակույթի, ավանդույթների, կրոնի նկատմամբ հարգանքի և հոգեբանական պահանջները,
 - ապահովի կանանց սերգրավածությունը խնամքի և բժշկական քաղաքականության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու գործընթացին,
 - բնութագրվի շարունակականությամբ և ժառանգականությամբ բոլոր մակարդակներում, սկսած տեղական համայնքներից մինչև համակարգի ամենաբարձր օղակները, ընդգրկի արդյունավետ տեղայնացում և բազմակողմանի կարգապահական մոտեցում:

Խնամքը պետք է բնութագրվի շարունակականությամբ և ժառանգականությամբ բոլոր մակարդակներում, սկսած տեղական համայնքներից մինչև համակարգի ամենաբարձր օղակները, ընդգրկի արդյունավետ տեղայնացում և բազմակողմանի կարգապահական մոտեցում:

Եվրոպական որոշ երկրներում առկա դժվարություններն ու խնդիրները (1)

Սլայդ 1-20

- Մոր և մանկան մահացության պահպանվող բարձր մակարդակ
- Դեղորայքի չափից շատ և անհարկի օգտագործումը
- Հիվանդանոցային խնամքի նախընտրելի տարբերակը
- Հնացած կլինիկական արձանագրությունների օգտագործումը, պերինատալ խնամքը հիմնված չէ գիտական ապացույցների վրա

Եվրոպայի ԱՀԿ տարածաշրջանային ղեկավար մարմինը, համատեղ Ամերիկայի ղեկավար մարմնի հետ գիտաժողով էին կազմակերպել Ֆորտալեգայում (Բրազիլիա, 22-26 ապրիլ, 1985թ.), որին մասնակցում էին ավելի քան 60 փորձագետ (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, մանկաբույժ, առողջապահության առաջատար մասնագետ,

ստտեսագետ, հոգեբան և սոցիոլոգ): Այս գիտաժողովի մասնակիցներն ընդունեցին մի քանի որոշում, որոնք հիմնված են պերինատալ խնամքի արդյունավետության հիմնարար սկզբունքների վրա. անվտանգ հղության և անվտանգ ծննդաբերության հարցերում որոշումներ կայացնելիս կնոջ կենտրոնական դերի ապահովումը: Գիտաժողովում նաև ձևակերպվեցին եվրոպական տարածաշրջանի երկրների մեծ մասի համար համընդհանուր հիմնական խնդիրներ:

Եվրոպական որոշ երկրներում առկա դժվարություններն ու խնդիրները (2)

Սլայդ 1-21

- Արդյունավետ և համարժեք պերինատալ խնամք տրամադրելու համար հիմնական բժշկական նյութերի և դեղորայքի պակասը:
- Ցուցանիշների ստանդարտացման բացակայությունը:
- Բժշկական օգնություն տրամադրելիս համաձայնեցված գործողությունների բացակայությունը:
- Անկատար առողջապահական օրենսդրություն:

Բրազիլիայում տեղի ունեցած գիտաժողովի ժամանակ կատարած հանձնարարականներից ելնելով՝ եվրոպական տարածաշրջանի ԱՀԿ-ի փորձագետները վերլուծել են Եվրոպայի որոշ երկրներում գոյություն ունեցող արդյունավետ պերինատալ խնամքի բարդություններն ու պրոբլեմները:

Բժշկական խնամքի լավագույն մոդելի չափանիշները

Սլայդ 1-22

- Անվտանգությունը
- Բժշկությունում ապացույցների օգտագործումը
- Հետևողականությունն ու անբողջականությունը
- Մատչելիությունը և հասանելիությունը
- Հղիի, ծննդաբերի իրավունքների հաշվի առնելը
- Միջդիսցիպլինար մոտեցումը

Անվտանգ մայրությունը չի ենթադրում միայն հիվանդացության և մահացության իջեցում, այլ նաև ապահովում է մոր և մանկան որակյալ բժշկական խնամքը:

Խնամք հասկացությունը ներառում է կնոջ ֆիզիկական, մտավոր և սոցիալական բարեկեցությունը հղիության ընթացքում ու երեխայի ծնունդից հետո, և պետք է ապահովի երեխայի առողջ ծնունդ ու առողջ մանկություն:

Այս մոտեցումը համաձայնեցված է ԱՀԿ-ի սահմանադրության (1948 թ.) հետ, որը սահմանում է «առողջությունը որպես ֆիզիկական, մտավոր և սոցիալական բարեկեցիկ վիճակ, այլ ոչ միայն հիվանդության կամ արատի բացակայություն»:

Բժշկական օգնության տրամադրման փուլերը. տեղայնացում

Սլայդ 1-23

- Բժշկական ծառայությունների ուղիղնալ բաշխումը տարածաշրջանի ներսում ապահովում է.
 - օգնության հասանելիություն,
 - օգնության արդյունավետություն,
 - օգնության անվտանգություն,
 - օգնության տնտեսական արդյունավետություն:

Տեղայնացումը բժշկական ծառայությունների ուղիղնալ տեղաբաշխումն է, որի ժամանակ ծառայություններն ու բժշկական հիմնարկները (առաջին, երկրորդ և երրորդ մակարդակ) տեղակայված են մարդկանց կողմից հասանելի վայրերում և ապահովում են մատչելի բուժօգնության:

Այս համակարգը իր արդյունավետությունն ապացուցել է հատկապես պերինատալոգիայում:

Մայրերին և երեխաներին առողջապահական օգնություն տրամադրող տարածաշրջանային համակարգը ենթադրում է մեծաքանակ բժշկական հաստատությունների առկայություն՝ առաջին մակարդակը, ծայրամասային (այդ թվում՝ ծննդատներ և գյուղական հիվանդանոցներ), ավելի քիչ երկրորդ մակարդակի՝ հիվանդանոցներ և էլ ավելի քիչ՝ երրորդ մակարդակի, ինչպի-

սիք են նեղ մասնագիտացված կենտրոնները, ինստիտուտները, ինտենսիվ թերապիայի համալսարանական հիվանդանոցները:

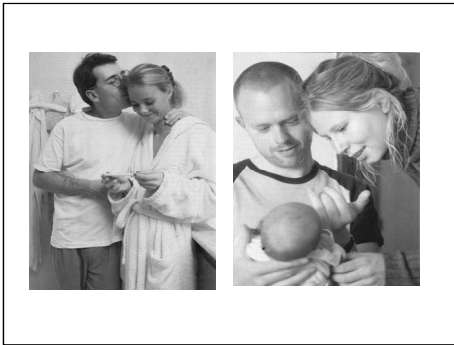
Տարածաշրջանային համակարգը պահանջում է սերտ ինտեգրում առաջնային, երկրորդ և երրորդ մակարդակի բուժհաստատությունների միջև, ինչպես նաև ստացիոնար տեղափոխելիս կամ մի մակարդակի բժշկական հաստատությունից այլ մակարդակի բժշկական հաստատություն տեղափոխելիս յուրաքանչյուր մակարդակում ապահովելով անվտանգ և արդյունավետ բժշկական օգնություն:

Հետևաբար, անհրաժեշտ է բժշկական համակարգ տվյալների ձեռք բերման և կապի լավ համակարգ, հոսպիտալացման և փոխադրման արդյունավետ կառավարմամբ (հատկապես տրանսպորտը):

Բացի այդ ծառայությունների պլանավորման համար կարևոր է վերահսկել շահագործման համակարգը և հետբուհական պատշաճ ուսուցման ապահովումը: Ինչպես նաև արդյունավետ աշխատանքի համար պետք է մուտք ունենալ դեպի կլինիկական արձանագրությունները, և ստեղծել փոխադարձ տեղեկատվության փոխանակման, և որ հատկապես կարևոր է, կլինիկական և կառավարման վերաբերյալ տեղեկատվության:

Ընտանիքի բավարար պահանջները՝ բժշկական օգնության և առողջապահական համակարգի աշխատանքի որակի հուսալի ցուցանիշն են

Սլայդ 1-24




Ջարմանալի չէ, որ առողջապահության համակարգում հղիի կարծիքը հաճախ չի լսվում: Եթե մենք ուշադրություն չենք դարձնելու համակարգի գլխավոր պատվիրատուների ցանկություններին և պահանջներին (ծառայությունների սպառողներ), ապա ի վիճակի չենք լինի բարելավել մշակված հանձնարարականներում

գոյություն ունեցող ծառայությունների հասանելիությունն ու լավացնել ցուցանիշները:

Կանանց կարծիքները

Սլայդ 1-25



«Հղիությունը հիվանդություն չէ...»

«Կինը՝ նույն մարդն է»

«... մանկաբարձությունը պետք է գիտականորեն հիմնավորված լինի...»

«... կնոջ երջանկությունը մանկաբանական օգնության լավագույն ցուցանիշն է...»

Օկլին և ուրիշները (1992 թ.) ուսումնասիրել են անտենտալ բժշկական օգնության դիմած Մեծ Բրիտանիայի կանանց փորձը և կարծիքը:


Հետազոտության արդյունքում կարևորել են հետևյալ թեմաները.

- խնամքի երկարատևությունը,
- միջոցառումներ, որոնք ուղղված են կնոջ սոցիալական պրոբլեմների լուծմանն ու նրանց պատասխանատվության բարձրացմանը,
- կնոջը լսելու և նրան տեղեկատվություն տրամադրելու ունակության կարևորությունը:

Ի՞նչ են կանայք ասում

Սլայդ 1-26

«... Ֆիզիկական առողջությունը չի դիտարկվում հոգեկան առողջության, շրջակա միջավայրի և կենսաապայմանների համատեքստում...»




«...Բուժաշխատողներին հատուկ է ցուցադրել իրենց գերազանցությունը և հարգանք, նրբանկատություն և ուշադրություն չցուցաբերելը...»

Թեյլորը և Դոուերը (1997 թ.) բանավեճ են անցկացրել ԱՄՆ-ի ֆոկուս խմբի կանանց հետ, կապված նրանց բուժօգնության կարիքների և գոյություն ունեցող բուժօգնության համակարգի մասին: Կանայք, ովքեր մասնակցել են այս հարցմանը, առանձնացրել են մի քանի դրվագ, որոնք չեն բավարարել իրենց պահանջները.

- մեկ օրգանի/համակարգի մասնագիտացված բուժումը, առանց լիարժեք ուշադրության ամբողջ օրգանիզմին:
- հիվանդության բուժումը և բժշկական մարտավարությունը, առանց պատշաճ ուշադրություն առողջության պահպանմանն ու ընդհանուր բարեկեցությանը:
- հոգեկան առողջության, շրջակա միջավայրի և կյանքի համատեքստում ֆիզիկական առողջության դիտարկման բացակայությունը:
- առողջապահության աշխատողների ոչ պատշաճ վերաբերմունքը, հարգանքի, կարեկցանքի ու հոգատարության բացակայությունը:

Մոլդովայի կանանց կարծիքը

Սլայդ 1-27



«...Բուժաշխատողների ձևական վերաբերմունքի պատճառով նայածնեղյան խնամքի որակն անբավարար է...»

«...Ծննդաբերության, կրծքով կերակրելու և ընտանիքի պլանավորման վերաբերյալ տեղեկատվությունը սահմանափակ է...»

Մոլդովայի կանայք նույն ցանկությունն են հայտնել իրենց երկրում առողջապահության համակարգի կազմակերպման վերաբերյալ: Opinii Flux մոլդովական հետազոտական խմբի ներկայացուցիչներ Միխայլովն ու Բոգուշը, ովքեր ուսումնասիրում են շուկայի հնարավորությունները, Մոլդովայի 4 ստա-

ցիոնարների ֆոկուս խմբերում քննարկումներ են անցկացրել:

Նրանք ուսումնասիրում էին, թե կանայք ինչպես են ընկալում մինչ- և հետծննդաբերական խնամքը: Կանանց մեծամասնությունը կարծիք է հայտնել է, որ.

- բուժաշխատողների ձևական վերաբերմունքի պատճառով անտենտալ խնամքի որակն անբավարար է,
- ծննդաբերության, կրծքով կերակրելու և ընտանիքի պլանավորման վերաբերյալ տեղեկատվությունը սահմանափակ է:

Մինչծննդաբերական և հետծննդաբերական խնամքի վերակառուցման վերաբերյալ հետազոտողները առաջարկել են հետևյալ հանձնարարականները.

- պահպանել խնամքի անընդհատությունը,
- օժանդակել հակաբեղմնավորիչների, հղիության ընթացքում խնամքի, անձնական հիգիենայի, նորածնի խնամքի, երեխայի դաստիարակության մասին տեղեկատվության տարածմանը:

Կանանց տպավորությունները ծննդաբերությունից տեսած հիշողություններ

Սլայդ 1-28

• Մանկաբարձական սեղաններ	71,1%
• Բաց դուռ	41,6%
• Ցավեր հեշտոցային հետազոտությունների ժամանակ	50,0%
• Բուժաշխատողներն ուշադրություն չէին դարձնում	27,3%
• Վիրավորանք	82,3%
• Անհարգալից վերաբերմունք	63,9%
• Ծննդաբերական սենյակում կինն ամենակարևորը չէր	51,9%
• Մեղավորը կինն էր, եթե ինչ որ բան էր պատահում	27,3%
• Չկար միջադիրներից օգտվելու հնարավորություն	70,2%

Արդյունքում հարցվածների 42,8% ցանկություն է հայտնել ծննդաբերել տանը


Պրոֆեսոր Բեվերլի Չալմերս (Մեծ Բրիտանիա) պերինատալ խնամքի վերաբերյալ մի քանի հետազոտություն է անցկացրել Ռուսաստանի Դաշնությունում (Սանկտ Պետերբուրգ):

Այդ հետազոտության արդյունքները հրատարակվել են «Հղիություն և ծնողական խնամք երեխայի հանդեպ. դրախտ թե դժոխք» ամսագրում (2002): Այդ հետազոտության որոշ տվյալներ բերված են սլայդում:

Աշխարհի կանայք մատնանաշում են միևնույն սկզբունքները, որոնք անհրաժեշտ են հաշվի առնել որակյալ պերինատալ խնամք տրամադրելիս

Սլայդ 1-29

Աշխարհի կանայք մատնանաշում են միևնույն սկզբունքները, որոնք անհրաժեշտ են հաշվի առնել որակյալ պերինատալ խնամք տրամադրելիս:



Պերինատոլոգիայի ժամանակակից մոտեցումները ենթադրում են այնպիսի խնամք, որը հաշվի է առնում հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում բոլոր կանանց և նրանց ընտանիքների տեղեկատվական, սոցիալական և հուզական կարիքների բավարարումը, ինչպես նաև

նրանց անհրաժեշտ մխիթարությունն ու աջակցությունը: Խնամքի այս մոդելը հիմնված է այն համոզմունքի վրա, որ ծննդաբերությունը դա նորմալ և հաճելի իրադարձություն է: Երբեմն այս մոդելը նաև անվանում են «Ընտանիքի մասնակցությունը կողմնորոշված ծննդաբերության պրոցեսին»:

Կինը պետք է ներգրավված լինի տրամադրվող բուժօգնության մասին որոշումներ կայացնելուն: Օրինակ, նա կարող է մասնակցել իր քաշի չափմանն ու ծանոթանալ արգանդի հատակի բարձրության չափման արդյունքներին:

Շատ կարևոր է պահպանել նախածննդյան խնամքի շարունակականությունը, որպեսզի այդ խնամքը, ողջ հղիության ընթացքում, տրամադրվի նույն բուժաշխատողի կողմից: Շարունակական կապը կնոջ և մանկաբարձուհու կամ բժիշկի միջև կարող է նպաստել փոխադարձ վստահության և հարգանքի:

Ելնելով կնոջ անհատական կարիքներից, ընտանիքին կողմնորոշված խնամքի առանձնահատկություններն են՝ լսելու կնոջը, նրա խնդիրները հասկանալու կարողություն, հավաստի տեղեկատվություն տրամադրում և նրա ընտրությանն աջակցում:

Սակայն շատ հաճախ...

Սլայդ 1-30

- Նշանակվում է բուժօգնությունների ստանդարտ փաթեթ:
- Նշանակումները կատարվում են անփութորեն, ավտոմատ, ըստ նախկինում ընդունված սխեմաների:
- Ինչը տանում է դեպի այսպես կոչված «մանկաբարձական ագրեսիայի»։
 - չհիմնավորված գործողություններ, ձեռնարված իբր օգուտի համար, արդյունքում բերում են ոչ այլ ինչի, քան վնասի,
 - ավելացնում են հղիության և ծննդաբերության հետ կապված բարդությունների տոկոսը,
 - ավելացնում են պերինատալ, մանկական և մայրական մահացության ու հիվանդացության տոկոսը:

«...Գիտականորեն ապացուցված չէ, որ առանց բարդությունների հղիի համար ծննդաբերությունը ստացիոնարում ավելի ապահով է, քան սեփական տանը որակյալ բուժաշխատողի մասնակցությամբ...»

Պերինատալ օգնության երկու մոդել

Սլայդ 1-31

Ավանդական	Ընտանիքին կողմնորոշված
<ul style="list-style-type: none"> • Մայրը և երեխան ընկալվում են որպես հիվանդներ • Ծննդաբերության տարրեր փոփոխանցվում են տարրեր սենյակներում • Երեխայի խնամքն իրականացվում է այլ հիվանդասենյակում • Հայրերին միայն տեղեկացնում են ծննդաբերության ընթացքի մասին • Հարազատների այցելությունն արգելված է 	<ul style="list-style-type: none"> • Հաշվի են առնվում կնոջ իրավունքները, մասնակցությունը որոշումների կայացմանը • Ծննդաբերությունն անցկացվում է նույն սենյակներում • Մոր և երեխայի խնամքն իրականացվում է նույն հիվանդասենյակում • Ծննդօգնության սոցիալական աջակցություն/գործընկեր • Հնրազատները ներգրավված են մոր և մանկան խնամքին

Այս սլայդում ներկայացված է ավելի հաճախ օգտագործվող պերինատալ օգնության երկու մոդել:

Պատշաճ տեխնոլոգիաներ

Սլայդ 1-32

- Տեխնոլոգիան գործունեություն է, որը ներառում է մեթոդների, ընթացակարգերի, միջամտությունների, սարքավորումների և այլ միջոցների պարբերաբար օգտագործում կոնկրետ խնդիրների լուծման համար:
- Տեխնոլոգիան համարվում է բավարար, եթե այն արդյունավետ է, անվտանգ, հասանելի, հարմար թե հղիին, և թե բժշկին, և կա այն օգտագործելու հնարավորություն:

Համարժեք կամ համապատասխան տեխնոլոգիան բնորոշվում է որպես մեթոդ, ընթացակարգ և սարքավորումներ, որոնց օգտագործումը գիտականորեն հիմնավորված է, որոնք հարմարեցված են տեղական պայմաններին, հարմար են և նրանց ուլքեր օգտագործում են և նրանց ուլքեր թիրախային խումբ են:

Տեխնոլոգիան համարվում է համապատասխան, եթե բնակչությունը կատարող է այն օգտագործել և պահպանել:

Պերինատալ խնամքի պատշաճ տեխնոլոգիաներ

Սլայդ 1-33

- Կնոջ դերը որոշումներ կայացնելու գործում
- ՊՆԱ գրաֆիկն օգտագործվում է հղիության վարման ընթացքում
- Պարտագրաման (ծնդագիրը) օգտագործվում է ծննդաբերության ժամանակ
- Խրախուսվում է զուգընկերոջ ներկայությունը ծննդաբերությանը
- Ծննդաբերության ընթացքում
- Ուղղահայաց դիրքի ազատ ընտրություն
- Չհիմնավորված ընթացակարգի բացառում
- Վաղ և անսահմանափակ «մաշկ-մաշկ» կապը
- Նորածնի հիպոթերմիայի կանխարգելում
- Նորածնի արդյունավետ վերակենդանացումը
- Պահանջով կրծքով կերակրելը և միայն գտնվելը
- Բուժանձնակազմի ձեռքերը մշտ լվանալը, վարակները կանխելու լավագույն միջոց է
- Դեղամիջոցների ռացիոնալ օգտագործում

Այս սլայդում թվարկված են գիտականորեն հիմնավորված և անհրաժեշտ պերինատալ խնամքի տեխնոլոգիաները:

«Անվտանգ մայրության» սկզբունքները

Սլայդ 1-34

- Մարդկային կյանքն անգին է:
- Անվտանգ մայրությունը դա մարդու իրավունքն է:
- Բոլոր կանայք պետք է ունենան հրատապ գինեկոլոգիական օգնության հնարավորություն:
- Բոլոր ծնունդներին պետք է ներկա լինի լավ պատրաստված, որակյալ բուժանձնակազմ:

Յուրաքանչյուր հղի կնոջ նախածննդյան խնամքի ապահովումը ընտանիքի առաջնային խնդիրն է: Կինը հղիության, հետծննդյան շրջանում, և հատկապես կրծքով կերակրելիս, եթե նա դժվարություններ ունի, ընտանիքի և հասարակության աջակցության կարիքն ունի:

Ընտանիքը որպեսզի ապահովի այդ խնամքը կարիք ունի տեղեկատվության, հմտությունների: Այսպիսի մոտեցումը պահանջում է սոցիալական և ֆինանսական աջակցություն: Ավելին, հասարակությանն անհրաժեշտ է աջակցություն առողջապահության համակարգից, որը կապահովի համապատասխան ծառայություններով, որոնք հաշվի առնելով կանանց ու նորածինների ֆիզիկական, հուզական և հոգեբանական կարիքները, կտրամադրեն մայրական և պերինատալ խնամքի լիարժեք ծառայություններ:

Արդյունավետ պերինատալ խնամքի սկզբունքները

Սլայդ 1-35

- Հղիությունը չպետք է դիտարկել որպես հիվանդություն, ծննդաբերությունը չպետք է համարել խնդիր, իսկ նորածիններին՝ հիվանդ:
- Բոլոր հղիությունների ավել քան 85% բժշկի կողմից միջամտության կարիք չունեն, հետևաբար սովորական դիտարկումը, հուզական և հոգեբանական աջակցությունը պետք է դիտարկվեն որպես նորմալ խնամք:
- Մայրը և հայրը լավագույն ձևով կարող են խնամել իրենց նորածիններին:

Գոյություն ունեցող պրակտիկայում կան արդյո՞ք որևէ անբավարար հայեցակետեր մոր և մանկան առողջության խնդրում:

Ինչպես կարող ենք մեր աշխատանքը համեմատել բժշկության այլ ոլորտների մասնագետների աշխատանքի հետ:

Մեր ասպարեզի դժվարությունն այն է, որ գործ ունենք հղիության հետ, որը հիվանդություն չէ, իսկ մյուս բուժաշխատողները գործ ունեն հիվանդության հետ: Շատ հղիներ չափազանց մեծ բժշկական միջամտության կարիք չունեն:

Ընտնաբար քաղցկեղով հիվանդների խնամքը խիստ տարբերվում է հղիների խնամքից: Այդ իսկ պատճառով հասկանալի չէ, թե ինչու հղիությանը երկար տարիներ վերաբերվել են որպես բժշկական հասկացության:

Այժմ ակնհայտ է, որ այս մոտեցումն հանգեցրել է նրան, որ համակարգը բացառապես կենտրոնացած է բժշկական օգնության և խնամքի վրա: Այս համակարգը կարող է և հաճախ աշխատում է առանց լիովին հաշվի առնելու մոր և նորածնի շահերը:

Պատշաճ պերինատալ տեխնոլոգիաներ

Սլայդ 1-36

- Ներառում է ոչ միայն նոր արդյունավետ տեխնոլոգիաներ, այլև հրաժարվում ավելորդ, իսկ երբեմն էլ վնասակար միջամտություններից, ինչպիսիք են.
 - միզապարկի համատարած կաթետերավորում,
 - սառույց որովայնի ստորին հատվածներում մասում,
 - շարժն նախածննդյան հետազոտություններ (սկրինինգի համար),
 - հոգնա,
 - շեքի սափրում,
 - չարդարացված էպիդուրմիա,
 - հակաբիոտիկների ոչ ռացիոնալ օգտագործում, կանխարգելում և այլն:

Դեղորայքի օգտագործման, ախտորոշիչ մեթոդների և հղիության ժամանակ միջամտության նվազեցումը պետք է հիմնված լինի այն սկզբունքի վրա, որ հղիությունը դա ֆիզիոլոգիական վիճակ է, այլ ոչ թե հիվանդություն: Այլ կերպ ասած, ծննդաբերությունը չպետք է համարել պրոբլեմ, իսկ նորածնին պացիենտ:

Սակայն այսպիսի մոտեցումը ևս ենթադրում է պատշաճ խնամք ինչպես հղիության, այնպես էլ ծննդաբերության և հետծննդյան ընթացքում:

Անհրաժեշտ է արդյո՞ք սահմանափակ միջոցները ծախսել...

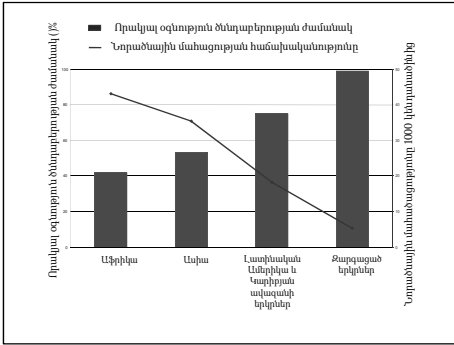
Սլայդ 1-37

- Շաբլոն բազմակի գերձայնային սկրինինգ
- Վարակների սկրինինգի (օրինակ, TORCH)
- Ուլտրամանաշակագույն լամպերի օգտագործում
- Մեծաքանակ ախտահանիչ միջոցների օգտագործում
- Բուժումը ֆետո-պլացենտային անբավարարության
- Ծնելիության դեղորայքային պատրաստման վրա
- Եվ շատ ուրիշ

Քանի դեռ ապացուցված չէ, որ թանկարժեք տեխնոլոգիաներն արդյունավետ կամ անհրաժեշտ են առողջապահության համակարգին, ապա պետք չէ սահմանափակ միջոցներն անարդյունավետ վատնել, այն պատճառով, որ դա կարող է խոչընդոտ լինել արդյունավետ տեխնոլոգիաների ներդրման համար:

Կապը ծննդաբերության ժամանակ որակյալ օգնության և նորածնային մահացության մակարդակի միջև

Սլայդ 1-38



Ծննդաբերությունը ռիսկի բարձր գործոն է, չնայած որ մայրական մահվան դեպքերի մեծ մասը գրանցվում են հետծննդաբերական շրջանում: Գոյություն ունեն արդյունավետ միջոցներ, որոնք հետծննդաբերական շրջանում կանխում են մահացության դեպքերի մեծ մասը:

Մայրական և նորածնային մահացությունները նվազեցնելու համար անհրաժեշտ է բարձրորակ պրոֆեսիոնալ խնամք ծննդաբերության ժամանակ և հետծննդաբերական շրջանում: Պրոֆեսիոնալ խնամքի բացակայությունը, հանդիսանում է մեծ խնդիր, և հանգեցնում է մահացության մակարդակի աճին:

Նախաձեռնյալ և հետծննդաբերական բարձրորակ պրոֆեսիոնալ խնամքն անհրաժեշտ է, ոչ միայն նրանց, ովքեր ունեն բարդությունների ռիսկի գործոն, այլ նաև բոլոր մայրերին և նորածիններին: Այս խնամքը պետք է լինի հասանելի և անվտանգ: Խնամքի գործընթացին պետք է մասնակցեն բարձրորակ մասնագետներ, ովքեր բարդությունների առաջացման դեպքում, կարող են անմիջապես ցուցաբերել անհրաժեշտ միջամտություն: Խնամքը, որն հատկացվում է ընտանիքին, կարող է տրամադրվել ծննդատներում բարձրորակ մանկաբարձուհու կամ բանիմաց բժշկի կողմից:

Նպատակային միջոցառումներ մոր և երեխայի համար

Սլայդ 1-39

- Որակյալ խնամք բոլոր մայրերին և նորածիններին խնամքի շարունակականության շրջանակներում:
- Բացառապես կրծքով կերակրում:
- Բարդությունների հայտնաբերում և ուղեգրումը հիվանդանոց:
- Վարակային վերահսկում:

Մանկաբարձուհիներն ու այլ առաջատար բուժաշխատողները կարող են կանխատեսել, խուսափել կամ լուծել մի շարք անսպասելի վտանգավոր խնդիրներ, որոնք կարող են ծագել ծննդաբերության ժամանակ, այսպիսով նվազեցնելով մայրական մահացություն ցուցանիշը:

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Երբ բուժշխաստողները գիտակցում են, որ իրենց գիտելիքներն ու առկա բուժսարքավորումները բավարար չեն ծննդաբերության ժամանակ առաջացած բարդությունները վերացնելու համար, նրանք նույնպես օգնության կարիք ունեն, որը կարող է տրամադրել միայն ստացիոնարը: Բոլոր կանայք ունեն մանկաբարձուհու կողմից տրամադրվող բազային խնամքի կարիք, իսկ մասնագիտացված օգնությունն անհրաժեշտ է միայն առանձին դեպքերում: Սակայն, այս երկու խնամքները (առաջնային և մասնագիտական օգնություն) պետք է գործեն միասին, միաժամանակ ապահովելով արդյունավետ ամբողջական ծառայություններ: Շատ երկրներում ծննդաբերական խնամք ավելի շատ է տրամադրվում, քան՝ հետծննդյան շրջանում: Սա շատ խիստ կարևոր ոլորտ է, որտեղ իրավիճակի բարելավման համար գոյություն ունեն բազում հնարավորություններ:

Միջազգային համագործակցության կարևորությունը

Սլայդ 1-40

- «Մանկաբարձությունը պետք է հիմնված լինի ապացույցների վրա»:
- «Մանկաբարձությունը չպետք է սահմաններ ունենա»:
- «Պետք է հիշել, որ ինչպես մաթեմատիկան ունի իր համաշխարհային օրենքները, որոնք պատկանում են համայն մարդկությանը, բժշկությունը նույնպես ունի իր սեփական համաշխարհային օրինաչափությունները»:
- Այդ օրինաչափությունների գիտակցումը հնարավորություն է տալիս բժշկին, անկախ ազգային կամ ռասայական պատկանելիությունից, արդյունավետ բժշկական օգնություն տրամադրել հղիին, ծննդաբերին»:

Միջազգային համագործակցությունը ժամանակակից մանկաբարձության զարգացման կարևոր պահն է:

Արդյունավետ տեխնոլոգիաներ իրոք գոյություն ունեն, սակայն նրանց ներդրումը կախված է մեզանից

Սլայդ 1-41

- 1601 Կապիտան Լանկաստերը, հաստատում է, որ կիտրոնի հյութը կանխում է լնդախտը:
- 1747 Բրիտանական գինվորական նավատորմը կրկնում է Լանկաստերի արդյունքները:
- 1795 Բրիտանական գինվորական նավատորմի ղեկավարություն որոշում է քնդունում կիտրոնի հյութ տալ նավաստիներին:
- 1865 Բրիտանական առևտրային նավատորմը սկսում է կիտրոնի հյութ տալ նավաստիներին:

Արդյունավետ տեխնոլոգիաների ներդրման օրինակ:

Տվեք ձեզ այս հարցերը, որպեսզի գնահատեք այն գործունեությունը, որը կիրառում եք ձեր աշխատանքում

Սլայդ 1-42

1. Ինչպիսի՞ միջամտություններ եմ կիրառում իմ աշխատանքում:
2. Ինչո՞ւ եմ դրանք օգտագործում:
3. Հասնում եմ արդյո՞ք նպատակներիս:
4. Կան արդյո՞ք ավելի լավ ուղիներ նպատակներիս հասնելու համար:

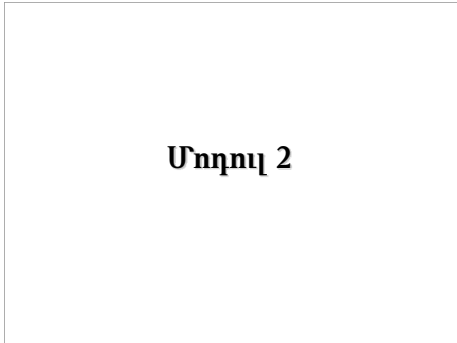
Այժմ ակնհայտ է, որ այն ինչ կիրառվել է բժշկական պրակտիկայում, չունեի արդյունավետության ապացույց: Չնայած այսօր շատ բժշկական միջամտություններ ուշադրությամբ վերլուծվում են, սակայն արդյունքում պարզ է դառնում, որ այն ինչ արվում էր, մեծամասամբ, մի կողմից միջոցների անտեղի վատնում էր, մյուս կող-

մից բացահայտորեն վնասարար: Մենք հարց ենք բարձրացնում ապացուցողական բժշկության մասին և հույս հայտնում, որ բուժաշխատողներն իրենք իրենց կտան այս 4 հիմնական հարցերը, որպեսզի գնահատեն իրենց աշխատանքը:

ԱՊԱՑՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՊԵՐԻՆԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻՆ
Մոդուլ 2

Ներածություն ապացուցողական բժշկության մասին

Սլայդ 2-1



Մոդուլի նպատակը

Ուսուցման վերջում մասնակիցները պետք է.

- լավ պատկերացում ունենան ապացուցողական բժշկության սկզբունքների մասին,

- ծանոթանան ապացուցողական բժշկության մեջ կիրառվող մեթոդներին և մոտեցումներին,
- կարողանան քննադատաբար գնահատել միջոցառումները, որոնք կիրառում են առօրյայում ապացուցողական բժշկության սահմաններում,
- ծանոթանան և սովորեն օգտագործել մատչելի տեղեկատվությունը:

Ինչպես են ընդունվում որոշումները

Սլայդ 2-2

- Ինչ ապացույցների վրա են հիմնված Ձեր որոշումները:
- Ինչ աղբյուրներից եք վերցնում անհրաժեշտ ապացույցներ հոգուտ Ձեր որոշմանը:
- Գիտեք, արդյոք, որտեղ կարելի է գտնել տեղեկատվություն համապատասխան հետազոտությունների մասին:
- Որքան ուշադրություն եք հատկացնում պացիենտի ցանկություններին ու նախընտրություններին:
- Քննարկում եք արդյոք ձեր գործընկերների հետ լավագույն միջոցների գործնականում կիրառման հնարավորությունների մասին: Գտնում ե՞ք Դուք, արդյոք, որ կիրառում եք բուժման արդյունավետ միջոցներ:

- Ինչ ապացույցների վրա են հիմնված Ձեր որոշումները:
- Ինչ աղբյուրներից եք վերցնում անհրաժեշտ ապացույցներ հոգուտ Ձեր որոշմանը:
- Գիտեք, արդյոք, որտեղ կարելի է գտնել տեղեկատվություն համապատասխան հետազոտությունների մասին:

- Որքան ուշադրություն եք հատկացնում պացիենտի ցանկություններին ու նախընտրություններին:
- Քննարկում եք արդյոք ձեր գործընկերների հետ լավագույն միջոցների գործնականում կիրառման հնարավորությունների մասին: Գտնում ե՞ք Դուք, արդյոք, որ կիրառում եք բուժման արդյունավետ միջոցներ:

Ճի՛շտ է արդյոք այն, ինչ մենք անում ենք

Սլայդ 2-3

«ԲՈՒՀ-ում ձեզ տրված գիտելիքների կետը շուտով սխալ կճանաչվի կամ անհուսալիորեն կհնանա 5 տարի անց...
Խնդիրն այն է, որ ոչ ոք չգիտի, թե որ կետը»:

*Դեյվ Սաքեթ
Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի
ղեկավար, Օքսֆորդ*

Բերվում են կլինիկական համաճարակաբանության պրոֆեսոր, Օքսֆորդի Ապացուցողական կենտրոնի տնօրեն Դեյվ Սաքեթի խոսքերը:

Ճի՛շտ է արդյոք այն, ինչ մենք անում ենք

Սլայդ 2-4

«Բժշկական գրականությունը կարելի է համեմատել ջունգլիների հետ՝ այն արագ աճում է, լի է չորացած ծառերով, տեղ-տեղ պարունակում է գանձեր, որոնց մեջ վխտում են սարդեր և օձեր»:

*Փիթեր Մորգան
Գրական խմբագիր,
Կանադայի բժշկական ասոցիացիա*


Բերվում է Կանադայի բժշկական ասոցիացիայի գիտական խմբագիր, դոկտոր Փիթեր Մորգանի խոսքը:

A Healthy Heritage. Collecting for the Future of Medical History. Proceedings of a conference held at the Wellcome Trust 25–26 February 1999 The Wellcome Trust. London, UK, 1999

Ավանդական իմաստություն

Սլայդ 2-5

Բժշկական միջամտությունների միայն 15%-ն է հիմնված լուրջ գիտական ապացույցների վրա:



«Նյու Յորքում Ռոքֆելերի ֆոնդի բժշկական ծառայության նախկին տնօրեն, դոկտոր Քերր Ուայթը դժվար թե մոռանա իր 1976թ.-ի ելույթը ապացուցողական բժշկության մասին: Նա հայտնեց, որ ապացույցների համաձայն, բժշկական միջամտությունների միայն 15-20%-ն է ավելի շատ օգուտ բերում, քան վնաս:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Այդ պահին նրան ընդհատեց ինչ-որ մեկի ձայնը «Քերր, դու ստախոս ես, դու շատ լավ գիտես, որ դրանք 10%-ից ավելին չեն»: Անխոս, դա Արչի Քոքրեյնի ձայնն էր, բրիտանացի հայտնի համաճարակաբան և ապացուցողական բժշկության պիոներ: Այդ մարդը երբեք չէր վախենում իր կարծիքն արտահայտելուց:

Նրան են պատկանում 1979թ. հայտնի դիտողությունը, որ բժշկի մասնագիտությունը ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների (ՌՀՀ), քննադատական եզրահանգումների կարիքն ունի:

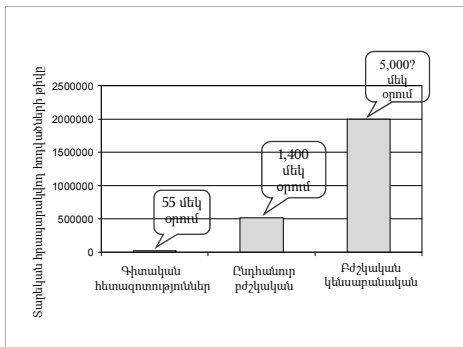
Այս խոսքերը հիմք դարձան Քոքրեյնի առաջին կենտրոնի ստեղծման համար, որը սկսեց աշխատել Օքսֆորդում (Մեծ Բրիտանիա), 10 տարի առաջ:

Այսօր արդեն աշխարհում կան Քոքրեյնի 15 կենտրոններ: Նրանք կոորդինացնում են հետազոտողների միջազգային խմբի աշխատանքը, որոնք ոգեշնչվել են Արչիի հայացքներով:

Kristine Culp. Archie Cochrane. Scottish Medical Journal, August 2002.

Բժշկական գրականության պարբերական ուսումնասիրում

Սլայդ 2-6



Բուժաշխատողները յուրաքանչյուր 3 հիվանդից 2-ի զննման ժամանակ կարիք են ունենում նոր, կլինիկորեն նշանակալի ապացույցների, որոնք աշխատանքային օրվա ընթացքում ազդում են ընդունվող 8 որոշման վրա:

1970 թ.-ից սկսած թողարկվող բժշկական հանդեսների քանակն ավելացավ երկու անգամ և մատչելի տեղեկատվությունը շարունակում է աճել օրեօր:

Տարեկան աշխարհում հրատարակվում է 6000 գիտական հոդված: Որպեսզի բժիշկն իր բնագավառում միշտ լինի իր բարձունքում, օրական պետք է ընթերցի մինչև 20 հոդված: Նկատենք, որ բժշկական հանդեսներում տպագրվող հոդվածների գրեթե 95%-ը չի համապատասխանում որակի ստանդարտի նվազագույն պահանջներին:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd Edition. Oxford University Press, 2000

Բազային տեղեկատվություն

Սլայդ 2-7

- Վերաբերում է հիվանդությանը կամ վիճակին, սակայն անմիջապես կլինիկական պրակտիկային չի վերաբերում.
 - «ինչ է...»,
 - «ինչ է միջին օտիտը»,
 - «ինչ միկրոօրգանիզմներ են միջին օտիտի պատճառ հանդիսանում»:
- Սովորաբար նման հարցերի պատասխաններ են ստանում, երբ դիմում են գրքերի, տեղեկատուների կամ ընդհանուր աղբյուրների օգնությանը:

«Ապացուցողական կլինիկական պրակտիկական որոշումների ընդունման այնպիսի մոտեցում է, որի դեպքում կլինիցիստը օգտագործում է առկա լավագույն ապացույցները և հիվանդի հետ քննարկելուց հետո, ընդունում է նրա համար ամենահարմար որոշումը»:

Muir Gray .JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997.

Բժշկական առօրյա պրակտիկայում բուժաշխատողները մշտապես առաջացող հարցերի պատասխանները ստանալու համար տարբեր տեսակի տեղեկատվության կարիք են զգում:

Օրինակ, ուսանողներին ու բժիշկ-ինտերներին հաճախ բազային տեղեկատվություն է պետք գալիս, որը կբացատրի հիվանդության պատճառները և ախտաձագումը, ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները և այլն: Բազային տեղեկատվությունը հարաբերականորեն կայուն է, վերաբերում է անատոմիայի, ֆիզիոլոգիայի, ախտաձագման և ծագումնաբանության բնագավառներին: Այն կարելի է վերցնել դասագրքերից, տեղեկատուներից և ընդհանուր այլ աղբյուրներից:

Գործնական աշխատանք ավելի հաճախ կատարող բժիշկներին ավելի շատ է հարկավոր իմանալ հիվանդի խնամքի, բուժմանը վերաբերող հարցերի պատասխանները:

Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997

Հիվանդի վարման համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն

Սլայդ 2-8

- Հարցեր, որոնք ուղղակիորեն կապված են հիվանդի վարման հետ.
 - ախտորոշում,
 - բուժում,
 - կանխարգելում:
- Պատասխան ստանալու համար անհրաժեշտ է հստակորեն ձևակերպել հարցը:

«Ապացուցողական բժշկությունը պահանջում է ոչ միայն ժամանակին կարգալ նյութերը, այլև Ձեր կողմից հայտնաբերած նորության առումով փոխել գործնական աշխատանքը (իսկ հաճախ նաև, ինչն ավելի դժվար է, փոխել ուրիշների գործնական աշխատանքը):

Greenhalgh, T. How to read a paper: the basics of evidence based medicine, London: BMJ, 1997, p. 2.

«Ապացուցողական բժշկությունը ակնկալում է բժշկական միջամտությունների արդյունավետությանը խիստ գնահատական տալը և այդ գնահատականի արդյունքների կիրառումը կլինիկական աշխատանքում:

Դա կարող է բարդ խնդիր լինել, քանի որ և ապացույցները գտնելու և դրանք տարածելու ու փոփոխությունները ներմուծելու գործընթացում ամենուրեք կարող են խնդիրներ առաջանալ:

Appleby J, Walshe K and Ham C. Acting on the Evidence. Birmingham: NAHAT, Research Paper No. 17, 1995

Բժշկին անհրաժեշտ տեղեկատվության մյուս տեսակը ախտորոշման, բուժման ու կանխարգելման հետ կապված հարցերին տիրապետելն է: Հենց այդ հարցերն էլ դիտարկում է ապացուցողական բժշկությունը:

Մոդուլի խնդիրները վերաբերում են հիվանդի վարման (ախտորոշում, բուժում, կանխարգելում) մոտեցումներին ու տեղեկատվությանը:

Greenhalgh, T. How to read a paper: the basics of evidence based medicine, London: BMJ, 1997, p. 2.

Appleby J, Walshe K and Ham C. Acting on the Evidence. Birmingham: NAHAT, Research Paper No. 17, 1995

Ճիշտ ենք անում, արդյոք, մենք

Սլայդ 2-9

- Օրական գործնականում կատարված գործողություններից շատը... հիմնված չէ որակյալ ապացույցների վրա:

Մեր գործողությունների մեծ մասը որակյալ ապացույցներ չունի:

Բժշկական որակյալ ապացույցներ

Սլայդ 2-10

- Ռետրոլենտալ ֆիբրոպլազիա.
 - թթվածնի բարձր խտությունների ազդեցության հետևանքով ավելի քան 10,000 երեխա կուրացել է (1942-1954)
- Տալիդոմիդ.
 - սինթեզվել է 1954 թ.-ին,
 - շուկայում հայտնվել է 1957թ.-ին,
 - նշանակվում էր հղիների առավոտյան սրտխառնոցի կանխարգելման նպատակով,
 - արդյունքում ֆոկոմելիայի համաճարակ:

Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներում նորածինների վերակենդանացման նպատակով ռուտին կիրառվում էր թթվածին՝ բարձր խտությամբ:

Թեև սպասվող արդյունքը (ողջ մնալու մակարդակ) լավացել է, սակայն կատարվածի հետևանքով ավելի քան 10 000 նորածին է կուրացել:

Այս աղետից կարելի էր գերծ մնալ, եթե կիրառվող տեխնոլոգիայի արդյունավետությունն ու նպատակահարմարությունը ապացուցված լիներ գիտական հետազոտություններով մինչև լայն կիրառումը:

Չղեկավարվող թթվածնաբուժություն.

- 1900 թ.' Բադիսը խորհուրդ է տալիս ցիանոզի նոպաներով անհաս նորածիններին տալ թթվածին:
- 1923 թ.' Բաբուինը նկատում է, որ թթվածնի կիրառումը ոչ միայն նվազեցնում է ցիանոզը, այլ կանխարգելում դրա հետագա էպիզոդների առաջացումը:
- 1940 թ.' նկարագրվել է ռետրոլենտալ ֆիբրոպլազիա կամ ռետինոպաթիա:
- 1942 թ.' Ուիլսոնը հայտնում է, որ թթվածին շնչելը դեպքերի 70%-ում կարգավորում է անհաս նորածինների շնչառությունը:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

- 1950 թ.' ռետրոլենտալ ֆիբրոպլազիան կամ ռետինոպաթիան ճանաչվել է մանկական կուրության հիմնական պատճառ:
- 1951 թ.' կասկածվել է մանկական կուրության և անհսկելի կերպով թթվածնի օգտագործման միջև կապի մասին:
- 1953 թ.' գրանցվել է ռետրոլենտալ ֆիբրոպլազիայի 10000 դեպք աշխարհում և, վերջապես, ամերիկյան 8 հիվանդանոցներում անցկացվել են ռանդոմիզացված հսկողական մի շարք հետազոտություններ ցածր քաշով (1500 գրամից պակաս) նորածիններին թթվածնի ազատ (լիբերալ) օգտագործման վերաբերյալ՝ համեմատած թթվածնի սահմանափակ քանակությամբ օգտագործման հետ:

Silverman WA. Retroental fibroplasia: a modern parable. Monographs in Neonatology. New York:Grune & Stratton, 1980, Chapter 7.

Campbell K. Intensive oxygen therapy as a possible cause of retroental fibroplasia: a clinical approach. Med J Australia, 1951, 2, 48–50.

Crosse V.M. & Evans P.J. Prevention of retroental fibroplasia. Arch. Ophthalm., July 1952, 48, 83-87.

Ճիշտ ենք անում, արդյոք, մենք

Սլայդ 2-11

Օրական գործնականում կատարված գործողություններից շատը...
1. հիմնված չէ որակյալ ապացույցների վրա:
2. հիմնված է կլինիկական անհատական փորձի վրա:

«Լավ բժիշկները կիրառում են ինչպես սեփական կլինիկական փորձը, այնպես էլ մատչելի լավագույն ապացույցները, սակայն թե մեկը, թե մյուսը իրականում բավարար չեն:

Առանց կլինիկական փորձաքննության գործնական աշխատանքը վտանգված է ապացույցներով ճնշվելու, քանի որ անգամ մատչելի լավագույն ապացույցները կարող են չհամապատասխանել կամ կիրառելի չգտնվել տվյալ հիվանդի համար: Առանց ժամանակակից ապացույցների գործնական աշխատանքը արագ հնանում է և կարող է վնաս հասցնել հիվանդներին:

Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.

Կլինիկական փորձը բժշկին հաճախ օգնում է ընտրել բուժման ամենահաջող վարման ձևը, սակայն բազմաթիվ իրավիճակներում բուժման մեթոդները բացառապես հիմնվում են փորձի վրա և կլինիկական հետազոտություններով չեն ստուգվում: Դրանք կարող են ոչ միայն արդյունավետ չլինել, այլև վնաս հասցնել հիվանդին:

Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.

Կլինիկական անհատական փորձը՝ լավ է, բայց ոչ բավարար (1)

Սլայդ 2-12

- Շնչափողի ռուտին ինտուբացիան կերակրափողի ատրեզիայի դեպքում:
- Բուժում՝ հղիության ընդհատման վտանգի դեպքում:

Ստորև բերված օրինակները ցույց են տալիս, որ միայն կլինիկական փորձը բավարար չէ:

Նորածինների շնչափողի ռուտին ինտուբացիան կերակրափողի ատրեզիայի դեպքում:

Այս խորհուրդը մշակվել է ուկրաինացի վիրաբույժների կողմից:

Կերակրափողի ատրեզիայով երեխաների մոտ ծննդաբերական բաժանմունքից վիրաբուժական տեղափոխման ժամանակ թոքաբորբ էր զարգանում:

Վիրաբույժները որոշում ընդունեցին ինտուբացիա կատարել կերակրափողի ատրեզիա ունեցող բոլոր նորածիններին, անկախ նրանց կլինիկական վիճակից (շնչառական խանգարումների առկայություն):

Տվյալ որոշումը ամրագրվեց հրամանով, ազգային մակարդակով: Այնուամենայնիվ, կա հասարակ և արդյունավետ այլընտրանք՝ ինտուբացիա կատարել միայն շնչառական ծանր դիսթրեսի դեպքում:

- Հղիության ընդհատման վտանգի առկայության դեպքում նշանակվում է բուժում, որը 85-90% դեպքերում օգնում է պահպանել հղիությունը:
- Այնպիսի տպավորություն է ստեղծվում, որ բուժումը արդյունավետ է և բժիշկները չեն կասկածում անգամ բուժման անհրաժեշտության մասին:
- Սակայն, արդյոք փորձում են նրանք հղիության ընդհատման վտանգի դեպքում չնշանակել ոչ մի տեսակի բուժում:
- Եթե բուժում չկատարել, արդյոք հղիությունների քանի տոկոսը չի ընդհատվի: Այս հարցին պատասխանել և որոշել բուժման արդյունավետությունը հնարավոր է միայն կլինիկական փորձի միջոցով. համեմատելով ընդհատված հղիությունների հաճախականությունը բուժում ստացածների և չստացածների խմբերում:

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

- Եթե այն նույնպես կազմի 80-95%, արդյոք հիմնավորված է հղիության շրջանում դեղամիջոցների կիրառումը, երբ օրգանիզմում տեղի է ունենում հյուսվածքների և պտղի օրգանների զարգացում:

Կլինիկական անհատական փորձը՝ լավ է, բայց ոչ բավարար (1)

Սլայդ 2-13

- Առանց կլինիկական փորձի առկա ապացույցները չեն կարող կիրառվել:
- Ցանկացած անհատի կլինիկական փորձը բավարար չէ (անհատական արժեքներ, սոցիալական և մշակութային առանձնահատկություններ):
- Կլինիկական պրակտիկական առանց ապացույցների հնանում է և դառնում անարդյունավետ:

Մասնագիտական կարծիք կազմվում է, ելնելով գիտելիքների ծավալից ու հմտություններից, կլինիկական փորձից, բնագրից, այսինքն՝ այսպես կոչված կլինիկական փորձից (ներքին ապացույցներ):

Մակայն այն շտկման կարիք ունի, հիմնվելով ուրիշների ստացած ապացույցների վրա (արտաքին ապացույցներ): Եթե արտաքին ապացույցները չեն ներմուծվում, կլինիկական պրակտիկական հնանում է:

Ճ՞իշտ ենք անում, արդյոք, մենք

Սլայդ 2-14

- Օրական գործնականում կատարված գործողություններից մեծ մասը...
1. հիմնված չէ որակյալ ապացույցների վրա,
 2. հիմնված է կլինիկական անհատական փորձի վրա,
 3. չի համապատասխանում հիվանդի պահանջներին:

Երկար ժամանակ կիրառվել են բազմաթիվ ցավոտ, տհաճ, նվաստացնող տեխնոլոգիաներ, թեև դրանց արդյունավետության ապացույցները բացակայել են:

Ճիշտ ենք անում, արդյոք, մենք

Սլայդ 2-15

- Ծննդատանը մայրերի տեսակցության արգելում:
- Ռախմանովի մահճակալ:
- Ծննդաբերության ժամանակ սննդի և հեղուկների ընդունման սահմանափակում:

Գոյություն ունի տեխնոլոգիաների և գործնականում կիրառվող միջամտությունների մի շարք, որոնք հղիի համար տհաճ են և դրանց արդյունավետությունն ապացուցված չէ:

Դրանք կարող են լինել, օրինակ.

- ծննդատանը մայրերի տեսակցության արգելումը,

- Ռախմանովի մահճակալը,
- ծննդաբերության ժամանակ սննդի և հեղուկների ընդունման սահմանափակումը,
- ծննդաբերությունից առաջ հոգնայի ռուտին կիրառումը,
- շեքի և ցայլքի ռուտին սափրումը,
- միզապարկի ռուտին կաթետերիզացիան ծննդաբերելուց հետո,
- երեխայի ծնվելուց հետո ծննդկանի որովայնի ստորին հատվածում սառցեպարկ տեղադրելը,
- ծննդաբերական ուղիների ռուտին զննումը,
- հեշտոցի մշակումն անտիսեպտիկներով,
- անմիջապես ծննդաբերելուց հետո մորը և երեխային անջատելը:

Ինչպես ապացուցել միջամտությունների անվտանգությունն ու արդյունավետությունը (1)

Սլայդ 2-16

- Կատարել բարձրորակ կլինիկական հետազոտություն.
- ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտություններ (ՌՀՀ),
 - ՌՌՀ-ների համակարգված ակնարկ:

Ապացուցելու համար բուժման մեթոդների արդյունավետությունը, անվտանգությունը և կանխարգելման միջոցները, անհրաժեշտ է անցկացնել կլինիկական հետազոտություններ:

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Մի խմբում նշանակվում է նոր (փորձարարական բուժում), մյուս (հսկողական) խմբում՝ ավանդական բուժում կամ պլացեբո:

Եթե առաջին խմբի մասնակիցների մոտ գրանցվում է անցանկալի ելքերի (մահացություն, հիվանդացություն) վիճակագրորեն զգալի ավելի ցածր հաճախականություն, ապա նոր մեթոդը կարելի է արդյունավետ համարել: Կլինիկական հետազոտությունները տարբերվում են հավաստիության աստիճանով, որը կախված է ձևավորումից կամ հետազոտության մեթոդաբանությունից:

Գործնականում որակյալ և արժեքավոր են համարվում ՌՀՀ-ների արդյունքում ստացված ապացույցները:

Ինչպես եք կարծում, իսկ ինչո՞ւ ՌՀՀ-ների արդյունքները ավելի հավաստի են համարվում:

Ինչպես ապացուցել միջամտությունների անվտանգությունն ու արդյունավետությունը (2)

Սլայդ 2-17

Զարկերակային ճնշումն իջեցնող նոր դեղամիջոցի փորձարկում.

- սպասվող արդյունք՝ գնահատել բուժման նոր մեթոդի ազդեցությունը հիվանդացության, մահացության, կյանքի որակի վրա,
- տարանջատում խմբերի.
 - բուժման նոր մեթոդ (խումբ Ա),
 - բուժման հին մեթոդ (խումբ Բ),
- հսկողություն 3 տարի շարունակ:

Պատկերացնենք, որ երիտասարդ գիտնականը զարկերակային ճնշումն իջեցնող նոր դեղամիջոցի փորձարկում է կազմակերպում: Նա հավաքագրում է հիվանդների երկու խումբ:

Առաջինը (Ա) ստանում է նոր դեղամիջոցը, երկրորդը (Բ)՝ ավանդական բուժում է ստանում:

Որպեսզի որոշվի բուժման նոր մեթոդի արդյունավետությունը, գիտնականը պլանավորում է հետազոտությունն անցկացնել երկու խմբերում էլ 3 տարի շարունակ, որպեսզի հնարավոր լինի համեմատել մահացությունը և ծանր հիվանդացությունը:

Ինչպես ապացուցել միջամտությունների անվտանգությունն ու արդյունավետությունը (3)

Սլայդ 2-18

Զարկերակային ճնշումն իջեցնող նոր դեղամիջոցի փորձարկում.

- Ա խմբում հիվանդացությունն ու մահացությունը 2 անգամ գերազանցում է Բ խմբի համեմատությամբ,
ՍԱԿԱՅՆ
 - Ա խմբի հիվանդների միջին տարիքը՝ 62 տարի է,
 - Բ խմբի հիվանդների միջին տարիքը՝ 69 տարի է:
- Անցավ 3 տարի...

Վերլուծելով տվյալները, գիտնականը որոշում է որ 3 տարի անց Ա խմբում մահացությունն ու հիվանդացությունը (սրտամկանի ինֆարկտի հաճախականություն, կաթված) 2 անգամ ավելի քիչ է, քան Բ խմբի հիվանդների մոտ:

Նա եզրահանգում է, որ բուժումն արդյունավետ է և ներկայացնում է ստացված արդյունքները փորձաքննությանը: Ծանոթանալով հոտազոտության արդյունքների հետ, փորձագետը երիտասարդ գիտնականին ուղղում է իր հարցը. «Ա խմբում հիվանդացությունն ու մահացությունը քիչ են նոր բուժման հետևանքով, թե այն պատճառով, որ միջին տարիքն այդ խմբում զգալիորեն ցածր է Բ խմբի հետ համեմատած: Արդյոք կարող էր տարիքային տարբերությունը ազդել բուժման արդյունավետության վրա:

Ինչպես ապացուցել միջամտությունների անվտանգությունն ու արդյունավետությունը (4)

Սլայդ 2-19

Զարկերակային ճնշումն իջեցնող նոր դեղամիջոցի փորձարկում.

- Ա խմբում հիվանդացությունն ու մահացությունը 2 անգամ փոքր է, քան Բ խմբում,
ՍԱԿԱՅՆ
 - Ա խմբի հիվանդների մարմնի միջին քաշը 72 կգ է,
 - Բ խմբի հիվանդների մարմնի միջին քաշը 81 կգ է:
- Անցավ ևս 3 տարի...

Գիտնականը կատարում է հակա-ճնշումային դեղամիջոցի ևս մեկ կլինիկական հետազոտություն: Այս անգամ նա հավաքում է երկու նույն տարիքի խմբեր՝ առաջին խմբի մասնակիցներին բուժում է նոր (փորձնական) դեղամիջոցով, երկրորդին (հսկողական)՝ ավանդական մեթոդով:

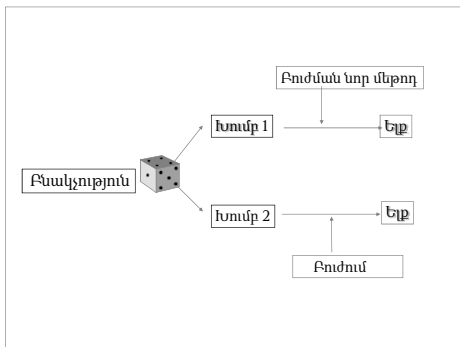
Երեք տարի անց Ա խմբում (փորձնական) հիվանդացությունն ու մահացությունը կրկին 2 անգամ ցածր է, քան Բ խմբում (ավանդական բուժում): Սակայն փորձագետը կրկին համոզված չէ, որ Ա խմբում հիվանդացությունն ու մահացությունը նվազել է ստացված բուժման շնորհիվ: Ա խմբի հիվանդ-

ների մարմնի միջին քաշը զգալիորեն փոքր է եղել, քան Բ խմբի մասնակիցներինը, իսկ հավելյալ քաշը ուղղակիորեն կապ ունի սիրտ-անոթային հիվանդությունների զարգացման ռիսկի հետ:

Որպեսզի ապացուցվի, որ հիվանդացությունն ու մահացությունը հետազոտվող խմբերում նվազել է բուժման նոր մեթոդի շնորհիվ, այլ ոչ թե տարիքի կամ քաշի հետ կապված տարբերությունների կամ այլ գործոնների պատճառով, որոնք կարող են ազդել, խմբերը ի սկզբանե պետք է միաստ լինեն բոլոր ցուցանիշներով, բացառությամբ ստացած բուժման:

Ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտություններ

Սլայդ 2-20



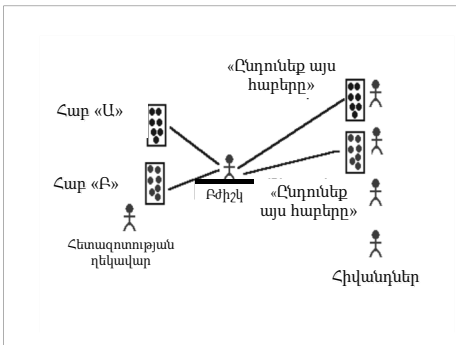
Ռանդոմիզացիան փորձնական և հսկողական խմբերի մեջ մասնակիցների բաշխման մեթոդն է: Պատահական բաշխմամբ հասնում են երկու խմբերի միջև տարբերությունների բացակայությանը, ինչը հնարավորություն է տալիս ստացված ելքը կապել բուժման հետ, այլ ոչ թե այլ բանի:

Գոյություն ունեն բարձրորակ կլինիկական հետազոտությունների մի շարք բնութագրեր.

- հետազոտության մասնակցողների մեծ մասը պետք է երկար ժամանակ գտնվի հսկման տակ, որպեսզի ստացված ելքերը լիարժեք լինեն,
- մասնակիցների մասին տվյալները պետք է վերլուծության ենթարկվեն այն խմբերում, որոնցում նրանք ներառվել են ռանդոմիզացիայի արդյունքում (անկախ նրանից, թե ինչ բուժում են ստացել. փորձնական, թե հսկողական),
- խմբերը հետազոտության սկզբում պետք է միաստ լինեն, հակառակ դեպքում հնարավոր է, որ ռանդոմիզացիան անորակ է կատարվել,
- լավագույն հետազոտությունները «կոյր» հետազոտություններն են, ինչպես հետազոտողների, այնպես էլ հիվանդի համար («երկակի կոյր» հետազոտություն):

«Երկակի կույր» հետազոտություն

Սլայդ 2-21



Որակյալ հետազոտությունների բնութագրերից մեկը «երկակի կույր» հետազոտությունն է: Դա երբ ոչ բժիշկը, ոչ էլ հիվանդը չգիտեն, թե որ խմբի մեջ է բաշխվել հիվանդը: Եթե հետազոտություններում կիրառվում է հաբերի տրման մեթոդը, ապա «երկակի կույր» հետազոտություն հեշտ է լինում կատարել:

Մի հաբը՝ ստուգվող դեղամիջոցն է (փորձնական խումբ), երկրորդը՝ պլացեբո (հսկողական խումբ). Երկու հաբերն էլ նույն չափսի են, նույն գույնի: Ոչ հիվանդը և ոչ էլ բժիշկը չգիտեն, թե որ հաբում կա ստուգվող դեղամիջոցը, իսկ որում՝ պլացեբոն:

Սակայն բժիշկները պետք է հիշեն պլացեբոյի արդյունքի մասին, որը կարող է արտահայտվել հետևյալ կերպ.

- հիվանդը հավատում է, որ ստանում է արդյունավետ նոր դեղ, որի հետևանքով նա լավատեսորեն է տրամադրված, ինքնագզացողությունը՝ բարձր է: Դա բերում է դրական արդյունքի վերագնահատման,
- բժիշկը հավատում է, որ իր հիվանդը ստանում է նոր, արդյունավետ դեղ և նույնպես լավատեսորեն է տրամադրված: Նա ուշադրությունը կենտրոնացնում է դրական ախտանիշների վրա և հորդորում հիվանդին, որը նույնպես բերում է դրական արդյունքի վերագնահատման:

*SUNY Downstate Evidence Based Medicine Course.
State University of New York, USA, 2002.*

Հետազոտություններ մանկաբարձության և անվտանգ ծննդաբերության վերաբերյալ

Սլայդ 2-22

- Ծննդաբերության ժամանակ հոգեհուզական աջակցություն:
- Ծննդաբերության ժամանակ ավտերնատիվ դիրքերի ընդունում:
- Ծննդաբերության երրորդ փուլի ակտիվ վարման վերաբերյալ բրիտանական հետազոտություններ:
- Հակացնցումային դեղամիջոցների արդյունավետությունը էկլամպսիայի ժամանակ:
- MAGPI հետազոտությունը պրենեկլամպսիայի և մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման վերաբերյալ:
- Հետազոտություններ կորտիկոստերոիդների վերաբերյալ՝ վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում:

Բազմաթիվ ՌՀՀ զգալի ազդեցություն են թողել մանկաբարձական պրակտիկայի վրա և ներդրում են ունեցել մայրության անվտանգության մեջ:

- Ծննդաբերության ժամանակ կանանց ցուցաբերվող աջակցության մասին հետազոտությունների ակնարկը ցույց տվեց վերջինիս դրական արդյունքը, ավելի շատ է բնական ճանապարհով ծննդալուծումների թիվը, ավելի փոքր է հավանականությունը, որ ծննդաբերության ժամանակ օգտագործվելու են ցավազրկողներ և կինը դժգոհ է մնալու իր ծննդալուծումից:
- Ցուցադրվել են ծննդաբերության երկրորդ փուլում հղիի ուղղաձիգ դիրքի առավելությունները, այդ թվում՝ երկրորդ փուլը ավելի կարճ է, նվազում է գործիքային ծննդալուծումների, էպիզիտոտոմիաների թիվը, ավելի քիչ են ցավի գանգատները, նվազել են պտղի սրտի հաճախականության ոչ նորմալ դեպքերը:
- ՌՀՀ-ներից Բրիտանյան հետազոտությունը լայնածավալներից մեկն է, դրանք ապացուցեցին ծննդաբերության երրորդ փուլի ակտիվ վարման արդյունավետությունը և հետծննդաբերական արյունահոսությունների ռիսկի նվազումը:
- Էկլամպսիայի վերաբերյալ հետազոտությունը ապացուցեց, որ մագնեզիումի սուլֆատը էկլամպսիայի նոպաների դեպքում ամենաարդյունավետ դեղամիջոցն է: Այս հետազոտությունը մագնեզիումը և դիազեպամը լավագույն դեղամիջոց համարող կողմնակիցների միջև ծագած բազմամյա բանավեճին վերջակետ դրեց:
- MAGPI ՌՀՀ-ում մասնակից են եղել պրենեկլամպսիայով 10000-ից ավելի հղի: Այս հետազոտությամբ ապացուցվեց մագնեզիումի սուլֆատի արդյունավետությունը նաև ծանր աստիճանի պրենեկլամպսիայի դեպքում:
- Ռանդոմիզացված այլ հետազոտություններով ապացուցվել է վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկի դեպքում պերինատալ մահացության և հիվանդացության զգալի նվազում կորտիկոստերոիդների կիրառմամբ:

Հետազոտությունները հաճախ ոչ թե հիմնավորում, այլ հերքում են արդյունավետությունը

Սլայդ 2-23

- Ասպիրինի ցածր դեղաչափեր պրենեկլամպիայի ռիսկի նվազեցման նպատակով:
- ՆԱԴ համախտանիշի բուժման բազմաթիվ սխեմաներ:
- Կծկանքների ռուտին դեկլավարում:
- Պտղի էլեկտրոնային ռուտին մոնիտորինգ ծննդաբերության կամ ցածր ռիսկի հղիության ժամանակ:
- Ռուտին կամ լիբերալ էպիգիտոտմիա:

Կան օրինակներ, երբ Ռ-ՀՀ-ը հիմնավորում են առաջարկված կամ անցկացվող բուժման անարդյունավետությունը: Դրանցից որոշ բուժօգործողություններ ծննդաբերության ժամանակ կիրառվել են երկար տարիներ:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and child birth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

Հետազոտություններ նորածնի խնամքի վերաբերյալ

Սլայդ 2-24

- Նորածնի վերակենդանացում սենյակի օդի կամ թթվածնի միջոցով:
- Պորտի մնացորդների մշակում անտիսեպտիկներով կամ անտիբիոտիկներով, համեմատած պորտի բաց, չոր վարման հետ:
- Ակտիվ նորածինների շնչափողի ռուտին ինտուբացիա և մեկոնիումի ասպիրացիա՝ հարպտոզներում մեկոնիումի առկայության դեպքում:

Նորածինների վերակենդանացման սկզբնական փուլում թթվածնի 100% կիրառումը ստանդարտ բուժօգործողություն է: Սակայն որոշ կլինիկաներում վերակենդանացման նպատակով կիրառում են թթվածնի 100%-ից ցածր խտություններ:

Ստացված արդյունքները վկայում են այն մասին, որ նման մոտեցումը նույնպես արդյունավետ է: Եթե թթվածնի աղբյուր չկա, օդափոխում կատարում են սենյակի օդի միջոցով:

Saugstad OD et al. Resuscitation of asphyxiated newborn infants with room air or oxygen: an international controlled trial: the Resair 2 study. Pediatrics, 1998; 102.

Հետևյալ Ռ-ՀՀ խնդիրն էր ստուգել օմֆալիտի առաջացման հաճախականությունը պորտի մնացորդների տարբեր տեսակներով վարման երեք խմբերում՝ տեղային մշակում անտիսեպտիկով, պորտի մնացորդների չոր վարում, տեղային մշակում անտիբիոտիկով:

Եզրակացություն. պորտի մնացորդի մշակումը անտիսեպտիկով և անտիբիոտիկով ոչ մի առավելություն չունի համեմատած պորտի մնացորդների չոր վարման հետ:

Zupan J. et al. Topical umbilical cord care at birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 3.

Պտղաշրերում մեկոնիումի առկայության դեպքում բոլոր նորածիններին կատարվել է շնչափողի ինտուբացիա և շնչափողի պարունակության ասպիրացիա: Սակայն ասպացույցներն ասում են այն մասին, որ ակտիվ նորածինների ռուտին ինտուբացիան մեծացնում է մեկոնիումի ասպիրացիայի համախտանիշի, լարինգոսպազմի և պնևմոթորաքսի հաճախականությունը:

Ինտուբացիան բարդ բուժգործողություն է և ոչ անհրաժեշտ: Այս հետազոտությունների խորհրդատվությամբ շնչափողի ռուտին ինտուբացիան հանվել է նորածինների վերակենդանացման ծրագրից:

«Մինչև չհայտնվի նոր ասպացույց, մեկոնիումով ներկված պտղաշրերով ծնված առողջ հասուն նորածինների թոքերի սանացիայի նպատակով պետք է հրաժարվել ռուտին ինտուբացիայից: Բերան-ընկանային ասպիրացիան կարող է օգտակար լինել, սակայն էնդոտրախեալ ինտուբացիան պետք է արվի միայն ընկճված կամ թույլ նորածիններին, որոնց մոտ առաջնային գնահատման ժամանակ բացահայտվել են շնչառական խանգարումներ»:

Halliday HL, Sweet D. Endotracheal intubation at birth for preventing morbidity and mortality in vigorous, meconium-stained infants born at term. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue1.

Ապացույցների հավաստիությունը

Սլայդ 2-25

Խորհուրդների հավաստիությունը	Հավաստիության մակարդակը	Միջոցառում
Ա	1ա	ՌՀՀ համակարգային ակնարկ
	1բ	ՌՀՀ
Բ	2ա	Կոնորտային հետազոտությունների համակարգային ակնարկ
	2բ	Կոնորտային հետազոտություն
	3ա	«Դեպ-հսկողություն» հետազոտությունների համակարգային ակնարկ
	3բ	«Դեպ-հսկողություն» հետազոտություն
Գ	4	Դեպքերի շարք
Գ	5	Փորձագետների կարծիք

Հաշվի առնելով սխալների հավանականությունը և ոչ ճիշտ եզրահանգումների հնարավորությունը, տարբեր ասպացույցների վրա հիմնված բոլոր խորհուրդները կարող են դասակարգվել ըստ հավաստիության աստիճանի հետևյալ կերպ.

- **Ա մակարդակ** (հավաստիության ամենաբարձր մակարդակը)՝ խորհրդատվությունը հիմնվում է ՌՀՀ-ների համակարգային ակնարկների վրա և ասպահովում ամենամեծ հավաստիությունը (1ա մակարդակ), այն

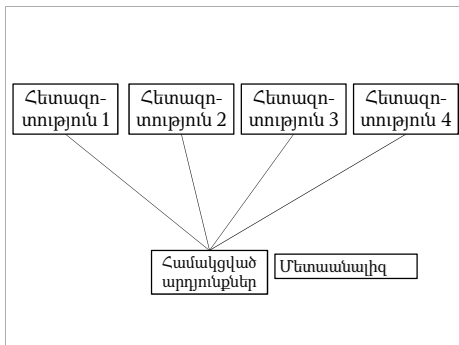
դեպքում, երբ առանձին ՌՀՀ-ների վրա հիմնված խորհուրդները ապահովում են ավելի ցածր մակարդակ (1բ մակարդակ):

- **Բ մակարդակ.** խորհրդատվությունը հիմնվում է կլինիկական հետազոտությունների արդյունքների վրա, սակայն ավելի ցածրորակ, քան ՌՀՀ-ները: Դրանց մեջ ներառվում են կոհորտային հետազոտությունները (2ա և 2բ մակարդակներ) և «դեպք-հսկողություն» հետազոտությունները (3ա և 3բ մակարդակ):
- **Գ մակարդակ.** խորհրդատվությունը հիմնվում է դեպքերի սերիայի վրա կամ կոհորտային ցածրորակ և «դեպք-հսկողություն» հետազոտությունների (առանց հսկողական խմբի) վրա:
- **Դ մակարդակ.** խորհրդատվությունը հիմնվում է մասնագետների՝ առանց հատակ քննադատական գնահատականի կարծիքի, կամ ֆիզիոլոգիայի իմացության վրա:

Guyatt GH et al. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group, JAMA, 1995, 274, 1800-4.

Մետաանալիզ և համակարգային ակնարկներ

Սլայդ 2-26



ՌՀՀ-ների համակարգված ակնարկները և մետաանալիզներն ունեն հավաստիության ամենաբարձր մակարդակը:

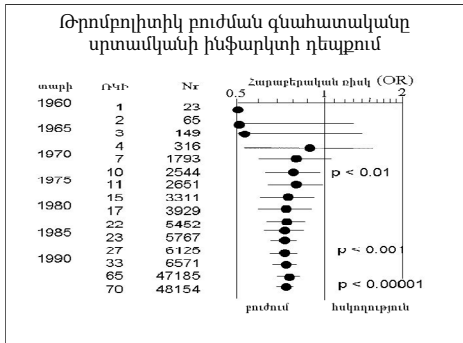
Համակարգային ակնարկը թեմայի բազմակողմանի ակնարկն է, որում սկզբում գումարվել են բոլոր բարձր մակարդակի հետազոտությունները (հաճախ՝ ՌՀՀ), որոնց մասին տեղեկությունները գտնվել են, գնահատվել և գումարվել որոշակի մեթոդաբանությամբ:

Մետաանալիզը ակնարկ է, որում բոլոր հետազոտությունների արդյունքները միավորվել են և վերլուծության ենթարկվել որպես մեկ միասնական հետազոտություն: Համակարգային լավ ակնարկը կամ մետաանալիզը գործելու համար լավագույն ձեռնարկներն են, քան առանձին վերցված մեկ հոդվածը:

SUNY Downstate Evidence Based Medicine Course. State University of New York, USA, 2002

Թրոմբոլիտիկ բուժման գնահատականը սրտամկանի ինֆարկտի դեպքում

Սլայդ 2-27



Որպեսզի մետաանալիզի արդյունքները հնարավոր լինի օգտագործել, պետք է գիտենալ մի քանի բանալի տերմիններ:

Շանսերի հարաբերություն (ՇՀ)՝ շանսի գնահատումն է կամ իրադարձության կատարման հավանականությունը մի խմբում, համեմատած իրադարձության կատարման շանսի հետ մյուս խմբում: Եթե շանսերի հարաբերակցությունը հավասար է 1, դա նշանակում է, որ հետազոտվող վիճակի կատարման հաճախականությունը փորձնական և հսկողական խմբերում նույն է:

Եթե շանսերի հարաբերակցությունը 1-ից ավելին է, ապա մեծ է հավանականությունը, որ իրադարձությունը կկատարվի առաջին խմբում, 1-ից փոքր հարաբերակցության ժամանակ, ընդհակառակը, ինչը նշանակում է, որ առաջին խմբում վիճակի կամ իրադարձության կատարման հավանականությունը փոքր է: Գրաֆիկի վրա կետերով նշված է սրտամկանի ինֆարկտի պատճառով մահացու դեպքերի ելքերը: **Վստահելի ինտերվալ**՝ դա նման հնարավորությամբ կամ իրադարձության կատարման հավանականությամբ երկու արժեքների միջև եղած հատվածն է:

Վստահելի ինտերվալ (ՎԻ) ներկայացված է հորիզոնական գծով, որը անցնում է շանսերի հարաբերության կետերի միջև: Այլ կերպ ասած՝ ՎԻ այն հատվածն է, որի սահմաններում կարող է գտնվել հետազոտվող պոպուլացիայի ցուցանիշի իրական արժեքը: ՎԻ-ն բնորոշում է ստացված տվյալների սպացուցման աստիճանը:

Եթե ՎԻ-ն չի հատում 1-ի գիծը, ապա շանսերի բոլոր արժեքները բացասական են կամ դրական և հետազոտության տվյալները համարվում են վիճակագրորեն հավաստի:

Եթե ՎԻ-ն հատում 1-ի գիծը, ապա հարաբերական ռիսկը կարող է ունենալ ինչպես դրական (բուժումն անարդյունավետ է), այնպես էլ բացասական (բուժումն արդյունավետ է) արժեքներ: Հետազոտության տվյալները համարվում են վիճակագրորեն անհավաստի:

Բացի այդ, ՎԻ պատկերացում է տալիս հետազոտության վիճակագրական հզորության մասին և օգնում կողմնորոշվել դրա կլինիկական արժեքի գնահատման մեջ:

Որքան վստահելի հատվածը նեղ է, այնքան հզոր ու կլինիկորեն արժեքավոր է հետազոտությունը: Լայն ՎԻ-ն խոսում է հետազոտության հզորության թուլության մասին, որը ավելի հաճախ պայմանավորված է հետազոտվող դեպքերի անբավարար թվով:

Ուշադրություն դարձրեք, գրաֆիկի վրա ներկայացված է, թե ինչպես է ժամանակի հետ աճում հետազոտության մեջ ընդգրկված դեպքերի թիվը:

Երբ մասնակիցների թիվը 1000-3000 է կամ ավելի քիչ է, ՎԻ-ն երկար է կամ լայն, երբեմն այն հատում է 1-ի գիծը: Որքան մեծ է հետազոտության մասնակիցների թիվը, այնքան ՎԻ-ն կարճանում է և նեղանում, հետևաբար՝ ստացված արդյունքների հավաստիությունը աճում է

Ենթադրենք, եթե անցանկալի ելքի հաճախականությունը (տվյալ դեպքում՝ մահացու) փորձնական խմբում 10% է, իսկ հսկողականում՝ 20%, ապա անցանկալի իրադարձության շանսերի հարաբերությունը կկազմի $0,10 / 0,20 = 0,50$:

0,50 արժեքը գտնվում է 1 գծից դեպի ձախ, ինչը նշանակում է, որ անցանկալի ելքի ռիսկը փորձնական խմբում ավելի փոքր է, քան հսկողականում: Փաստորեն, անցանկալի արդյունքի ռիսկը փորձնական խմբում կիսով չափ փոքր է, քան հսկողականում:

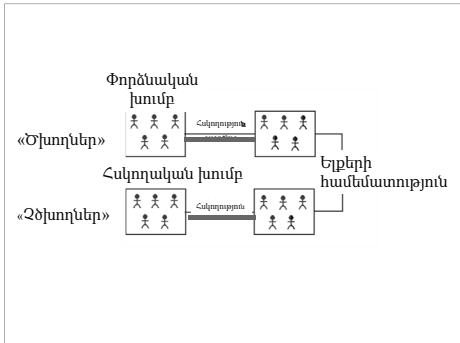
Եթե անցանկալի ելքի հաճախականությունը փորձնական խմբում ավելի մեծ է, քան հսկողականում (20% -10%-ի դիմաց), ապա մահացու ելքի շանսերի հարաբերությունը կկազմի $0,20 / 0,10 = 2,0$:

2 արժեքը 1 գծից դեպի աջ է, դա նշանակում է, որ անցանկալի ելքի ռիսկը փորձնական խմբում 2 անգամ ավելի մեծ է, քան հսկողականում (այսինքն, բուժումը ոչ միայն արդյունավետ չէ, այլ ընդհակառակը, վնասակար):

Եթե հաճախականության տարբերություն չկա, շանսերի հարաբերությունը կկազմի $0,20 / 0,20 = 1,0$: Շանսերի հարաբերությունը նշող կետը գտնվում է 1-ի գծի վրա, դա խոսում է այն մասին, որ անցանկալի ելքի ռիսկը երկու խմբերում էլ նույնն է:

Կոհորտային հետազոտություններ

Սլայդ 2-28



Ռ-ՀՀ անցկացումը բարդ խնդիր է: Հետազոտության մեջ ներառվելու համար հիվանդից պահանջվում է տեղեկացված համաձայնություն: Ռ-ՀՀ-ները կարող են լինել թանկարժեք, ռիսկի ենթակա, ոչ բարոյական, կարող է կատարվել փորձնական բուժում և պլացեբո:

Այս պատճառով ապացույցներ կարելի է ստանալ այլ տեսակի հետազոտությունից՝ կոհորտային կամ «դեպք-հսկողություն» և այլն. Սակայն նման հետազոտությունների արդյունքում ստացված տվյալները ավելի շատ են վտանգված սխալ լինելու և դրանց հավաստիության մակարդակը, համապատասխանաբար, ավելի ցածր է:

Կոհորտային հետազոտությունը դա երբ հիվանդներն ունեն որոշակի բնութագրեր (ներգործություն, որոշակի հիվանդություն, բուժում և այլն) և հսկողության տակ են որոշակի ժամանակահատվածում: Այնուհետև հետազոտության տվյալները համեմատվում են նման տվյալների հետ, որոնք, սակայն, այդ բնութագրերը չունեն:

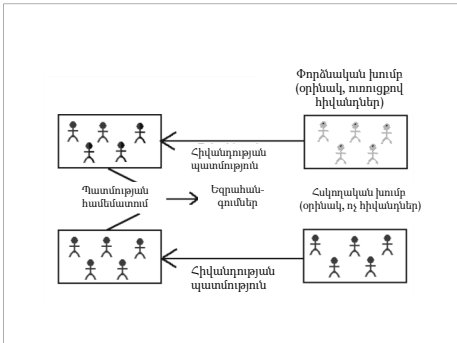
Օրինակ, Ռ-ՀՀ-ների անցկացումը առողջության վրա ծխելու վնասի ուսումնասիրման առումով էթիկական չի լինի: Չի կարելի որոշ մարդկանց առաջարկել ծխել, մյուսներին՝ չծխել, իմանալով հանդերձ, թե ինչպիսի վնաս է հասցնում առողջությանը ծխելը:

Դրա խելացի այլընտրանքն է կոհորտային հետազոտությունը, որում կան երկու խումբ (կոհորտներ). ծխողների և չծխողների: Արդյոք այդ խմբերի մարդկանց առողջական վիճակի խնդիրներ առաջանում են, թե ոչ, կարելի է այդ խմբերը հսկողության տակ պահել ինչ-որ ժամանակ:

Կոհորտային հետազոտություններն այնքան հուսալի չեն, որքան ռանդոմիզացված հետազոտությունները, քանի որ կոհորտները կարող են տարբերվել այս կամ այն ցուցանիշներով, բացի, իհարկե, ծխելուց: Օրինակ, ծխողները կարող է ավելի քիչ եկամուտ ունենան կամ չծխողների հետ համեմատած մարմնի ավելի մեծ քաշ, այդ փաստը խմբերի միջև եղած տարբերությունները ավելի վառ կարտացոլի և հենց ծխելու ազդեցությունը կքողարկվի:

«Դեպք-հսկողություն» հետազոտություններ

Սլայդ 2-29



«Դեպք-հսկողություն» հետազոտությունները ռետրոսպեկտիվ հետազոտություններ են, որոնցում հիվանդներն արդեն ունեն որոշակի հիվանդություն կամ վիճակ:

Հետազոտողը վերլուծության է ենթարկում այդ հիվանդների բնութագրերը և համեմատում, թե ինչպես են դրանք տարբերվում նրանցից, ովքեր նման հիվանդություն կամ վիճակ չունեն:

Օրինակ, թոքերի քաղցկեղով հիվանդներին հարց էր տրվել, թե արդյոք նրանք շատ էին ծխում անցյալում և պատասխանները համեմատվում էին նրանց հետ, ովքեր թոքերի քաղցկեղով հիվանդ չէին:

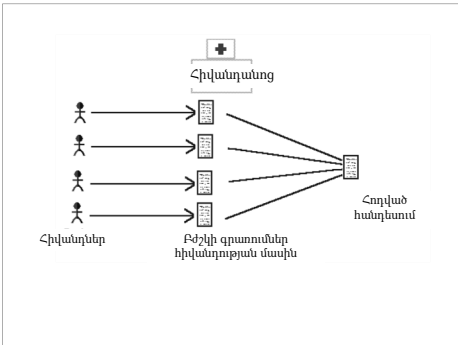
«Դեպք-հսկողություն» հետազոտություններն ավելի քիչ հուսալի են, քան ռանդոմիզացված կամ կոհորտային հետազոտությունները, որովհետև երկու իրավիճակների միջև վիճակագրական կապը չի նշանակում, թե դրանցից մեկը բխում է մյուսից: Օրինակ, թոքերի քաղցկեղ ավելի շատ հանդիպում է բարձրագույն կրթություն չունեցող անձանց մոտ (նրանք ավելի հաճախ են հակված ծխելու), սակայն դա չի նշանակում, թե բարձրագույն կրթության առկայությունը նվազեցնում է թոքերի քաղցկեղով հիվանդանալու ռիսկը:

«Դեպք-հսկողություն» հետազոտության հիմնական առավելությունները.

- հետազոտությունը կարելի է կատարել արագ, հարցնելով հիվանդին անցյալում եղածի մասին, հակառակ դեպքում այդ արդյունքը ինքնուրույն հայտնաբերելու համար տարիներ կպահանջվեն:
- հետազոտողները հատուկ մեթոդների, հսկողական խմբերի և այլնի կարիք չունեն: Նրանք ընտրում են այն մարդկանց, ում մոտ ի հայտ են գալիս յուրահատուկ վիճակներ և խնդրում են նրանց պատասխանել մի քանի հարցերի:

Կլինիկական դեպքեր

Սլայդ 2-30



Գ մակարդակի հավաստիության խորհրդատվությունը հիմնված է նկարագրական հետազոտությունների վրա, որոնցում չկան հսկողական խմբեր, կլինիկական դեպքերի սերիաներ և կլինիկական առանձին դեպքեր: Առանձին դեպքը առանձին հիվանդի բուժման հաշվետվությունն է:

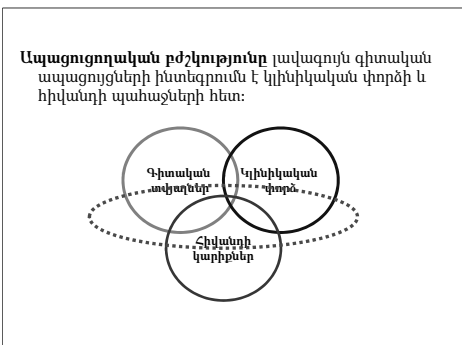
Կլինիկական դեպքերի սերիան մի շարք հիվանդների բուժման մասին հավաքածուն է: Օրինակ, Ձեր հիվանդներից մեկն այնպիսի վիճակի մեջ է, որը Դուք երբեք չեք հանդիպել կամ լսել, և դուք չգիտեք, ինչ է անհրաժեշտ ձեռնարկել: Կլինիկական դեպքերի սերիայի փնտրելը կարող է օգնել Ձեզ ախտորոշում կայացնել:

Կլինիկական դեպքերի ուսումնասիրման արդյունքներն այնքան էլ հուսալի չեն: Ընդհանուր վիճակների ուսումնասիրման նպատակով արժե փնտրել ավելի հավաստի ապացույցներ:

*SUNY Downstate Evidence Based Medicine Course.
State University of New York, USA, 2002.*

Ինչ է ապացուցողական բժշկությունը

Սլայդ 2-31



«Ապացուցողական բժշկությունն առանձին հիվանդների վարման դեպքում որոշումներ ընդունելիս ժամանակակից լավագույն ապացույցների բարեխիղճ, մանրակրկիտ և խելամիտ կիրառումն է:

«Ապացուցողական բժշկությունը գործնականում կիրառել նշանակում է ինտեգրել անհատական կլինիկական կոմպենտենցիան կլինիկական արտաքին մատչելի լավագույն ապացույցներին, որոնք ստացվել են համակարգային ակնարկներից: Անհատական կլինիկական կոմպենտենցիա

ասելով, հասկանում ենք հմտությունն ու իմաստությունը, որը յուրաքանչյուր կլինիցիստ ձեռք է բերում կլինիկական փորձով և գործնական աշխատանքով: Մասնագիտացման աճն արտացոլվում է ամենուրեք, սակայն ավելի շատ արդյունավետ ու ռացիոնալ ախտորոշումների կայացման, ավելի մտածված որոշումների, դժվարությունների հասկացության, առանձին հիվանդի վարման դեպքում կլինիկական որոշումների ընդունման ժամանակ նրանց իրավունքների ու նախընտրությունների մեջ: Անհատական կլինիկական լավագույն ապացույցներ ասելով, մենք ենթադրում ենք ապացույցներ, որոնք ստացվել են կլինիկորեն նշանակալի հետազոտությունների արդյունքում, հաճախ, բժշկության բազային բնագավառներում, իսկ հատկապես հետազոտության ընթացքում, որն ուղղված է հիվանդի ախտորոշիչ թեստերի ճշգրտության, կլինիկական զննումների, կանխարգելիչ ցուցանիշների հզորության, բուժման արդյունավետության ու անվտանգության, վերականգնողական և կանխարգելիչ ռեժիմների վրա:

Անհատական կլինիկական ապացույցները ի չիք են դարձնում ավելի վաղ ընդունած ախտորոշիչ թեստերը, փոխարինելով դրանք նոր, ավելի ուժեղ ու հստակ, արդյունավետ ու անվտանգ թեստերով»:

Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.

Cook, DJ and Levy MM. Evidence-based medicine. A tool for enhancing critical care practice. Crit Care Clin, 1998, 14, 353-8.

Կարևոր որոշումների ընդունման ժամանակ, կապված հանգամանքների հետ մեկ կոմպոնենտ կարող է ավելի կարևոր դեր խաղալ, քան մյուսները, թեև կատարյալ դեպքում պետք է հաշվի առնվեն բոլոր բաղադրիչները:

Ապացուցողական բժշկությունը օգնում է բժշկին ամենօրյա գործնական աշխատանքում, երբ տարակուսանքներ են առաջանում ռիսկի հարաբերակցությունների և հիվանդի համար օգուտի միջև: Եվ ընդհակառակը, այն, ինչ տեսականորեն սև է և սպիտակ, գործնականում կարող է արագ դառնալ գորշ, երբ կլինիցիստը կոնկրետ հիվանդի համար է որոշումներ ընդունում:

«Ապացուցողական բժշկություն» տերմինը առաջարկվել է 1988թ.-ին Կանադայի McMaster համալսարանի կլինիցիստների և համաճարակաբանների կողմից:

Այն հանրահայտ դարձավ 90-ականներին: Հետագա երկու տասնամյակներում հետաքրքրությունը «ապացուցողական բժշկության» նկատմամբ աճեց ամողջ աշխարհում:

Ներկայումս արևմտյան երկրների բազմաթիվ կլինիցիստներ սովորել են ապացույցների վրա հիմնված որոշումներ ընդունել:

Երկրների ղեկավարությունը, բուժաշխատողները և առողջապահության արդյունաբերությունը ինտենսիվ կերպով ստեղծում են ապացույցների վրա հիմնված որոշումների ընդունման կառուցվածքը և գործողությունները:

Կարևորն այն է, որ ապացուցողական բժշկությունը բարելավում է առողջապահության անվտանգությունն ու արդյունավետությունը:

*Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS:
Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
Evidence-Based Medicine Working Group.
Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine.
JAMA. 1992;268(17):2420-2425*

Ե՞րբ ի հայտ եկավ ապացուցողական բժշկությունը

Սլայդ 2-32

- 1940 թ.' ստրեպտոմիցինից ստացված առաջին հետազոտություններ (ստրեպտոմիցինի կիրառումը տուբերկուլոզի դեմ):
- 1960 թ.' ուշադրության կենտրոնում է գտնվում «պրոցեսը» (ողբերգություն՝ կապված տալիդոմիդի կիրառման հետ):
- 1962 թ.' ԱՄՆ-ի Դեղորայքի և սննդամթերքի հսկման կոմիտեն նոր օրենքներ սահմանեց, որոնց համաձայն նոր դեղամիջոցների ներմուծման դեպքում պահանջվում էր կատարել հսկողական նոր հետազոտություններ:
- 1971 թ.' Քոքրեյնը գիտական ապացույցների անբավարար լինելու մասին հարց բարձրացրեց:
- 1974 թ.' տեսության և գործնական կիրառման միջև հայտնաբերվել են տարբերություններ:
- 1980-90 թթ.' կլինիկական ձեռնարկներում ուշադրությունը կենտրոնացվում է համակարգային ակնարկների անհրաժեշտության վրա:

Արչի Քոքրեյնը նկարագրեց, թե ինչպես ներկայացնել գիտական հետազոտությունները բժիշկների ուշադրությանը և հետազոտության արդյունքները դարձնել քննարկման և վերլուծության առարկա:

Նրա և Բրիտանիայի Բժշկական հետազոտական խորհրդի կոլեգաների հետ համատեղ ջանքերը զգալի ներմուծություն կատարեցին այսօրվա ապացուցողական բժշկության մեջ: Քոքրեյնի՝ այլ հետազոտողների հետ համատեղ աշխատանքները կամավոր ջանքերի համակցումն է ու աշխարհի մասնագետների աջակցությունը:

Աշխատանքի նպատակը տեղեկատվական բազայի ստեղծումն է, որը պետք է պարունակի լավագույն ՌՀՀ-ների մասին տվյալներ:

Գաղափարը հետևյալն էր. միավորել տեղեկատվությունը, ընդհանրացնել և մատչելի դարձնել բոլոր կլինիցիստների համար, ինչը պետք է օգնի գիտականորեն հիմնավորված որոշումներ ընդունել:

Հրապարակված ռանդոմիզացված առաջին հետազոտությունը կատարվել է 1940 թ.-ին: Դա տուբերկուլոզի դեմ ստրեպտոմիցինի կիրառման նպատակահարմարության հետազոտությունն էր: 20 տարի անց «տալոմիդային ողբերգության» հետևանքով գիտական հանրությունը սևեռեց իր ուշադրությունը բնածին ծանր արատներով հազարավոր նորածինների աշխարհ գալու պատճառի պատասխանները գտնելու ուղղությամբ:

1962-ին ԱՄՆ-ի Դեղորայքի և սննդամթերքի հսկման կոմիտեն պահանջեց հսկողական հետազոտություններ անցկացնել նոր դեղամիջոցների անվտանգության և արդյունավետության մեջ հավաստիանալու համար: Քանի որ հետազոտողների ուշադրությունը հիմնականում կենտրոնացած էր դեղամիջոցների վրա, միջամտության և ախտորոշման վերաբերյալ հետազոտություններ չեն կատարվել այնքան ժամանակ, մինչև որ 1971-ին համաճարակաբան Արչի Քոքրեյնը հայտարարեց, որ ժամանակակից բժշկությանը հարկավոր են ապացույցներ և գործնականում կիրառվող բազմաթիվ մեթոդներ կարող են վնասակար լինել:

Ավելին, 1974-ին վերլուծական մի հետազոտությամբ ապացուցվեց, որ բժշկական գրքերում և ձեռնարկներում պարունակվող գիտելիքները համակարգված չեն:

1980-ականներին և 1990-ականների սկզբում ուշադրությունը հիմնականում կենտրոնացվել էր տվյալների համակարգված ակնարկի օրենքների որոշման և կլինիկական ձեռնարկներ մշակելու միջոցներ գտնելու վրա, օգտագործելով տարբեր աղբյուրներ:

Ընդհանուր առմամբ կլինիկական նշակումների վրա ծախսվեց մի քանի տարի: Հաճախ դրանք հնանում էին հրապարակման պահին և աշխարհում առկա պրակտիկայի համար արժեք չէին ներկայացնում, այդ իսկ պատճառով խիստ հսկողություն չէր սահմանվել:

Ապացուցողական բժշկության 5 փուլերը

Սլայդ 2-33

1. Տվեք հարց, որի պատասխանը հնարավոր է ստանալ:
2. Գտեք լավագույն ապացույցները:
3. Ապացույցները գնահատեք, քննադատելով դրանք:
4. Ապացույցները դիտարկեք կլինիկական փորձաքննության և հիվանդի պահանջների տեսանկյունից:
5. Գնահատեք, արդյոք իրագործելի է ապացուցողական տեխնոլոգիաների ներմուծումը:

«Ապացուցողական բժշկությունը հիվանդի վարումն է ապացույցների հստակ ինտեգրմամբ, որոնք ստացվել են կլինիկական հետազոտությունների արդյունքում, հաշվի առնելով ախտաֆիզիոլոգիական եզրահանգումները, բուժաշխատողի փորձը և հիվանդի նախընտրությունները:

Դա պրակտիկայի և ուսուցման ձև է, որն օգնում է պլանավորել ապագա հետազոտությունները...

Cook, D.J. and Levy M.M. Evidence-based medicine. A tool for enhancing critical care practice. Crit Care Clin, 1998, 14, 353-8.

Գործնականում գիտական ապացուցողական բժշկության ներդրումը քաղկացած է 5 քայլից:

1. Կլինիկական հարցը տրվում է հիվանդ (patient), միջամտություն (intervention), համեմատություն (comparison), ելքի հետ համեմատում (outcomes)՝ PICO ֆորմատով: Դա թույլ է տալիս որոշել բանալի-բառերը, որոնց օգնությամբ իրականացվում է ապացույցների փնտրումը:
2. Լավագույն ապացույցների փնտրում: Պետք է սկսել համակարգային ակնարկներից և Ռ-ՀՀ-ից՝ որպես ավելի հավաստի և արժեքավոր հետազոտություններ: Եթե նման տեղեկատվություն չի ստացվում, պետք է անցնել ավելի ցածր մակարդակի ապացույցների փնտրելուն (ավելի քիչ հավաստի), կոհորտային հետազոտություններ, «դեպք-պրակտիկա» հետազոտություններ, դեպքերի սերիա և այլն:
3. Ապացույցի կրիտիկական գնահատական: Այս շտապ կարևոր քայլով որոշվում է գտնված ապացույցների հավաստիությունը (արդյոք ճիշտ է անցկացվել հետազոտությունը, կարելի է արդյոք վստահել դրան, որքանով է այն արժեքավոր) և հետազոտության արդյունքները (որքանով է տվյալ բուժումն արդյունավետ, կարելի է արդյոք այն կանխարգելման մեթոդ համարել, որքանով է ախտորոշման մեթոդը ճիշտ):

Ռ-ՀՀ հուսալիությունը ստուգելու նպատակով պետք է պատասխանել հետևյալ հարցերի.

- կատարվել է արդյոք հիվանդների ուսնդումիզացիա,
- հետազոտության բոլոր մասնակիցներն ավարտել են այն (ամբողջականություն),
- բոլոր հիվանդների համար կատարվել է վերլուծություն ըստ ուսնդումիզացիայի խմբերի,
- բուժումը հիվանդի և հետազոտողների համար «կույր էր»,
- խմբերը հետազոտության սկզբում նման էին,
- բացի փորձնական բուժումից խմբերի մասնակիցները ստացել են արդյոք միանման բուժում:

Եթե հետազոտությունն անցկացվել է որակյալ, հուսալի, ապա կարելի է տալ արդյունքների գնահատականը.

4. Վերանայել ապացույցները կլինիկական կոմպենտենցիայի տեսանկյունից և հիվանդի պահանջներից ելնելով:
5. Գիտական ապացուցողական տեխնոլոգիաների ներդրման գնահատում:

Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.

Գործնականում կիրառվող մեթոդների գնահատում

Սլայդ 2-34

1. Ի՞նչ են անում ես:
2. Ինչու են ես դա անում:
3. Արդյո՞ք դրանով հասնում եմ դրված նպատակին:
4. Կա արդյո՞ք այդ նպատակին հասնելու համար ավելի լավ կամ ընդունելի միջոց:

Տվյալ կուրսի ամբողջ ընթացքում կկատարվի գործնական աշխատանքի գնահատում հետևյալ հարցերի օգնությամբ.

- ի՞նչ գործողություն եմ ես կատարում,
 - ինչո՞ւ եմ ես կատարում այդ գործողությունը: Ինչպիսի՞ արդյունք եմ ես ակնկալում ստանալ,
- արդյոք դրանով հասնո՞ւմ եմ մեր կողմից դրված նպատակին: Ինչպիսի՞ն են այդ բուժգործողությունը կատարելու արդյունավետության և անվտանգության ապացույցները,
 - կա՞ արդյոք այդ նպատակին հասնելու համար ավելի լավ կամ ընդունելի միջոց: Կան արդյոք բուժման ավելի անվտանգ կամ արդյունավետ միջոցներ:

Ապացուցողական բժշության տիրապետման հնարավորություններ

Սլայդ 2-35

1. Ապացույցների փնտրում բժշկական հանդեսներում և ինտերնետում (MEDLINE, – www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, www.acponline.org, www.obgyn.net):
2. Ապացուցողական բժշկության ամփոփումների օգտագործում, որոնք կազմվել են այլ մասնագետների կողմից (Բորքեյնի տվյալների բազա, Մ.Էնկինի գիրքը, ԱՀԿ), վերաբաղողական առողջության գրադարան (WHO RHL), ապացուցողական բժշկության վերաբերյալ պարբերականներ):
3. Ապացուցողական բժշկության հիման վրա ստեղծված պատրաստի արձանագրությունների կիրառում:

Ապացույցներ գտնելու և դրանք քննադատական վերլուծության ենթարկելու համար անհրաժեշտ են հատուկ հմտություններ և ժամանակ:

Ավելի հեշտ է օգտվել ապացուցողական բժշկությանը վերաբերող ակնարկներից, որոնք նախապատրաստել են ուրիշ մասնագետներ (Բորքեյնի տվյալների բազա, վերաբ-

աղորդական առողջության գրադարան (WHO Reproductive Health Library).

- «Արդյունավետ օգնության ձեռնարկ հղիության ժամանակ և երեխայի ծնվելիս» Մ. Էնկինի խմբագրմամբ, 2000 թ. (“The Guide on Effective Care in Pregnancy and Childbirth” by M. Enkin et al., 2000):
- «Ապացուցողական բժշկությունը պերինատոլոգիայում», Երևան, 2008:
- «Բնականոն ծննդաբերության վարման ուղեցույց»:
- «Մինչև հղիության խնամք» ուղեցույց:

Ապացուցողական բժշկության՝ ապացուցված արդյունավետությամբ տեխնոլոգիաների ներմուծման օրինակ

Սլայդ 2-36

1601	Կապիտան Լանկաստերը, հաստատում է, որ կիտրոնի հյութը կանխում է լնդախտը: <i>146 տարի անց</i>
1747	Բրիտանական զինվորական նավատորմը կրկնում է Լանկաստերի արդյունքները: <i>48 տարի անց</i>
1795	Բրիտանական զինվորական նավատորմի ղեկավարություն որոշում է ընդունում կիտրոնի հյութ տալ նավաստիներին: <i>70 տարի անց</i>
1865	Բրիտանական առևտրային նավատորմը սկսում է կիտրոնի հյութ տալ նավաստիներին:

«Ուղղակի զարմանալի եմ գտնում այն փաստը, որ լնդախտի (ցինգա) բուժման մասին տեղեկատվությունը մատչելի էր դեռ շատ ավելի վաղ, քան ներդրվել է գործնականում:

Mark R. Anderson.
A Short History of Scurvy. 2000

«Ապացուցողական բժշկությունը խոհարարական բաղադրատոմսների գիրք չէ: Այն պահանջում է խորը մտտեցում, որում հավաքված են արտաքին լավագույն ապացույցներ բուժաշխատողի կլինիկական անհատական կոմպենսացիայի և հիվանդի կողմից ընտրությամբ:

Այստեղ տեղի չի կարող ունենալ հիվանդի վարման «բաղադրատոմսով» նմանակող մոտեցումը: Կլինիկական արտաքին ապացույցները կարող են անհրաժեշտ տեղեկատվություն տրամադրել, սակայն երբեք չեն կարող փոխարինել կլինիկական անհատական փորձին, որը թույլ է տալիս որոշել, արդյոք այս ապացույցը կարելի է կիրառել առանձին կոնկրետ հիվանդի նկատմամբ, և եթե այո, ապա ինչպես ինտեգրել ապացույցը կլինիկական որոշման ընդունման մեջ:

Ապացուցողական բժշկությունը չպետք է ընկալվի որպես «արժեքն իջեցնող»: Կան որոշակի մտավախություններ, որ որոշ ղեկավարներ կօգտվեն ապացուցողական բժշկությունից, որպեսզի նվազեցնեն առողջապահությանը հատկացվող ծախսերը: Դա կնշանակի ոչ միայն ապացուցողական բժշկության սխալ կիրառում, այլև կհանգեցնի դրա ֆինանսական հետևանքների արմատապես չհասկանալուն:

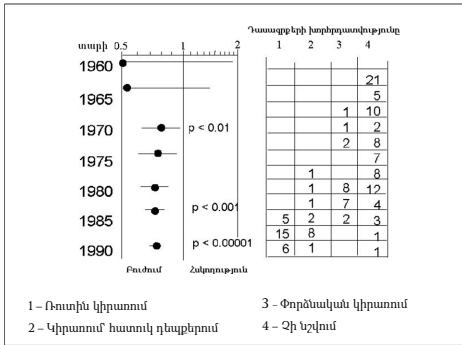
Ապացուցողական բժշկության սկզբունքներն իրականացնող բժիշկները կհասկանան, որ ամենաարդյունավետ միջամտությունները կբարելավեն հիվանդների կյանքի որակն ու նրանց կյանքի տևողությունը, իսկ դա ավելի շուտ կբարձրացնի, այլ ոչ թե կնվազեցնի նրանց վարման արժեքը»:

Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't.
BMJ, 1996, 312, 71-72.

Mark R. Anderson. A Short History of Scurvy. 2000.

Անտմանի կատարելագործված աղյուսակ

Սլայդ 2-37



Անտմանի աղյուսակում արտացոլվում է բուժման մեթոդների արդյունավետության մասին հավաստի ապացույցների ուշացման և բուժաշխատողների ուսուցման ծրագրերում դրանց ներդրման մասին, հետևաբար՝ նաև ռուտին պրակտիկ գործունեության մեջ ուշացած ներդրման մասին:

Աղյուսակը բաղկացած է երկու սահմանակից մասերից: Ձախից՝ սրտամկանի ինֆարկտի թրոմբոլիտիկ բուժման ապացույցների հավաստիության աճի դինամիկան արտացոլող գրաֆիկն է: Խնդրի վերաբերյալ անցկացված հետազոտությունների և հիվանդների թվի աճին զուգընթաց, վստահելի հատվածը նեղանում է, իսկ p-ի արժեքը՝ նվազում:

Աջ կողմում՝ որոշակի ժամանակահատվածում հրապարակված դասագրքերի քանակն է.

- 4-րդ պլանակում՝ դասագրքեր, որոնցում թրոմբոլիտիկ բուժման մեթոդն ընդհանրապես չի նկարագրվում,
- 3-րդ պլանակում՝ դասագրքերի թիվն է, որոնցում վորձնականորեն կատարվել է սրտամկանի ինֆարկտի թրոմբոլիտիկ բուժում,
- 2-րդ պլանակում՝ դասագրքեր, որոնցում դիտարկվում է թրոմբոլիտիկ բուժում կիրառելու հնարավորությունը,
- 1-ին պլանակում՝ դասագրքեր, որոնցում խորհուրդ է տրվում կիրառել բուժման այս մեթոդը:

Համաձայն աղյուսակի տվյալների, 60-ականների վերջում և 70-ականների սկզբում, երբ արդեն կային սրտամկանի ինֆարկտի թրոմբոլիտիկ բուժման ապացույցներ, հրապարակվում էին այնպիսի դասագրքեր, որոնցում բուժման այս մեթոդը ընդհանրապես չէր նկարագրվում,

կամ նշվում էր, որ կատարվում են հետազոտություններ սրտամկանի ինֆարկտի թրոմբոլիտիկ բուժման վերաբերյալ:

70-ականների վերջում և 80-ականների սկզբում թրոմբոլիտիկ բուժման հետազոտություններում ներառվեցին հազարից ավելի հիվանդներ, «p»-ի արժեքը զգալիորեն նվազեց, այսինքն, բուժման տվյալ մեթոդի արդյունավետությունը բավական հավաստի էր, սակայն չէր հրապարակվել ոչ մի դասագիրք, որում տվյալ մեթոդը խորհուրդ կտրվեր: 3 դասագրքում միայն քննարկվել էր այդ պրակտիկայի ներդրման հարցը:

Պերինսարալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Թրոմբոլիտիկ բուժում կատարելու խորհրդատվությամբ առաջին դասագրքերը հայտնվեցին 80-ականների կեսին, մեթոդի արդյունավետությունն ապացուցելուց հետո 15 տարի անց:

Ամենահետաքրքիրն այն է, որ 90-ականների սկզբին, երբ հետազոտությունների մասնակիցների թիվը մոտենում է 50 000-ի, իսկ $p < 0,00001$, դասագրքերը հրապարակվում են առանց սրտամկանի ինֆարկտի թրոմբոլիտիկ բուժման նկարագրության:

Antman EM et al. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of guidelines on same issue. JAMA 1992, 268, 240-8.

Սահմանափակ քանակությամբ ներմուծված արդյունավետ միջամտություններ

Սլայդ 2-38

Միջոցառում	Արդյունք	Ներմուծում
Կորտիկոստերոիդներ մորը վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ	արդյունավետ	սահմանափակ
Մագնեզիումի սովֆատ էկլամպսիայի ժամանակ	արդյունավետ	սահմանափակ
Շարժումներ և ուղղահայաց դիրք ծննդաբերության առաջին փուլում	արդյունավետ	սահմանափակ
Ծննդաբերության երրորդ փուլի ակտիվ վարում	արդյունավետ	սահմանափակ
Ծննդաբերության ժամանակ գուգլեկերթչ ներկայություն	արդյունավետ	սակավ
Մոր և նորածնի համատեղ կացություն, կրծքով վաղ կերակրում	արդյունավետ	սակավ

Աղյուսակում ներկայացված է ապացուցված արդյունավետությամբ մի շարք տեխնոլոգիաներ, որոնք գործնականում ունեն սակավ կամ սահմանափակ կիրառություն:

Duley L, Gülmözoglu AM, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003

Prendiville WJ et al. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, Issue 3.

Hodnett, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1.

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

«Ապացուցողական բժշկությունը չի սահմանափակվում ՌՀՀ-ներով և մետաանալիզով. Այն հետևում է արտաքին լավագույն ապացույցներին, որոնք օգնում են պատասխաններ գտնել մեր կլինիկական հարցերի համար: Եթե հիվանդի խնդրի վերաբերյալ ՌՀՀ-ներ չեն անցկացվել, ապա մենք սկսում ենք արտաքին լավագույն ապացույցներ փնտրել և աշխատել այդ ուղղությամբ»:

Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.

Սահմանափակ արդյունավետությանը ընդհանուր նշանակության միջամտություններ

Սլայդ 2-39

Միջամտություններ (ինտերվենցիաներ)	Սպասվող արդյունք	Արդյունք
Պտույի ռուտին էկսկորոնային մոնիտորինգ	պերինատալ մահացություն ↓	սահմանափակ
Ռուտին ԳՋՀ	պերինատալ մահացություն ↓	սահմանափակ
Ռուտին էպիդուրալ	հնչողոցային պատռվածքներ ↓	չի պաշտպանում
Շեքի ռուտին սափրում	ինֆեկցիայի կանխարգելում	չի պաշտպանում
Հոգնայի ռուտին նշանակում	ինֆեկցիայի կանխարգելում	չի պաշտպանում
Մեծ քանակությամբ անտնատալ այցեր	մայրական հիվանդացություն, ↓ երեխայի ցածր քաշ ծնվելիս ↓	սահմանափակ

Մինչև օրս լայնորեն կիրառվում են սահմանափակ արդյունավետությանը ընդհանուր նշանակության միջամտություններ կամ տեխնոլոգիաներ (ինչպես 'սան' սահմանափակ պաշտպանված կամ դրա բացակայությամբ):

Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, Issue 2.

Katherine Hartmann et al. Outcomes of Routine Episiotomy. A Systematic Review. JAMA. 2005, Vol. 293, No. 17, 2141-2148

Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 4.

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 4.

Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1

Եզրահանգումներ

Սլայդ 2-40

- Ապացուցողական բժշկությունը երաշխավորում է որոշումների ընդունման ազատությունը, եթե այն ճիշտ է հասկացվում և կիրառվում:
- Ապացուցողական բժշկությունը կարող է զգալի ազդեցություն թողնել ցուցաբերվող բժշկական օգնության որակի վրա, եթե դեկլարներն ու բժիշկները ճիշտ են կիրառում դրա սկզբունքներն ու աշխատում են որպես միասնական մեկ թիմ:

«Ապացուցողական բժշկությունը առանձին հիվանդների վարման կամ բուժժառայությունների մատուցման նպատակով որոշումներ ընդունելիս, ներկայումս առկա ժամանակակից լավագույն ապացույցների կիրառումն է:

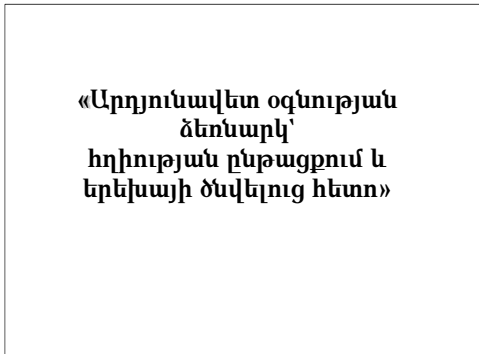
Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Ժամանակակից լավագույն ապացույցները նորագույն տեղեկատվությունն է՝ հուսալի, որակյալ հետազոտությունների տվյալների վրա հիմնված, այնպիսի հարցերի շուրջ՝ ինչպես օրինակ, հիվանդների վարման տարբեր տեսակներ, որոշակի նյութերի ներգործության պոտենցիալ վնասը, ախտորոշիչ թեստերի ճշգրտությունը, կանխարգելիչ գործոնների նշանակությունը»:

First Annual Nordic Workshop on how to critically appraise and use evidence in decisions about healthcare, National Institute of Public Health, Oslo, Norway, 1996.

«Արդյունավետ օգնության ձեռնարկ՝ հղիության ընթացքում և երեխայի ծնվելուց հետո»

Սլայդ 2-41



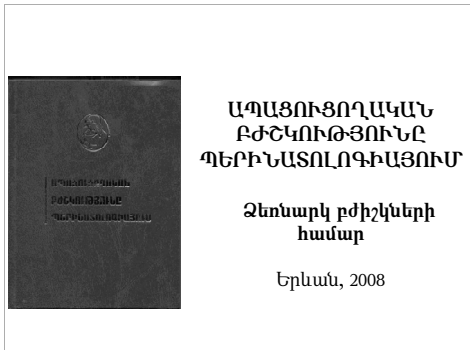
Այս ձեռնարկում հավաքվել են գիտական ապացույցների վրա հիմնված տվյալներ մանկաբարձական տարբեր տեխնոլոգիաների մասին:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

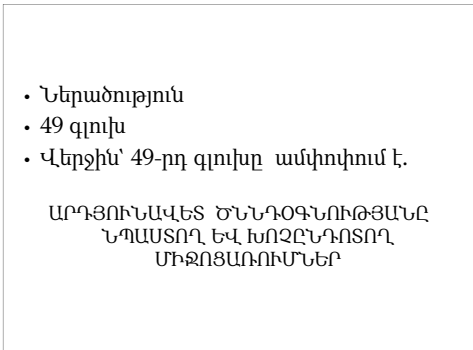
Ապացուցողական բժշկությունը պերինատոլոգիայում

Ձեռնարկի բովանդակությունը

Սլայդ 2-42



Սլայդ 2-43



Ի՞նչն է արտասովոր այս ձեռնարկում

Մինապտիկ աղյուսակներ

Սլայդ 2-44

- Դիտարկվում են մանկաբարձական և նորածնի խնամքի ժամանակակից մոտեցումները:
- Բոլոր խորհուրդները հիմնված են վերջին հարյուրամյակում կուտակված գիտական հսկողական հետազոտությունների և կլինիկական փորձի վրա:
- Բուժաշխատողներին տրամադրվում է անհրաժեշտ տեղեկություն, որը օգնում է համոզվելու, որ կիրառվող տեխնոլոգիաները արդյունավետ են, այլ ոչ վնասակար կամ անօգուտ:
- 1989 թ.-ից սկսած տպագրվել է 10-ից ավելի շտկումներով և 2 նոր հրատարակում:

Սլայդ 2-45

- Աղյուսակ 1. Խնամքի արդյունավետ մեթոդներ:
- Աղյուսակ 2. Մեթոդներ, որոնք ամենայն հավանականությամբ, արդյունավետ են:
- Աղյուսակ 3. Մեթոդներ, որոնք ունեն և բարենպաստ, և անբարենպաստ ազդեցություն:
- Աղյուսակ 4. Մեթոդներ, որոնց արդյունավետությունն անհայտ է:
- Աղյուսակ 5. Մեթոդներ, որոնց արդյունավետության հավանականությունը փոքր է:
- Աղյուսակ 6. Մեթոդներ, որոնք հավանաբար, անարդյունավետ են կամ վտանգավոր:

Տվյալ ձեռնարկի վերջին գլխում հեղինակները իմի են բերել հիմնական եզրահանգումները, որոնք արվել են նախորդող գլուխներում: Ամփոփումը բերվում է 6 աղյուսակներում:

Կլինիկական դեպք

Կլինիկական դեպք (շարունակություն)

Սլայդ 2-46

- Ձեզ մոտ գնանա՞նք բերել են 4 օրական երեխայի, որի դեմքը, մարմինն ու ոտքերը դեղին են:
- Անամնեզ.
 - երեխան ծնվել է ժամանակին, մոր՝ չբարդացած հղիությունից հետո: Քաշը ծնվելիս՝ 3,5 կգ,
 - կծկանքների ժամանակ և ծննդաբերության ընթացքում որևէ բարդություններ չեն եղել,
 - երրորդ օրը երեխային դուրս են գրել հիվանդանոցից: Ծնողներին բացատրել են, որ մի փոքր դեղնությունը նորմալ երևույթ է հատկապես կրծքով կերակրվող երեխայի համար,
 - դուրս գրումից հետո երեխան հաջող կերել է կրծքի կաթ, տակաշորերը թրջվել են օրական առնվազը 6 անգամ, կղանքը՝ 4 անգամ:

Սլայդ 2-47

- Ջնման ժամանակ.
 - նորածնի վիճակը բավարար է, դեմքի մարմնի և ոտքերի դեղնությունը՝ չափավոր,
 - անամնատիկ տվյալները վկայում են, որ մոր և երեխայի արյան խումբը նույնն է՝ 0 (I), ռեզուս-դրական պատկանելությամբ,
 - երեխայի արյան քննությունը՝ առանց այխտաբանությունների, հեմոլիզի հետքեր չկան:
- Դուք առաջարկում եք երեխային ուղեգրել հիվանդանոց ֆոտոթերապիայի կատարման նպատակով:
- Երեխայի ծնողները աստորամաղիդ են, հարցնում են Ձեզ բուժման արդյունավետության մասին: Նրանք լսել են, որ ներկայումս կան բուժման նոր մեթոդներ (ֆոտոթերապիայի համար նախատեսված մանրաթելային օպտիկական սարքեր): Նրանց անհանգստացնում են նաև դեղնախտի հնարավոր հետևանքները:

Կլինիկական հարց

Հարց՝ ավատորոշումը

Սլայդ 2-48

Սլայդ 2-49

Ավատորոշում

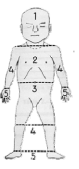
- Որքանով է հավաստի կլինիկական զննումը (intervention, test) առողջ, հասուն նորածնի (population) մոտ դեղնախտ ավատորոշելիս, որպեսզի ֆոտոթերապիայի (outcome) կատարման անհրաժեշտությունը հիմնավորվի:
- Այլ կերպ ասած, կլինիկական զննման օգտակարությունը՝ որպեսզի լաբորատոր պայմաններում որոշվի արյան մեջ բիլիռուբինի մակարդակը:

Գիտական ապացույցներ

Կլինիկական հարց

Սլայդ 2-50

Սլայդ 2-51



- Ջնոդական հետազոտությունները (50-ից ավելի գիտական հետազոտություններ, որոնք նվիրված են դեխնախտի ծանրության աստիճանի և արյան մեջ բիլիռուբինի մակարդակի միջև կորելացիոն կապի առկայությանը բացահայտելուն) ցույց են տվել, որ.
 - եթե դեղնությունը տարածվել է ծայրամասերի վրա, ապա մեծ է հավանականությունը, որ նորածնի արյան մեջ բիլիռուբինի մակարդակը >255 մկմոլ/լ (> 15 մգ/դլ) է,
 - եթե դեղնությունը չի տարածվում պորտի գծից ներքև, ապա փոքր է այն հավանականությունը, որ բիլիռուբինի մակարդակը >205 մկմոլ/լ (>12 մգ/դլ) է:

Բուժում

Հարց՝ բուժումը

Գիտական ապացույցներ

Սլայդ 2-52

Սլայդ 2-53

- Կրծքով կերակրվող առողջ հասուն նորածինների համար, որոնք ունեն հիպերբիլիռուբինեմիա >255 մկմոլ/լ (> 15 մգ/դլ) (population), արդյունավետ է, արդյոք, ֆոտոթերապիան (intervention) բիլիռուբինի մակարդակն իջեցնելու և կորիզային դեղնախտի (outcome) զարգացումը կանխարգելելու համար:
- Այլ կերպ ասած, որքանով է ֆոտոթերապիան արդյունավետ կորիզային դեղնախտի կամ բացասական ազդեցություն ունեցող նյարդային այլ հետևանքների կանխարգելման համար:

- Ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտությունների արդյունքները ցույց տվեցին, որ.
 - ֆոտոթերապիայի կատարումը հավաստիորեն նվազեցնում է արյան մեջ բիլիռուբինի մակարդակը և արյան փոխներարկման անհրաժեշտությունը:
 - այլ տեսակի բարդությունների մասին տվյալները սակավ են, որպեսզի հնարավոր լինի լիարժեք որոշում կայացնել:

Հարց՝ բուժումը

Գիտական ապացույցներ

Սլայդ 2-54

Հիպերբիլիռոբինեմիա ունեցող առողջ հասուն նորածինների համար (population) մանրաթելային օպտիկական ֆոտոթերապիան (intervention) նույնքան արդյունավետ է բիլիռոբինի մակարդակն (outcome) իջեցնելու հարցում, որքան սովորական ֆոտոթերապիան:

Սլայդ 2-55

Քոքրեյնի գրադարանի համակարգային ակնարկը, որում ներառվել են 24 ՌՀՀ, բացահայտեց, որ մանրաթելային օպտիկական ֆոտոթերապիայի արդյունավետությունը համեմատած սովորական ֆոտոթերապիայի հետ ավելի փոքր է:

Կլինիկական հարց

Հարց՝ բազային ռիսկը

Սլայդ 2-56

Բազային ռիսկը

Սլայդ 2-57

- Առողջ հասուն նորածինների համար, որոնց բիլիռոբինի մակարդակն արյան մեջ >255 մկմո/լ (> 15 մգ/դլ) է, բավարար կլինիկական վիճակի և ռիսկի գործոնների բացակայության դեպքում, և որոնց մոտ հիպերբիլիռոբինեմիան հեմոլիտիկ հիվանդության հետևանք է (population and exposure).
 - ինչպիսի՞ն է կորիզային ղեղնախտի զարգացման ռիսկը (outcome),
 - ինչպիսի՞ն է այլ բարդությունների արտահայտման ռիսկը (outcome)՝ բացի կորիզային ղեղնախտից:

Գիտական ապացույցներ

Հիպերբիլիտոբինեմիայով առողջ նորածինների բուժման հնարավոր որոշումները (1)

Սլայդ 2-58

- Կորիզային դեղնախտի դեպքերի զարգացման վերլուծությունը ցույց տվեց, որ տվյալ բարդությունը հազվադեպ է զարգանում, սակայն տոկոսը հաշվարկել հնարավոր չէ:
- Պերինատալ համատեղ նախագծի հիման վրա (27000 նորածիններ) անցկացված կոհորտային հետազոտությունների տվյալներով, ինտելեկտուալ զարգացածության (IQ), լսողության կորստի և նյարդային ռեակցիաների շեղումների միջև կապ չի բացահայտվել:

Սլայդ 2-59

- Դեղնախտի ցեֆալոկաուդալ առաջընթացի կլինիկական գնահատականն ունի գործնական առավելություններ՝ ոչ թանկ և համեմատաբար հուսալի թեստ, որի միջոցով հնարավոր է որոշել նորածինների խումբը, որոնք հետագա հետազոտության և, հնարավոր է նաև, բուժման կարիք ունեն:
- Գործնականում չկան գիտական ապացույցներ առողջ հասուն նորածինների՝ կորիզային դեղնախտով հիվանդանալու ռիսկի զարգացման մասին: Եթե չկան տվյալներ, որ ընդհանուր բիլիտոբինի մակարդակը ≥ 255 մկմոլ/լ է, ավելի հավանական է, որ նման ռիսկը փոքր է:

Հիպերբիլիտոբինեմիայով առողջ նորածինների բուժման հնարավոր որոշումները (2)

Հիպերբիլիտոբինեմիայով առողջ նորածինների բուժման հնարավոր որոշումները (3)

Սլայդ 2-60

- Առողջ նորածինների մոտ (բիլիտոբինի ընդհանուր մակարդակը՝ < 20 մգ/դլ (340 մկմոլ/լ)) նյարդաբանական այլ հետևանքների առաջացման ռիսկը (ինտելեկտուալ զարգացման մակարդակը (IQ), ԿՆՀ-ում փոփոխությունները, լսողության խանգարումը) նույնպես ծայրահեղ փոքր է: Միևնույն ժամանակ, եթե երեխաների մոտ շիճուկային բիլիտոբինի մակարդակը < 20 մգ/դլ (340 մկմոլ/լ) է, նման բարդությունների հաճախականությունը անհայտ է:
- Ֆոտոթերապիան նպաստում է նեոնատալ հիպերբիլիտոբինեմիայի մակարդակի նվազեցմանը և նորածինների արյան փոխներարկման անհրաժեշտության վերացմանը, բացառությամբ այն նորածինների, ում թաշր ծնվելիս $\geq 2,0$ կգ է և որոնց մոտ բիլիտոբինեմիան պայմանավորված է հեմոլիզով:

Սլայդ 2-61

- Քանի որ կորիզային դեղնախտը զարգանում է նորածիններից քչերի մոտ, մինչև այժմ էլ պարզ չէ, կարող է արդյոք ֆոտոթերապիան կանխարգելել դրա զարգացումը:
- Բիլիտոբինի մակարդակի իջեցման նպատակով կատարվող մանրաթելային օպտիկական ֆոտոթերապիան ավելի քիչ արդյունավետ է համեմատած սովորական (դասական) ֆոտոթերապիայի հետ:


Կլինիկական դեպքի եզրահանգում

Մինչ հղիության խնամքի կազմակերպման, վարման և առողջության պահպանման ուղեցույց

Սլայդ 2-62

- Եթե դուք համոզվել եք, որ երեխան չունի այլ հիվանդություններ, ուղեգրում եք երեխային հիվանդանոց՝ ֆոտոթերապիայի կատարման նպատակով:
- Բացատրում եք նրա ծնողներին, որ նման դեպքերում հնարավոր բարդություններ հազվադեպ են լինում:

Սլայդ 2-63




Ամփոփված են.

- օգնության բարենպաստ միջոցներ,
- օգնության ձևեր, որոնք ամենայն հավանականությամբ բարենպաստ են:

Նորմալ ծննդաբերության վարման ազգային ուղեցույց

Մարդու ճիշտ գործելու 3 ուղիները

Սլայդ 2-64




Ամփոփված են.



- օգնության բարենպաստ միջոցներ,
- օգնության ձևեր, որոնք ամենայն հավանականությամբ բարենպաստ են:

Սլայդ 2-65

Կունֆուցիոս

Առաջին՝ ամենաազնվականը - մրսածել 

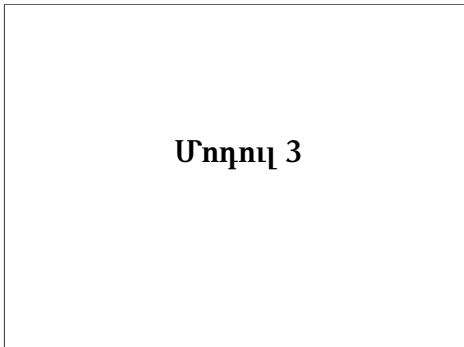
Երկրորդ՝ ամենահեշտը - ժառանգականությունը

Երրորդ՝ ամենածանրը - սեփական փորձառությունը  

**ՆԱԽԱԾՆՆԴՅԱՆ ԽՆԱՄՔ.
ՊԵՐԻՆԱՏԱԿ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԷՏ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԽՆԱՄՔ
Մոդուլ 3**

Նախաձննդյան խնամք

Սլայդ 3-1



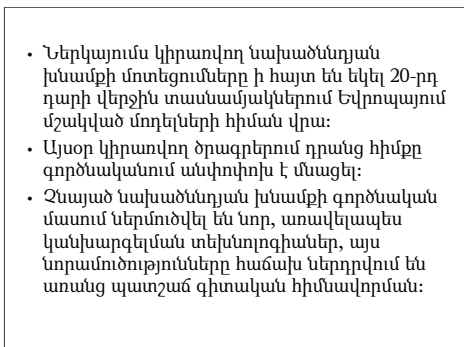
Մոդուլի նպատակը.

- հասկանալ նախաձննդյան խնամքի կարևորությունը և նպատակները,
- սովորել նախաձննդյան խնամքի սկզբունքները՝ հիմնված լավագույն ապացույցների վրա,

- կարողանալ բացատրել կանանց կոնսուլտացիա հաճախելու կարևորությունը մինչև բեղմնավորումը և հղիության ընթացքում,
- նոր մոտեցումների ռիսկի գործոնների գնահատման և ռիսկի հղիների վարման դեպքում իմանալ հետազոտության ծավալը նախաձննդյան խնամքի ժամանակ,
- կարողանալ ճգնաժամային իրավիճակներում կայացնել որոշում, որոշումների ընդունման մեջ ներգրավելով կնոջը կամ նրա ընտանիքի անդամներին:

Նախաձննդյան խնամքի նոր մոտեցումներ

Սլայդ 3-2



Նախաձննդյան խնամքի վերաբերյալ ծրագրերը մշակվել են մայրական և պերինատալ մահացության, ինչպես նաև պերինատալ հիվանդացության նվազեցման ուղղությամբ միջոցներ գտնելու նպատակով:

Ժամանակի հետ բժշկագիտության նվաճումները և տեխնոլոգիաների օգնությամբ կատարված նոր բացահայտումները լրացրեցին առկա մոդելները նորերով, սակայն դրանք հաճախ ներդրվում են առանց դրանց արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ բավարար ապացույցների:

Նախաձննդյան հսկողության վերաբերյալ կան մի շարք հարցեր, այդ թվում խնամքի տեսակը, որը պետք է տրամադրվի կնոջը, ինչպես նաև բարդությունների կամ դժվարությունների դեպքում՝ կնոջ խնամքին վերաբերող պահանջներ:

Կան նաև այլ տեսակի հարցեր, թե ինչ հաճախականությամբ է պետք կանանց կոնսուլտացիա հաճախել, ինչպիսի ծառայություններ կարելի է առաջարկել կնոջը յուրաքանչյուր այցի ժամանակ, ինչպիսի քննությունների/անալիզների կատարումը պետք է ապահովել: Շատ կարևոր է նախաձննդյան խնամքի որակի գնահատումը, հետևաբար անհրաժեշտ է իմանալ կնոջ կարծիքն այս մասին:

Murray W. Enkin et al.
A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Third edition, Oxford University Press, 2000.

Նախաձննդյան խնամքի նպատակը

Սլայդ 3-3

- Սովորեցնել, տալ խորհրդատվություն և աջակցել հղիին ու նրա զուգընկերոջը:
- Անցկացնել կանխարգելիչ միջոցառումներ:
- Հետազոտել հղիին՝ հղիության ընթացքում շեղումները բացահայտելու նպատակով:
- Խնդիրների առաջացման դեպքում օգնություն ստանալու համար ուղեգրել հղիին համապատասխան մակարդակի բուժհաստատություն:
- Հղիության հետ կապված ոչ մեծ խնդիրների առաջացման դեպքում ցուցաբերել օգնություն:

Նախաձննդյան խնամքի նպատակն է օգնել հղիին առողջ մնալ, դրանով իսկ պահպանել իր և ապագա երեխայի առողջությունը:

Նախաձննդյան խնամքը ներառում է նաև հղիին, նրա զուգընկերոջը կամ ընտանիքի անդամներին տրամադրվող օգնությունն ու աջակցությունը, մասնավորապես, ծնողական դերի կարևորումը: Դա նշանակում է, որ բուժաշխատողները պետք է ոչ միայն ապահովեն խնամքը, այլ նաև տեղեկություններ տան հղիին, նրա զուգընկերոջը և ընտանիքի անդամներին:

Նախաձննդյան խնամքի երեք հիմնական դրույթներ, որոնց մասին պետք է հիշել.

1. առողջ ապրելակերպի քարոզ, որն իր հերթին նպաստում է հղիի, նրա երեխայի և ընտանիքի անդամների առողջության պահպանմանը,

2. կնոջ և նրա ընտանիքի անդամների հետ համատեղ ծննդաբերության նախագծի կազմում,
3. հղիի և նրա ընտանիքի անդամների նախապատրաստում՝ երեխայի ծնվելու և ապագա ծնող դառնալու կապակցությամբ:

(քաղվածք WHO World Health Report, 2005, Chapter 3, p 3)
 Essential Antenatal, Perinatal and
 Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.-Շճ:

Կանանց կոնսուլտացիայի բուժաշխատողների դերը

Սլայդ 3-4

- Ձեռնարկել միջոցներ՝ ուղղված առողջության ամրապնդմանը և հիվանդությունների կանխարգելմանը:
- Ապահովել անհրաժեշտ բուժում:
- Գործել այլ բուժաշխատողների, օրինակ, մասնագիտացված բուժօգնություն տրամադրողների և նախածննդյան ուսուցում իրականացնողների հետ համատեղ:
- Սովորեցնել հղիին սեփական առողջության մասին հոգածության հմտություններին:
- Աջակցել, լսել կնոջ պահանջների մասին, քննարկել տագնապ պատճառող նրա ցանկացած մտքերը, որոնք ինքը հղին կամ նրա ընտանիքի անդամները վերապրում են հղիության, ծննդաբերության կամ հետծննդաբերական շրջանում:

Նախածննդյան խնամք իրականացնող բուժաշխատողների դերն է.

- հղիության, ծննդաբերելու, կրծքով կերակրելու և ծնողական ֆունկցիայի կատարելու ընթացքում կնոջը հոգեբանական աջակցության ցուցաբերումը,

- ապագա մոր և պտղի կյանքն ու առողջությունն ապահովելու նպատակով հղիության ընթացքի հսկողությունը,
- բոլոր հղիների հետազոտությունների կատարումը, հնարավոր բարդությունների բացահայտումը,
- բոլոր հղիներին նրանց առողջության մասին կարևոր տեղեկատվության տրամադրումը, այն է. առողջ սնունդ, հրաժարում ծխելուց, ՄԻԱՎ կանխարգելում, ընտանիքի պլանավորում, բռնության կասեցում:

Հղիության ընթացքում կնոջը ինքնահսկման լայն հնարավորության տրամադրումը լիովին համընկնում է նրա պահանջների ու ցանկությունների հետ:

Երկու հետազոտության միջոցով գնահատվել է կնոջը բժշկական քարտի տրամադրումն առձեռն: Այս ավանդական պրակտիկայի փոփոխությունը ոչ մի բացասական հետևանք չի ունեցել, սակայն մեծացել է այն հավանականությունը, որ կինը հղիության ընթացքում զգացել է իրավիճակը հսկելու իր պատասխանատվությունը: Հետազոտության արդյունքների համաձայն, կատարվել է հետևություն, որ պետք է հաշվի առնել կնոջը հղիության ընթացքում իր բժշկական քարտի տրամադրման փաստը, ինչպես նաև պետք է գնահատել նախածննդյան խնամքի այլ տեսակները, որոնք հղիին ինք-

նահսկողություն սահմանելու ավելի մեծ հնարավորություն են տալիս հղիության ընթացքում:

Նախ և առաջ, հղիության ընթացքում առաջացող վտանգավոր ախտանիշների վերաբերյալ պետք է կնոջը տրամադրել տեղեկատվություն, այդ թվում՝ բարդությունների առաջացման մասին: Նախածննդյան պարապմունքները կնոջ և նրա ընտանիքի անդամների համար կարևոր են տեղեկատվություն ստանալու առումով:

Murray W. Enkin et al.
A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Third edition, Oxford University Press, 2000.

ԱՀԿ կողմից մշակված նախածննդյան խնամքի նոր մոդելի հիմունքները

Սլայդ 3-5

- Կանանց կոնսուլտացիա 4 որակյալ հաճախում բավարար է, որպեսզի ապահովվի լավ պերինատալ ելք: Հաճախումների թվի ավելացումը չի նպաստում խնամքի որակի լավացմանը:
- Հղիների մեծ մասը չեն ցանկանում հաճախել կանանց կոնսուլտացիա ավելի հաճախ, քան դա հարկավոր է:
- Չափազանց շատ հաճախումները բերում են միջոցների ապարդյուն ծախսի, որոնք կարելի է ավելի արդյունավետ օգտագործել:
- Հղիության ժամանակ կանայք գերադասում են, որ նրանց հետևի մանկաբարձուհին կամ ընտանեկան բժիշկը, այլ ոչ թե մանկաբարձ-գինեկոլոգը: Դա չի ազդում պերինատալ ելքի վրա:

Նախածննդյան շրջանում հետազոտությունների կատարումը անհրաժեշտ է մոր և պտղի առողջության պահպանման համար: Կանանց կոնսուլտացիա այցելելու ժամանակը և այցելի քանակը որոշում է ինքը հղին և մանկաբարձ-գինեկոլոգը:

Ավանդական մոտեցման ժամանակ ենթադրվում է կանանց կոնսուլտացիա հաճախել ամեն ամիս մեկ անգամ, սկսած առաջին այցից մինչև հղիության 28-րդ շաբաթը, այնուհետև 2 շաբաթը մեկ անգամ, մինչև 36-րդ շաբաթը, որից հետո հաճախել ամեն շաբաթ ընդհուպ մինչև ծննդաբերությունը: Սակայն վերջերս կատարված հետազոտությունների համաձայն, նորմալ ընթացող հղիության դեպքում կանանց կոնսուլտացիա այդքան հաճախ այցելելու կարիք չկա:

Villar J, Bergsjo J. WHO Antenatal Care Randomized Trial:
Manual for the Implementation of the New Model.
Geneva, World Health Organization (WHO), 2002.

ԱՀԿ կողմից մշակված կանանց կոնսուլտացիա հաճախման նոր գրաֆիկ

Սլայդ 3-6

- Առաջին այց՝ մինչև 12-րդ շաբաթը,
- Երկրորդ այց՝ 26-րդ շաբաթում,
- Երրորդ այց՝ 32-րդ շաբաթում,
- Չորրորդ այց՝ 38-րդ շաբաթում:

Սլայդի վրա երևում է նախաձննդյան խնամքի նվազագույն արդյունավետություն ունեցող ծրագիր, որը առաջարկվել է ԱՀԿ կողմից 2001թ.-ին:

Բոլոր ՌՀՀ բացահայտվեց, որ կանանց կոնսուլտացիա 5 և 8 այց կատարելու երկու տարբերակում էլ կանանց առողջությանը վերաբերող, ինչպես նաև կանանց կողմից բավարարվածության աստիճանի էական տարբերություններ չեն նկատվել:

Villar J, Bergsjo J. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Geneva, World Health Organization (WHO), 2002.
Эффективная перинатальная помощь и уход (ЭПУ)

Կանանց կոնսուլտացիա այցերի հաճախականությունը արևելյան Եվրոպայի որոշ երկրներում

Սլայդ 3-7

- Հայաստան՝ 6-8
- Մոլդովա՝ 6
- Վրաստան՝ 4
- Ուկրաինա՝ 13
- Լիտվա՝ 5
- ՌԴ՝ 13-16
- Ղազախստան՝ 4-14

Տարբեր երկրներում, կապված նրանց զարգացածության մակարդակի և առկա պահուստների հետ, կատարվում է նախաձննդյան խնամքի ընդունելի համակարգի ընտրություն (ցանկալի է հաշվի առնել նաև կանանց ցանկությունները:

Կանանց կոնսուլտացիա այցերի քանակը

Սլայդ 3-8

Կարևորը ոչ թե կանանց կոնսուլտացիա շատ կամ քիչ հաճախումներն են, այլ ապացուցված արդյունավետության բուժօգործողությունների կատարումը, ինչը տրամադրված խնամքի առումով կարող է բարձրացնել հղիի բավարարվածության աստիճանը:

Նախաձննդյան խնամքի հիմունքները.

- հղիության բնականոն ընթացքի ցանկացած միջամտությունը պետք է արդարացված լինի, այն պետք է օգտավետ լինի, այլ ոչ թե վնասակար:

- ցանկացած մեթոդ, որը սահմանափակում է մոր անկախությունը, ընտրության ազատությունը, երեխայի հետ շփման հնարավորությունը, ապացույցներ է պահանջում այն մասին, որ այն օգուտ է բերում, այլ ոչ թե վնաս:

*Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.
Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Third edition, Oxford University Press, 2000.*

Նախաձննդյան խնամք հղիության վաղ շրջանում

Սլայդ 3-9

- Պտղի վիճակի վրա ազդող բազմաթիվ ախտաբանություններ ի հայտ են գալիս արդեն 12-րդ շաբաթում:
- Ֆոլաթթվի լրացուցիչ ընդունումը նվազեցնում է ԿՆՀ-ի ծանր վնասվածքների ռիսկը, հասցնելով մինչև 50%-ի:

Կնոջ համար շատ կարևոր է բժշկական օգնություն ստանալ մինչև բեղմնավորումը և հղիության վաղ շրջաններում:

Այս փաստը հատուկ ուշադրության է արժանի և կնոջ համար այստեղ գլխավորն այն է, որ հնարավորինս շուտ դիմի կանանց կոնսուլտացիա:

Մինչև բողմնավորումը և հղիության վաղ շրջանում խորհրդատվություն ստանալու կարևորությունն ակնհայտ է:

Պտղի զարգացման շեղումներ հնարավոր է նկատել վաղ շրջաններում, սակայն հնարավոր է խուսափել դրանցից, եթե կանխարգելիչ միջոցներ ձեռնարկել նախքան բեղմնավորումը:

Օրինակ, հղիության ընթացքում վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճա-

խականությունը նվազեցնել անհնար է, սակայն հնարավոր է դրանք կանխարգելել մինչև բեղմնավորումը: Նյարդային խողովակի արատներից խուսափելու նպատակով ֆոլաթթվի նշանակումը, շաքարային դիաբետի դեպքում կնոջն ամբողջապես հետազոտումն ու անհրաժեշտ խորհրդատվության տրամադրումը պետք է կատարվեն ժամանակին, դեռ մինչև նրա հղիանալը: Բացի այդ, կարելի է խորհրդատվություն տալ առողջ սննդի և կյանքի որակի փոփոխման վերաբերյալ (օրինակ, ծխող կանանց):

Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.

Պլանային գնման ժամանակ խորհուրդ տրվող բուժգործողություններ

Սլայդ 3-10

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Արյան ճնշման չափում • Մեզի քնություն • Արգանդի հատակի բարձրության դինամիկ չափում • Երակների վարիկոզ լայնացման և այտուցների հայտնաբերման նպատակով ոտքերի գնում • Ռեզուս-գործոնի որոշում | <ul style="list-style-type: none"> • Արյան քնություն (արյան խումբ, հեմոգլոբինի մակարդակ) • Մեկ անգամ ԳՁՀ (18-20-րդ շաբաթներում), որպեսզի հնարավոր լինի պարզել պտղի հնարավոր այխտաբանական վիճակները • Մարմնի զանգվածի ինդեքսի (ՄԶԻ) որոշում առաջին այցի ժամանակ |
|--|---|

Հղիության ընթացքում կատարվող բուժգործողությունների և քնությունների, ինչպես նաև դրանց կատարման ժամկետների վերաբերյալ բանավեճերը շարունակվում են առ այսօր:

Կատարված հետազոտությունների արդյունքների համաձայն, լայն տարածում գտած բազմաթիվ հետազոտությունների կատարումը հիմնավորված չէ, այս փաստն իր հերթին հարց առաջացրեց այն մասին, որ պետք է սահմափակել հետազոտությունների քանակը նախածննդյան շրջանում, որոնց կատարման կարիքը չկա: Բացի այդ, բարդությունների բուժումը հղիության ընթացքում պետք է իրականացնել ստացիոնարից դուրս, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ստացիոնար պայմաններում բուժումն անհրաժեշտ է: Որոշ քնությունների կատարումը, սակայն, կյանքի համար անհրաժեշտ են:

Զարկերակային ճնշում

Պետք է չափել ամեն այցի ժամանակ, որպեսզի բացահայտվեն հնարավոր հիպերտենզիայի ախտանիշները: Եթե կա հնարավորություն, հղին շաբաթը 1-2 անգամ տանը կարող է չափել ճնշումը:

Մեզի քնություն

Պետք է կատարել բուժհաստատությունում կնոջ գրանցման օրը, բակտերիաների բացահայտման, անախտանիշ բակտերիոբիայի սկրինինգային ախտորոշման նպատակով: Հաջորդող այցերի ժամանակ մեզի քնությունն արվում է պրոտեինուրիայի բացահայտման նպատակով:

Ոտքերի զննում

Երակների վարիկոզ լայնացումը կանխարգելելու նպատակով յուրաքանչյուր այցի ժամանակ անհրաժեշտ է զննել հղիի ոտքերը և ոտնաթաթերը: Այն կանանց, ում աշխատանքը կապված է երկար ժամանակ ոտքի վրա անցկացնելու կամ ֆիզիկական ծանր աշխատանքի կատարման հետ, պետք է խորհուրդ տալ ոտքերի համար հատուկ վարժություններ կատարել: Սակայն այտուցները (բացի զանգվածային կամ դեմքի կամ գոտկատեղի արագ զարգացող այտուցներից) պետք չէ ախտաբանական իրավիճակի չափանիշ համարել, քանի որ սրունքների այտուցներ նկատվում են հղիների մեծ մասի մոտ, որոնց հղիության ընթացքը բնականոն է:

Ռեզուս-գործոնի որոշում

Անհրաժեշտ է որոշել հղիի ռեզուս-գործոնը և հակամարմինների առկայությունը նրա արյան մեջ, ինչպես նաև բացասական ռեզուս-գործոնով հղիներին մոր և պտղի արյան փոխներգործությանը հանգեցնող ցանկացած բուժգործողություն կատարելուց հետո պետք է ներմուծել անտի-D-գամմա գլոբուլին հղիության 28-րդ շաբաթում, ծննդաբերությունից հետո:

Արյան քննություն (արյան խումբ և հեմոգլոբինի մակարդակ)

Արյան խմբի որոշումը (եթե այն հայտնի չէ) պետք է կատարել հղիության վաղ ժամկետներում: Հեմոգլոբինի մակարդակը պետք է որոշել հղիության ընթացքում առնվազն մեկ անգամ, նախընտրելի է 32-րդ շաբաթում:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000.
Эффективная перинатальная помощь и уход (ЭПУ)
Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.
WHO, Copenhagen, 2002.

Բուժգործողություններ, որոնք խորհուրդ չի տրվում կատարել

Սլայդ 3-11

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Բազմաթիվ անգամ կշռում • Պելվիոմետրիա • Դոպլերոմետրիա՝ պորտի անոթներում արյան հոսքի արագության որոշման համար • Պտղի շարժումների հաշվարկ | <ul style="list-style-type: none"> • Հղիության 20-րդ շաբաթից հետո բազմաթիվ ԳՁՀ • Կարդիոտոկոգրաֆիա (սթրեսային և ոչ սթրեսային թեստ) • Արյան կենսաքիմիական քննություն • Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի գնահատում |
|---|--|

Բուժգործողություններ, որոնք **խորհուրդ չի տրվում կատարել** ռուտին ձևով.

Բազմաթիվ անգամ կշռում

Վերջերս կատարված հետազոտությունների տվյալների համաձայն, յուրաքանչյուր այցի ժամանակ քաշի ավելացումը արդարացված չէ, պետք չէ նաև քաշի ավելացումը որոշել նվա-

զեցնելու նպատակով սահմանափակել սննդի քանակը:

Պելվիոմետրիա

Այացուցվել է, որ ոչ կլինիկական, ոչ ռենտգենաբանական պելվիոմետրիան թույլ չեն տալիս ճշգրիտ ձևով կանխորոշել մոր կոնքի և պտղի գլխի միջև եղած անհամապատասխանությունը, հետևաբար, պտղի գլխային առաջադրության դեպքում պլանային կեսարյան հատում կատարելու համար ցուցում չեն կարող լինել:

Այսպիսով, այս բուժգործողությունը նախաձննդյան խնամքի համար արժեք չի ներկայացնում:

Պորտի անոթներում արյան հոսքի դոպլերոմետրիա

Պորտի անոթներում արյան հոսքի արագությունը գնահատելու նպատակով կատարվող դոպլերոմետրիան ունի ոչ մեծ, եթե այն ընդհանրապես հղիության ելքի վրա ունի ազդեցություն, երբ այն կատարվում է բոլոր կանանց սկրինինգի նպատակով: Սակայն եթե պորտի անոթների դոպլերոմետրիան կատարվում է բարձր ռիսկի խմբի հղիներին (հղիությունը բարդացած է հիմնականում պտղի զարգացման հապաղմամբ կամ մոր մոտ առկա է արյան բարձր ճնշում), ապա դա օգնում է արատներ չունեցող երեխաների շրջանում մեռելաձևության և մահացության հաճախականության նվազեցմանը:

Պտղի շարժումների հաշվարկ

Կատարված հետազոտությունների արդյունքների համաձայն, պտղի շարժումների ռուտին հաշվարկը չի օգնում հղիության ուշ ժամկետներում կանխարգելել պտղի ներարգանդային մահը:

Բազմաթիվ ԳՁՀ, որոնք կատարվում են հղիության 20-րդ շաբաթից հետո

Ներկայումս պլանային ԳՁՀ կատարման նպատակահարմարությունը չի ապացուցվել:

Կարդիոտոկոգրաֆիա (սթրեսային և ոչ սթրեսային թեստ)

Համաձայն ներկայումս առկա տվյալների, նախաձննդյան շրջանում պտղի ԿՏԳ կատարման անհրաժեշտության, որպես պտի վիճակը որոշելու համար լրացուցիչ միջոց, ապացույցներ չկան: Այն պետք է կատարել միայն բարձր ռիսկի խմբի հղիներին:

Արյան հորմոնային քննություն

Օրինակ, էստրիոլի մակարդակը որոշելու համար կատարվող արյան կենսաքիմիական քննությունն արժեք չի ներկայացնում:

Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի գնահատական

Այս քննությունն ունի կանխարգելիչ որոշ արժեք, սակայն պերինատալ արդյունքների լավացմանը չի նպաստում:

Murray W. Enkin et al.
A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Third edition, Oxford University Press, 2000.
Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.
WHO, Copenhagen, 2002.

Պտղի աճի մոնիտորինգ

Սլայդ 3-12

- Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է իրականացնել պտղի չափների գնահատում, որպեսզի հնարավոր լինի բացահայտել գեստացիոն հասակին համապատասխան չափազանց փոքր կամ մեծ պտուղ:
- Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է գրավիդոգրամայի վրա նշվի արգանդի հատակի բարձրությունը:

Արգանդի հատակի բարձրության չափումը պտղի գեստացիոն ժամկետից վաղ ծնվելը կանխատեսելու համար կանխարգելիչ հուսալի չափանիշ չէ: Ավելի օգտակար է արգանդի հատակի բարձրության անհատական գրաֆիկի վարումը, որը օգնում է կանխարգելել փոքր քաշով պտղի ծնվելու հավանականությունը:

Մի շարք չափումների կատարումը (արգանդի հատակի բարձրության գրաֆիկի կառուցմամբ) բարձրացնում են մեթոդի զգայունությունն ու յուրահատկությունը:

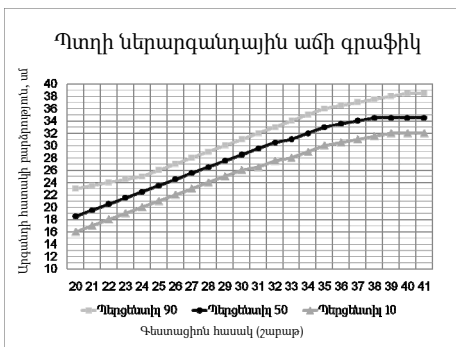
Հատուկ գրաֆիկների օգնությամբ, որոնք կառուցվում են անհատականորեն, հաշվի առնելով քաշը, հասակը, ազգությունը, ընտանիքում երեխաների քանակը և այլն, մեթոդի զգայունությունն աճում է մինչև 49%-ի:

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
The investigation and management of the small
for gestational age fetus. November 2002.*

*Gardosi, Jason & Francis, Andre.
Controlled trial of fundal height measurement
plotted on customised antenatal growth charts.
BJOG, 106, 309-317, 1999.*

Պտղի ներարգանդային աճի գրաֆիկ

Սլայդ 3-13



Արգանդի հատակի բարձրության չափումը սմ-ոց ժապավենի օգնությամբ և գրավիդոգրամայի վրա համապատասխան նշումները նախաձննդյան շրջանում պտղի հսկողությունն իրականացնելու համար պարզ և էժան մեթոդ է:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Այն թույլ է տալիս որոշել գեստացիոն հասակի համար չափազանց մեծ կամ չափազանց փոքր պտղի առկայությունը, սակայն միշտ չէ, որ ավտոարանություն է մատնանշում:

Belizán J et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1978, 131, 643–646

Պտղի արատների բացահայտմանն ուղղված սկրինինգ

Սլայդ 3-14

- Կազմաբանական (մորֆոլոգիական) արատների բացահայտման սկրինինգ:
- Կազմաբանական արատների բացահայտման նպատակով խորհուրդ է տրվում կատարել ԳՁՀ, սովորաբար դա արվում է հղիության 18-20-րդ շաբաթներում, որն իրականում կոմպրոմիսային որոշում է:
- Ցանկալի է, որ կազմաբանական արատներ բացահայտելու նպատակով ԳՁՀ կատարվի մասնագետի կողմից, բարձրակարգ սարքավորմամբ, համաձայն ընդունված ստանդարտի:

Անորակ կատարված ԳՁՀ-ն ավելի վատ է, քան ընդհանրապես չկատարվածը: 24 շաբաթից հետո ԳՁՀ-ն օգուտ չի տալիս, այս պարզ պատճառով էլ այն խորհուրդ չի տրվում կատարել (մակարդակ A):

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000.

Մանկաբարձական ռիսկի որոշում

Սլայդ 3-15

«Մանկաբարձական ռիսկը» հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում բարդությունների առաջացումն է:

- եթե այդ կանայք բացահայտվել են, ապա մահվան ելքը հնարավոր է կանխել:

Հիմնված է երեք ենթադրության վրա.

- որոշակի խմբերին պատկանող կանանց մահվան հավանականությունը ծննդաբերության ժամանակ ավելի մեծ է,
- հնարավորություն է ընձեռվում բացահայտել նման ռիսկի խմբերի կանանց,

Ռիսկի որոշման առավելությունները

Սլայդ 3-16

- Բարդությունները կանխատեսելու հնարավորությունը այն է, թե ինչպիսի նախատրամադրող գործոններ կարող են ռիսկի գործոն դառնալ:
- Արդյոք հնարավոր է բացահայտել ռիսկի նման գործոններ ունեցող կանանց:
- Արդյոք հնարավոր է կանխարգելել նման բարդությունների առաջացումը:

Մի շարք հատկանիշներ մատնանշում են ավելի մանրակրկիտ ձևով նախաձննդյան խնամք կատարելու անհրաժեշտության մասին:

Պետք է նշել նաև, որ նման հատկանիշներ ունեցող կանայք կարող են ունենալ չբարդացած հղիություն, իսկ առանց նման ախտանիշների կանանց մոտ անսպասելի կարող են բարդություններ առաջանալ:

Վերջերս կատարված հետազոտությունների արդյունքները վկայում են այն մասին, որ ուշադիր և պատշաճ վերաբերմունք պետք է ունենալ բոլոր հղիների հանդեպ, անկախ նրանից, թե նրանք պատկանում են ռիսկի որևէ խմբին, թե ոչ:

Ռիսկը որոշելու դժվարություններ

Սլայդ 3-17

- Դիտարկելով ռիսկի գործոնները, պետք է ինքներդ Ձեզ երեք հարց տաք.
- գիտե՞ք որոնք են ռիսկի գործոնները,
 - կարո՞ղ ենք արդյոք բացահայտել ռիսկի նման գործոններ ունեցող կանանց,
 - կարո՞ղ ենք մենք արդյոք առաջարկել արդյունավետ միջամտություն, որպեսզի կասեցնենք այդ գործոնների ազդեցությունը:

Ռիսկի առկայության որոշումն ավելի ճշգրիտ է լինում երկրորդ և հաջորդող հղիությունների ժամանակ: Ամենաճշգրիտ գնահատականները հնարավոր է լինում տալ հղիության ուշ ժամկետներում:

Բազմաթիվ գործոններն ընդամենը ապացուցում են համապատասխանությունը վիճակագրորեն հավաստի կանխարգելմանը:

**Իրավիճակային խնդիր N1,
Աննա, 22 տարեկան**

Սլայդ 3-18

- Դիմել է կանանց կոնսուլտացիա ամենտոեայով.
- Անամնեզ.
 - երկրորդ հղիություն՝ հղիության 10-րդ շաբաթ,
 - առաջին ծննդաբերություն՝ կեսարյան հատում կոնքի և պտղի գլխի չափսերի անհամապատասխանության պատճառով (պտղի քաշը 4500 գ),
 - հետվիրահատական բարդություններ չկան, երեխայի զարգացումը նորմալ է ընթանում,
 - խրոնիկական պիելոնեֆրիտ, բարձր աստիճանի կարճատեսություն:

**Իրավիճակային խնդիր N2,
Աննա, 22 տարեկան**

Սլայդ 3-19

- Դիմել է կանանց կոնսուլտացիա ամենտոեայով:
- Անամնեզ.
 - երկրորդ հղիություն՝ հղիության 38-րդ շաբաթ,
 - առաջին ծննդաբերություն՝ կեսարյան հատում կոնքի և պտղի գլխի չափսերի անհամապատասխանության պատճառով (պտղի քաշը 4500 գ),
 - հետվիրահատական բարդություններ չկան, երեխայի զարգացումը նորմալ է ընթանում,
 - խրոնիկական պիելոնեֆրիտ, բարձր աստիճանի կարճատեսություն:

**Իրավիճակային խնդիր N3,
Վիկտորիա, 36 տարեկան**

Սլայդ 3-20

- Դիմել է կանանց կոնսուլտացիա ամենտոեայով:
- Անամնեզ.
 - չորրորդ հղիություն՝ հղիության 14-րդ շաբաթ,
 - առաջին ծննդաբերություն՝ վաղաժամ ծննդաբերություն 34-րդ շաբաթում,
 - երկու վիժում 10-12-րդ շաբաթներում,
 - պիելոնեֆրիտ 16 տարեկանից, ձվարանի վրա վիրահատություն (ասպալեքսիա), բարձր աստիճանի կարճատեսություն,
 - հեմոգլոբին՝ 99 գ/լ:

**Իրավիճակային խնդիր N4,
Իրինա, 26 տարեկան**

Սլայդ 3-21

- Դիմել է կանանց կոնսուլտացիա ամենտոեայով:
- Անամնեզ.
 - երկրորդ հղիություն՝ հղիության 14-րդ շաբաթ,
 - առաջին ծննդաբերություն՝ վաղաժամ ծննդաբերություն 34-րդ շաբաթում, պտղի քաշը 2300 գ, երեխան ապրում է,
 - հեմոգլոբին՝ 109 գ/լ:

Ռիսկի չափանիշի հիմնավորումը

Սլայդ 3-22

- Հղիների բաշխումն ըստ բարձր կամ ցածր ռիսկի խմբերի անիմաստ է:
- Առողջական վիճակի հսկողություն պետք է սահմանել բոլոր հղիների համար:
- Պետք է իմանալ հղիության այն առանձնահատկությունները, որոնք կարող են մատնանշել լրացուցիչ հետազոտություններ անցկացնելու անհրաժեշտությունը:

Ռիսկի գնահատման ավանդական համակարգերի կիրառումը բերում է չարդարացված մասնագիտացված խնամքի, այն դեպքում, երբ բարդություններ ունեցող հղիները նման խնամք երբեմն չեն ստանում:

Ընդհուպ մինչև վերջին ժամանակները համարվում էր, որ նախածննդյան խնամքը նպաստում է ռիսկի խմբերին պատկանող կանանց բացահայտմանը, սակայն այսօր արդեն մենք քաջ գիտակցում ենք, որ երբեմն անհնար է լինում բացահայտել մայրական մահերի հանգեցնող գործոնները: Նախածննդյան խնամքի նկատմամբ ավելի իրատեսական մոտեցումը կայանում է բոլոր հղիներին պատշաճ ուշադրություն հատկացնելու և հսկողություն սահմանելու երաշխիքում: Առաջին հերթին պետք է յուրաքանչյուր կնոջ առողջությունը պահպանելու համար մանրակրկիտ ձևով հսկողություն սահմանել: Սա է մայրության պահպանման սկզբնական մոտեցման այլընտրանքային ճանապարհ:

ԱՀԿ-ն խորհուրդ չի տալիս կիրառել ռիսկի գնահատման ավանդական համակարգերը: Ուշադրություն պետք է դարձնել բոլոր հղիներին, սակայն դա չի նշանակում, որ նրանք բոլորը պետք է դասվեն ռիսկի խմբերին, ընդհակառակը, եթե հղին չունի բարդությունների բացահայտ նշաններ, նրան պետք է դիտարկել որպես հղիության չբարդացած ընթացքով հղի:

Ռիսկի գնահատման ավանդական մոտեցումը

Սլայդ 3-23

- Կեղծ-դրական և կեղծ-բացասական արդյունքների բարձր մակարդակ:
- Կանանց միայն 10-30%-ը, որոնք դասվել են ռիսկի խմբի, կարող են հղիության բացասական ելք ունենալ:

Վաղաժամ ծննդաբերություն կամ ցածր քաշով երեխաներ ունեցած կանանց 20-50%-ը ռիսկի գնահատման սկզբնական փուլում դասվել են ցածր ռիսկի խմբերին:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000.

ԱՀԿ-ն խորհուրդ չի տալիս կիրառել ռիսկի գնահատման ավանդական համակարգերը միավորներով (բալեր)

Սլայդ 3-24

Ապացուցված է, որ կանանց դասակարգումը ռիսկի ցածր, բարձր և միջին չափանիշներով, անարդյունավետ է հղիության և ծննդաբերության ժամանակ բարդությունների առաջացումը բացահայտելու առումով:

Յուրաքանչյուր հղիության ժամանակ առկա է որոշակի ռիսկ: Միշտ կա այն հավանականությունը, որ ինչ-որ բան այնպես չի ընթանա, ինչպես հարկավոր է, սակայն պետք չէ հղիությունը վատատեսություն դիտարկել:

Ի սկզբանե այն պետք է ընդունել որպես ֆիզիոլոգիական բնականոն երևույթ այնքան ժամանակ, մինչև ի հայտ կգան հակառակն ապացուցող փաստերը:

Ինչպես վերը նշվեց, բժշկական գրականության ակնարկներում ասվում է, որ կան նախաձննդյան այցերը կրճատելու և ստեղծված ավանդույթները փոխելու հստակ հնարավորություններ:

Բնականոն ընթացող հղիության հսկողությունը ավանդաբար կատարում էր մանկաբարձ-գինեկոլոգը, ինչը տնտեսապես ավելի թանկ է, այժմ այս ֆունկցիաները կարող են կատարել մանկաբարձուհին կամ ընտանեկան բժիշկը:

Բուժաշխատողների համար շատ կարևոր է հսկողության տակ մանրակրկտորեն պահել լուրջ բարդությունների կամ կյանքի վտանգ ապառնացող վիճակների առաջացումը, քանի որ հենց սա է նախաձննդյան խնամքի նպատակներից կարևորը: Սակայն բոլոր հղիներին տրամադրել նախաձննդյան խնամքի «բժշկական» մոդելը նպատակահարմար չէ և չունի առավելություններ: Պետք է քարոզել նախաձննդյան խնամքի այնպիսի մոդել, որում հնարավորինս մեծ ուշադրություն է հատկացվում յուրաքանչյուր հղիին:

Խոսափելք գերախտորոշումներ կայացնելուց: Դա օգտակար չի լինի ոչ մոր, և ոչ էլ պտղի համար:

Murray W. Enkin et al.
A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Third edition, Oxford University Press, 2000.
Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.
WHO, Copenhagen, 2002.

Ռիսկի գնահատման նոր մոտեցում

Սլայդ 3-25

- Բոլոր կանանց ուշիմ և պատշաճ հսկողություն:
- Բոլոր կանանց պետք է դասել հղիության բնականոն ընթացքով հղիների խմբին մինչև բացասական ախտանիշների հայտնվելը:
- Օգնությունը պետք է ուղղված լինի ոչ թե ռիսկի վերացմանը, այլ կոնկրետ խնդրի լուծմանը:

Եթե արդեն ախտորոշվել է բարդություն, այն հարկավոր է հսկողության տակ պահել, քննության ենթարկել, որպեսզի հնարավոր լինի որոշել մորը և պտղին սպառնացող ռիսկի աստիճանը, սակայն պետք չէ հղիին դասել ռիսկի որևէ խմբին:

Ռիսկի խմբերի դասակարգումը չպետք է անդրադառնա ավտոմատ կերպով բոլոր հղիներին ռուտին բուժակական միջոցառումների կատարման վրա:

Ռիսկի գնահատման ավանդական մոտեցման հետևանքները

Սլայդ 3-26

- Անհրաժեշտության դեպքում մասնագիտացված օգնության տրամադրում:
- Անհրաժեշտ օգնություն տրամադրելու անկարողության դեպքում լուրջ բարդություններ ունեցող կանանց ուղեգրել 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություններ:

Նախապես անհնար է կանխատեսել, թե որ հղիի մոտ կարող են բարդություններ առաջանալ, այս պատճառով ռիսկի գնահատման համակարգը թույլ չի տալիս արդյունավետ ձևով.

- կանխարգելել մոր մահը,
- պահպանել ռեսուրսները:

Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002

Ռիսկի գնահատում

Սլայդ 3-27

Հղիությունների ավելի քան 85%-ը չեն պահանջում մասնագիտացված բուժօգնություն և միջամտություն, այս պատճառով անհրաժեշտ պետք է համարել հասարակ մոնիթորինգը, հոգեբանական և հուզական աջակցությունը:

Հղիների 40%-ի մոտ հղիության ընթացքում առաջանում են խնդիրներ, սակայն միայն 15%-ն է կյանքին սպառնացող բարդություններ ունենում և որոնք ստանում են մասնագիտացված բուժում:

Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.

Խորհրդատվություն

Սլայդ 3-28

- Պետք է հասկանալ, թե ինչն ենք մենք փորձում կանխել անտենատալ այցի ժամանակ, մայրական, մանկական և պերինատալ մահը:
- Գերախտորոշումը ամենամեծ վնասն է: Գերախտորոշումը և սխալ ախտորոշումը նվազեցնում են բուժման արդյունավետությունը:
- Ասինար է մշակել ռիսկի գնահատման միասնական համակարգ, որը թույլ կտա կանխատեսել ծննդաբերության հետ կապված բազմաթիվ բացասական ելքեր:
- Բուժաշխատողները պետք է ճկունություն ցուցաբերեն, վերադասակարգում կատարեն, բարձր ռիսկի հղիներին տեղափոխեն ցածր ռիսկի խմբերի մեջ, եթե նրանց մոտ ավտանիշների լավացում է նկատվում:

Նախաձննդյան խնամքի մշտական վտանգը կայանում է գերախտորոշումներ կատարելու մեջ: Միայն ախտորոշումների կայացումը արժեզկում է բժշկության կարևորությունը, հատկապես հղիության բնականոն ընթացքի դեպքում, ինչպես նաև բերում առողջապահության համակարգի նկատմամբ վստահության կորստի:

Միևնույն ժամանակ, ռիսկի թերգնահատման հետևանքները նույնպես վտանգավոր են: Կարևոր սկզբունքները, որոնք պետք է պահպանել հետևյալն են. բոլոր հղիների նկատմամբ հոգատար մոտեցում, անհատական խնամքի արձանագրությունների վարում: Բուժանձնակազմը պետք է նախաձննդյան խնամքի արձանագրությունների վարման մեջ ճկունություն հանդես բերի, հղիի առողջական վիճակի փոփոխման (բարելավման) դեպքում բարձր ռիսկի խմբից ցածրի տեղափոխման հնարավորություն ընձեռի: Խմբերի բաժանելու կարիք չի լինի, եթե բոլոր հղիները մշտապես գտնվեն բուժանձնակազմի ուշադրության կենտրոնում:

Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.

Փոփոխություններ հղիության ընթացքում

Օրգանիզմի համակարգերը	Ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ	Կնոջ զգացումները
<p>Կարևոր նշանակություն ունի ներգատական համակարգի աշխատանքը, քանի որ հորմոնային հսկողությունն ազդում է հղիի վրա հղիության ամբողջ ընթացքում: Ակտիվ հորմոնների շարքին են պատկանում.</p>	<ul style="list-style-type: none"> մարդու խորիոնային գոնադոտրոպինը: 	<p>Այս հորմոնի արագ աճը ընկած է հղիության թեստերի հիմքում և հղիության սկզբնական շրջանում սրտխառնոցի պատճառն է:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> էստրոգենը, որն արտադրվում է հղիության 12-րդ շաբաթից հետո: Այս հորմոնը կասեցնում է լակտացիան, նպաստում է կաթնագեղձերի, արգանդի և հեշտոցի մեծացմանը, 	<p>Կաթնագեղձերի ցավոտություն, ամենոռեա, (դաշտանի բացակայություն), արգանդի մեծացում:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> պրոգեստերոնը, արտադրվում է պլացենտայի կողմից հղիության 12-րդ շաբաթից հետո, օգնում է կաթնագեղձերի հյուսվածքների զարգացմանը և թուլացնում մկանների հյուսվածքները: 	<p>Կաթնագեղձերի ցավոտություն, Կանխում է արգանդի կծկումները: Հնարավոր է, որ երակների վարիկոզ լայնացման, փորկապության կամ միզասեռական համակարգի ինֆեկցիաների պատճառ դառնա:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> թիրեոտրոպ հորմոնը խթանում է վահանաձև գեղձի աշխատանքը, թիրոքսինի ազդեցության շնորհիվ խթանում մետաբոլիզմը: 	<p>Տաքության զգացում:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> հղիության առաջընթացով ուղեկցվող, մելանոցիտ խթանող հորմոն, հիպոֆիզի գեղձի մեծացմանը զուգընթաց աճում է այս հորմոնի արտադրությունը: 	<p>Մաշկի վրա պիգմենտային լաքաների մզացում, խլոազմայի (պիգմենտային լաքա) զարգացում, պտուկի շուրջ երկրորդային շրջանակի առաջացում:</p>

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Մետաբոլիզմ	Ուժեղանում է մոր և պտղի պահանջները բավարարելու համար:	Մարմնի զանգվածի աճ 10-12 կգ-ով:
Շնչառական համակարգ	Թթվածնի պահանջը ավելանում է 15-20%-ով, գազափոխանակությունն ավելի հեշտացած է:	Հղիության վերջին շրջանում շնչարգելություն:
Ստամոքսաղիքային համակարգ	Համակարգն ամբողջությամբ թուլանում է, հիմնականում պրոգեստերոնի ազդեցության պատճառով, թեև ներքին օրգանները ճնշվում են մեծացող արգանդի կողմից:	Այրոց, փորկապություն: Խորհուրդ է տրվում սնունդ ընդունել փոքր չափաբաժիններով:
Երիկամային համակարգ	Արյան ներհոսքը դեպի երիկամներ մեծացնում է կծիկային գտումը 50%-ով Միզուղիներում հանգույցների գոյացման պատճառը պրոգեստերոնի ազդեցությունն է:	Կարող է նկատվել գլուկոզուրիա (շաքար մեզում): Կարող են զարգանալ միզուղիների վարակներ, աճող պտղի ու մեծացող արգանդի կողմից ճնշման պատճառով առաջանում է հաճախամիզություն:
Վերարտադրողական համակարգ	Արգանդը մեծանում է, պատերը հաստանում են, 70 գ քաշ ունեցող կոնքի օրգանից, այն փոխակերպվում է 1 կգ քաշով որովայնային օրգանի: Արյան մատակարարումն ուժեղանում է: Պարանոցային խողովակը լեցուն է լորձային խցանով: Հեշտոցի արյան մատակարարումը ուժեղացել է, էստրոգեններն ազդում են լորձ արտադրող բջիջների վրա:	Փոխվում է մարմնի կազմվածքը, 12 շաբաթ հետո արգանդի հատակը շոշափվում է ցայլային համաճոնից վերև, 24 շաբաթ անց՝ պորտից վերև: 38 շաբաթում արգանդը հպվում է թրածն ելունին: Հեշտոցից արտադրությունն ավելանում է:

Կաթնագեղձեր	Էստրոգենն ու պրոգեստերոնը խթանում են աճը, արյան մատակարարումն ուժեղանում է: Մոնոգոմերիի բլրակներն ավելի ցայտուն և ակտիվ են դառնում:	Անոթային փոփոխությունները տեսանելի են, սկսած հղիության 16-րդ շաբաթից սկսվում է կաթնախեղձի արտադրությունը:
Ոսկրային համակարգ	Պրոգեստերոնը նպաստում է կապանների փափկացմանը, որոնք օգնում են ծննդաբերության ժամանակ:	Կարող են առաջացնել ցավեր գոտկատեղում:

**ԱՀԿ կողմից մշակված նախաձեռնության խնամքի նոր մոդել
Հիմնական դրույթները.**

Villar, J.,P. Bergsjo. WHO. 2002

Ծանոթություն. նշեք կատարված հետազոտությունները (չներկված վանդակներ)

Նշեք կանանց կոնսուլտացիա հաճախելու գեստացիոն ժամկետի մոտակա ամսաթիվը

Անունը _____

Հասցեն և հեռախոսահամարը _____

Բժշկական քարտի համարը _____

ԱՌԱՋԻՆ ԱՅՑ բոլոր կանանց համար, անկախ հղիության ժամկետից: Եթե առաջին այցը կատարվում է խորհուրդ տրվող ժամկետից ուշ, լրացրեք բոլոր նախորդող ցուցանիշները ընդհուպ մինչև այժմ.	Այց			
	1-ին (12.)	2-րդ	3-րդ	4-րդ
Ամսաթիվ __/__/_____				
Դասակարգման ձևը, ծրագրի բազային բաղադրիչի ընդունելիության նշումով				
Կլինիկական գնում				
Կլինիկորեն արտահայտված սակավարյունություն: Հեմոգլոբինի մակարդակի քննություն				
Մանկաբարձական գնում, հղիության ժամկետի և պտղի մեծության որոշում				
Գինետոլոգիական գնում (կարելի է հետաձգել մինչև երկրորդ այցը)				
Արյան ճնշման չափում				
Մոր հասակը, քաշը				
Էքսպրես-քննություն սիֆիլիսի նկատմամբ, ՍՃՓՎ-ների բացահայտում				
Մեզի քննություն (էքսպրես-թեստ)				
Արյան խմբի և ռեզուս-գործոնի քննություն				
Երկաթի պատրաստուկների ու ֆոլաթթվի նշանակում				
Խորհուրդ է տրվում ճգնաժամային իրավիճակներում/ հեռախոսի համարը հրատապ կապի համար				
Փոխանակային քարտի լրացում				

ԵՐԿՐՈՐԴ ԵՎ ՀԵՏԱԳԱ ԲՈԼՈՐ ԱՅՑԵՐԸ հղիության մոտավոր ժամկետը շաբաթներով				
Ամսաթիվ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		26		
Կլինիկական զննում սակավարյունության աուկայությունը պարզելու համար				
Մանկաբարձական զննում, հղիության ժամկետի, արգանդի չափսերի և պտղի սրտխփոցի հաճախականության որոշում				
Արյան ճնշման չափում				
Մոր քաշը (միայն ցածր քաշ ունեցողների համար, ինչը պարզվել է 1-ին այցի ժամանակ)				
Մեզի քնություն պրոտեինուրիայի նկատմամբ				
Երկաթի պատրաստուկների ու ֆոլաթթվի նշանակում				
Խորհրդատվություն ճգնաժամային իրավիճակներում				
Բժշկական քարտի լրացում				
ԵՐՐՈՐԴ ԱՅՑ , ի լրացում 1-ին և 2-րդ այցերի				
Ամսաթիվ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			32	
Հեմոգլոբինի մակարդակի քնություն				
Նախապատրաստում ծննդաբերությանը, պլանավորում				
Կրծքով կերակրման խորհրդատվություն / հակաբեղմնավորիչներ				
ՉՈՐՐՈՐԴ ԱՅՑ ՝ ի լրացում 2-րդ և 3-րդ այցերի				
Ամսաթիվ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				38
Հետույքային առաջադրության բացահայտում, պտղի պտույտ գլխի վրա				
Փոխանակային քարտի լրացում, խորհուրդ է տրվում ունենալ իր մոտ ծննդատուն տեղափոխման պահին				

Նախածննդյան խնամքի համար պատասխանատու բուժաշխատող

Անուն _____

Ստորագրություն _____

Պլանային և նախաձննդյան մոնիտորինգ

Ա. Համաձայն հետազոտությունների արդյունքների, որոշված խորհուրդ տրվող պլանային բուժգործողություններ

Արյան ճնշման չափում

Պետք է կատարել յուրաքանչյուր այցի ժամանակ, որպեսզի հնարավոր լինի բացահայտել հնարավոր հիպերտենզիան: Որոշ դեպքերում բարձր ճնշումը կարող է վկայել պրեէկլամպսիայի զարգացման մասին:

Մասնագետի մոտ բուժման կարելի է ուղեգրել այն դեպքում, եթե ստորին (դիաստոլիկ) սահմանը 90 մմ.ս.ս.-ից բարձր է:

Մեզի քննություն

Անախտանիշ բակտերիուրիայի բացահայտման նպատակով պետք է կատարել առաջին այցի ժամանակ: Եթե 1 մլ-ին ընկնող բակտերիաների գաղութը գերազանցում է 1000000-ից, անհրաժեշտ է անտիբիոտիկներով բուժում նշանակել:

Կանանց կոնսուլտացիա հաջորդ հաճախումների ժամանակ պետք է խորհրդատվություն ստանալ պրոտեինուրիայի նկատմամբ քննություն անցկացնելու մասին: Սկրինինգային հետազոտություն կատարելու համար մեզի ցանկացած քանակ պիտանի է, սակայն ամբողջական և ճշգրիտ տվյալներ ստանալու համար պետք է քննությունը կատարել, հաշվարկելով մեզում պարունակվող սպիտակուցի գումարային արժեքը, այդ նպատակով մեզը հավաքում են 24 ժամվա ընթացքում (մեզի շուրջօրյա քննություն):

Արգանդի հատակի բարձրության չափում

Մի շարք հետազոտությունների տվյալներով ապացուցվել է, որ արգանդի հատակի բարձրության չափման մեթոդը ցածր քաշով երեխայի ծնունդը կանխատեսելու համար ունի բարձր զգայունություն և սպեցիֆիկություն: Այս թեստը թույլ է տալիս նաև հետազոտել և բացահայտել աճի հնարավոր կասեցումը (*Antenatal Care Basics, WHO*):

Որովայնի շոշափում

Պտղի տեղակայումը որոշվում է կանանց կոնսուլտացիա յուրաքանչյուր հաճախման ժամանակ, սակայն մինչև հղիության 36-րդ շաբաթը ճշգրիտ որոշել այն անհնար է, բացի այդ, այս բուժգործողությունը հղիին տեղի զգացումներ է պատճառում:

Ոտքերի զննում

Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է զննել ոտքերը, երակների վարի-
կոզ լայնացումը կանխարգելելու համար:

Այն կանանց, ում աշխատանքը կապված է երկար ժամանակ ոտքի վրա
անցկացնելու կամ ֆիզիկական ծանր աշխատանքի կատարման հետ, պետք
է խորհուրդ տալ ոտքերի համար հատուկ վարժություններ կատարել: Սա-
կայն այտուցները (բացի զանգվածային կամ դեմքի կամ գոտկատեղի արագ
զարգացող այտուցներից) պետք է խստաբանական իրավիճակի չափանիշ
համարել, քանի որ սրունքների այտուցներ նկատվում են հղիների մեծ մասի
մոտ, որոնց հղիության ընթացքը բնականոն է:

Արյան խմբի որոշում (արյան խումբ և հեմոգլոբինի մակարդակ)

Եթե այն հայտնի չէ, պետք է կատարել հղիության վաղ ժամկետներում:
Հեմոգլոբինի մակարդակը պետք է որոշել հղիության ընթացքում առնվազն
մեկ անգամ, նախընտրելի է 32-րդ շաբաթում: Երբեմն, հատկապես հեմոգլո-
բինի ցածր մակարդակի դեպքում, կրկնակի քննություն կատարվում է 36-րդ
շաբաթում:

Ռեզուս-գործոնի որոշում

Անհրաժեշտ է որոշել հղիի ռեզուս-գործոնը և հակամարմինների առկա-
յությունը նրա արյան մեջ, ինչպես նաև բացասական ռեզուս-գործոնով հղի-
ներին մոր և պտղի արյան փոխներգործությանը հանգեցնող ցանկացած
բուժգործողություն կատարելուց հետո պետք է ներմուծել անտի-D-գամմա
գլոբուլին հղիության 28-րդ շաբաթում, ծննդաբերությունից հետո:

**Բ. Հետազոտություններ, որոնք դեռ մինչև վերջին ժամանակները նե-
րառվել են նախածննդյան խնամքի ավանդական մոդելի մեջ, սակայն
դրանց կատարումը բնականոն ընթացող հղիության դեպքում նպատա-
կահարմար չէ և կատարման անհրաժեշտությունն ապացուցված չէ**

Կշռում

Վերջերս կատարված հետազոտությունների տվյալների համաձայն, յու-
րաքանչյուր այցի ժամանակ քաշի ավելացման որոշումը արդարացված չէ,
պետք է նաև քաշի ավելացումը նվազեցնելու նպատակով սահմանափակել
աննդի քանակը:

Պելվիոմետրիա

Ապացուցվել է, որ ոչ կլինիկական, ոչ ռենտգենաբանական պելվիոմետ-
րիան թույլ չեն տալիս ճշգրիտ ձևով կանխորոշել մոր կոնքի և պտղի գլխի
միջև եղած անհամապատասխանությունը, հետևաբար, պտղի գլխային

առաջադրության դեպքում պլանային կեսարյան հատում կատարելու համար ցուցում չեն կարող լինել:

Այսպիսով, այս բուժգործողությունը նախաձննդյան խնամքի համար արժեք չի ներկայացնում: Մոր կոնքի և պտղի գլխի միջև անհամապատասխանության առկայությունը ավելի ճիշտ կլինի պարզել հղիության ընթացքի հսկողությունն իրականացնելիս (Enkin et al., 2000).

Պորտի անոթներում արյան հոսքի դոպլերոմետրիա

Պորտի անոթներում արյան հոսքի արագությունը գնահատելու նպատակով կատարվող դոպլերոմետրիան ունի ոչ մեծ, եթե այն ընդհանրապես հղիության ելքի վրա ունի ազդեցություն, ազդեցություն հղիության ելքի վրա, այն կատարվում է բոլոր կանանց սկրինինգի նպատակով: Սակայն եթե պորտի անոթների դոպլերոմետրիան մատչելի է և կատարվում է բարձր ռիսկի խմբի հղիներին (հղիությունը բարդացած է հիմնականում պտղի զարգացման կանգով կամ մոր մոտ առկա է արյան բարձր ճնշում), ապա դա օգնում է արատներ չունեցող երեխաների շրջանում մեռելածնության և մահացության հաճախականության նվազեցմանը: Պտղի սրտի զարկերի պլանային լսման կանխատեսող արժեքը ապացուցված չէ:

Պտղի շարժումների հաշվարկ

Կատարված հետազոտությունների արդյունքների համաձայն, պտղի շարժումների ռուտին հաշվարկը չի օգնում հղիության ուշ ժամկետներում կանխարգելել պտղի ներարգանդային մահը:

Իրականում դա լրացուցիչ միջոցներ է պահանջում, սակայն պերինատալ ելքերի զգալի լավացմանը չի բերում: Նման ռուտին հաշվարկը հետևանք է դառնում պտղի ակտիվության ավելի հաճախ հանդիպող դեպքերի բացահայտումն ու պտղի վիճակը որոշելու լրացուցիչ մեթոդների ավելի ինտենսիվ կիրառման, որն իր հերթին բերում է հղիի ավելի հաճախ հոսպիտալացմանն ու խթանված ծննդաբերությունների թվի աճին: Այնուամենայնիվ, հղիության վաղ ժամկետներում, յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է հարցնել հղիին պտղի շարժման մասին, թեև մինչև 16-րդ շաբաթը որոշ կանայք չեն զգում պտղի շարժվելը:

Երկաթ պարունակող սննդային հավելումների պլանային նշանակում

Բնակչության այն խմբերին պատկանող հղիները, որոնք բավարար քանակությամբ ռացիոնալ սնունդ են ստանում, պետք չէ երկաթ պարունակող հավելումներ նշանակել: Սակայն դրանք նպատակահարմար է նշանակել այն շրջաններում, որտեղ բարձր են սակավարյունության և էնդեմիկ մալարիայի ցուցանիշները:

Հղիության ժամանակ օրգանիզմում տեղի ունեցող արյունաբանական հարմարվողականության քնականոն պրոցեսները երբեմն սխալմամբ դիտարվում են որպես օրգանիզմում շտկում պահանջող երկաթի պակաս:

Հղիության առաջին եռամսյակից հետո ոչ երկաթ պարունակող հավելումները, ոչ ֆոլաթթուն որևէ դրական ազդեցություն չեն ունենում հղիության հետագա ընթացքի, ծննդաբերության կամ պտղի վիճակի վրա, ներառյալ հիպերտենզիան, գեստացիոն պրոտեինուրիան, ծննդաբերությունից առաջ և հետո տեղի ունեցող արյունահոսությունները, ներարգանդային վարակները, վաղաժամ ծննդաբերությունները, պտղի ցածր քաշը ծնվելիս, մեռելածնությունն ու նեոնատալ մահերը: Հղիները, արյան մեջ հեմոգլոբինի մակարդակի բարձրանալուց հետո, որևէ օգտակար բան չեն զգում: Ավելին, հեմոգլոբինի ցածր մակարդակ ունեցող կանայք հնարավոր արյունահոսության դեպքում, որը պայմանավորված է շրջանառող արյան մեծ ծավալով, կարող են առավելություններ ունենալ: Օրգանիզմում երկաթի պակասի այլ նշանների բացակայության դեպքում հեմոգլոբինի ցածր մակարդակը պետք չէ երկաթ պարունակող հավելումներ ընդունելու համար ցուցում և անհրաժեշտություն համարել:

Պլանային ԳՁՀ

Ներկայումս պլանային ԳՁՀ կատարման նպատակահարմարությունը չի ապացուցվել (Enkin et al., 2000):

Կլինիկորեն հավաստի հետազոտություններով ապացուցվել է, որ հղիության ուշ ժամկետներում կարտարված ԳՁՀ-ները պատճառ են դարձել նախածննդյան շրջանում գտնվող կանանց ծննդատուն տեղափոխման դեպքերի հաճախականության, ինչպես նաև խթանված ծննդաբերությունների աճի, մինևույն ժամանակ դրանք չեն նպաստել պերինատալ ելքերի լավացմանը:

Սակայն որոշ կլինիկական դեպքերում ԳՁՀ կատարման անհրաժեշտությունն ակնհայտ է եղել, օրինակ. որպեսզի որոշվի պտղի կենսունակության կամ մահվան նշանները, գեստացիոն հասակի (մինչև հղիության 22-րդ շաբաթը), պտղի զարգացման, պլացենտայի տեղակայման որոշման, բազմապտուղ հղիության փաստն արձանագրելու կամ հերքելու, գերջրության կամ սակավաջրության դեպքում հարպտոլային ջրերի քանակի որոշման նպատակով, ինչպես նաև բուժգործողությունների ճիշտ կատարման, ինչպես օրինակ, արգանդի վզիկի վրա դրվող սերկյաթի (կլոր կարի) կամ հետույքային առաջադրության դեպքում՝ պտղի արտաքին շրջման համար:

Կարդիոտոկոգրաֆիա (սթրեսային և ոչ սթրեսային թեստ)

Համաձայն ներկայումս առկա տվյալների, նախածննդյան շրջանում պտղի ԿՏԳ կատարման անհրաժեշտության, որպես պտղի վիճակը որոշելու

համար լրացուցիչ միջոց, ապացույցներ չկան: Այն պետք է կատարել միայն բարձր ռիսկի խմբի հղիներին:

Մեթոդի կլինիկական կիրառումը, հավանաբար, պետք է սահմանափակել, նշանակել միայն այն դեպքում, եթե առկա է պտղի թթվածնային անբավարարություն, օրինակ, պտղի շարժումների կտրուկ նվազման կամ հղիի մոտ արյունահոսության դեպքում (Enkin et al.,2000):

Արյան հորմոնային քննություն

Օրինակ, էստրիոլի մակարդակը որոշելու համար կատարվող արյան հորմոնային քննությունն արժեք չի ներկայացնում:

Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի գնահատական

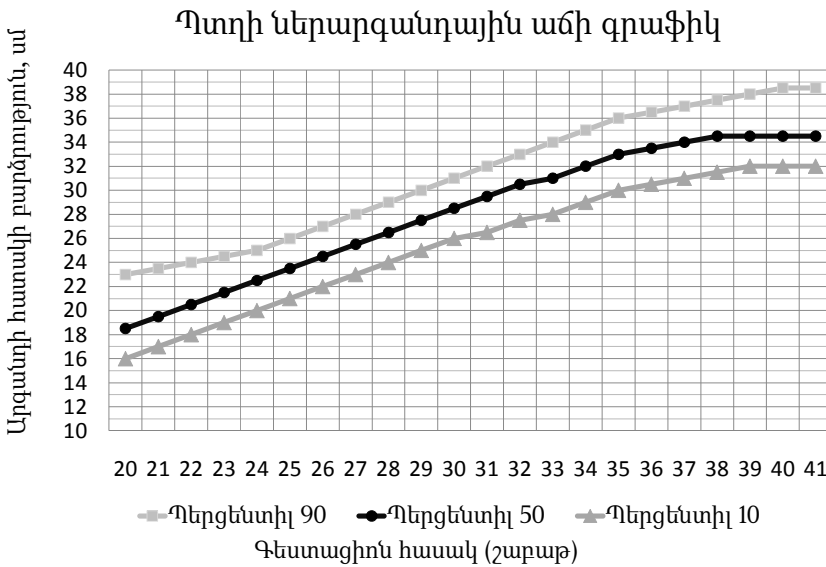
Այս քննությունն ունի կանխարգելիչ որոշ արժեք, սակայն արդյունքների լավացմանը չի նպաստում:

Կանխարգելիչ կամ հղիի վիճակը բարելավող որոշ միջոցներ

Ախտանիշ	Խորհուրդ հղիին	Բուժման լրացուցիչ հնարավորություններ
Հոգնածություն	<ul style="list-style-type: none"> • շատ հանգստանալ, • հետևել առողջ սննդի սկզբունքներին, • կատարել պարզ վարժություններ: 	
Առավոտյան սրտխառնոց, փսխում	<ul style="list-style-type: none"> • վաղ առավոտյան ուտել մի քանի թխվածքարվիթ կամ մի կտոր հաց, • խուսափել կծու, թթու և ճարպոտ սննդից, • ուտել հաճախակի և քիչ-քիչ, • տեղեկացնել հղիին, որ սրտխառնոցն ու փսխումը ինքնուրույն վերանում են հղիության 3-րդ ամսից հետո: 	<ul style="list-style-type: none"> • իմբիր, • կենսաբանորեն ակտիվ կետերի մեքսում, • Naysuan point (P6) կենսաբանորեն ակտիվ կետ, որը տեղակայված է դաստակից 3 մատի լայնքով դեպի վեր, • անտիհիստամինային պատրաստուկներ:
Այրոց	<ul style="list-style-type: none"> • խուսափել կծու, թթու և ճարպոտ սննդից, • ուտել հաճախակի և քիչ-քիչ, • խուսափել սուրճ կամ կոֆեին պարունակող հյութեր խմելուց, • ուտելուց հետո չպառկել և չթեքել իրանը, • քնելուց գլուխը դնել բարձր՝ բարձի վրա, • նոպայի ժամանակ մի քիչ կաթ խմել կամ ուտել յոգուրտ, 	<p>այն կանանց համար, ովքեր չնայած փոխել են կյանքի ապրելաձևն ու սննդակարգը, միևնույն է տառապում են այրոցով, նշանակել անտացիդային դեղամիջոցներ:</p>
Փորկապություն	<ul style="list-style-type: none"> • օրական խմել առնվազն 8 բաժակ ջուր և այլ տեսակի հյութեր, • բջջանյութով հարուստ սնունդ ընդունել, կանաչ բանջարեղեն, շիլաներ ձավարեղենից, ավելացնելով թեփ 	

Թուրք	ավելի շատ օգտագործել կոշտ և բջջանյութով հարուստ սնունդ	հատուկ քսուքներ թութքի դեմ
Ուտքերի, ուտնաթաթերի այտուցներ	- օրվա ընթացքում մի քանի անգամ հանգստանալ, վեր բարձրացրած ուտքերով, - քնել կողքի վրա:	Կոմպրեսիոն գուգագուլպաները կարող են այտուցները իջեցնել, սակայն չեն կարող վերացնել երակների վարիկոզ լայնացումը:
Երակների վարիկոզ լայնացում:	Պետք է հղիին ասել, որ դա տարածված և ոչ վտանգավոր ախտանիշ է:	
Ցավեր մեջքի շրջանում:	- հազնել ցածրակրունկ կոշիկներ, - չբարձրացնել ծանրություններ, - ծանրություն բարձրացնելիս ծալել ծնկները, այլ ոչ թե թեքել իրանը:	- ջրային վարժություններ, - մերսման կուրս:

Հավելված 5



Ծննդաբերության պլան

Վարում

Իմ անունը _____ Ծննդաբերության սպասվող ամսաթիվը _____

Իմ բժշկի անունը _____ Իմ երեխայի հսկողությունը կատարելու է _____

Ծննդաբերության ժամանակ ինձ կաշակցեն _____

Ծննդաբերության ժամանակ ներկա են լինելու _____

Մենք կցանկանայինք, որ մեր ավագ երեխաները ինձ այցելեն

- ծննդաբերության ժամանակ
- պալատ տեղափոխելուց հետո
- ընդհանրապես չայցելեն

Մենք մասնակցել ենք կամ պլանավորում ենք մասնակցել

- նախաձննդյան ուսուցում
- պարապմունքներ հայրերի համար
- այցելություն ծննդատուն
- այցելություն ծննդատուն ավագ երեխաների համար
- ֆիզիկական վարժությունների պարապմունքներ

Ես մասնակցում եմ տվյալ հետազոտությունում

Ծանոթություն Ձեզ հետ

Դուք կցանկանաի՞ք որևէ բան հայտնել Ձեր մասին (կարևոր պահեր, վախ, մտահոգություն)

Իմ նպատակն է.

- որպեսզի ինձ աջակցեն ու օգնեն միայն ինձ մոտիկ մարդիկ, բուժքույրը
- բացի աջակցությունից կատարվի դեղորայքային անզգայացում
- այլ, բացատրեք, խնդրեմ

Ծննդաբերության առաջին շրջան, կծկանքների վարում

Կանայք գտնում են, որ հետևյալ միջոցառումները օգնում են թեթևացնել անհարմարավետությունը կծկանքների ժամանակ: Նշեք այն միջոցառումները, որոնք կցանկանաիք, որպեսզի բուժքույրը Ձեզ առաջարկի ծննդաբերության ժամանակ:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> լոգանք, ցնցուղ | <input type="checkbox"/> հագնել սեփական հագուստը, գիշերանոցը |
| <input type="checkbox"/> զրոսանք | <input type="checkbox"/> շատ բարձեր, պետք է բերել սեփականը |
| <input type="checkbox"/> տաք/սառը թրջոց | <input type="checkbox"/> մերսում |
| <input type="checkbox"/> սիրելի երաժշտությունը | <input type="checkbox"/> նիտրոնոքսի ընդունում (գազերի երկու տեսակի խառնուրդ) |
| <input type="checkbox"/> գնդակ | <input type="checkbox"/> էպիդուրալ անզգայացում |
| <input type="checkbox"/> կենտրոնանալ սիրելի առարկայի վրա | <input type="checkbox"/> այլ |

Երեխայի ծնունդը

Ձեր մանկաբարձուհին կօգնի Ձեզ հարմար դիրքեր գտնել կծկանքների ժամանակ:

Հատկապես որ պահերը կուզենայիք ընտրել

- կքանիստ
- կողքի վրա
- ես չեմ ուզում մանկաբարձական աթոռ ոտքերի հենակներով
- այլ

Երեխայի ծնվելուց հետո ես կուզենայի, որ

- որպեսզի _____ կտրի պորտալարը
- անմիջապես ծննդաբերելուց հետո երեխային դնեն իմ կրծքին
- որպեսզի երեխային նախքան ինձ տալը փաթաթեին վերմակի մեջ
- որպեսզի երեխային հագցնեն այն գլխարկը, որը մենք բերել ենք տնից
- որպեսզի _____ առաջին անգամ հագցնի իմ երեխային տակաշորը
- որպեսզի _____ ծննդաբերության ժամանակ նկարահանի կամ լուսանկարի
- այլ

Եթե Դուք կարիք ունեք ավելի շատ տեղեկատվություն ստանալ հետևյալ հարցերի շուրջ, հարցրեք Ձեր բժշկին կամ մանկաբարձուհուն

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> պտղի մոնիտորինգ | <input type="checkbox"/> մանկաբարձական արքանների օգտագործում, վակուում-էքստրակցիա |
| <input type="checkbox"/> ամնիոտոմիա | <input type="checkbox"/> էպիդուոմիա |
| <input type="checkbox"/> ծննդաբերության խթանում | <input type="checkbox"/> կեսարյան հատում |

Ծննդաբերությունից հետո ծննդատանը մնալը

Ներկայումս մանկաբարձական գործելակերպի պայմաններում անհրաժեշտ է ծննդաբերությունից հետո մոր և երեխայի համատեղ կացությունը 24 ժամվա ընթացքում: Բուժաշխատողները կօգնեն խնամել երեխային և կաջակցեն Ձեզ, երբ նա կլինի Ձեզ հետ նույն պալատում:

Ես պատրաստվում եմ

- երեխային կրծքով կերակրել
- երեխային կերակրել կաթնախառնուրդներով

Բաժանմունքում գտնվելիս, ես կցանկանայի

- միշտ լինել երեխայի հետ
- ներկա գտնվել երեխային զննելուց (ընդունվելիս և դուրս գրվելուց)
- ներկա գտնվել հետազոտությունների անցկացման ժամանակ, օրինակ, երբ արյունը վերցնում են ֆենիլկետոնուրիան կամ հիպոթիրեոզը որոշելու համար
- որպեսզի բուժքույրը ասի _____, ինչպես պետք է լողացնել երեխային
- լողացնել երեխային ինքնուրույն
- որպեսզի _____ լողացնի երեխայիս առաջին անգամ
- որպեսզի երեխային կատարվեն ԲՅԺ և հեպատիտ B-ի պատվաստումները
- այլ

Տանը ինձ կօգնեն.

Լրացուցիչ մտահղացումներ կամ պարզաբանումներ

Ես կուզենայի, որ ինձ այցելեն ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո

այո ոչ չեմ որոշել

ամսաթիվ

մոր ստորագրությունը հոր աջակցող անձի

Նախածննդյան խնամքի գիտական հիմնավորումը

I. Փիլիսոփայություն, վերջին հետազոտությունները և ծննդաբերության անցանկալի ելքերը կանխող կամ դրա բացասական ազդեցությունները նվազեցնող հնարավորություններ

Villar J, Bergsjø P.

Acta obstetrica gynecologica Scandinavica, 1997, 76:1-14

Մեջբերումներ

Ներածություն

Նախածննդյան խնամքի ծրագրերի ծավալն ու բաղադրությունը հիմնվում են ավելի շուտ ավանդույթների վրա, այլ ոչ թե ապացույցների:

Նպատակը կայանում էր նախածննդյան խնամքի վտանգների որոշման մեջ, որոնք թույլ կտան կասեցնել կամ մեղմացնել հղիության բացասական հետևանքները: Դրանք են արյունահոսությունները, սակավարյունությունը, պրեէկլամպսիան, սեպսիսը, միզասեռական համակարգի վարակները, ինչպես նաև բարդացած ծննդաբերությունը:

Մեթոդներ

Վերջին հրապարակումների վերլուծությունը և ուսնողմիզացված հսկողական հետազոտությունները

Արդյունքներ ու հետևություններ

Հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ կանանց կոնսուլտացիա հաճախումների թվի կրճատումը ռիսկի աստիճանը չի մեծացնում, թեև կարող է հղիների կողմից դժգոհություններ առաջացնել:

Հղիության ընթացքում տեղի ունեցող արյունահոսությունները տարբեր պատճառներ կարող են ունենալ, սակայն դրանցից և ոչ մեկը հնարավոր չէ կանխել նախածննդյան խնամքի միջոցով, այն դեպքում, երբ ռիսկի գործոնները կարելի է որոշել անամնեզից:

Նման իրավիճակներում խնդրի լուծման լավագույն տարբերակներն են խորհրդատվությունը և խորհուրդ տրվող միջոցների կատարումը:

Հղիության ժամանակ սակավարյունությունը հաճախ է հանդիպում, հատկապես զարգացող երկրներում: Բնակչության այն խմբերին պատկանող հղիները, որոնք բավարար քանակությամբ սնունդ են ստանում, պետք չէ երկաթ պարունակող հավելումներ նշանակել: Հաշվի առնելով անուղղակի տվյալները, խորհուրդ է տրվում երկաթ պարունակող հավելումներ և ֆոլա-

թթու նշանակել բոլոր հղիներին, ովքեր ապրում են սակավարյունության բարձր ցուցանիշով տարածաշրջաններում:

Հեմոգլոբինի մակարդակի վերլուծությունը որպես պլանային զննման մաս մեծ դեր ունի հղիության ուշ ժամկետներում (30-րդ շաբաթին մոտ), այլ ոչ թե վաղ շրջանում: Հեմոգլոբինի բարձր մակարդակը վկայում է հնարավոր վտանգի մասին:

Չկան ապացույցներ, որ պրեկլամպսիայի վաղ հայտնաբերումը կարող է էկլամպսիայի առաջացումը կանխել: Վերջերս կատարված հետազոտությունների արդյունքները չեն ապացուցում հղիների շրջանում պրեկլամպսիայի կանխման նպատակով ասպիրինի ռուտին նշանակման դրական արդյունքը:

Ինչպես նաև չի ապացուցվել այն, որ չափավոր պրեկլամպսիայի բուժումն անտիհիպերտենզիվ դեղամիջոցներով կարող է հետագայում կանխել հիվանդության ծանր ընթացքը: Ախտորոշման և բուժման մեթոդների հետագա կատարելագործումը կարող է ավելի բարենպաստ արդյունքներ տալ:

Ինչ վերաբերում է վարակներին, մեզի քննությունը լեյկոցիտար էսթերազայի պարունակության և նիտրիտների նկատմամբ, դրանց բացահայտման և հետագայում բուժման դեպքում, նվազեցնում է պիելոնեֆրիտի զարգացման ռիսկի առաջացումը: Բացի այդ, այս մեթոդաբանությունը տնտեսապես արդյունավետ է:

Շնարանական սկրինինգը և սիֆիլիսի բուժումը նույնպես թանկ չեն և տնտեսապես ձեռնառու են: Մանկաբարձական անամնեզի հիման վրա կրկնածինների մոտ հնարավոր է սպասվի ծանր ծննդաբերություն: Նման դեպքերում ծննդաբերությունը պլանավորվում է 3-րդ մակարդակի ծննդօգնության բժշկական կազմակերպություններում հիվանդանոցում:

Կոնքային առաջադրության դեպքում պտղի արտաքին պտույտը չի նվազեցնում այդ ախտաբանությամբ ծննդաբերությունների թիվը, ինչպես և չի նվազեցնում կեսարյան հատումների հաճախականությունը:

Բանալի բառեր: Նախածննդյան խնամք, արյունահոսություններ հղիության ժամանակ, գիտական ապացուցողական բժշկություն, բարդացած ծննդաբերություն, միզասեռական համակարգի վարակներ

II. Բացասական ելքերի կանխում կամ դրանց մեղմումը նորածինների համար, որոշ հատուկ վիճակներ և հետազոտություններ

Villar J, Bergsjø P.

Acta obstetrica gynecologica Scandinavica, 1997, 76:1-14

Մեջբերումներ

Ներածություն

Հետազոտության մեջ հարց է դրվել, արդյոք նախածննդյան խնամքը նեոնատալ բացասական ելքերի նվազեցման միջոց է: Մենք դիտարկել ենք

քնածին արատներ, ներարգանդային զարգացման հապաղումը, վաղաժամ ծննդաբերությունները, մոր որոշ առանձնահատուկ ինֆեկցիոն հիվանդությունները կանխարգելման և այլ միջամտությունների տեսանկյունից:

Ախտորոշման որոշ մեխանիզմների կարևորությունը քննարկվում է նաև այսօր:

Մեթոդներ

Վերջին հրապարակումների վերլուծությունը և ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունները, ինչպես նաև համակարգված ակնարկ

Արդյունքներ ու հետևություններ

Բեղմնավորումից հետո ժառանգական շեղումները վերացնել անհնար է, սակայն դրանցից շատերը, ինչպես և ձեռք բերված վիճակները, կարող են բացահայտվել գերձայնային և կենսաքիմիական հետազոտություններով:

Սկրինինգի անհրաժեշտությունը պետք է որոշվի տեղական մակարդակում և յուրաքանչյուր դեպքի համար՝ կապված հիվանդության, դրա բուժման հնարավորության և վիժումների վերաբերյալ օրենսդրության հետ:

Ծխելը, ակոհոլի գերօգտագործումը, ինչպես նաև ծանր սովը հանգեցնում են ներարգանդային զարգացման հապաղելուն: Ծխող մայրերի քանակը նվազեցնելու փորձերը մեծ հաջողություն չունեցան:

Մանդի սպիտակուցային հավելումների կիրառումը մարմնի զանգվածի մեծ աճ չի առաջացնում:

Արգանդի հատակի բարձրության ռոտին չափումը հուսալի ցուցիչ կարող է լինել ներարգանդային զարգացման հապաղումը որոշելու համար, այն դեպքում, երբ գյուղական վայրերում այն կարող է ենթադրել պոտենցիալ պերինատալ մահ:

Վաղաժամ ծննդաբերությունները հաճախ կապված են վերել ինֆեկցիայի և հետագա պտղապարկի պատոման հետ:

Տեղային վարակների վերացման որոշ փորձեր ունեցան որոշակի հաջողություն, սակայն արդյունքները այնքան էլ համոզիչ չեն:

Արգանդի վզիկի վրա կլոր կարի դնումը և բետամիմետիկների կիրառումը չնչին արդյունք են տալիս կամ անարդյունք են: Այստեղ պետք է այն կարծիքի կողմնակիցը լինել, որ պետք է քչացնել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը (աշխատանքային օրը պետք է 5 ժամից պակաս լինի):

Պետք է բացահայտել և բուժել հղիների մոտ տուբերկուլոզը:

Մալարիայի կանխարգելումը կփրկի կնոջը և հնարավոր է նաև պտղին:

Ջարգացող երկրներում ուշադրություն է դարձվում մայրերի պատվաստումներին հակափայտացման դեմ:

ՄԻԱՎ-վարակվածներին զիդովուդինի ներմուծումը զգալիորեն նվազեցնում է ՄԻԱՎ-ի փոխանցման պերինատալ տրանսմիսիայի հավանականությունը:

Դասակարգումն ըստ ռիսկի մակարդակների նպաստում է այն կանանց բացահայտմանը, ովքեր ավելի բարձր մակարդակի հիվանդանոցային բուժօգնության կարիք ունեն:

Ռուտին ԳՁՀ-ն չի ազդում այնպիսի ելքերի վրա, ինչպես կենդանի երեխայի ծնունդը կամ նրա մահը, սակայն կարող է նպաստել մահացության նվազեցմանը, կանխարգելելով բնածին արատների զարգացման դեպքերը՝ նման հղիությունների ընդհատուման միջոցով:

Հղիության ընթացքում խորհուրդ է տրվում կատարել միայն մեկ ներհետոցային զննում, եթե չկան իհարկե ցուցումներ դրա կրկնակի կատարման համար:

Երեխայի ծնվելու հետ կապված հարցերի ուսուցման կուրս

Ծնողների ուսուցման պարապմունքները հաճախ կազմակերպվում են նախաձեռնողյան շրջանում, երբ ծնողները (զուգընկերը կամ ընկերները) կարող են միմյանց հանդիպել հարմար իրավիճակում, որպեսզի կիսվեն գիտելիքներով ու փորձով, ինչպես նաև քննարկեն հույսերը, վախը, սպասումները:

Նման պարապմունքների նպատակը ծնողներին ծանոթացնելն է այն փոփոխությունների հետ, որոնք տեղի են ունենալու հղիության, ծննդաբերության ընթացքում, ինչպես նաև տեղեկատվության տրամադրումն է այն փոփոխությունների մասին, որոնք կապված են մայրության ու հայրության հետ:

Մանկաբարձուհին պետք է ներկա լինի այդ պարապմունքներին, որպեսզի պատասխանի ամուսինների հարցերին, համոզի ապագա մայրիկին, որ նա հեշտությամբ կհաղթահարի հղիությունը, ծննդաբերությունն ու երեխայի խնամքի հետ կապված խնդիրները հետծննդաբերական շրջանում:

Շատ կարևոր է որոշել պարապմունքների անցկացման ժամանակը: Մեկերկու պարապմունք պետք է անցկացնել սննդակարգի, ծխելու և ակոհոլ օգտագործելու վնասակարության, թեև նման պարապմունքներ ավելի օգտակար կլինեն անցկացնել դեռ մինչև բեղմնավորումը (օրինակ, դպրոցում կամ հղիությանը նախապատրաստվելիս): Նման փոփոխությունների նախապատրաստվող ուրիշ ծնողների հետ հանդիպումները նույնպես օգտակար են, օգնում են նրանց աջակցություն ստանալ նրանց համար կյանքի այս պատասխանատու շրջանում:

Ավանդաբար ծնողների ուսուցման պարապմունքներ անցկացվում են հղիության վերջին 12 շաբաթների ընթացքում, թեև հետաձգելու և այսքան ուշ անցկացնելու հիմքեր չկան: Շատ կարևոր է այդ պարապմունքների ժամանակ քննարկել հղիության մասին ծնողներին հուզող հարցերը: Ծննդաբերության ժամկետի մոտեցման հետ մեծ ուշադրություն պետք է հատկացնել կրծքով կերակրման հարցերին, թեև այս հարցի նախապատրաստումը պետք է կատարվի հղիության ամբողջ շրջանում:

Երեխայի ծնվելուց հետո քննարկման գլխավոր հարցը զուգընկերների ընտանեկան կյանքին հարմարվելն է: Հարցերի հստակ հաջորդականությունը, որոնք քննարկման են ենթարկվում հղիության ժամանակ և ծննդաբերությունից հետո, օգնում է ծնողներին ավելի լավ յուրացնել առաջարկվող նյութը: Չնայած նման պարապմունքներ անցկացվում են հղիության շրջանում, ցանկալի է, որ դրանք անցկացվեն երեխայի ծնվելուց հետո՝ մայրության և հայրության առաջին տարում:

Հղիության ժամանակ կատարվող քննարկումներն այն մասին, թե ինչ պիտի տեղի ունենա երեխայի ծնվելուց հետո, այժմ դեռ վերացական գաղափար է, հաճախ բավական ռոմանտիկ, այդ պատճառով էլ ապագա ծնողներին դեռ չի օգնում նոր խնդիրները հաղթահարել, որոնք ուղեկցում են նրանց կյանքի այդ երջանիկ պահերին՝ երախայի ծնվելիս ու նրա կյանքի առաջին ամիսներին:

Երեխայի ծնվելու և մայրությանը նախապատրաստվելու հարցերի ուսուցման ժամանակակից մոտեցումները, որոնք պետք է անցկացվեն հղիության և երեխայի ծնվելուց հետո առաջին մի քանի ամիսներին, ներառվում են մի շարք պարապմունքներ:

Պարապմունքների խորհուրդ տրվող թեմաներ

Խնամքը հղիության ժամանակ

- հղիության ժամանակ առաջացող, այսպես կոչված՝ «փոքրիկ» գանգառների վերացում,
- սնուցումը հղիության ժամանակ և երեխայի ծնվելուց հետո,
- կրծքով կերակրելու նախապատրաստում,
- անտենատալ վարժություններ,
- հղիության ժամանակ հոգեբանական հարմարվողականություն:

Ծննդաբերություն և երեխայի ծնունդ

- ծննդաբերության կենսընթացն ու երեխայի ծնվելը,
- ցավի թեթևացում ծննդաբերության ժամանակ,
- գուգընկերոջ օգնությունը ծննդաբերության ժամանակ,
- ծննդաբերության ընթացքին ավանդական միջամտություն,
- կեսարյան հատում,
- ծննդաբերության և երեխայի ծնվելուն ուղղված հոգեբանական նախապատրաստում,
- շփում նորածնի հետ՝ «մաշկը՝ մաշկին» և կրծքին մոտեցում:

Ծննդաբերի խնամքը ծննդաբերելուց հետո

- կրծքով կերկրում,
- ծննդաբերելուց հետո ֆիզիկական վարժությունների կատարում,
- ընտանեկան կյանքին և նորածնին հոգեբանական հարմարվողականություն,
- սեռական կյանքը հղիության ժամանակ և երեխայի ծնվելուց հետո,
- աշխատանքային ակտիվությունը ծննդաբերելուց հետո:

Երեխայի խնամքը հետծննդաբերական շրջանում

- երեխայի խնամքը, անհրաժեշտ պարագաներ,
- ինչ անել, եթե երեխան լացում է,
- նորածնի խթանումը,
- նորածնների զարգացման փուլերը,
- նորածնի պատվաստում:

Հոր դերը

- հոր դերը՝ կնոջ հղիության և երեխայի ծնվելուց հետո,
- հայրերին հուզող հարցեր:

Սա հարցերի ամբողջական ցուցակը չէ, սակայն նրանում պարունակվում են քննարկման ենթակա հիմնական հարցերը:

Ծնողների ուսուցման նպատակը

- օգնել ամուսնական զույգին լինել ինքնավստահ,
- օգնել կնոջը վստահ լինել սեփական ուժերի մեջ՝ երջանկության զգացման ձևավորման և առողջ հղիության, ծննդաբերության և մայրության ճանապարհին,
- նախապատրաստել զույգերին երեխայի ծնվելու իրողությանը, հղին խորհուրդներ տալ, որպեսզի նա ծննդաբերության ժամանակ կարողանա հաղթահարել սթրեսային իրավիճակները,
- համոզել ծնողներին վարել առողջ ապրելակերպ, որպեսզի կինը ծննդաբերելուց հետո արագ հավաքի ուժերն ու վերականգնվի,
- օգնել կնոջը սկսել կրծքով կերակրել ու աջակցել նրան, ասելով կերակրման տեխնիկայի և կրծքի խնամքի մասին,
- օգնել նրան նորածնի խնամքն իրականացնել, անկախ կերակրման տեսակից,
- օգնել ամուսնական զույգին ծնողական ֆունկցիաները կատարելու,
- մշտապես աջակցել նրանց, անգամ եթե նրանք սկսել են իրենց պարտականությունները կատարել,
- առաջարկել համապատասխան ուսուցում և տեղեկատվության տրամադրում՝ հղիության, ծննդաբերության և մայրության մասին:

Ծնողների ուսուցման համար անհրաժեշտ հմտություններ

Ծնողների ուսուցման համարժեք և արդյունավետ հմտությունները բազմաթիվ են: Դրանք մանրամասնորեն ներկայացվում են նյութերում, սակայն

Ծնողների նոր պարտականությունները կատարելու նախապատրաստման համար առնվազը հարկավոր է.

- հղիության ընթացքի, ծննդաբերության, և հետծննդաբերական շրջանի մասին լավ իմացություն, կարողանալ այդ բոլորը համատեղել այն փոփոխությունների հետ, որոնք տեղի են ունենում կնոջ և նրա զուգընկերոջ, ինչպես նաև նրանց խնամքի հետ,
- ունենալ գիտելիքներ պտղի և նորածնի աճի ու զարգացման մասին,
- ցուցաբերել զգայունություն և հոգեբանական հարմարվողականություն, որոնք ուղեկցելու են ապագա ծնողներին ծնողական պարտականությունների կատարման անցնելիս,
- ուսուցման մեթոդաբանության հասկացություն, որը ներառում է դասընթացներ, բանավեճեր, ինչպես նաև տեսանյութեր (որոնք կարող են լինել ինչպես տան պայմաններում պատրաստված, այնպես էլ նմանակված),
- շփման արդյունավետ հմտություններ ունենալ, որոնք անհրաժեշտ են, որպեսզի կինն ու նրա ընտանիքի անդամները լայն ընկալեն առաջարկվող տեղեկատվությունը, կարողանալ ճիշտ պատասխանել հարցերին խորհրդատվության ժամանակ ուսուցվող հմտությունների մասին, կարողանալ լսել և զգայուն լինել ամուսնական զույգերի հարցերին ու խնդիրներին,
- կարողանալ հարմարվել, վերանայել պարապմունքների ձևն ու նյութն այնպես, որ դա բավարարի ամուսնական զույգի պահանջներին,
- հասկանալ, որ մայրության պահպանման համակարգում կարևորը կինն ու նրա ընտանիքն է:

Վարժություններ հղիության ընթացքում և ծննդաբերության ժամանակ

Ապագա ծնողների համար նախատեսված վարժությունները հնարավորություն են ընձեռում ուսումնասիրել այն վարժությունները, որոնք կօգնեն նրանց հղիության ընթացքում և ծննդաբերության ժամանակ: Այդ վարժությունները զույգին պետք է սովորեցնի կատարել նախապատրաստված և իրավասու անձնակազմի աշխատողը:

Ուսուցման նպատակը ծննդաբերության ժամանակ թուլանալու կարողությունն է, ուսուցումն անցկացվում է հարմարավետ, գրավիչ մթնոլորտում:

Ակնարկելով այն վարժությունները, որոնք կնոջը թույլ են տալիս պատկերացում ունենալ նրա օրգանիզմում հղիության ժամանակ տեղի ունեցող լարվածության և թուլացումների մասին, կինն ավելի հստակորեն է հասկանում այն պրոցեսների ծագումը, որոնք տեղի են ունենում իր հետ:

Վարժությունները պետք է ռիթմիկ լինեն, անհարմարավետություն չառաջացնեն: Սկզբում կանանց ցույց են տալիս վարժությունների կատարումը, այնուհետև դիտում, առաջարկելով նրանց այս կամ այն վարժությունն ինքնուրույն կատարել:

Անհրաժեշտ է նաև խոսել հանգստի, դժվարությունները հաղթահարելու մեթոդաբանության, որոնք պայմանավորված են դիրքի փոփոխություններով, ինչպես նաև ձգտել հեշտացնել այնպիսի տարածված գանգատներ, ինչպես ցավեր մեջքի շրջանում:

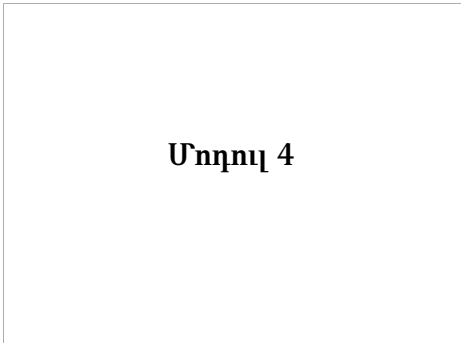
Վարժությունները կատարելու փուլին պետք է հաջորդի հանգստի փուլը: Դա անհրաժեշտ է մարմնի մկանների լարումը թուլացնելու համար: Իմացությունն այն մասին, թե ինչպես պետք է լարել առանձին մկաններ, այնուհետև թուլացնել դրանք, օգնում են հղիին զգալ այդ տարբերությունը: Հանգստի պահերն ավելի երակարացնելու նպատակով կարելի է կատարել շնչառական վարժություններ, օրինակ, դանդաղեցված շնչառություն, որը հաճախ կիրառվում է ծննդաբերության ժամանակ անհարմարավետությունը վերացնելու նպատակով: Շեշտը պետք է դնել ռիթմիկ շնչառության վրա, խուսափելով հաճախացած շնչառությունից (հիպերվենտիլացիա), ոչ խորը արտաշնչումներից կամ երկարատև շունչը պահելուց:

Promoting Effective Perinatal Care. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. MODULE 6. EDUCATION FOR PARENTHOOD. WHO EURO, Copenhagen, 2002.

**ԻՆՉՊԵՍ ԲԱՐԵԼԱՎԵԼ ԳՈՅՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՓՈՐՁԸ.
ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ
Մոդուլ 4**

**Ինչպես բարելավել գոյություն ունեցող փորձը.
ռազմավարության փոփոխություն**

Սլայդ 4-1



Մոդուլի նպատակը

Ուսուցման վերջում մասնակիցները պետք է.

- կարողանան տալ որակյալ բժշկական օգնության սահմանումը,
- հասկանան որակյալ բժշկական օգնության հիմնական խնդիրներն ու բաղկացուցիչները,
- կարողանան կազմակերպել բժշկական հաստատությունում բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացման աշխատանքներ,
- հասկանան ապացույցներով հիմնավորված փորձի ներդրման կարևորությունը,
- հասկանան կլինիկական ձեռնարկների (ուղեցույցների)/ արձանագրությունների մշակման հիմնական քայլերը,
- կարողանան քննադատորեն մտածել կլինիկական ձեռնարկները (ուղեցույցները)/արձանագրություններն օգտագործելիս,
- գիտակցեն կլինիկական աուդիտի օգտագործման անհրաժեշտությունը և իմանան դրա հիմնական բաղադրիչները,
- կարողանան կազմակերպել և իրագործել կլինիկական աուդիտ:

Ի՞նչ է բժշկական օգնության որակը

Սլայդ 4-2

- Բժշկական օգնության որակը բժշկական գիտության և տեխնոլոգիաների կիրառումն է մարդու առողջության համար, չմեծացնելով ռիսկի գործոնը:
- Այլ կերպ ասած որակի՝ մակարդակը հավասարակշռությունն է օգուտի և ռիսկի միջև:

Որակի հսկման հիմնադիրը բժիշկ Ավետիս Դոնեբադյանն է:

Քանի որ բժշկական ծառայությունների արժեքը 1980-ական թվականներին էապես բարձրացավ, բժշկական ծառայություններից օգտվողները (օրինակ, հիվանդները) և վճարողները (օրինակ, գործատուներն ու ապահովագրական ընկերու-

թյունները) պնդեցին որպեսզի որակի և ծախսերի վերաբերյալ կոնկրետ փաստաթղթեր ընդունվեն: Որակի ղեկավարման ունիվերսալ մոդելը (Total Quality Management - TQM), որը ներառում է որակի անընդմեջ բարելավում, մշակվել է բժիշկներ Edwards Deming և Joseph Juran կողմից: Այդ մոդելը տեղայնացվել է քանակական անալիզի և բժշկական օգնության որակի բարելավման համար:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը որակը սահմանում է որպես «... բոլոր միջոցառումների (ստանդարտների համաձայն) պատշաճ անցկացում, որոնք անվտանգ են և տնտեսագիտորեն ընդունելի տվյալ հասարակության համար, և բերում են մահացության ու հաշմանդամության, ինչպես նաև թերսնվող մարդկանց քանակի նվազեցման» ԱՀԿ, 2000:

Գոյություն ունի որակի ավելի պարզ բնութագիր. «Առաջին անգամ պետք է անել կատարյալ, իսկ հետագայում պետք է ավելի լավ անել»:

Բժշկական ձեռնարկության խնդիրն է աշխատանքի վերցնել այնպիսի բուժաշխատողների, որոնք գիտեն ինչպես է պետք ճիշտ անել, և ստեղծել այնպիսի համակարգեր, որոնք կխրախուսեն ճիշտ փորձը:

Որակի որոշ խնդիրներ

Սլայդ 4-3

- **Օգնության որակի տարբեր մակարդակներ.**
 - տարբերությունը բժշկական պրակտիկայում (ազգային, տարածաշրջանային, տարբեր բժշկական ձեռնարկությունների միջև):
- **Անբավարար օգնություն.**
 - անհրաժեշտ օգնության բացակայություն:
- **Չափից ավելի օգնություն.**
 - ոչ անհրաժեշտ բուժում,
 - չարդարացված բարձր գին:
- **Միսալ օգնության տրամադրում.**
 - հաշմանդանություն կամ մահ:
- **Ծառայությունների տրամադրման ժամանակ որակի անհավասարությունը.**
 - էթնիկ և ռասայական փոքրամասնությունների, գյուղական աղքատ բնակչության համար:

Որակի խնդիրներն են.

- տրամադրվող բժշկական ծառայությունների որակների մեծ տարբերություն,
- ծառայությունների անբավարարություն,
- չափից դուրս բժշկական օգնություն, ծառայության սխալ մատուցում,
- ծառայությունների մատուցման ընթացքում սխալների անընդունելի մակարդակը:

Օգնության որակի տարբեր մակարդակներ. բժշկական պրակտիկայում շարունակում է գոյություն ունենալ մեծ տարբերություն մատուցվող ծառայությունների միջև, ներառյալ տարածաշրջանային տարբերությունները և տարբերությունները փոքր մարզերում/գյուղերում:

Մա վկայությունն է այն բանի, որ բժշկական օգնության փորձը չի հասցնում առողջապահության ասպարեզում զարգացող գիտության ետևից, որպեսզի ապահովի ապացուցողական փորձի ներդրումը:

Անբավարար օգնություն. միլիոնավոր մարդիկ չեն ստանում անհրաժեշտ բուժօգնություն և ստանում են բարդություններից (որոնցից կարելի էր խուսափել), ինչն էլ բարձրացնում է բուժման արժեքը և իջեցնում արդյունավետությունը:

Ամեն տարի որակյալ բուժօգնություն չստանալու պատճառով ԱՄՆ-ում մոտավորապես 18 000 մարդ է մահանում:

Չափից ավելի օգնություն. ամեն տարի միլիոնավոր ամերիկացիներ բուժօգնության են ստանում, որի կարիքը չկար, և որն էլ բարձրացնում է բուժօգնության արժեքը և նույնիսկ կարող է վտանգավոր լինել առողջության համար:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ 6 վիրահատությունից մեկի կարիքը բոլորովին չկա:

Միսալ օգնության տրամադրում. շատ մարդիկ բուժման ընթացքում ստանում են վնասվածքներ, որոնք բերում են վաղաժամ մահվան:

Ծառայությունների տրամադրման ժամանակ որակի անհավասարությունը. չնայած որակի խնդիրները վերաբերում են ամբողջ մարդկությանը, սակայն նրանք ավելի հաճախ հանդիպում են աղքատ, էթնիկ և ռասայական փոքրամասնությունների մոտ:

Բուժօգնության որակի շարունակական բարելավման հայեցակարգը

Սլայդ 4-4

Որակի շարունակական բարելավումը ստանդարտների և արձանագրությունների ստեղծման միջոցառումների ամբողջություն է, նրանց կատարման հետագա մոնիտորինգով, որի նպատակն է ապահովել բժշկական օգնության մաքսիմում անվտանգությունն ու բարելավել որակը:

Տեղի ունեցող փոփոխություններին հետևելու և չափագրելու համար որակի կառավարման մասին գիտությունն իր զինանոցում մի շարք գիտական մեթոդներ ունի:

Այդ նպատակով ընտրված ցուցանիշները պետք է լինեն չափելի (այսինքն՝ հանգամանորեն գնահատել պարամետրերը, որոնք պետք է գնահատել) և ստույգ (այսինքն՝ թույլատրելի փոքր սխալով):

Մինչ գոյություն ունեցող իրավիճակի վերլուծման միջոցառման անցկացումը, ցուցանիշի մանրակրկիտ ընտրությունից հետո, կատարվում է տվյալների հավաքագրում: Միջոցառումը ներդնելուց հետո տվյալները նորից են հավաքագրվում: Հիմնվելով տվյալների գնահատման և արդյունքների վերլուծման վրա կարելի է մշակել անհրաժեշտ գործողությունների պլան հետագա փոփոխությունների և նրա բարելավման համար:

Որակի շարունակական բարելավումը (ՈՇԲ) որակի կառավարման մի մասն է:

ՈՇԲ-ն հիմնվում է որակի ապահովման նախորդ մոդելի վրա և ընդլայնում նրա մասշտաբները:

ՈՇԲ-ն «... որակի բարելավման գործընթաց է, այլ ոչ թե ավելորդ մարդկանցից ձերբազատվելու միջոց»:

ՈՇԲ-ն նպատակաուղղված է բարդ պրոցեսները հասկանալուն, որոշակի նպատակների հասնելուն կամ կոնկրետ գործունեություն ծավալելուն, ինչն էլ բերում է վերջնական արդյունքի:

Որակի բարելավման խնդիրները.

- ծառայությունները պետք է ընդունելի լինեն հիվանդի, բուժաշխատողների և հասարակության համար,
- ծառայությունները պետք է համապատասխանեն պահանջներին,
- բուժումը պետք է լինի արդյունավետ և տա ցանկալի արդյունք,
- բուժումը պետք է լինի շահավետ,
- միջոցները հավասարաչափ պետք է բաշխված լինեն մարդկանց միջև, ովքեր դրա կարիքն ունեն (յուրաքանչյուրին որակյալ բուժօգնություն):

Սահմանում

Սլայդ 4-5

- Ստանդարտ խնամքը գործողությունների կամ փորձի ձևական սահմանում է, որոնց, նույնատիպ կլինիկական իրավիճակներում, պետք է հետևի բուժաշխատողը:
- Կլինիկական ուղեցույցները «պարբերաբար մշակվող կանոններ են, որոնք օգնում են պրակտիկ բժշկին և հիվանդին, կոնկրետ կլինիկական իրավիճակներում, որոշումներ ընդունել պատշաճ բժշկական օգնության կիրառման մասին»:
- Պետական հրաման՝ փաստաթուղթ, որը հաստատում է ուղեցույցի (արձանագրության) օրինականությունը:

Կլինիկական ուղեցույցները (արձանագրությունները) մշակվում են, որպեսզի օգնեն բժշկին համեմատել, գնահատել և ներդնել անընդհատ աճող փաստերն ու կարծիքները տվյալ գործում լավագույն արդյունքների հասնելու համար:

Կլինիկական ուղեցույցները նման չեն խոհարարական գրքերի կամ դասագրքերի, սակայն տարբեր փորձերի ժողովածու են, որոնք ազդում են հիվանդի բուժման վերջնարդյունքի վրա, ինչպես նաև ապացույցն են արդյունավետ փորձի և ալգորիթմի անհրաժեշտության, որոնք կարող են օգնել բժշկին կամ այլ բուժաշխատողի ընդունելու ճիշտ և արդյունավետ որոշում իր հիվանդների վերաբերյալ:

Կլինիկական ուղեցույց (արձանագրություն)

Սլայդ 4-6

- Բուժաշխատողների համար, ապացույցներով հիմնավորված, առաջարկություններ են, բուժման և խնամքի մասին:
- Օգտագործվում է արդյունավետ տեխնոլոգիաների (այդ թվում ցածր ծախսատարությամբ) ներդրման համար:
- Օգտագործվում է բուժաշխատողի կլինիկական փորձի գնահատման համար:
- Օգտագործվում է բուժաշխատողի վերապատրաստման համար:
- Օգնում է հիվանդին տեղեկացված որոշումներ կայացնել:
- Նպաստում է բուժաշխատողների և հիվանդների միջև փոխըմբռնմանը:
- Օգտագործվում է արտաքին աուդիտի ժամանակ:

Ուղեցույցները (արձանագրությունները) կարող են մշակվել տարբեր թեմաներով:

Դրանք կարող են նկարագրել հիվանդի վարման կարգը տարբեր իրավիճակներում (այրուսահոսություն, պրեէկլամպսիա) կամ տարբեր բուժգործողությունների անցկացման մեթոդիկական (հիստոէկտոմիա, երեխաների տեղափոխումը բուժգործողության սենյակից պալատ):

Կան շատ իրավիճակներ, որոնց համար պետք է մշակել կլինիկական ուղեցույցներ (արձանագրությունները):

Առաջնայնությունը կարելի է որոշել՝ ելնելով.

1. մահվան և հիվանդացության ղեպքերի գնահատմամբ, որոնք բնորոշ են տվյալ բուժհաստատության համար,
2. արդյունավետության և գոյություն ունեցող բուժգործողությունների արդյունավետությունն ապացուցող փաստերից,
3. միջոցներից, որոնք հասանելի են ուղեցույցները (արձանագրությունները) ներդնելու համար:

Առավելությունները.

- բուժօգնության որակի բարելավում,
- հիվանդացության և մահացության ղեպքերի կրճատում,
- չափանշված բուժում,
- հիվանդի տեղեկացվածությունը բուժման մասին (բրոշյուրներ, թռուցիկներ, տեսաֆիլմեր, ամսագրեր),
- միջոց, տրամադրված ծառայությունների դիմաց վճարման համար,
- հասարակական կարծիքի ձևավորում:

Թերությունները.

- ուղեցույցները (արձանագրությունները) կարող են կազմված լինել սխալներով,
- հաճախ բուժման և ախտորոշման մասին կարծիքները հիմնված չեն ապացույցների վրա,
- արձանագրություններ մշակողները կարող են իրենց պատասխանատու զգալ դրանց համար,
- առաջատար մասնագետների կարծիքները կարող են գերիշխող լինել,
- հաճախ, արձանագրությունների մշակման ժամանակ, առաջնային չեն համարվում հիվանդների կարիքները:

Ուղեցույցի (արձանագրության) կառուցվածքը

Սլայդ 4-7

<ul style="list-style-type: none">• «Ինչի համար» – նպատակ• «Ում համար» – օգտվող• «Ով» – կատարող• «Ինչ» – բովանդակություն• «Որտեղ» – գտնվելու վայրը• «Ինչպես» – ֆինանսական հարցեր

Օրինակ. «Ծննդաբերության երրորդ փուլի ակտիվ վարումը» արձանագրություն:

Նպատակը. հետծննդյան արյունահոսության ծավալի կրճատում:

Օգտվողները. ծննդկանները ծննդաբերության երրորդ փուլում:

Կատարողները. մանկաբարձուհիներ, մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Բովանդակություն. օքսիտոցինի (10 միավոր) ներմկանային ներարկում, պորտալարի հատում, վերջինիս հսկողական տրակցիա, արգանդի հակաճնշում, արգանդի մերսում պլացենտայի ծնվելուց հետո:

Գտնվելու վայրը. ծնարան:

Ֆինանսներ. օքսիտոցինի գինը:

Ուղեցույցների (արձանագրությունների) ներդրումը

Սլայդ 4-8

- Ներդրմանը խոչընդոտող արգելքների սահմանում.
 - ներքին և/կամ արտաքին:
- Միջոցառումներ ներդրման համար.
 - դասախոսների խումբ,
 - ներդրման հայեցակարգ:
- Տարածում.
 - անվճար տարածում,
 - ուսուցման ակտիվ միջոցառումներ (ուսումնական դասընթացներ, տպագիր նյութ, ՋԼՄ-ներ և այլն):
- Ներդրման մոնիթորիզ:
- Պարբերաբար թարմացում:

Հաճախ գոյություն ունի անջրպետ ուղեցույցների մշակման և ներդրման միջև:

Ուղեցույցների ներդրումն այդքան էլ դյուրին չէ:

Ներդրմանը խոչընդոտող արգելքների սահմանում

Գոյություն ունեն ուղեցույցների ներդրմանը խանգարող երկու տիպի արգելքներ. ներքին արգելքներ, որն անմիջականորեն վերաբերում է ղեկավարությանը, և արտաքին որը վերաբերում է կլինիկական շրջապատին և որոշակի տեղային հանգամանքներին:

Ուղեցույցների ներդրմանը խոչընդոտող հնարավոր արտաքին արգելքները.

- կառուցվածքային գործոնները (օրինակ, նյութական խրախուսման բացակայություն),
- կազմակերպչական գործոնները (օրինակ, անձնակազմի որակավորման սխալ հարաբերակցություն, ռեսուրսների կամ սարքավորումների պակաս),
- մասնագիտական միջավայրը (օրինակ, տեղային չափանիշների հակասությունները առաջարկվող փորձի հետ),
- անհատական գործոնները (օրինակ, վերաբերմունքը, գիտելիքները, ունակությունները),
- համագործակցությունը բժշկի և հիվանդի միջև (օրինակ, ինֆորմացիայի ընկալման բարդություններ):

Ներդրման նախագիծ

Ձեռնարկների ներդրման պատասխանատվությունը դրված է տեղական բժշկական կազմակերպությունների վրա, և դրանցից շատերը բարեհաջող հաղթահարում են այդ արգելքները:

Տեղային մակարդակով ուղեցույցների ներդրմանն օգնելու համար, անհրաժեշտ է համապատասխան գիտելիքներով դասախոսների խումբ ստեղծել: Դա հնարավորություն կտա խրախուսել թիմային աշխատանքը և համագործակցությունը առաջին և երկրորդ մակարդակի բուժանձնակազմի միջև:

Յուրաքանչյուր ներդրման ռազմավարություն արդյունավետ է որոշակի պայմաններում, սակայն փոփոխությունների հասնելու լավագույն մեթոդը բազմակողմանի մոտեցումների օգտագործումն է: Մոտեցումները պետք է հարմարեցվեն տեղային պայմաններին, ուշադրության կենտրոնում պահելով ցանկացած խոչընդոտ: Կարևոր է, որ այդ մոտեցումը հաշվի առնի աջակցությունն ու դրդապատճառների գործոնները, ինչպես նաև ռեսուրսները, որոնք անհրաժեշտ են արդյունավետ ներդրման համար:

Տարածում

Ձեռնարկների ներդրումն ապահովվելու համար դրանք պետք է հասանելի լինեն (անհատույց տարածումը տարածաշրջաններում): Սակայն, գործնական փոփոխությունների հասնելու համար տպագիր ձեռնարկների տարածումն անարդյունավետ է:

Արդյունավետ կլինի եթե ձեռնարկները տարածվեն ուսուցողական ակտիվ միջոցառումների շրջանակներում. օրինակ, Շոտլանդիայի առողջապահության ազգային ծառայության SIGN ձեռնարկի տարածումը կազմակերպել է առողջապահության ազգային ծառայության համակարգողը, որը նաև ներդրման առաջընթացի պատասխանատուն է:

Ներդրման մոնիտորիգ

Պարբերաբար թարմացում

Որպեսզի ձեռնարկն արտացոլի նոր ապացույցները, այն պետք է անընդհատ վերանայել:

Կլինիկական աուդիտ

Սլայդ 4-9

- «Կլինիկական աուդիտը որակի բարելավման գործընթաց է, որի նպատակն է, փոփոխություններ ներդնել բուժման գործընթացին հետևելով և համեմատելով այն հստակ չափանիշների հետ, բարելավել հիվանդի խնամքն և բուժումը»:
- «Կառուցվածքի, գործընթացի և բուժման արդյունքների ասպեկտներն ընտրվում են և պարբերաբար համեմատվում հստակ չափանիշների հետ»:
- «Հետազոտությունների շտրիփ մենք իմանում ենք ինչն է պետք ճիշտ անել, իսկ աուդիտը թույլ է տալիս այն ճիշտ կատարել»:

Վերջին տարիներին աուդիտը դարձել է առողջապահության համակարգի անբաժանելի մասը: Ներկայումս, բժշկական և կլինիկական աուդիտը արևմտյան երկրների բժշկական հաստատությունների ամենօրյա աշխատանքի մի մասն է:

Կլինիկական աուդիտն ունի տարբեր սահմանումներ:

Ստանդարտ սահմանումը, որը հավանության էր արժանացել NHS (National Health Service) և Առողջապահության կոմիտեի կողմից հետևյալն է. «Կլինիկական աուդիտը որակի բարելավման գործընթաց է, որի նպատակն է բուժման համակարգված վերլուծության միջոցով բարելավել հիվանդների խնամքն ու բուժման արդյունքը, համեմատելով դրանք կոնկրետ չափանիշների և ներդրված փոփոխությունների հետ»:

Կառուցվածքի, գործընթացի և բուժման տեսակները ընտրվում և պարբերաբար համեմատվում են հստակ չափանիշների հետ: Փոփոխություններ իրականացվում են նաև կոնկրետ խմբի կամ ծառայությունների մակարդակով, իսկ տրամադրած բժշկական օգնության բարելավումը հաստատելու համար իրականացվում է հետագա վերահսկողություն»:

Կլինիկական աուդիտը դա հետազոտություն չէ: Հետազոտությունները կատարվում են նոր գիտելիքների ձեռք բերման համար, պարզելու թե որ գործառույթ է լավ: Կլինիկական աուդիտը որակի հսկում է և օգնում է պարզել, այս կամ այն դեպքում, լավագույն փորձն արդյոք կիրառվել է:

Հետազոտությունները տալիս են նոր գիտելիքներ այն մասին, թե ինչը կարելի է կիրառել, ինչը՝ ոչ: Նա հիմք է տալիս ձեռք բերելու ազգային և/կամ տեղական համաձայնություն, թե ինչ տիպի կլինիկական բուժում և օգնություն է պետք մատուցել, օրինակ, թույլ է տալիս պատասխանել հարցին «որ փորձն է ամենալավը»:

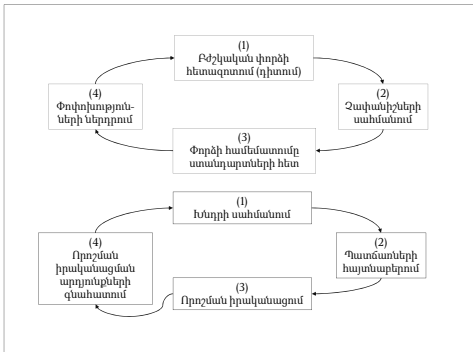
Կլինիկական աուդիտը հարց է տալիս. կիրառում ենք արդյոք ձեռք բերված համաձայնությունները, և ստացել ենք այն արդյունքները, որոնց պետք է հասնեինք նախնական պայմանավորվածության շրջանակներում, օրինակ, աուդիտը պատասխանում է այն հարցին «հետևում ենք արդյոք լավագույն փորձին, որոնց մասին նախապես պայմանավորվել էինք»:

Հետազոտությունն ու աուդիտը կարող են նման լինել: Նրանք տարբերվում են նպատակով: Օրինակ, հետազոտությունն ուղղված է ուսումնասիրել որևէ վիրահատության արդյունք: Հետազոտության ավարտին պարզվում է, թե որ փորձն է ամենալավը:

Կլինիկական աուդիտը կարող է շատ նման լինել հետազոտությանը, սակայն նրա նպատակն է որոշել, արդյոք առաջադրված վիրահատական մեթոդը տալիս է սպասված արդյունքը:

Աուդիտի գալարը

Սլայդ 4-10



Աուդիտը կարող է դիտվել հինգ սկզբունքային փուլերի տեսքով, որոնք միասին կազմում են «աուդիտի գալարը».

- աուդիտի առարկայի սահմանում,
- չափորոշիչների սահմանում,
- տվյալների հավաքագրում ստանդարտի ներդրման անհրաժեշտությունը հաստատելու համար,

- փոփոխությունների ներդրում (եթե անհրաժեշտ է), բժշկական խնամքը բարելավելու համար,
- տվյալների հավաքագրում, բարելավման կարիք ունեցող փորձի երկրորդային հաստատման համար:

Որակի անընդմեջ բարելավման ծրագիր.

- սահմանել չափորոշիչներ, որոնց պետք է հասնել,
- աուդիտի համար միջոցներ տրամադրել, աշխատանքի և վերջնական արդյունքների գնահատման համար,
- որոշել ոլորտը, որը պետք է բարելավվել,
- որոշել ոլորտը, որում համակարգը լավ է աշխատում,

Աուդիտի տեսակները

Սլայդ 4-11

- Բազային կլինիկական աուդիտ
- Փաստաթղթերի ընտրություն
- Հեռանկարային աուդիտ
- Թեմատիկ աուդիտ
- Անցանկալի արդյունքների մոնիտորինգ

Բազային կլինիկական աուդիտ

Ենթադրում է օգտագործել կլինիկական գրառումներում կամ համակարգիչում գրանցված մի քանի ինդիկատոր:

Նրանք ուղղակիորեն աուդիտ չեն հանդիսանում, սակայն հաճախ կարող են գործընթացի առաջնային փուլ ծառայել և գուցե օգտակար լինել որոշելու, թե ինչն է պետք ենթարկել աուդիտի:

Փաստաթղթերի ընտրություն

Մեթոդն առաջարկում է հիվանդության պատմությունների հավաքագրում կոլեգաների կողմից անկախ գնում անցկացնելու համար: Այս մեթոդը գերադասելի է օգտագործել հիվանդության պատմությունների լրացման եղանակներն ուսումնասիրելու, քան՝ աուդիտի համար:

Հեռանկարային աուդիտ

Առաջարկում է կոնկրետ հիվանդի համար վերահսկողական ցուցակի առկայություն՝ ստուգելու համար, թե արդյոք իրականացվել են արձանագրությունում նշված բուժման գործողությունները և կան արդյոք լրացուցիչ արձանագրություններ, որոնցում նշված է, թե ինչ պետք է անել նորմայից շեղումների դեպքում: Այսպիսի աուդիտը ժամանակատար է և արդյունավետությունը փոքր է:

Թեմատիկ աուդիտ

Աուդիտի այս տեսակն առաջարկում է ընտրել տեղական մակարդակով անհանգստություն առաջացնող կոնկրետ թեմա: Դրա համար կարող է անհրաժեշտ լինի լրացուցիչ տվյալների հավաքագրում:

Անցանկալի արդյունքների մոնիտորինգ

Այս եղանակը թեմատիկ աուդիտի տեսակ է, որը դիտարկում է անցանկալի ելքով բոլոր դեպքերը՝ մայրական մահացություն, պերինատալ մահացություն, նեոնատալ հիվանդացություն:

Աուդիտի մակարդակները

Սլայդ 4-12

- Տեղական
- Ազգային կամ տարածաշրջանային
- Միջազգային

Տեղական մակարդակ. աուդիտ կոնկրետ բուժհաստատության կամ բաժանմունքի սահմաններում, կամ մասնագիտական խմբում:

Ազգային կամ տարածաշրջանային մակարդակ. տարածաշրջանային միտումների աուդիտ կամ վարիացիաներ երկրի սահմաններում:

Միջազգային մակարդակ. երկրների միջև գոյություն ունեցող տարբերությունների աուդիտ:

Աուդիտի սկզբունքները/քայլերը

Սլայդ 4-13

- Թեմայի/հարցի ընտրություն աուդիտի համար:
- Աուդիտի անցկացման համար թիմի ձևավորում:
- Խնդրի դրվածքը և աուդիտի չափորոշիչներ,
- Էթիկական նորմերի հաշվառում:
- Տվյալների պլանավորում և հավաքագրում:
- Ստացված տվյալների վերլուծություն:
- Հաշվետվության պատրաստում:
- Փոփոխությունների ներդրում և կրկնակի աուդիտի անցկացում:

Աուդիտի թեմայի ընտրություն

Նախագծերը հիմնականում կենտրոնանում են բժշկական գործողությունների (հետազոտություններ, բուժում կամ բուժգործողություն) գնահատման վրա, որոնք որոշակի ժամանակահատվածում լավ արդյունք են ունեցել հիվանդի համար:

Քանի որ, աուդիտի անցկացման համար նախատեսված միջոցները սահմանափակ են, ապա աուդիտի անցկացման համար ընտրված բոլոր թեմաները պետք է լինեն կարևոր և հիմնական.

- Գոյություն ունի խնդիր (օրինակ, բողոքներ կամ տհաճ միջադեպեր):
- Օգտագործման սահմանները ծավալուն են, վտանգավոր կամ թանկ:
- Հրատարակված ապացույցներ կլինիկական բուժման արդյունավետության մասին:
- Կլինիկական ձեռնարկների առկայություն:
- Աուդիտ պետք չի անցկացնել միայն այն պատճառով, որ «Հետաքրքիր է...»

Ձևավորեք թիմ աուդիտի անցկացման համար

Աուդիտներ կարող են լինիլ **միապրոֆիլ** (օրինակ, որին ներգրավված են միայն բուժքույրերը կամ միայն՝ բժիշկները), կամ **բազմապրոֆիլ** (որին ներգրավված են մեկից ավելի պրոֆիլների կամ մասնագիտության ներկայացուցիչներ):

Եթե ձեր աուդիտի թեման ձեր հիմնական մասնագիտական կլինիկական շրջանակներից կամ ձեր աշխատանքից դուրս է, ապա պլանավորման փուլում պետք է խորհրդակցել այդ պրոֆիլի մասնագետների հետ: Եթե ձեր աուդիտն ուսումնասիրում է հիվանդի տեղափոխումը մի սեկտորից մյուսը («փոխգործակցության» աուդիտ), օրինակ, հիվանդի տեղափոխումը պոլիկլինիկայից ստացիոնար, փորձեք աուդիտի ձեր թիմում ընդգրկել ներգրավված բոլոր կազմակերպությունների անձնակազմի ներկայացուցիչներին:

Հաստատեք աուդիտի նպատակներն ու չափանիշները

Սկզբում փորձեք, տեղական կամ ազգային, գիտականորեն ապացուցված ուղեցույցներում գտնել գոյություն ունեցող չափանիշները:

Եթե դրանք գոյություն չունեն, (կամ կան, բայց արդեն հին են), ապա դուք պետք է գրականությունում գտնեք լավագույն փորձի օրինակներ: Ցանկացած դեպքում պետք է համոզված լինել, որ աուդիտի անցկացումից առաջ, տեղական մակարդակով չափանիշների վերաբերյալ փոխհամաձայնություն է հաստատվել: Դժվար կլինի բարելավել փորձն առանց շահագրգիռ կողմերի համաձայնության, որը լավագույնն է այս իրավիճակում:

Նկատի ունեցեք բարոյական չափանիշները

Կլինիկական աուդիտը միշտ պետք է իրականացվի բարոյական չափանիշների սահմաններում:

Եթե նախատեսվող աուդիտի բարոյական չափանիշների վերաբերյալ որևէ կասկած ունեք, մտածեք այն մասին, որ պետք է խորհրդակցել մասնագետի, օրինակ, էթիկայի կոմիտեի տնօրենի հետ: Այդպես է պետք վարվել, եթե հետազոտության շրջանակներում պատրաստվում եք հիվանդին ինտիմ բնույթի հարցեր տալ:

Պլանավորեք և տվյալների հավաքագրում անցկացրեք

Դուք պետք է տվյալներ հավաքագրեք, որոնք անհրաժեշտ են առկա փորձը աուդիտի ստանդարտի հետ համեմատելու համար:

Կլինի արդյո՞ք ձեր աուդիտը հետահայաց (ռետրոսպեկտիվ) (թե ինչ է տեղի ունեցել նախկինում), թե՞ դուք կհավաքեք ընթացիկ տեղեկատվություն (օգնություն տրամադրելու ընթացքում):

Կհավաքեք արդյո՞ք տվյալներ, օգտագործելով աուդիտի ձևը, թե՞ տվյալները ուղղակիորեն կգրանցեք համակարգում:

Համոզված եղեք, որ դուք հստակ գիտեք, թե ով, ինչի համար և երբ է պատասխան տալու:

Վերլուծեք ստացված տվյալները

Հավաքագրեք տվյալներն այնպես, որ նրանք իմաստ ունենան, և համեմատեք ստացված արդյունքները ձեր չափանիշների հետ: Որքանո՞վ է խնամքը համապատասխանում չափանիշներին: Ինչո՞ւ որոշ դեպքերում այն չի համապատասխանում չափանիշներին:

Զեկույց գրեք

Անհրաժեշտ է պաշտոնական զեկույցի տեսքով ներկայացնել անցկացրած աուդիտը, փաստաթղթերով ներկայացնել ստացված տվյալները և համոզվել նրանում, որ հետագայում աուդիտը կրկնելու համար հաշվի են առնվել բոլոր անհրաժեշտ մանրամասները:

Իրականացրեք փոփոխությունները և անցկացրեք երկրորդական աուդիտ

Եթե անցկացրած աուդիտը ցույց է տալիս, որ անհրաժեշտ է բարելավում, պետք է իրականացնել փոփոխություններ. հասարակությունն իրավունք ունի բժշկից ակնկալել ընդունված լավագույն պրակտիկային համապատասխանող բուժում:

Ոչ բոլոր փոփոխությունները կրերեն բարելավման: Մի կատարեք փոփոխություններ հանուն փոփոխության: Անհրաժեշտության դեպքում կրկնեք աուդիտը, որպեսզի համոզվեք, որ փոփոխությունները կատարվել են, և փորձը կատարելագործվել է:

Տվյալների հավաքում

Սլայդ 4-14

- Ի՞նչ տվյալներ են անհրաժեշտ հավաքել.
 - անհրաժեշտ են միայն այն տվյալները, որոնք կարող են պատասխանել աուդիտի հարցերին
- Տվյալների աղբյուրները.
 - խառը ռուտին (ընդհանուր) հավաքված տվյալներ,
 - հիվանդության պատմություն,
 - ուղղակի գնում,
 - անձնակազմի կամ հիվանդների անկետավորում:
- Ո՞վ պետք է գրառվի տվյալների հավաքագրմամբ:
- Տվյալների կառավարում.
 - Համակարգչային ծրագրեր Microsoft Access®, Epi Info®, Microsoft Excel®:
- Տվյալների վերլուծություն.
 - ընդհանուր վիճակագրություն (տոկոսներ և միջին մեծություններ),
 - գրաֆիկներ:

Աուդիտում չափանիշների վրա հիմնված տվյալների հավաքումն իրականացվում է խնամքի չափանիշներին համապատասխանող դեպքերի համամասնությունը որոշելու համար:

Ի՞նչ տվյալներ են անհրաժեշտ հավաքել

Պետք է որոշել, թե աուդիտի հարցերին պատասխանելու համար, ինչպիսի տեղեկատվություն է անհրաժեշտ օգտագործել: Օրինակ, եթե աուդիտն անցկացվում է կեսարյան հատումների հաճախականությունը որոշելու համար, տվյալների պարզ հավաքումը կեսարյան հատումների մասին բավարար չի լինի դրանց համամասնությունը որոշելու համար:

Անհրաժեշտ է նաև տեղեկատվություն հավաքել կիրառվող այլ եղանակների մասին: Ընդհանուր առմամբ, աուդիտի այն նախագծերում, որոնցում հստակ մատնանշված են նպատակները, խնդիրները և լավ սահմանված գնահատման չափանիշներ ավելի հեշտ է սահմանել, թե ինչ տվյալներ է պետք հավաքել:

Սահմանումները պետք է հստակ լինեն հավաքված տվյալներում խառնաշփոթից խուսափելու համար: Օրինակ, եթե տվյալներ են հավաքագրվում պտղապարկի պատռվածքի մասին, անհրաժեշտ է պարզաբանել պատռվածքն ինքնուրույն է, թե արհեստական:

Ինչպե՞ս հավաքել տեղեկություն

Տվյալների աղբյուրները.

Տվյալների ամենօրյա հավաքագրումը, եթե դրանք կան (օրինակ ծննդաբերությունների մատյան), հնարավորություն է տալիս նվազագույն ջանքերով նորից տվյալներ հավաքել:

Հիվանդության պատմություններ

Տվյալների հավաքում ուղղակի գնման կամ անձնակազմի և հիվանդների անկետավորման միջոցով:

Ո՞վ պետք է գրադվի տվյալների հավաքագրմամբ

Պետք է մտածել այն մասին, թե ով է հավաքագրելու տվյալները և որքան ժամանակ և ռեսուրս կպահանջվի: Աուդիտ իրականացնող փոքր ծրագրեր անցկացնելիս հետազոտողները կարող են օգտվել կլինիկական հիմնական գրառումներից:

Սակայն, աուդիտի անցկացման ավելի մեծ ծրագրերում (օրինակ, հեռանկարային աուդիտ)՝ ծննդատներում ծնունդների գրանցումը ճիշտ կլինել եթե տվյալների հավաքագրման ձևերը լրացնեն մանկաբարձուհիները կամ մանկաբարձ- գինեկոլոգները:

Տվյալների կառավարում

Հավաքագրված տվյալները ներմուծվում են համակարգիչ Microsoft Access®, Epi Info®, Microsoft Excel® էլեկտրոնային տվյալների բազա, հետագա վերլուծության համար:

Տվյալների վերլուծություն

Հաճախ այն ամենը, ինչ անհրաժեշտ է՝ հասարակ վիճակագրություն է: Վիճակագրական մեթոդներն օգտագործվում են տվյալները ամփոփ վիճակագրությամբ (տոկոսներ և միջին մեծություններ) և գրաֆիկների տեսքով ներկայացնելու համար:

Տվյալների պատահական խեղաթյուրումների հավանականությունը և երկու խմբերի միջև մեծ տարբերության գոյության հավանականությունը որոշելիս օգտագործվում են վիճակագրական թեստեր:

Տվյալները, որոնք պարունակում են պատասխանների խումբ (օրինակ, Այո/Ոչ կամ ա/բ/գ/դ) կարելի է արտահայտել տոկոսային: Այս ամփոփ

վիճակագրությունը (տոկոսներ և միջին մեծություններ) օգտակար է գնահատվող գործընթացները նկարագրելու համար (ելքը կամ ծառայությունների մատուցումը):

Եզրակացություն (1)

Սլայդ 4-15

- Որակի շարունակական բարձրացումն ուղղված է պահպանել լավագույնը առկա առողջապահական համակարգում:
- Կլինիկական ուղեցույցները (արձանագրությունները) հիվանդի վարման անբաժանելի մասն են:
- Կլինիկական ուղեցույցները (արձանագրությունները, մշակվում են հիվանդի խնամքի և բուժման մակարդակի բարելավման վկայության համար:

Առողջապահության ցանկացած համակարգի գերակայող ասպարեզը խնամքի որակի բարելավումն ու բժշկական սխալների հաճախակասության կրճատումն է:

Բժշկական օգնության որակի բարելավման գլխավոր նպատակն է պահպանելով առողջապահության համակարգում գոյություն ունեցող ուժեղ կողմերն ու կենտրոնանալ այն բանի վրա, թե ինչն է պետք բարելավել:

Կլինիկական ուղեցույցները (արձանագրությունները) մշակվել են որպեսզի օգնեն բժիշկներին ընդունել, գնահատել և ներդնել անընդհատ աճող ապացույցներն ու կարծիքները այն մասին, թե որն է գերադասելի կիրառել գոյություն ունեցող փորձում:

Եզրակացություն (2)

Սլայդ 4-16

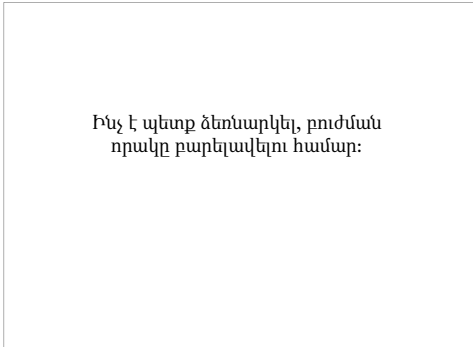
- Առողիտն օգնում է բարելավել աշխատանքի որակը:
- Առանց պատշաճ հսկման մենք վստահ չենք կարող լինել մեր և կույեկտիվ ջանքերի վրա:

Կլինիկական աուդիտի նպատակն է, օգտագործվող փորձի վերլուծությանը հիվանդների խնամքի որակի բարելավում և որոշելով թե նրանցից որն է պետք փոփոխել կամ բարելավել:

Կլինիկական աուդիտը գերակայության սահմանման գործընթաց է, գործողությունների պլանի կազմում, արդյունքների գնահատում և ներդրում:

Փոփոխությունների ռազմավարությունը

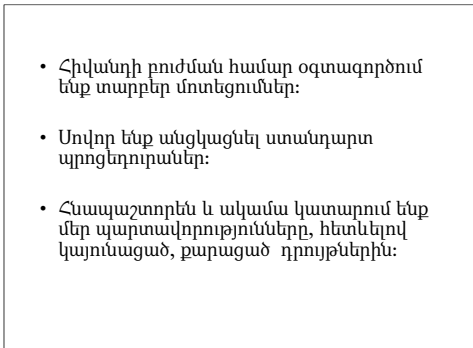
Սլայդ 4-17



Ինչ է պետք ձեռնարկել, բուժման որակը բարելավելու համար:

Մենք ամեն ինչ ենք

Սլայդ 4-18



Նույնը տեղի է ունենում իրական կյանքում: Մենք հաճախորդներին վերաբերվում ենք սովորական: Մենք սովոր ենք հիվանդի հետ անցկացնել ստանդարտ պրոցեդուրաներ:

Նույնիսկ հանճարեղ փորձարարներին կլանում է ամենօրյա հնապաշտությունը, և նրանք առանց մտածելու կատարում են աշխատանքը, տարիներ շարունակ հետևելով նույն սցենարին:

Այդ իսկ պատճառով պերինասրալ տեխնոլոգիաների ներդրումը ծննդատներում քանդում է հնապաշտությունը: Ձեզ և ձեր գործընկերներին հեշտ չի լինի միանգամից համակերպվել այդպիսի փոփոխությունների: Դիմադրությունը նոր փորձին անխուսափելի է:

Հիշեք դեպք, երբ դուք վերապրել եք լուրջ փոփոխություններ

Սլայդ 4-19

- Ինչպիսին էին ձեր առաջին տպավորությունները առաջարկվող փոփոխությունների վերաբերյալ:
- Ինչպիսի դժվարությունների եք հանդիպել ներդրման տարբեր փուլերում:
- Ինչն օգնեց Ձեզ ներդնել այդ փոփոխությունները:
- Դժվար էր իրականացնել այդ փոփոխությունները:

Ինչ զգացողություն են ունենում մարդիկ, երբ նրանց անհրաժեշտ է ինչ որ բան փոխել:

Ինչո՞ւ են մարդիկ դիմակայում փոփոխություններին

Սլայդ 4-20

- Լրացուցիչ ծախսեր
- Աշխատանքի մեծ ծավալ
- Վտանգավորություն
- Շահերի բախում
- Չախտղման վախ
- Անկարգությունների առաջացման վախ

Սլայդում թվարկված են հիմնական պատճառները, ինչի համար մարդիկ հրաժարվում են փոխել կարծրատիպերը և ամենօրյա պրակտիկայում օգտագործել նորարարություններ:

Ինչպիսի՞ր նազմավարությունը կարող է օգնել իջեցնել փոփոխությունների նկատմամբ դիմադրությունը

Սլայդ 4-21

- Առաջատարների աջակցությունը տարբեր մակարդակներում
- Մասնակիցների շահագրգռվածությունը
- Միաձայն որոշման համատեղ մշակում
- Հետադարձ կապ
- Որոշումները վերանայելիս կարծիքների ազատություն

Լեվինի փուլային մոդելը.

«Հալեցում». համակարգի սկիզբը կազմալուծված է: Արդյունքում մարդիկ սկսում են.

- ցանկություն հայտնել կարգ ու կանոն հաստատել, աշխատանքը կազմակերպել նորովի,

- բարոյապես պատրաստվել փոփոխությունների:

Այս ընթացքում օգտակար է կազմակերպել ծանոթացնող ճանփորդություն և այցելել բժշկական հիմնարկություն, որտեղ արդեն հաջողությամբ աշխատում է նոր մոդելը, կամ էլ կարելի է առաջարկել նոր մոդելը համարել «փորձնական» և փորձարկել:

«Վերակառուցում»

Ստեղծվում են պայմաններ, որոնք նպաստում են փոփոխություններին. դրանք ճկուն պայմաններ են, որոնք նպաստում են ուսուցման և ինովացիաների: Այս փուլում պետք է հավանություն տալ և/կամ խրախուսել մարդկանց հաջողությամբ նոր փորձի անցնելու համար:

«Սառեցում»

Երբ նոր համակարգն արդեն հաստատվել է, ճիշտ ժամանակն է նրա ամրապնդման համար. դրական արձագանքները կօգնեն ամենօրյա պրակտիկայում ներդնել նորամուծությունները: Ֆորմալ գնահատման անընդմեջ գործընթացը ստեղծում է այդ փոփոխությունների կարևորության ընկալման միջավայր, ինչպես նաև օգնում է ի հայտ բերել այն դաշտը, որը լավացման կարիք ունի:

Փոփոխություններ

Սլայդ 4-22

<ul style="list-style-type: none"> • Դժվար և վտանգավոր է իրականացնել • Կարող են ազդել մասնագետների հարաբերությունների վրա • Վախ են առաջացնում ներդրումից առաջ • Անհրաժեշտ են որակի բարելավման համար

Ինչո՞ւ են անհրաժեշտ փոփոխություններ, մասնավորապես ծննդատներում:

Նոր փորձին ու խնդիրներին տիրապետելու գործիքներ

Սլայդ 4-23

	Գիտելիք	Ունակություն	Հարարելություններ	Միջոցներ
Բուժաշխատողներ				
Հիմնարկություն				
Ծառայություն ստացողներ				
Երջապատողներ				

Պետք է հաշվի առնել հետևյալ խմբերի կարծիքները.

Բուժ աշխատողների՝ մանկաբաժուհիների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների, նեոնատոլոգների և այլ բժիշկ մասնագետների, որոնք աշխատում են ծննդատներում.

- հիմնարկի՝ ադմինիստրացիա, ռեսուրսներ, ներքին կանոնակարգ և հրահանգներ,
- ծառայություն ստացողներ՝ կանայք և նրանց ընտանիքները,
- արտաքին պայմանները՝ օրենքներ, ցուցումներ, կանոններ, առողջապահության շրջանային վարչության հրահանգներ, և այլն,
- հասարակական կարծիքը:

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել ամենակարևոր գործոնները, որոնք օգնում են ներդնել պերինատալ նոր տեխնոլոգիաներ (օրինակ, բուժաշխատողները շատ լավ գիտեն ինչպես պրոպագանդել կրծքով կերակրումը) և ամենակարևոր խոչընդոտները (օրինակ, բժիշկները հեշտոցային հետազոտությունների անցկացումը չեն վստահում մանկաբարձուհիներին):

Գործողությունների պլան

Սլայդ 4-24

Խնդիրներ	Պատասխանատու	Ժամկետներ	Անհրաժեշտ միջոցներ և օգնություն
Ինչ եք դուք արել առաջին հերթին	Հետազայում ինչ կարելի է անել	Ով կարող է օգնել	Ով կամ ինչը կարող է խանգարել

Գործողությունների պլանը պետք է կազմված լինի.

- միջոցառումների ցանկից, որոնք անհրաժեշտ են արդյունավետ պերինասրալ տեխնոլոգիաների ներդրման համար,
- մարդկանցից, ովքեր պատասխանատու են յուրաքանչյուր խնդրի համար,

- ժամկետներից (եթե կարել է որոշել),
- միջոցների ցուցակից և օգնությունից, որում պետք է նշված լինի, թե ինչ կա և ինչ է պետք ստանալ:

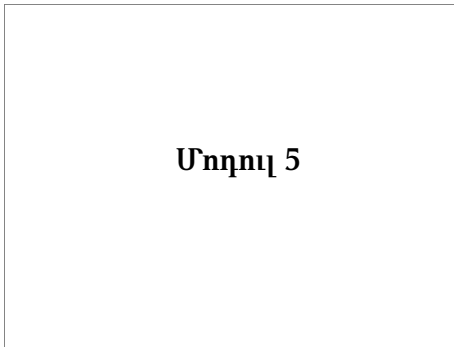
Գործողությունների պլանը.

- ծավալուն և բարդ խնդիրը բաժանում է մի քանի փոքր խնդիրների,
- օգնում է հասկանալ, թե առկա նյութերով և կադրային ռեսուրսներով կոնկրետ ինչ կարելի է անել,
- կոնկրետ խնդրի պատասխանատվությունը հանձնարարում է կոնկրետ մարդկանց և նշանակում կոնկրետ ժամանակ այդ խնդրի իրականացման համար,
- օգնում է խուսափել ոչ անհրաժեշտ և արստրակտ բանավեճերից,
- օգնում է հասկանալ, ինչպիսի լրացուցիչ միջոցներ և օգնություն է անհրաժեշտ խնդրի իրականացման համար, ինչի մասին է պետք տեղյակ պահել ղեկավարին կամ վերադասին:

**ՄՈՐ ԵՎ ՆՈՐԱԾՆԻ ԽՆԱՄՔԻ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ
ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
Մոդուլ 5**

Մոր և նորածնի խնամքի խորհրդատվության հմտություններ

Սլայդ 5-1



Մոդուլի նպատակը

Այս մոդուլի ավարտին մասնակիցները կսովորեն սահմանել խորհրդատվության հասկացությունը և դրա դերը բուժօգնության որակի կատարելագործման մեջ.

- որոշել պացիենտի տեղեկացվածության մակարդակը և դրա անհրաժեշտությունը,
- բնորոշել արդյունավետ խորհրդատվությունները՝ ուղղված դեպի կնոջը և ընտանիքի կարիքներին,
- ցուցադրել հաղորդակցման արդյունավետ հմտությունները՝ ոչ խոսքային հաղորդակցում, բաց հարցեր, հաճախորդի հղիների հետ բառափոխում և բառերի օգտագործում, որոնք իրենց մեջ չունեն գնահատականներ,
- կարողանալ կիրառել շփման հմտությունից հետևյալը՝ «լսել և սովորել»,
- բուժաշխատողը պետք է լավ տիրապետի շփման և խորհրդատվության հմտություններին:

Արդյունավետ հաղորդակցում

Սլայդ 5-2

- Հաղորդակցումը (տեղեկատվության փոխանակում) վարքի փոփոխման դրական գործընթացի կարևոր բաղադրիչն է:
- Վարքի փոփոխման համար շատ կարևոր է, որ խորհրդատուն կիրառի շփման ամենաարդյունավետ և հարմար մեթոդները:

Հաղորդակցումը նույնն չէ, ինչ խորհուրդ տալը:

Խորհուրդ տալու ժամանակ բժիշկը իր վրա պատասխանատվություն է վերցնում որոշում կայացնելու համար, այն ժամանակ, երբ խորհրդատվության արդյունքում որոշումը կայացվում է պացիենտի կողմից՝ հաշվի առնելով տեղեկատվության հասանելիությունը:

Բուժաշխատողը պետք է տրամադրի պացիենտին ամբողջական սպանիչ տեղեկատվություն:

Բուժաշխատողը չպետք է հրահրի պացիենտին բուժական ծառայությունների կամ բուժման մեթոդների ընտրության որոշակի տարբերակի:

Northouse, L.L., Nothouse, P.G. Health Communication: Strategies for Health Professionals. 3rd edition. Stamford, 1998

Տեղեկատվության փոխանցման մեթոդները

Սլայդ 5-3

- Խոսքային.
 - խոսք, բացականություններ:
- Ոչ խոսքային.
 - ժեստեր, դիմախաղեր, դիրք:
- Լսատեսային.
 - ուղիղ, հեռուստատեսություն, վիդեո:
- Գրավոր.
 - գրքեր, ամսագրեր:
- Այս ամենը կարող են օգտագործվել ինչպես առանձին, այնպես էլ բոլորը միասին:

Մենք կտվորենք կիրառել արդյունավետ խոսքային և ոչ խոսքային հաղորդակցումը արդյունավետ պերինատալ խնամքի ցուցաբերման մեջ:

Տեղեկատվության փոխանցման լուսատեսային (աուդիովիզուալ) մեթոդները չեն մշակվի, չսայած դրանք նույնպես արդյունավետ են և կարող են կիրառվել խորհրդատվության ժամանակ:

Արդյունավետ խոսքային հաղորդակցման կանոնները (1)

Սլայդ 5-4

- Հարցնել և լսել.
 - կարևոր է ոչ միայն հարցնել կարողանալ, այլ նաև լսել:
- Տեղեկացնել.
 - օգտագործեք բառեր, որոնք հեշտ հասկանալի են պացիենտի համար:

Օգտագործեք նկարներ, որպեսզի պարզաբանեք և ամրապնդեք բացատրությունը:

Խոսքային հաղորդակցման հմտությունները.

- ակտիվ լսել/լինել ուշադիր,
- ցուցաբերել հետաքրքրասիրություն,
- սատարել պացիենտի զգացմունքներին և ստեղծել շփման բարենպաստ մթնոլորտ,
- տալ հարցեր:

Breastfeeding counseling: Training course. WHO, UNICEF, 1993

Արդյունավետ խոսքային հաղորդակցման կանոնները (2)

Սլայդ 5-5

- Մտուցել հասկանալու ունակությունը.
 - կնոջը տվեք հարցեր, որպեսզի պարզեք, թե նա լավ ընկալել է տեղեկատվությունը, և եթե անհրաժեշտ է, տվեք լրացուցիչ բացատրություններ,
 - խուսափեք հուշող հարցերից:
- Գովեք.
 - գովեք, որպեսզի խրախուսեք և հաստատեք վարքում դրական փոփոխությունները,
 - անտեղի մի գովացեք,
 - գովացեք բնական և ի սրտե:

Բուժօգնության որակի մասին պացիենտների արտահայտած հիմնական առարկությունները կայանում են նրանում, որ բուժաշխատողները չեն ցանկանում հաղորդակցվել իրենց հետ, լսել իրենց, հասկանալ իրենց կարիքները:

Բուժաշխատողները ոչ միշտ են տիրապետում հաղորդակցման հմտություններին, հատկապես նրանցից սպասում են իրենց դրության մեջ մտնելու վերաբերմունք:

Հասկանալու ունակության բացակայությունը կարող է վնասել պացիենտի առողջությունը: Խուսափեք տալ հարցեր, որոնք կարող են հուշել ճիշտ պատասխանը:

Խուսափեք փակ հարցերից, որոնց կարելի է պատասխանել «այո» կամ «ոչ»:

Breastfeeding counseling: Training course. WHO, UNICEF, 1993

Արդյունավետ ոչ խոսքային հաղորդակցման կանոնները

Սլայդ 5-6

- Պահպանեք տեսողական հաղորդակցումը:
- Փոքրացրեք պատմեշները.
 - ֆիզիկական (աթոռ, սեղան),
 - հոգեբանական (վախ, ամաչկոտություն, անհանգստություն),
- ոչ տեղին ժեստիկուլիացիա:
- Պահպանեք սահմանված հեռավորությունը:
- Ոչ մի բացասական դիմախաղ:

Խորհրդատվության ժամանակ կարևոր է ստեղծել ոչ ձևական, բարյացակամ մթնոլորտ և պահպանել սահմանված հեռավորությունը մարդկանց միջև:

Հեռավորությունը կարող է լինել.

- ինտիմ հեռավորություն՝ մինչև 45 սմ լրիվ բավարար է մոտ ընկերների, ծնողների, երեխաների միջև անձնական խոսակցության համար,
- մասնագիտական հեռավորություն՝ 45 սմ-ից 1.20 մ հեռավորություն, որը հարմար է խորհրդատվության համար,
- սոցիալական հեռավորություն՝ 1.2 մ մինչև 3.5 մ - պահպանվում է գործնական հանդիպումների ժամանակ,
- հասարակական հեռավորություն՝ 5 մ և ավելի:

Page K. Pressly, martin Heesacker. The Physical Environment and Counseling: A Review of Theory and Research. Journal of Counseling & Development, 2001, Volume 79, Number 2, 148-160

Խորհրդատվություն

Սլայդ 5-7

- Խորհրդատվությունը շփման տեսակ է, որը օգնում է պացիենտին ընդունել միշտ որոշում՝ կապված հետագա գործողությունների հետ:
- Խորհրդատվությունը հաշվի է առնում պացիենտի զգացումները, նրա հասկանալու ունակությունը և պահանջները:

Մայրերին և երեխաներին ցուցաբերած բարձր որակի բուժօգնության սկզբունքային ցուցանիշներից է պացիենտի հետ շփվելու կարողությունը, լսել նրանց, հասկանալ նրանց պահանջները և օգտագործել այդ տեղեկատվությունը արդյունավետ օգնություն կազմակերպելու համար:

Խորհրդատվությունը պետք է ուղղված լինի մոր և ընտանիքի պահանջներին, պահպանելով գաղտնիությունը:

Հաղորդակցությունը երկխոսություն է, այլ ոչ թե դասախոսություն:

Բուժաշխատողը պետք է առաջարկի զանազան տարբերակներ, բայց չպետք է դրդի պացիենտին ընտրել կոնկրետ խնամք կամ բուժում:

Առաջնայնությունը որոշում է պացիենտը, այլ ոչ թե թելադրում է բուժաշխատողը:

Խորհրդատվության տեսակներ

Սլայդ 5-8

- Անհատական խորհրդատվություն
- Խմբակային խորհրդատվությունը նույնաման կարիքներով անձանց խմբերի համար

Ընտանեկան խորհրդատվությունը անհատական խորհրդատվության տարատեսակներից մեկն է:

Խորհրդատվության քայլեր

Սլայդ 5-9

- Խորհրդատվության նախապատրաստում:
- Ուսումնասիրել համապատասխան տեխնիկական ամբողջ տեղեկատվությունը:
- Պացիենտի մասին տեղեկատվության ստացում.
 - հղիի նախածննդյան և ծննդաբերության պատմությունը,
 - հարմար հարցերի նախապատրաստում:
- Պացիենտի հետ միասին տեղեկատվության վերլուծություն:
- Լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում:
- Տեղեկատվության վերարտադրման ստուգում:
- Որոշում կայացնելիս և գործողության պլանի մշակելիս օգնության ցուցաբերում:

Խորհրդատվությունը պացիենտին տալիս է ամբողջական տեղեկատվություն՝ օգնելով նրան ընտրություն կատարել հետագա գործողությունների վերաբերյալ հիմնվելով տեղեկատվության վրա:

Խորհրդատվության գործընթացում պացիենտիների մոտ հնարավորություն է ստեղծվում այլ կերպ նայել իրավիճակին, գնահատել սեփական գործողությունների ազդեցությունը և դրան համապատասխան նոր տեսանկյունից ընդունել ճիշտ որոշումներ:

*Breastfeeding counseling:
Training course. WHO, UNICEF, 1993.*

Խորհրդատվությունը համարվում է համադրություն

Սլայդ 5-10

- Հմտություններ.
 - լսելու ունակություն, ստուգել հասկանալու ունակությունը, հարցեր տալու ունակությունը և դրանց պատասխանել:
- Գիտելիքներ.
 - փաստերի և տեղեկատվության տիրապետում:
- Հարաբերություններ.
 - պացիենտի գաղտնիության երաշխիք,
 - զգայունության ցուցաբերում, խնամք և ըմբռնում պացիենտի տեսանկյունից:

- արհեստավարժություն (պրոֆեսիոնալությունը գիտելիքների առումով)՝ ճիշտ և մանրամասն տեղեկատվության առկայությունը, բարդ հարցերի պատասխանները,
- խորհրդատվության արդյունավետ հմտությունների կիրառում:

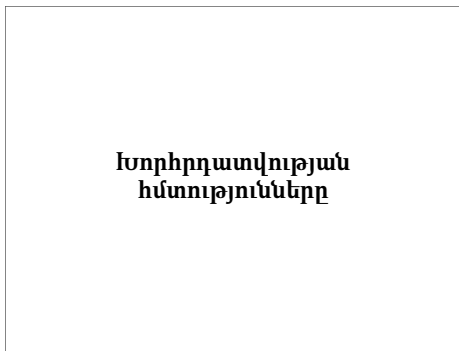
Խորհրդատվության արդյունավետությունը կախված է խորհրդատուի և պացիենտի փոխադարձ վստահությունից:

Վստահելի հարաբերությունները կառուցվում են.

- մարդկային հարաբերությունները հասկանալու վրա՝ բարի, հարգալից և զգայուն լինելը,

Խորհրդատվության հմտությունները

Սլայդ 5-11



Հմտություն 1

Արդյունավետ ոչ խոսքային շփման կիրառում

Հմտություն 2

Բաց հարցերի առաջադրում

Հմտություն 3

Հետաքրքրվածության դրսևորում

Հմտություն 4

Պացիենտի բառի վերաձևակերպում

Հմտություն 5

Այն բանի ցուցադրում, որ ձեզ հասկանալի են պացիենտի զգացումները

Հմտություն 6

Գնահատող բառերի կիրառումից խուսափում

Հմտություն 1. արդյունավետ ոչ խոսքային շփման կիրառում. դիրք

Սլայդ 5-12

- Ոչ խոսքային հաղորդակցումը ձեր վերաբերմունքն է պացիենտի նկատմամբ դիրքի, դիմախաղերի և դեմքի արտահայտության միջոցով:
- Որոշ օգտակար խորհուրդներ.
 - հետևեք ձեր գլխի դիրքին,
 - եղեք ուշադիր,
 - վերացրեք ֆիզիկական և այլ արգելքներ,
 - մի շտապեք,
 - հավելք պատշաճ ձևով:

Նպաստում է շփմանը՝ դուք նստած եք, և ձեր գլուխը գտնվում է գրուցակցի գլխի մակարդակին:

Չի նպաստում շփմանը՝ դուք նստած եք, և ձեր գլուխը գտնվում է գրուցակցի գլխից բարձր:

Խուսափեք պաշտպանողական դիրքերից, օրինակ՝ ձեռքերը խաչել:

Ուշադրություն գրուցակցին

Նպաստում է շփմանը՝ աչքերով կապ պահեք ձեր պացիենտի հետ:

Չի նպաստում՝ շուրջբոլորը նայելը՝ խուսափելով կնոջը նայելուց, խոսակցության ժամանակ գրառումների վրա կենտրոնանալը:

Խոչընդոտների վերացում

Նպաստում է շփմանը՝ խորհրդատուի և հաճախորդի միջև չպետք է սեղան լինի, խորհրդատուն պետք է նստի կնոջ կողքին և գրառումները մի կողմ թողնի:

Չի նպաստում շփմանը՝ խորհրդատուն նստած է սեղանի մոտ, գրում է խոսակցության ժամանակ և այլն:

Մի շտապեք

Նպաստում է շփմանը՝ առանց շտապելու ողջունեք պացիենտին, պացիենտի հետ խոսելիս նստեք: Եթե պետք է, կանգնեք կողքին և համբերատար սպասեք պատասխանի:

Չի նպաստում շփմանը՝ շտապելը, անհամբերատարության ցուցաբերումը, ժամացույցին նայելը, պացիենտին հրելը դեպի ելքը և այլն:

Հպում պատշաճ ձևով՝ աշխատեք չհավել մարմնի մերկ մասերին:

Cynthia H. Adams, Peter D. Jones. Interpersonal communication skills for health professionals. 2-d edition. Glencoe/McGraw-Hill, 2000

Հնտություն 2. բաց հարցերի առաջադրում

Սլայդ 5-13

- Ո՞ր հարցեր ենք մենք անվանում բաց.
 - հարցեր, որոնք սկսվում են «Ի՞նչ», «Ինչպե՞ս», «Ե՞րբ» և «Որտե՞ղ»,
 - հարցեր, որոնք չեն ենթադրում միակազմ պատասխաններ՝ «Այո» կամ «Ոչ»:
- Ինչի՞ համար են պետք բաց հարցերը.
 - պացիենտին օգնելու պատմել իր կարիքների և ցանկությունների մասին,
 - հավաստի և ամբողջական տեղեկատվություն ստանալու համար,
 - ձեր և ձեր պացիենտի հասկանալու ունակության ստուգման համար,
 - օգնելու վերլուծել իրավիճակը:

Հարցերը տվեք առոգանությամբ, որը կցուցադրի ձեր հետաքրքրվածությունը և բարեկամությունը պացիենտի նկատմամբ:

Տվեք մեկական հարց և հետաքրքրությամբ սպասեք պատասխանի:

Երբ դուք տալիս եք նրբանկատ հարց, բացատրեք, թե ինչի համար է այն արվում:

Խուսափեք հարցերից, որոնք սկսվում են «ինչո՞ւ» և «ինչի՞ համար» բառերից: Երբեմն այդ «ինչո՞ւ» և «ինչի՞ համարը» հնչում են այնպես, որ ինչ-որ բանում մեղադրում եք պացիենտին:

Եթե պացիենտը ձեզ չի հասկացել, վերաձևակերպեք նույն հարցը այլ բառերով: Փակ հարցերը ենթադրում են կամ «այո», կամ «ոչ» պատասխանները:

Rinehart, W., Rudy, S., Drennan, M. GATHER Guide to Counselling Population Reports, John Hopkins University School of Public Health, Population information program, Baltimore, Series J, 1998, Number 48.

Վարժություն. բաց հարցերի կազմում

Սլայդ 5-14

- Ձեզ անհանգստացնո՞ւմ է արդյոք սպասվող ծննդաբերությունը:
- Ձեր առաջին ծննդաբերությունը դժվա՞ր է եղել:
- Արդյոք կերակրո՞ւմ եք Ձեր երեխային կրծքով:
- Դուք ամո՞լր եք փաթաթում Ձեր երեխային:
- Կիրառո՞ւմ եք արդյոք ընտանիքի պլանավորման որևէ մեթոդ:
- Դուք Ձեզ լա՞վ եք զգում:
- Երեխայի հայրը օգնո՞ւմ է Ձեզ խնամել նորածնին:

Սլայդում ներկայացված բոլոր հարցերը փակ հարցեր են: Ինչպես պետք է փոխել յուրաքանչյուր նախադասությունը, որպեսզի այն դառնա բաց հարց:

Breastfeeding counselling: Training course. WHO, UNICEF, 1993

Հմտություն 3. հետաքրքրվածության դրսևորում

Սլայդ 5-15

- Հետաքրքրվածությունը կարելի է դրսևորել.
 - ասելով «շարունակեք», «պատմեք ավելի մանրամասն» և այլն,
 - ժեստերով ու շարժումներով:
- Ժեստերը կատարում են մի քանի ֆունկցիա.
 - ուշադրությունը գրույցին կենտրոնացնելով,
 - մտքերի պատկերում,
 - նկարագրում,
 - նմանակում:

Եթե Դուք ցանկանում եք, որ հղին շարունակի Ձեզ հետ քննարկումը, Դուք պետք է ցույց տաք, որ լսում եք նրան և Ձեզ հետաքրքրում է նրա ասածը: Կարող եք օգտագործել «չի կարող պատահել», «շարունակեք, հետո» և նման այլ արտահայտություններ:

Դրանք հորդորում են հղին, որ նա շարունակի խոսակցությունը: Խոսելով հղիի հետ, հորդորող ժեստեր կիրառեք (հայացքով, գլխով հաստատական շարժում, ժպիտ): Բացասական իմաստով ժեստեր են. ուսերով թոթվելը, որը կարող է նշանակել, թե «ինձ համար միևնույնն է», գլխով տարուբերումը, որը կարող է նշանակել «ճիշտ չէ»:

Խորհրդատուի կողմից ժեստերի օգտագործումը պետք է համապատասխանի էթիկայի նորմերին, ազգային, մշակութային ավանդույթներին: Օրինակ, ԱՄՆ-ում երբ ցուցամատն ու բթամատը միացնելով օղակ են կազմում, դա նշանակում է «OK – ամեն ինչ լավ է», Ֆրանսիայում՝ «0 – չնչին բան է», Գերմանիայում, Բրազիլիայում և Ավստրալիայում՝ վուլգար և անվայելուչ ժեստ:

Roger E. Axtell. Do's and Taboos of Humor Around the World: Stories and Tips of Business and Life. 1999.

Հմտություն 4. պացիենտի բառի վերաձևակերպում

Սլայդ 5-16

- Վերաձևակերպումը բառի կրկնումն է ճիշտ կամ մի թեթև փոփոխությամբ, որոնք չեն ազդում սկզբնական հաղորդագրության վրա:
- Վերաձևակերպումը պացիենտին ցույց է տալիս, որ դուք լսում եք և թույլ է տալիս համոզվել, որ դուք նրան ճիշտ եք հասկացել:

Կարևոր է վերաձևակերպել պացիենտի խոսքերը՝ կրկնելով դրանք խորհրդատվության ժամանակ: Օրինակ՝
Հաճախորդն ասում է. «Ինձ անհանգստացնում է, թե արդյոք ցավոտ կլինի ծննդաբերությունը»:

Բուժաշխատողը կարող է վերաձևակերպել այն հետևյալ կերպ.

«Կարծես թե Ձեզ անհանգստացնում է ծննդաբերության ցավո՞ւտ լինելը»:

Cynthia H. Adams, Peter D. Jones.

Interpersonal communication skills for health professionals. 2-d edition.

Glencoe/McGraw-Hill, 2000

Վարժություն. վերաձևակերպեք պացիենտի բառերը

Սլայդ 5-17

- «Ինձ անհանգստացնում է, որ իմ կաթը կապույտ գույնի է»:
- «Ես արդեն երկու օր չեմ զգում երեխայի շարժումները»:
- «Այս ամսում ես ինձ ավելի լավ եմ զգում»:
- «Ես ինձ գեր և անհրապույր եմ զգում»:
- «Իմ երեխան շատ հաճախ է ուզում ուտել, և ես դրանից շատ հոգնածություն եմ զգում»:

Վերաձևակերպեք նախադասություններից յուրաքանչյուրը.

Breastfeeding counseling: Training course.

WHO, UNICEF, 1993

Հնտություն 5. այն բանի ցուցադրում, որ ձեզ հասկանալի են պացիենտի զգացումները

Սլայդ 5-18

- Էմպատիկ արձագանքում.
 - զգացումնք՝ կապված պացիենտի վիճակի հետ՝ ելնելով անցյալի անձնական փորձից:
- Նախագծում.
 - ինքդ քեզ դիմացինի տեղում դնել կամ փորձել հասկանալ հաճախորդի տեսակետը:
- Կարեկցող արձագանքում.
 - պացիենտին կարեկցելու զգացում՝ ելնելով նրա ապրումներից:

Էմպատիկ արձագանքում՝ կարեկցանք զգալ այլ մարդու հանդեպ՝ ելնելով անցյալի անձնական փորձից: Կարևոր է, որպեսզի հաճախորդը զգա խորհրդատուի հետաքրքրվածությունը իր վիճակի հանդեպ, նույնիսկ եթե նա խնդիրներ չունի:

Նախատում (պրոեկցիա)՝ ինքդ քեզ դիմացինի տեղը դնել, փորձել հասկանալ իրավիճակը հաճախորդի տեսանկյունից: Օրինակ՝ եթե կինը բողոքում է. «Ես շատ ցավոտ կծկանքներ եմ ունեցել», «Ես պատկերացնում եմ, որ ձեր կծկանքները շատ ցավոտ են եղել»:

Կարեկցող արձագանքում՝ կարեկցանք զգալ ուրիշի նկատմամբ՝ ելնելով այդ մարդու նկատմամբ անհանգստությունից: Օրինակ՝ եթե պացիենտի երեխան գտնվում է ծայրահեղ վիճակում, խորհրդատուն կարող է ասել. «Ես հասկանում եմ, այժմ ինչքան ծանր է ձեզ համար, Դուք անհանգստանում եք ձեր երեխայի համար»:

*Cynthia H. Adams, Peter D. Jones.
Interpersonal communication skills for health professionals. 2-d edition.
Glencoe/McGraw-Hill, 2000*

Հնոություն 6. գնահատող բառերի կիրառումից խուսափում

Սլայդ 5-19

• Ճիշտ է	Գերազանց է
• Ոչ ճիշտ	Արտակարգ է
• Լավ	Բավարար
• Վատ	

Գնահատող բառերը հաճախ հանդիպում են փակ հարցերում:

Բաց հարցերի օգտագործումը հնարավորություն է տալիս խուսափել գնահատող խոսքերից:

Բառերը, որոնք իրենց մեջ պարունակում են գնահատական, ենթադրում են, որ դուք գնահատում եք պացիենտի վարքը:

Գնահատող խոսքերի կիրառումը կարող է հանգեցնել նրան, որ կինը անհարմար զգա: Կինը կարող է մտածել, որ խորհրդատուն չի անհանգստանում իր կամ իր երեխայի համար:

*Breastfeeding counseling:
Training course. WHO, UNICEF, 1993*

Վարժություն. սահմանեք գնահատող բառերը

Սլայդ 5-20

• «Ինչպիսի՞ խնդիրներ են առաջանում ձեզ մոտ կրծքով կերակրելիս»:
• «Ձեր կղանքը նորմա՞լ է»:
• «Դուք Ձեզ վա՞տ եք զգում»:
• «Ձեր երեխան բավարա՞ր քանակությամբ է կաթ ստանում»:

Յուրաքանչյուր նախադասություն ձևակերպեք այլ կերպ, որպեսզի խուսափեք գնահատող բառերից:

*Breastfeeding counseling:
Training course. WHO, UNICEF, 1993*

Եզրակացություններ, խորհրդատվության հմտություններ

Սլայդ 5-21

- Կիրառել օգտակար ոչ խոսքային հաղորդակցում:
- Վերաձևակերպել պացիենտի բառերը:
- Ցուցադրել էմպաթիա, կարեկցանք և պրոնկցիա:
- Տալ «բաց» հարցեր:
- Խուսափել տալ գնահատող հարցեր:
- Ցուցաբերել հետաքրքրասիրություն՝ արձագանքելով համապատասխան կերպ:
- Գովել պացիենտին:

Բոլոր բուժաշխատողները պետք է տիրապետեն խորհրդատվության հմտություններին (ոչ խոսքային շփման հմտություններ, պացիենտի հանդեպ հետաքրքրվածություն ցուցաբերելու ունակություն, գնահատող բառերի կիրառումից խուսափում):

*Breastfeeding counseling:
Training course. WHO, UNICEF, 1993.*

Լավ խորհրդատուի որակները

Սլայդ 5-22

- Գիտակ
- Լսելու ունակ
- Հետաքրքրված
- Բարյացակամ
- Պատշաճ
- Օբյեկտիվ

Աջակցության նշանը ցույց է տալիս, որ մենք անհանգստանում ենք զրուցակցի համար կամ այն բանի համար, թե ինչ է պատահել, և արտահայտում ենք մեր էմպատիան այդ մարդու նկատմամբ՝ անկախ նրա զգացմունքների ուղղվածությունից և ինտենսիվությունից:

Չնայած մարդիկ տարբերվում են էմպատիայի հանդեպ իրենց ունակություններով՝ մեզանից շատերին հարկ է սովորել բարձրացնել էմպատիայի մակարդակը և հետագայում կիրառել այն:

Այն մարդիկ, որոնք շատ են կենտրոնացած իրենց վրա, առավել դժվար կլինի նայել աշխարհին ուրիշի աչքերով: Մեր կարողությունը դեպի էմպաթիա հաճախ թերզարգացած է: Սա կարող է հնչել շատ պարզ, բայց առաջին քայլը, որն անհրաժեշտ է անել էմպատիայի լավացման համար, խոսակցողի նկատմամբ հարգանքի դրսևորումն է:

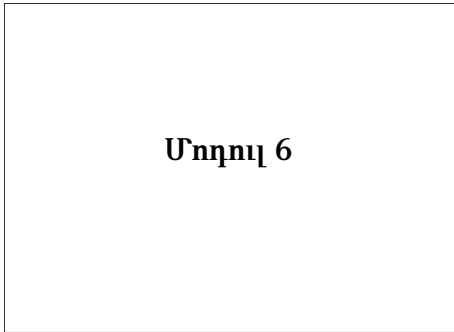
Հարգանքը ուրիշ մարդկանց ասածի և նրանց զգացմունքների հանդեպ ուշադիր և լուրջ վերաբերմունքն է: Այն սկսվում է, երբ մարդուն դիտում են որպես ամբողջական անհատականություն իր արժանիքներով, այլ ոչ որպես օբյեկտ: Ուրիշների հարգանքը կենտրոնացնում է ձեր ուժերն ուրիշի վրա, այլ ոչ թե միայն ձեր:

*A Test of the Different Cultures and Skill Specialization Accounts.
Human Communication Research, 1999, Volume 25, Number 3, 307-340.*

**ՊՏՂԻ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ.
ԳԵՏԱՏՅԻՈՆ ՏԱՐԻՔԻ ՀԱՄԱՐ ՓՈՔՐ ՊՏՂԻ ՈՐՈՇՈՒՄԸ
Մոդուլ 6**

**Պտղի վիճակի գնահատումը հղիության և ծննդաբերության ժամանակ.
գետաացիոն տարիքի համար փոքր պտղի վիճակի գնահատումը (ԳՏՓՊ)**

Սլայդ 6-1



Մանկաբարձ-գինեկոլոգները և մանկաբարձուհիները սովորաբար դասակարգում են պտղի ախտաբանական վիճակը՝ օգտագործելով զանազան տերմիններ՝ պտղի դիսթրես, պերինատալ/ֆետալ անօքսիա/հիպօքսիա, ներարգանդային աճի դանդաղում (ՆԱԴ), պտղի վիճակի վատացում, պտղի աջի-

մեղիա, ֆետո-պլացենտային անբավարարություն և այլն: Նրանք գործածում են նաև թեստեր՝ հետևելով բազմաթիվ դասակարգումների և հստակ համադրում են պտղի որոշակի «վիճակներ» որոշակի նեոնատալ ելքերի հետ:

Այս մոդուլի նպատակն է բացահայտել այդ բնորոշումները, ներկայացնել անհրաժեշտ հետազոտությունները և բուժումները նորմալ հղիության համար և պտղի ՆԱԴ-ով հղիության համար:

Մոդուլի նպատակը

Այս մոդուլի ավարտին մասնակիցները.

- Կարող են տալ հետևյալ հասկացությունների սահմանումները.
 - պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում,
 - գետաացիոն տարիքի համար փոքր պտուղ,
 - պտղին սպառնացող վիճակը:
- Պետք է հասկանան, որ «ֆետո-պլացենտարային անբավարարություն» և «պտղի հիպօքսիա» տերմինները նշանակում են չախտորոշվող ախտաբանական և մետաբոլիկ գործընթացներ, որոնք Արևելյան Եվրոպայի երկրներում համարվում են հղիության ընթացքում նախաձննդյան հոսպիտալացման և ոչ անհրաժեշտ միջամտությունների գլխավոր պատճառներից մեկը:
- Կիմանան ՆԱԴ-ի ռիսկի հիմնական գործոնները և վիճակները, որոնք պահանջում են դինամիկ նախաձննդյան հետազոտություն:

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

- Կսովորեն ճիշտ օգտագործել և բացատրել հիմնական նախաձեռնողյան դինամիկ թեստերը, որոնք կիրառվում են պերինասրալ արդյունքների բարելավման համար: Հստակ կհասկանան, որ այս թեստերն ունեն շատ ցածր արդյունավետություն ցածր ռիսկի խմբերի հղիների համար:
- Կսովորեն քննադատորեն գնահատել կիրառվող տեխնոլոգիաները պտղի ներարգանդային վիճակի բարելավման և ՆԱԴ-ի բուժման համար: Կհասկանան, որ այդ տեխնոլոգիաների մեծամասնությունը հիմնավորված չեն և ունեն սահմանափակ արդյունավետություն:

Հարցեր խմբերի համար

Սլայդ 6-2

- Ինչպիսի՞ հարցեր եք տալիս Ձեզ, երբ գնահատում եք պտղի վիճակը:
- Տվե՛ք հետևյալ վիճակների բնորոշումը.
 - ներարգանդային աճի դանդաղում/ՆԱԴ/,
 - գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտուղ/ԳՏՓՊ/:
- Որո՞նք են ՆԱԴ և ԳՏՓՊ ռիսկի գործոնները և ի՞նչ պիտի արվի այդ վիճակները կանխելու համար.
 - ինչպիսի՞ թեստեր են անցկացվում ՆԱԴ և ԳՏՓՊ ախտորոշման համար,
 - ի՞նչ կարելի է ձեռնարկել ՆԱԴ և ԳՏՓՊ բուժման համար:

- Ինչպիսի՞ հարցեր եք տալիս Ձեզ, երբ գնահատում եք պտղի վիճակը:
- Տվե՛ք հետևյալ վիճակների բնորոշումը.
 - ներարգանդային աճի դանդաղում (ՆԱԴ),
 - գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտուղ (ԳՏՓՊ):

- Որո՞նք են ՆԱԴ և ԳՏՓՊ ռիսկի գործոնները և ի՞նչ պիտի արվի այդ վիճակները կանխելու համար.
 - ինչպիսի՞ թեստեր են անցկացվում ՆԱԴ և ԳՏՓՊ ախտորոշման համար:
 - ի՞նչ կարելի է ձեռնարկել ՆԱԴ և ԳՏՓՊ բուժման համար:

Մանկաբարձները կարող են սահմանել պտղի վիճակի յուրահատուկ որոշման բանաձևեր

Սլայդ 6-3

- Առո՞ղջ է:
- Արդյոք կգոյատևի՞ այն միջավայրում, որտեղ նա գտնվում է, և արդյոք լավ զարգանո՞ւմ է:
- Անվտանգ է նրա համար մնալ արգանդում:
- Անվտանգ կլինի՞ նրա համար ծննդաբերությունը:

Պտղի ֆիզիոլոգիայի ճիշտ ըմբռնման դեպքում մանկաբարձները կարող են կոնսկրետ հարցեր տալ նրա վիճակի մասին:
Առո՞ղջ է նա: Լավ տանու՞մ է այն միջավայրը, որտեղ նա գտնվում է, և արդյոք լավ է զարգանում:

Անվտա՞նգ է նրա համար գտնվել արգանդում: Անվտա՞նգ է նրա համար ծննդաբերությունը:

Մանկաբարձության տեխնոլոգիաներում վերջին ձեռքբերումները կարողացան տալ այս հարցերի մի շարք պատասխաններ:

Meier PR, Makowski EL. The antepartum assessment of fetal well-being (Medical Progress). West J Med, 1983 May; 138:686-689

Նախածննդյան խնամքի նպատակները

Սլայդ 6-4

- Օգնել հղիին մնալ առողջ:
- Հայտնաբերել և բուժել ակտաբանական վիճակները:
- Ապահովել պտղի առողջությունը:

Նախածննդյան խնամքի նպատակը, որի մի մասը կազմում է պտղի վիճակի գնահատումը, հղիին օգնում է պահպանել իր և պտղի առողջությունը:

Դրա համար պետք է որոշել, թե արդյոք նա չունի որևէ հիվանդություն կամ անհանգստություններ, և ձգտել դրանք բուժել: Անցկացնելով նախածննդյան հսկողություն՝ բուժաշխատողները օգնում են ոչ միայն կնոջը, այլ նաև նրա պտղին:

WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. What is the effectiveness of antenatal care? 2005

Գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտղի որոշումը (ԳՏՓՊ) (1)

Սլայդ 6-5

- Պտուղը, որը չի հասել որոշակի անտրոպոմետրիկ կամ ենթադրյալ մարմնի քաշի՝ կոնկրետ գեստացիոն հասակին համապատասխան
ԿԱՄ
- Պտուղների հետերոգեն խումբ, որոնք չեն կարողացել հասնել իրենց պոտենցիալ հասակին պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում (ՆԱԴ) և պտուղներ, որոնք ունեն կառուցվածքային փոքր չափեր:

ԳՏՓՊ-ն պտուղն է, որը չի հասել անտրոպոմետրիկ ցուցանիշների որոշակի շեմին կամ կոնկրետ գեստացիոն հասակին համապատասխան ենթադրյալ մարմնի քաշին:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

ԳՏՓՊ-ն հետերոգեն խումբ է, որի մեջ մտնում են ինչպես պտուղները, որոնք չեն հասել իրենց լիարժեք պոտենցիալ հասակին՝ ներարգանդային աճի դանդաղում (ՆԱԴ) կամ պտղի աճի դանդաղում (ՊԱԴ), այնպես էլ կառուցվածքային փոքր պտուղները:

*The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. November 2002*

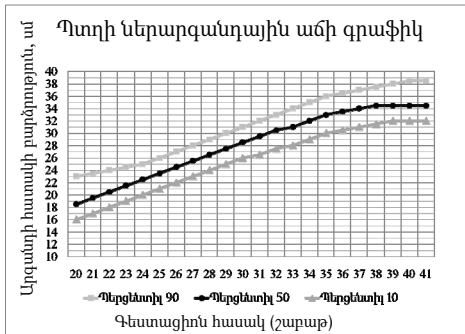
«Փոքր քաշով երեխա» հասկացությունը բժշկական գրականության մեջ հայտնվել է 1919 թ. սկսած, երբ արվեց այն ենթադրությունը, որ ծնվելիս մինչև 2,500 գ քաշով (5 ֆունտ 8 ունցի) բոլոր նորածինները պետք է դասակարգվեն որպես «անհասներ»: Այնուամենայնիվ, միայն 1961թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) ընդունեց, որ շատ երեխաներ, որոնք դասակարգվել էին որպես անհասներ, պարզապես ունեցել են փոքր քաշ ծնվելիս, այլ ոչ թե ծնվել են նշված ժամկետից շուտ:

ԱՀԿ-ի ժամանակակից չափանիշների համապատասխան՝ գեստացիոն հասակի համար փոքր քաշը դա ծնվելիս 2,500 գրամից փոքր քաշն է կամ ցածր 10-րդ պերցենտիլից:

*Vandenbosche RC, Kirchner JTR. Intrauterine growth retardation.
Am Fam Physician. 1998 Oct 15;58(6):1384-90*

Նախաձննդյան զարգացման գրաֆիկ

Սլայդ 6-6



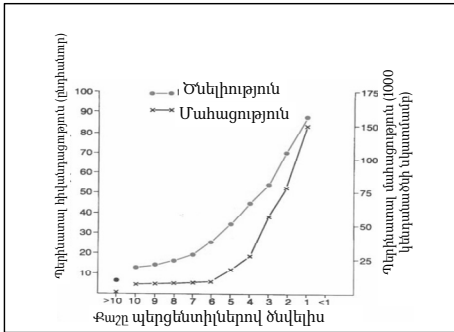
Նախաձննդյան խնամքի մեջ օգտագործում են պարզ և ոչ թանկարժեք մեթոդ, որը ենթադրում է արգանդի հատակի բարձրության չափում և փոփոխությունների գրանցում նախաձննդյան զարգացման գրաֆիկի (գրավիդոգրամա) վրա:

Այս մեթոդը թույլ է տալիս ախտորոշել պտղի փոքր կամ մեծ չափը համապատասխան Գեստացիոն տարիքի, և կարող է օգտագործվել հետագա ուսումնասիրությունների անցկացման համար:

*Belizàn J et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by simple clinical method: measurement of uterine height.
American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1978, 131: 643-646.*

Փոխադարձ կապը ծնվելիս քաշի և պերինատալ մահացության և հիվանդացության միջև

Սլայդ 6-7



Այս գրաֆիկը ցույց է տալիս մահացության և հիվանդացության մակարդակի բարձրացում՝ կախված ծնվելիս քաշի պերցենտիլից: Մահացության առավել կտրուկ աճ նկատվում է այն երեխաների մոտ, որոնց մարմնի քաշը փոքր է 7-րդ պերցենտիլից:

Միևնույն ժամանակ երեխաների մի մասը, որոնց քաշը 10-րդ պերցենտիլից ցածր է, համարվում են առողջ:

McIntyre DD, Bloom SL, Casey BM, Leveno KJ. Birth weight in relation to Morbidity and mortality among newborn infants. N Engl J Med. 1999 Apr 22;340(16):1234-8.

Գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտղի որոշումը (ԳՏՓՊ) (2)

Սլայդ 6-8

- ՆԱԴ-ը ԳՏՓՊ-ի ենթախումբ է (30-50%), որը չի հասել իր պոտենցիալ հասակին:
 - հաճախ ստացվում է բարձր հիվանդացությամբ և մահացությամբ:
- ԳՏՓՊ-ի մնացած 50-70%-ը կառուցվածքային փոքր և մեծամասամբ առողջ երեխաներ են կամ այնպիսիներ, որոնք ունեն բուժման չենթարկվող վիճակներ (քրոնոսոմային արերացիաներ):

Հաճախ նույնացնում են «Գեստացիոն տարիքի համար փոքր պտուղ» և «պտուղ՝ ծնված փոքր քաշով» հասկացությունները: «Պտուղ՝ ծնված փոքր քաշով» հասկացությունը միավորում է երկու ախտաբանական և մեկ նորմալ վիճակ:

Նորմալ վիճակն այն է, երբ երեխան առողջ է, բայց փոքր է կառուցվածքով: Ախտաբանական վիճակներին դասվում են վաղաժամ ծննդաբերությունները և պտղի ներարգանդային աճի դանդաղումը (ՆԱԴ):

Բժշկական գրականության մեջ հանդիպում են նաև այնպիսի հոմանիշներ, ինչպիսին են ՊՆԱԴ՝ պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում:

- 10-րդ պերցենտիլից ցածր բոլոր պտուղների.
- 40% ունեն պերինատալ մահացության բարձր ռիսկ,
- 40% համարվում են կառուցվածքային փոքր,

– 20% ԳՏՓՊ ունեն քրոմոսային կամ էկոլոգիական էթիոլոգիա:

*The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. November 2002*

ՆԱԴ-ով նորածինները մահանալու կամ շնչառական անբավարարության համախտանիշ ունենալու ավելի բարձր շանսեր ունեն կամ ձեռք են բերում այնպիսի բարդություններ, ինչպիսին են արյունազեղումը և նեկրոտիկ էստերոկոլիտը:

Բարդացման հարաբերական ռիսկերը՝

- մահվան -2,77 (ՎԻ 2,31-3,33)
- ՇԱՍ-ի-1,19(ՎԻ 1,03-1,29)
- ներփորոքային արյունազեղման-1,13(ՎԻ 0,99-1,29)
- նեկրոտիկ էստերոկոլիտի-1,27(ՎԻ 1,05-1,53)

Bernstein IM, Horbar JD, Badger GJ, Ohlsson A, Golan A. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. Am J Obstet Gynecol. 2000 Jan; 182 (1 Pt 1): 198-206

10-րդ պերցենտիլից ցածր նորածինների մոտավորապես մեկ չորրորդը ծնվելիս ունի նորմալ քաշ՝ կապված մայրական քաշի, հայրական ֆենոտիպի, բնակության վայրի, ազգային և ռասայական պատկանելիության և այլնի հետ:

Vandenbosche RC, Kirchner JTR. Intrauterine growth retardation. Am Fam Physician. 1998 Oct 15, 58(6), 1384-90.

Գործոններ, որոնք նախատրամադրում են ՆԱԴ

Սլայդ 6-9

- Մայրական
- Պլացենտային
- Արտաքին
- Ժառանգական

Գոյություն ունեն ՆԱԴ նախատրամադրող մի շարք գործոններ, բայց հիմնականները բաժանվում են 4 խմբի՝ մայրական, պլացենտային, արտաքին և ժառանգական:

Մայրական գործոններն են՝

- մոր մարմնի ոչ մեծ չափս,
- նախորդ՝ փոքր քաշով ծննդաբերություն,
- բազմապտուղ հղիություն,

- բազմակի հղիություն,
- թերանուցում,
- արգանդի ոչ ճիշտ ձև կամ չափ,
- արյունահոսություն հղիության ընթացքում,
- մոր առողջություն,
- գերհասուն հղիություն,
- մոր մոտ հղիության ընթացքում ինֆեկցիա (սիֆիլիս, հերպես, կարմրախտ, տոկսոպլազմոզ, հեպատիտ),
- սիրտ-անոթային բարդություններ, (արյան բարձր ճնշում, մի շարք սրտային հիվանդություններ, պրեէկլամպսիա կամ էկլամպսիա),
- շաքարային դիաբետ,
- ՀՖՍ (հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ),
- մոր մոտ ցանկացած խրոնիկական կամ երկարատև հիվանդություն (օրինակ՝ մանգաղաբջջային անեմիա, համակարգային հիվանդություններ,
- թոքերի հիվանդություններ՝ շնչառական անբավարարության զարգացում, երիկամների հիվանդություններ և այլն):

Պլացենտային գործոններ են թերությունները, կապված պլացենտայի և պորտալարի հետ, որոնք սահմանափակում են պտղի արյան մատակարարումը: Օրինակ՝ արյան մատակարարումը կարող է պակասել, որովհետև պորտալարում միայն մեկ զարկերակ կա երկուսի փոխարեն:

Արյան մատակարարումը կարող է սահմանափակվել պտղի մարմնի մասերի շուրջ պորտալարի փաթաթման պատճառով, ինչպես նաև արյան մատակարարումը կարող է նվազել պորտալարի իսկական հանգույցի, պորտալարի թաղանթային կպման պատճառով:

Կառուցվածքային անկանոնությունները և պլացենտայի զարգացման արատները տանում են պլացենտային արյան շրջանառության խանգարման:

Անբավարար քաշը և պլացենտայի մակերեսը (նորածնի մարմնի քաշի 8%-ից պակաս), համարվում են ՊՆԱԴ առաջացման ռիսկի կարևոր գործոն, ինչպես նաև պլացենտայի կպման անոմալիաները (պլացենտայի ցածր տեղակայում, առաջադրություն):

Արտաքին գործոններին են պատկանում մի շարք դեղամիջոցներ (ինչպիսիք են օրինակ Coumadin (վարֆարին), և Dilantin, Hydantoin (ֆենիտոին)), այլ նյութեր, որոնք օգտագործում է մայրը, ինչպես նաև վտանգավոր սովորույթները ծխելը, ակոհոլի, կոկայինի օգտագործումը, բարձրադիր վայրերում բնակվելը (ծովի մակարդակից 3000 մ բարձր), կարող են ունենալ ուղղակի ազդեցություն պտղի վրա

Ժառանգական գործոնները ներառում են գենային և քրոմոսոմային խանգարումներ, ինչպես նաև պտղի զարգացման բնածին անոմալիաներ՝ տրիսոմիա ըստ 13 քրոմոսոմի (Պատաուիի համախտանիշ), 18 (Էդվարդսի համախտանիշ)

կամ 21 (Դաունի համախտանիշ), 22 աուտոսոմային զույգեր, Շերեշևսկի-Տերնե-րի համախտանիշ (45 XO), տրիպլոդիա (քրոմոսոմի եռակի հավաքակազմ), լրացուցիչ X կամ Y քրոմոսոմ:

Terry Harper et al. Fetal Growth Restriction. August 2005
<http://www.emedicine.com/med/topic3247.htm>

Միջացառումներ ՆԱԳ վարելու համար

Սլայդ 6-10

<ul style="list-style-type: none"> • Ոչ արդյունավետ • Անկողնային ռեժիմ • Ասպիրին և դիպիրիդամոլ • Հորմոններ • Թթվածին • Գլյուկոզ • Վիտամիններ • Մետաբոլիտներ • Տոկոլիտիկներ • Կայցիումական ուղիների պաշարիչներ • ՇԱԾ մեծացում 	<ul style="list-style-type: none"> • Արդյունավետ • Հղի կնոջ ծխելու դադարեցում • Թերսևուցման դեպքում սննդային հավելումներ • Մալարիայի բուժում • Անախտանիշ բակտերիոլիտի բուժում • Ասպիրին կանանց համար, ովքեր անամնեզում ունեն պրեկլամպսիա
---	--

Զնայած, որ դասակարգումն ըստ ծանրության աստիճանի հիմնված է ԶՃ մակարդակի և պրոտեինուրիայի առկայության վրա, կլինիցիստները պետք է պատրաստ լինեն հայտնաբերելու ախտաբանական պրոցեսի մեջ այլ օրգանների ներգրավումը, գնահատելով ռիսկը մոր համար, ինչպես նաև

հաշվի առնելով պլացենտային անբավարարությունը (C):

Գերախտորոշումը կարող է հանգեցնել անհիմն միջամտությունների, հիվանդանոց տեղափոխման և ոչ անհրաժեշտ բուժման: Ամեն դեպքում, պրե-էկլամպսիան ծանր վիճակ է, կարող է արագ վատթարանալ՝ մոր և պտղի համար անբարենպաստ ելքով: Այդ պատճառով մոր և պտղի պաշտպանության համար, եթե նրանք պատկանում են ռիսկի բարձր խմբերի, մշակվել են ռազմավարություններ: Բազմաթիվ երկրներում այդ ռազմավարության մեջ ընդգրկվել են վաղ ախտորոշումն ու ժամանակին հիվանդանոց տեղափոխումը:

Հոսպիտալավորման նպատակը ծննդալուծման օպտիմալ ժամանակի որոշումն է, երբ հետագայում հղիությունը վտանգ է սպառնում մորը և պտղին: Այժմ կան ապացույցներ, որ կայուն վիճակի կարելի է հասնել նաև ամբուլատոր պայմաններում, իսկ հղիին հիվանդանոց տեղափոխելու նախկինում եղած մոտեցումը համարել փոքր-ինչ ագրեսիվ միջոց:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.
WHO EURO, Copenhagen, 2002.

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Oxford University Press, 3rd edition, 2000.

Թեստեր, որոնք կիրառվում են նախաձննդյան խնամքի ժամանակ պտղի վիճակը գնահատելու համար

Սլայդ 6-11

- Պտղի շարժողական ակտիվության գնահատում:
- Պտղի սրտի կծկումների հաճախականության (ՄԿՀ) աուսկուլացիա:
- Գերձայնային հետազոտություն (ԳՁՀ):

Սլայդում թվարկված են թեստերի անունները, որոնք իրականացվում են պտղի վիճակը գնահատելու համար:

Պտղի շարժողական ակտիվության գնահատում

Սլայդ 6-12

- Պտղի խաղի ռուտինային մոնիտորինգ.
– պտղի խաղի ռուտինային ֆորմալ հաշվում խորհուրդ չի տրվում:
- Գերադասելի է ոչ թե ֆորմալ հաշվումը, այլ պտղի ակտիվության որակական գնահատումը մոր կողմից:

Հաճախ գոյություն չունի միապտուղ հղիությունից նորմալ ձևավորված պտղի ուշ էմբրիոնալ մահացության ակնհայտ պատճառ:

Այդպիսի մահերից շատերը հնարավոր չէ կանխատեսել և այն հանդիպում է առողջ հղիների մոտ, որոնց հղիությունը ընթացել է առանց բարդությունների:

Նախաձննդյան խնամքի ժամանակ բժիշկները կողմնորոշվում են մոր զգացումներից պտղի շարժունակության նվազմամբ, որպեսզի պարզեն, արդյոք պտուղը գտնվում է վտանգի տակ և փորձում են բարելավել նրավիճակը:

Բայց քանի որ պտղի վիճակի վատացումը ունի նեղ տարածվածություն և գնահատման յուրահատկությունը 90 մինչև 95% է, ապա մոր կողմից պտղի շարժունակության քչացման ընկալման դրական կանխատեսող նշանակությունը պտղի վիճակի վատացման համար իջնում է 2-7%:

Անցկացվել է ՌԿՀ «մինչև տասը հաշվելու» մեթոդի՝ պտղի նախաձննդյան մահացության տարածվածությունը կրճատելու հնարավորության գնահատման համար: Յուրաքանչյուր օր կանայք գրառում էին օրվա ընթացքում ինչքան ժամանակ է պանազվել, որպեսզի հաշվեն պտղի 10 շարժումները:

68000 կանանցից բաղկացած ՌՀՀ խումբը ունդումիզացվել է պտղի շարժման ֆորմալ ռուտինային հաշվարկի նրա ստանդարտ խնամքի համար: Թեստի ենթարկված խմբում չի նկատվել պերինատալ մահացության նվազում:

Որպեսզի նախազգուշացվի մեկ անպատճառ մահացության դեպք, անհրաժեշտ է այս արձանագրությունը կիրառել 1250 հղիի մոտ:

Ապացույցներ կան, որ պտղի շարժման ռուտինային ձևական հաշվարկը չի նախազգուշացնում պտղի մահ հղիության ուշ ժամկետներում:

Եթե հղի կինը նկատում է պտղի շարժունակության նվազում, նա պետք է կապվի մանկաբարձի հետ և այցելի հիվանդանոց՝ հետագա հետազոտումների համար:

Routine care for the healthy pregnant woman. Antenatal care Clinical Guideline # 6. National Institute for Clinical Excellence. October 2003

Պտղի սրտի կծկումների հաճախականության աուսկուլտացիա

Սլայդ 6-13

- Կարող է հաստատել, որ պտուղը կենդանի է:
- Չունի կանխատեսական նշանակություն:
- Ռուտինային ունկնդրումները խորհուրդ չեն տրվում:
- Պետք է անցկացվի մոր խնդրանքով, որպեսզի հաստատվի, որ պտուղը կենդանի է:

Պտղի ՄԿՀ ունկնդրումը կարող է հաստատել այն փաստը, որ պտուղը կենդանի է, բայց այն չունի կանխատեսական նշանակություն:

Այդ պատճառով խորհուրդ չի տրվում այն անցկացնել հաճախ նախաձննդյան այցելություններից դուրս:

Բայց կարելի է անել մոր խնդրանքով, որպեսզի նրան վստահեցնեն, որ պտուղը կենդանի է:

Routine care for the healthy pregnant Woman. Antenatal care Clinical Guideline # 6. National Institute for Clinical Excellence. October 2003

Աուսկուլտացիան առաջին մեթոդներից էր, որը կիրառում էին պտղի կենսագործունությունը ստուգելու համար: Աշխարհի տարբեր մասերի հետազոտող կլինիցիստների մեծ մասը հույս ունեին, որ այն կարող էր արդյունավետ մեթոդ դառնալ պտղի առողջության խանգարումների բացահայտման համար:

Աուսկուլտացիայի կիրառման մոտավորապես երկու դարի ընթացքում չի անցկացվել ոչ մի ռանդոմիզացված կարգավորված հետազոտություն, որը ուսումնասիրի դրա արդյունավետությունը: Պարզվեց, որ ոչ մի կապ չկա լավող սրտի կծկումների հաճախականության և պտղի վիճակի միջև՝ բացառությամբ սահմանային փուլի:

Սահմանային փուլ նշանակում է ծանր բրադիկարդիա: Սակայն պտղի սրտի բարախի լսումը պետք է անցկացվի կնոջ խնդրանքով: Դա բարձրացնում է նրա բավարարվածությունը նախաձննդյան հսկողությունից:

Parer JT, King T. Fetal heart rate monitoring: is it salvageable? Am J Pbstet Gynecol. 2000 Apr; 182(4):982-7.

Գերձայնային հետազոտություն

Սլայդ 6-14

- Ռուտինային ԳՁՀ հղիության վաղ փուլում (մինչև 22 շաբաթ) արդյունավետ է.
 - գեստացիոն տարիքի գնահատման համար,
 - բազմապտղության վաղ որոշման համար,
 - պտղի զարգացման արատի վաղ որոշման համար այն ժամանակ, երբ դեռ հնարավոր է հղիությունը ընդհատել:
- Ռուտինային ԳՁՀ-ն հղիության ուշ փուլում գտնվող ռիսկի ցածր խմբի հղիների համար, կամ նրանց, ում ռիսկի խումբը որոշված չէ.
 - մոր կամ պտղի համար չունի օգտակարություն:

Ռուտինային ԳՁՀ հղիության վաղ փուլում (մինչև 22 շաբաթ) արդյունավետ է գեստացիոն տարիքի գնահատման, բազմապտղության վաղ որոշման և պտղի զարգացման արատի վաղ որոշման համար այն ժամանակ, երբ դեռ հնարավոր է հղիությունն ընդհատել:

Ռուտինային ԳՁՀ հղիության ուշ փուլում գտնվող ցածր ռիսկի խմբի հղիներին կամ այն հղիների համար, ում ռիսկի խումբը որոշված չէ, օգուտ չունի մոր կամ պտղի համար:

What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe- Health Evidence Network report 2005

Ընդհանուր հետազոտություններ, որոնք կիրառվում են նախածննդյան խնամքի ժամանակ ԳՏՓՊ բացահայտելու համար

Սլայդ 6-15

- Որովայնի շոշափում:
- Արգանդի հատակի բարձրության չափում:
- Գերձայնային բիոմետրիա:
- Կենսաֆիզիկական թեստեր և պորտալարային զարկերակի դոպլերոմետրիա ԳՏՓՊ/ՆԱԳ ավստորոշման համար:

ԳՏՓՊ բացահայտելու համար կիրառվող մեթոդներն են. որովայնի շոշափում, արգանդի հատակի բարձրության չափում, գերձայնային բիոմետրիա, գերձայնային հետազոտություն՝ պտղի քաշի գնահատման համար և արյունահոսքի արագության գերձայնային հետազոտություն:

Չափումների մեծամասնությունը պահանջում է գործընթացի ճշգրիտ իմացություն՝ գեստացիայի ժամկետի մանրակրկիտ հաշվարկ: Թեստերի մեծամասնությունն ուղղված են ԳՏՓՊ-ի, այլ ոչ թե պտղի զարգացման դանդաղման ավստորոշման համար:

Հետազոտությունների մեծամասնության դեպքում հիմնականում կիրառում են միանգամյա չափումներ ԳՏՓՊ կանխատեսման համար, այն ժամանակ, երբ կա այն բանի ապացույցը, որ այդ չափումները դինամիկայում (գրավիդոզ-

քամա) ավելի արժեքավոր են պտղի համար վատ ելքի կանխատեսման առումով:

Դեպքերից մեծամասնությունում ուշադրություն չի դարձվում ԳՏՓՊ այնպիսի կարևոր կանխագուշակման գործոններին, ինչպիսիք են մոր հասակը, քաշը, ռասսան, մյուս երեխաների քանակը և պտղի սեռը:

Պետք է նշել, որ անհատական հետազոտությունները չեն կանխատեսում ԳՏՓՊ կամ ՆԱԴ, դրան կարելի է հասնել՝ միավորելով նորմայից թեքվող արդյունքները: Ախտաբանություն կարելի է հայտանբերել ԳՁՀ միջոցով, որը ցույց կտա փոքր պտուղը քիչ քանակի պտղաջրերով կամ էլ դուպլետմետրիայով, որը ցույց կտա արյունահոսքի ախտաբանական ցուցանիշները պորտալարային զարկերակում:

Պետք է հասկանալ, որ տարբերություն կա բիոմետրիական թեստերի (որոնք չափում են չափսը) և կենսաֆիզիկական թեստերի միջև (որոնք գնահատում են պտղի վիճակը): Բիոմետրիական թեստերը մշակված են նրա համար, որ բազմակի կիրառման դեպքում կանխատեսեն չափսը, այլ ոչ թե պտղի վիճակը: Մյուս կողմից, կենսաֆիզիկական թեստերը նախատեսված են ոչ թե չափսերի չափման, այլ պտղի վիճակի գնահատման համար:

Եթե պտուղն առողջ է, ապա նա չունի ացեդեմիա: Այդպիսի տարբերակում ենթադրում է այն փաստը, որ ԳՏՓՊ ախտորոշումը ավելի շատ հենվում է բիոմետրիական թեստերի արդյունքների վրա այն ժամանակ, երբ կենսաֆիզիկական թեստերի վատ ցուցանիշները վկայում են ՆԱԴ առկայության մասին, այլ ոչ թե՝ ԳՏՓՊ:

Պտղի վիճակի գնահատման համար կիրառվում են բիոմետրիական ախտաբանական թեստեր, ինչպիսիք են՝ արգանդի հատակի բարձրության դինամիկ չափում, հետազոտություն պտղի քաշի և պլացենտայի վիճակի գնահատման նպատակով, և կենսաֆիզիկական թեստեր, ինչպիսիք են՝ ոչ պթեսային թեստ, կարդիոտոկոգրաֆիա, կենսաֆիզիկական և մոդիֆիկացած պրոֆիլ (պտղի ակտիվության և ամփոտիկ հեղուկի ծավալի գերձայնային գնահատում), ինչպես նաև պորտալարային զարկերակում արյունահոսքի դուպլետմետրիա:

*Fetal Health surveillance In Labour SOGC Clinical Practice Guidelines NO. 112. 2002
The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists November 2002*

Որովայնի շոշափում

Սլայդ 6-16

Ունի սահմանափակ ախտորոշիչ ճշտգրտություն ԳՏՓՊ կանխատեսման մեջ:

Որովայնի շոշափումն ունի սահմանափակ ախտորոշիչ ճշտգրտություն ԳՏՓՊ (A) կանխատեսման մեջ:

*The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists November 2002*

Արգանդի հատակի բարձրության չափում

Սլայդ 6-17

- Արգանդի հատակի բարձրության չափումն ունի սահմանափակ ախտորոշիչ ճշտգրտություն նորածնի մոտ ԳՏՓՊ կանխատեսման համար:
- Արգանդի հատակի բարձրության չափման համար կիրառվող հատուկ մշակված գրաֆիկները բարելավում են ճշտգրտությունը:
- Չափումների շարքը (գրավիդոգրամա) բարձրացնում է զգայունությունը և մեթոդի առանձնահատկությունը:

Արգանդի հատակի բարձրության չափումն ունի սահմանափակ ախտորոշիչ ճշտգրտություն և հավաստիություն (զգայունություն՝ 27%, սպեցիֆիկություն՝ 88%) նորածնի մոտ ԳՏՓՊ կանխատեսման համար և չի կրճատում պերինատալ մահացությունը:

Արգանդի հատակի բարձրության չափման համար կիրառվող հատուկ մշակված գրաֆիկները բարելավում են ճշտգրտությունը: Չափումների շարքը (գրավիդոգրամա) բարձրացնում է զգայունությունը (մինչև 49%) և սպեցիֆիկությունը ԳՏՓՊ կանխատեսման համար:

Pearce JM, Campbell S. A comparison of symphysis-fundal height and ultrasound as screening tests for light-for-gestational age infants. BJOG 94: 100-104 1987

*Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review)In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005
Persson B, Stangenberg M. Prediction of size of infants at birth by Measurement of symphysis fundus heigh. BJOG 93: 206-211 1986*

*The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists November 2002
Gardosi, Jason & Francis, Andre. Controlles trial of fundal height measurement plotted on customised antenatal growth charts. BJOG 106: 309-317 1999*

Արգանդի հատակի բարձրության չափում. արդյոք կա՞ ԳՏՓՊ

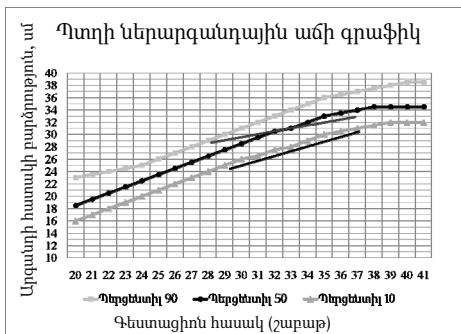
Սլայդ 6-18

• 28 շաբաթ՝ 24սմ	• 28 շաբաթ՝ 28սմ
• 32 շաբաթ՝ 27սմ	• 32 շաբաթ՝ 30սմ
• 36 շաբաթ՝ 30սմ	• 36 շաբաթ՝ 32սմ

Արգանդի հատակի բարձրության չափում. արդյոք կա՞ ԳՏՓՊ

Նախածննդյան զարգացման գրաֆիկի կիրառում

Սլայդ 6-19



Առավել կարևոր է աճի դինամիկան, այլ ոչ թե համապատասխան ժամկետի արգանդի հատակի բարձրության թվային արտահայտումը:

Գերձայնային բիոմետրիա

Սլայդ 6-20

- ԳՏՓՊ ախտորոշման համար կիրառվում են պտղի որովայնի շրջագծի և ենթադրելի քաշի ցուցանիշները:
- Կիրառեք 10-րդ պերցենտիլից ցածր շեմը ինչպես պտղի սպասելի քաշի, այնպես էլ պտղի որովայնի շրջագծի ցուցանիշների համար:
- Կիրառեք ԳՁՀ հատուկ մշակված գրաֆիկները:
- Չափի ցուցանիշներին ի հավելում, կիրառեք զարգացման արագության ցուցանիշները:

Պտղի որովայնի շրջագիծը (ՊՈՇ) և պտղի ենթադրելի քաշը (ՊԵՔ) ԳՏՓՊ որոշման առավել ճշգրիտ ախտաբանական ցուցանիշներն են:

Բարձր ռիսկի խմբի կանանց մոտ, ում ՊՈՇ-ը ցածր է 10-րդ պերցենտիլից, կարելի է կանխատեսել երեխաների ծնունդը 10-րդ պերցենտիլից ցածր քաշով:

Այդ կանխատեսման զգայնությունը կլինի 72.9-94.5% և սպեցիֆիկությունը 50.6-83.8%: ՊԵՔ համապատասխան տվյալները՝ զգայնություն 33.3-89.2% և սպեցիֆիկությունը 53.7-90.9 %:

Չանգի և համահեղինակների անցկացրած համակարգված ամփոփումը հայտնաբերեց, որ 10-րդ պերցինտիլի շեմն ուներ լավագույն զգայնությունը և սպեցիֆիկությունը, քան ուրիշ սովորաբար կիրառվող պերցինտիլը: Մեկ այլ հետազոտություն ցույց տվեց, որ ՊԵՔ 8 լավատեսական շեմքային նշանակություն ուներ պտղի դիսթրեսի դեպքում օպերատիվ ծննդաբերության կանխատեսման և նորածնին վերակենդանացման բաժին ուղարկելու համար:

Ծնվելիս հասակի համար մշակված հատուկ գրաֆիկները կամ ՊԵՔ գերձայնային հետազոտությունները հարմարեցված են նրա համար, որպեսզի կիրառվեն կարևոր անկախ ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ, ինչպիսին են մոր քաշը, մոր հասակը, էթնիկ պատկանելությունը, հղիությունների քանակը, քանի որ նրանք ունեն առավել զգայնություն ԳՏՓՊ որոշման և ՆԱԴ մորֆոմետրիկ ապացույցների համար, ինչպես նաև տալիս են դրական գնահատականներ և պերինատալ իրադարձությունների վատ կանխատեսումների քիչ սխալներ:

Պտղի զարգացման ցուցանիշների բազմակի չափումները (ՊՈՇ և ՊԵՔ) ունեն մեծ նշանակություն, քան ՊՈՇ և ՊԵՔ միանգամյա ցուցանիշները՝ ՆԱԴ և պերինատալ վատ ելքերի կանխատեսման համար: Սակայն միայն աճի ցուցանիշների կիրառումը աճի դանդաղման ախտորոշման մեջ (հատկապես, երբ սկանավորումների միջև ինտերվալը երկու շաբաթ է) կարող է հանգեցնել մեծ քանակի սխալ դրական արդյունքների:

Պտղի բիոմետրիայի աղյուսակները, որոնք մշակվել են լայնակի անալիզի արդյունքների հիման վրա, լայնորեն կիրառվում են պտղի աճի գնահատման համար: Սակայն միայն գրաֆիկները՝ հիմնված պտղի զարգացման ցուցանիշների բազմաթիվ չափումների վրա, կարող են ճիշտ արտացոլել պտղի աճը:

Այդպիսի գրաֆիկները ի հայտ են եկել բրիտանական բնակչության մտադրված լավ հետազոտության շնորհիվ և պետք է կիրառվեն պտղի աճի տեմպերը չափելու համար: Ի տարբերություն աճի բնույթի պարզ տեսողական հսկողության՝ շեղումների ստանդարտ սանդղակի կիրառումը, կտա աճի առավել վստահելի և ճիշտ գնահատական:

Գերձայնային հետազոտությունը ՆԱԴ ախտորոշման մեթոդներից մեկն է: Այդ հետազոտության ընթացքում գնահատվում է ցուցանիշների մի շարք որոնք ներառում են՝ պտղի ենթադրելի քաշը, գլխի շրջագիծը և որովայնի շրջագիծը: Դրանք հիմնվում են գլխի շրջագիծի, որովայնի շրջագիծի և ազդրերի երկարության չափումների վրա:

Որովայնի շրջագիծը և պտղի ենթադրելի քաշը ՆԱԴ որոշման համար առավել ճշտգրիտ ախտաբանական ցուցանիշներն են: Բարձր ռիսկի խմբում զգայնությունը 72.9-94.5% է, սպեցիֆիկությունը՝ 50.6-83.8%:

Արդյունավետությունն ավելի բարձր է դինամիկայի որոշման և հատուկ մշակված զարգացման գրաֆիկների կիրառման դեպքում:

*The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists November 2002
Vandenbosche RC, Kirchner JTR. Intrauterine growth retardation. Am
Fam Physician. 1998 Oct 15;58(6): 1384-90
Chang TC, Robson SC, Boys RJ, Spencer JA. Prediction of the small
for gestational age infant: which ultrasonic measurement is best? Obstet
Gynecol. 1992 80(6):1030-8*

Կենսաֆիզիկական թեստեր՝ ՆԱԴ ախտորոշում

Սլայդ 6-21

- Ամնիոտիկ հեղուկի ծավալը ունի նվազագույն նշանակություն ՆԱԴ ախտորոշման համար:
- Արգանդի զարկերակի դոպլերոմետրիան ունի սահմանափակ կիրառում ՆԱԴ ախտորոշման մեջ:

Անհրաժեշտ է հասկանալ տարբերությունը բիոմետրիկ (չափսի գնահատում) և կենսաֆիզիկական (պտղի վիճակի գնահատման) թեստերի միջև:

Բիոմետրիկ թեստերի խնդիրը չափսերի կանխորոշումն է և հետևողական չափումների դեպքում պտղի աճն է, բայց ոչ նրա վիճակը, այն դեպքում, երբ կենսաֆիզիկական թեստերը նախատեսված են վիճակի, այլ ոչ թե պտղի չափսերի գնահատման համար: Բոլոր կենսաֆիզիկական թեստերը, ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի չափումը, դոպլերոմետրիան, կարդիոտոկոգրաֆիան և ներառյալ կենսաֆիզիկական պրոֆիլի որոշումը, ցածր արդյունավետ են ԳՏՓՊ կամ ՆԱԴ ախտորոշման համար:

Ստորև բերված են մի շարք սահմանափակ ճշտությամբ կենսաֆիզիկական թեստերի արդյունքներ՝ ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի չափումը և արգանդի զարկերակում արյունահոսքի դոպլերոմետրիա:

Չնայած ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի չափման և նեոնատալ մորֆոմետրիայի միջև դրական փոխադարձ կապի՝ սխալ դրական արդյունքների հավանականությանը մեծ է: Ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսի համար թեստի դրական արդյունքը ունի հավանականության հարաբերություն (ՀՀ) 2.4 մաշկի ծալքի հաստության 10-րդ պերցենտիլից ցածր կանխատեսման դեպքում և ՀՀ 1.2 25-րդ պերցենտիլից ցածր նեոնատալ հասակ-քաշային ինդեքսի կանխատեսման դեպքում: Համապատասխան բացասական ՀՀ -0.6 և 0.8: Ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսի սերիական չափումները ունեն այդպիսի ոչ սփոփիչ արդյունքներ:

2000թ. հրատարակված համակարգված ամփոփումը հայտնաբերեց, որ արգանդի զարկերակի արյունահոսքի դոպլերոմետրիան ունի սահմանափակ ճշտություն ՆԱԳ կանխատեսման և պերինատալ մահացության համար: Ռիսկի ցածր խմբում գտնվող հղիների մոտ հանրագումարային ՀՀ ՆԱԳ կանխատեսման համար 3.6 էր դրական թեստի և 0.8 բացասական թեստի համար: Նույնիսկ կանանց համար, որոնք պատկանում են բարձր ռիսկի խմբում, հանրագումարային ՀՎ 2.7 էր դրական և 0.7 բացասական թեստի համար: Չնայած ՊԱԳ-ի կանխատեսման համար սահմանում են արյունահոսքի զանազան չափանիշներ, ինչպիսիք են պտղի աորտայի և ուղեղային զարկերակի զարկային ինդեքսը, դրանց կիրառումը պետք է ավելի մանրամասն դիտարկել առաջնային և երկրորդային ուսումնասիրություններում:

Ախտորոշման գործընթացում սովորաբար գնահատվում են մեկ կամ մի քանի չափանիշներ ամեն շաբաթ կամ հաճախ շաբաթը երկու անգամ, որպեսզի որոշվի պտղի պոտենցիալ հետծննդյան (պոստնատալային) կենսունակությունը:

Ամնիոտիկ հեղուկի գնահատումը իրականացվում է շաբաթը մեկ անգամ, բայց եթե նրա մակարդակը իջնում է, ապա անհրաժեշտ է կատարել ավելի հաճախակի հետազոտություններ: Ծայրահեղ դեպքերում կարող է իրականացվել պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի գնահատում կամ ոչ պրեկային թեստ, որն անհրաժեշտ է կատարել ամեն օր կամ ավելի հաճախ: Եթե դոպլերային թեստերը անհասանելի են, պետք է օգտագործել պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի որոշումը որպես ՆԱԳ-ով պտղի հետազոտման առաջնային մեթոդ:

*Ferrazzi E, Bellotti M, Vegni C, Barbera A, Della Peruta S, Ferro B, et al
Umbilical flow waveforms versus fetal biophysical profile in hypertensive pregnancies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989;33:*

Թեստեր, որոնք կիրառվում են նախածննդյան խնամքի ժամանակ ՆԱԳ կասկածով՝ պտղի հետազոտման համար

Սլայդ 6-22

- Նախածննդյան կարդիոտոկոգրաֆիա (ոչ պրեկային թեստ):
- Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլ:
- Պորտային զարկերակի դոպլերոմետրիա:

Սլայդի վրա թվարկված են թեստեր, որոնք կիրառվում են ԳՏՓՊ կասկածով պտղի հետազոտման գնահատման համար (տվյալները վերցված են գրականությունից, որը նշված է ներքևում):

*The investigation and management of the small for gestational age fetus.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists November, 2002*

Ցնցումների կանխարգելում (2)

Նախաձննդյան կարդիոտոկոգրաֆիա (ոչ սթրեսային թեստ)

Սլայդ 6-23

- Ծննդաբերությունից առաջ կարդիոտոկոգրաֆիայի(ԿՏԳ) ռոտինային հետազոտությունը պտղի վիճակի գնահատման համար չի բարելավում պերինատալ ելքերը:
- Պետք է կիրառել միայն պտղի վիճակի վատացման դեպքում, որպեսզի հանգստացնեն մորը և հնարավորություն տան բուժաշխատողներին օբյեկտիվ գնահատել պտղի վիճակը:

«Ծննդաբերությունից առաջ կարդիոտոկոգրաֆիայի (ԿՏԳ) կիրառումը պտղի վիճակի գնահատման համար կապված չէ պերինատալ ելքերի լավացման հետ: Ավելին ունդումիզացված հետազոտությունների համակարգային վերլուծությունը ցույց է տվել, որ կանանց խմբում, որտեղ կատարվել է

ԿՏԳ, պերինատալ մահացությունը ավելի մեծ է, քան այն խմբում, որտեղ այն չի անցկացվել: Ըստ Ապգարի սանդղակի՝ ցածր ցուցանիշների և աջիդոզի կանխատեսման մեջ կարդիոտոկոգրաֆիայի (ԿՏԳ) արդյունքների համակարգային համակարգերով մեկնաբանումը ավելի հստակ է, քան կլինիկական կարծիքը: Այնուամենայնիվ, կիրառողների լայն շրջանակի համար կլինիկական խորհուրդների մշակումից առաջ անհրաժեշտ է այս տեխնոլոգիաների հետազոտ գնահատումը:

ԿՏԳ տեխնոլոգիան առաջին անգամ մշակվել է 1950թ.: 1960-ական թթ. ձևավորվել են ԿՏԳ-ին վերաբերող տեսություններ, սահմանափակ քանակությամբ փորձարարական և գործնական ապացույցներ են ստացվել այդ տեսությունների օգտին: Դա նպաստեց այս մեթոդի կիրառմանը, և շատ ծննդատներ ձեռք բերեցին ԿՏԳ մոնիտորներ իրենց ծնարանների համար (սկզբից սահմանափակ քանակի, իսկ ավելի ու այնքան, որ բոլոր ծննդաբերող հղիները լինեն հսկողության տակ):

Ի սկզբանե կլինիցիստները սպասում էին, որ ԿՏԳ կարող է լուծել երկու խնդիր: Առաջին հերթին այն կծառայի որպես սկրինինգ թեստ ծանր ասֆիքսիայով երեխայի ծնվելու ժամանակ (բավարար է ծանր ասֆիքսիայի, առաջնային պտղի նյարդաբանական ախտահարման կամ մահվան ելքի ենթադրման համար):

Երկրորդ հերթին ԿՏԳ մոնիտորինգը թույլ էր տալու բացահայտել մետաբոլիկ աջիդոզի առաջացման վաղ նշանները, որպեսզի ժամանակին ցուցաբերած մանկաբարձական օգնությունը կարողանա կանխել նորածնի գլխուղեղի ախտահարումը կամ մահը՝ պայմանավորված ասֆիքսիայով:

Նորածնի վիճակի կանխատեսման համար պրենատալ կամ ինտրանատալ ԿՏԳ կիրառման հասկացությունը ընդունվեց մանկաբարձական պրակտիկայում, դրան արագ հետևեց ԿՏԳ մոնիտորինգի կիրառումը:

ԿՏԳ մոնիտորինգի ներդրումով ենթադրվում էր, որ բոլոր նորածնային մահերը ծննդաբերության ժամանակ և երեխաների մոտ ուղեղային կաթվածի

դեպքերը կապված էին ծննդաբերության ժամանակ առկա ասֆիքսիայի հետ:

Ավելի թարմ տվյալները խոսում են այն մասին, որ ուղեղային կաթվածի դեպքերի 10%-ն է միայն պայմանավորված ծննդաբերության ժամանակ առկա ասֆիքսիայի հետ: Պարզվեց, որ ուղեղային կաթվածի դեպքերի մեծամասնությունը պայմանավորված է զարգացման արատներով, բջջային միզրացիայի թերություններով, ինֆեկցիաներով, թույներով, պտղի նախածննդյան իշեմիկ և ասֆիքսիային նոպաներով և այլ պատճառներով: Ցավոք, ուղեղային կաթվածի տարածվածությունը չի իջել ԿՏԳ մոնիտորինգի ներդրումով:

Ոչ սթրեսային թեստի առավելությունը. հեշտ է օգտագործվում, հակացուցումներ չկան:

Ոչ սթրեսային թեստի թերությունները. ուշ է կանխատեսում հիպօքսիան/ացիդոզը, բարձր ռիսկի խմբի կանանց անհրաժեշտ է կրկնել շաբաթը երկու անգամ, ցույց է տալիս միայն սուր հիպօքսիան, տալիս է սահմանափակ քանակության տեղեկատվություն պտղի խրոնիկ փուլի մասին, քիչ հավաստի է փոքր ժամկետներում, 85%-ը կունենան ռեակտիվ ոչ սթրեսային թեստ 28-32 շաբաթական ժամկետում:

Խոշորագույն չորս կլինիկական հետազոտությունների տվյալների վերլուծությունը չի տալիս ոչ մի հիմնավորում բարձր ռիսկի բացակայության պայմաններում, որպես պտղի վիճակի գնահատման լրացուցիչ մեթոդ, կիրառել ոչ սթրեսային ԿՏԳ:

Բացի դրանից չի հայտնաբերվել ԿՏԳ զգալի ազդեցություն կեսարյան հատումների հաճախականության, ըստ Ապգարի սանդղակի ցածր բալերի, նորածինների մոտ խխտաբանական նյարդաբանական խանգարումների, նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք հուպիտալացման հաճախականության վրա: Այնուամենայնիվ, պերիանատալ մահացությունը բարձրացել է:

Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլ

Սլայդ 6-24

- Կանխատեսման արժեքը բարձր է ոչ սթրեսային թեստի համեմատությամբ:
- Սակայն չի բերում ելքի լավացման ռոտինային հետազոտման ժամանակ:
- Կիրառելի է բարձր ռիսկի դեպքերում:
- Պտղի մոդիֆիկացված կենսաֆիզիկական պրոֆիլը (ըստ 2 չափանիշների) արդյունավետ է այնպես, ինչպես 5 բաղադրիչները:

Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլը (ՊԿՊ) բալերով գնահատվող թեստ է, այն անցկացվում է 30 րոպեի ընթացքում:

Դա գնահատում է պտղի վարքը, շարժողական ակտիվության, շնչառական շարժումների, արգանդի տոնուսի և ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի մոնիտորինգի միջոցով, ինչպես նաև ակցելերացիաների առկայությունը ԿՏԳ-ում:

Ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի իջեցումը կծիկային ֆիլտրացիայի իջեցման անուղղակի նշան է, պտղի երիկամների կողմից սրտի թուլեական ծավալի շունտավորման հետևանքով՝ ի պատասխան խրոնիկ հիպօքսիայի:

Պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլը որոշվում է ռեալ ժամանակում B-ռեժիմի գերձայնի օգնությամբ:

0 (բացակայություն) կամ 2 (առկայություն) գնահատական տրվում է աղյուսակ III-ում նկարագրված յուրաքանչյուր 4 հետազոտվող չափանիշի:

Առավելագույն հնարավոր գնահատականը 8-ն է՝ առանց ոչ սթրեսային թեստի կամ 10-ը՝ նշված թեստի հետ միասին: Վարման պլանը կախված է կենսաֆիզիկական պրոֆիլի գնահատականից, որը արտահայտվում է բալերով:

Կասկածելի արդյունքով (10-ից 6 նորմալ ծավալի պտղաշրթերի դեպքում) հիվանդի կրկնակի գնահատումը կլինի որոշիչ 75% դեպքում: Եթե հանկարծ արդյունքները կլինեն նորից կասկածելի կամ վատ, ապա խորհուրդ է տրվում ծննդալուծել ըստ պտղի հետ կապված ցուցումների (II-3B) :

Մոդիֆիկացված ՊԿՊ գնահատում է միայն 2 չափանիշ՝ ակցելերացիաների առկայությունը ԿՏԳ-ում և ամնիոտիկ հեղուկի քանակը: Եթե ամնիոտիկ խոռոչի միջին գրպանը փոքր է 2 սմ, ապա կենսաֆիզիկական պրոֆիլը որոշում է դա որպես սակավաջրության նշան:

Կա սովորաբար կիրառվող երկու այլ մեթոդ:

Առաջին՝ ուղղահայաց գրպանի առավելագույն խորություն: Սույն մեթոդը գրպանի խորության 2-8 սմ նորմալ է համարում, 1-2 սմ որպես սահմանային, <1սմ որպես իջած, >8սմ որպես բարձրացած:

Երկրորդ մեթոդը ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսն է: Սրա միջոցով փորձում են քանակապես գնահատել ամնիոտիկ հեղուկի ընդհանուր քանակը՝ գումարելով հեղուկի ամենախորը ուղղահայաց գրպանը արգանդի չորս անկյունաչափին, որի դեպքում կենտրոնական կետ համարվում է պորտը: Տվյալ մեթոդի կիրառում է 5-րդ և 95-րդ պերցենտիլը գետնացիոն հասակի համար, որպեսզի նույնականացվի սակավաջրությունն ու գերջրությունը:

Վերջերս կատարված կոհորտային հետազոտությունը հաստատեց ուղեղային կաթվածի զգալի իջեցում 4,74/1000-ից ցածր ռիսկի չհետազոտված խմբում մինչև 1,33/1000, բարձր ռիսկի հետազոտված խմբում:

(II-3B) հղիների մոտ, որոնց մոտ գնահատականը 10-ից 8 է կամ 10-ից 6 է, (հեղուկի անոմալ ծավալ) ցուցված է հասուն պտղի ծննդալուծումը: 34 շաբաթից փոքր Գետնացիոն տարիքի անհաս պտուղներին ցանկալի է ինտենսիվ հսկողություն նրա հասունության առավելագույն մեծացման համար (III-C):

Robert Liston, Vancouver BC, Joan Crane,

Foetal health surveillance in labour.,

SOGC Clinical Practice Guidelines. No. 112, April 2002

Պորտալարային զարկերակի արյան հոսքի դոպլերոմետրիա

Սլայդ 6-25

- Արյունահոսքի արագության հետազոտությունը չի համարվում սկրինինգի կիրառելի մեթոդ ցածր ռիսկի հղիության համար:
- Իջեցնում է նորածնի հիվանդացությունը 29%, իսկ պերինատալ մահացությունը 38%, եթե կատարվում է ըստ ցուցումների:
- Ցուցումների առկայության դեպքում (ՆԱԴ-կասկածով) պորտալարային զարկերակի դոպլերոմետրիային կիրառումը համարվում է ավստորոշման առավել ճշգրիտ մեթոդ:

Համակարգային ամփոփումը մետաանալիզով տվեց համոզիչ ապացույցներ այն մասին, որ բարձր ռիսկի խմբի պտուղների հետազոտման համար պորտալարային զարկերակի համար արյունահոսքի դոպլերոմետրիայի կիրառումը իջեցնում է մահացությունը և հիվանդացությունը:

Դեռ ավելին, դոպլերի կիրառման շտրիկով զգալի իջել է նախածննդյան հոսպիտալացման և ծննդաբերական գործունեության խթանման քանակը: Հետազոտությունները, որտեղ համեմատվել են պտղի ՄԿՀ, կենսաֆիզիկական պրոֆիլը և պորտալարային զարկերակի արյան հոսքի դոպլերոմետրիան, հայտաբերեց, որ միայն պորտալարային զարկերակի արյան հոսքի դոպլերոմետրիան ունի կշիռ ԳՏՓՊ պտուղների համար պերինատալ վատ ելքի կանխատեսման մեջ: Դոպլերոմետրիայի կիրառումը չի բերում միջամտությունների մեծացման, քանի որ սխալ դրական թեստերի քանակը մեծ չէ (բարձր ռիսկի խմբի կանանց համար պորտալարային զարկերակի բոլոր թեստերի 2,7%): Կա այնպիսի ապացույց, որ դոպլերոմետրիայի կիրառումը ԳՏՓՊ վարման դեպքում կրճատում է օգտագործվող ռեսուրսները:

Պորտալարային զարկերակում արյունահոսքի արագության դոպլերոմետրիան խորհուրդ չի տրվում կիրառել որպես սկրինինգային մեթոդ բոլոր հղի կանանց համար:

Պարզ է, որ ներկայումս պորտալարային զարկերակում արյունահոսքի արագության դոպլերոմետրիան համարվում է արդյունավետ հղիության ժամանակ, որոնք բարդացել են պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղումով կամ դրանք ուղեկցող հիպերտենզիայով/պրեէկլամպսիայով:

Այս հետազոտությունները օգտակար կարող են լինել հղիության համար, որը կապված է բարձր ռիսկի հետ, սակայն պահանջվում են ավելի շատ հետազոտություններ, որպեսզի ի հայտ բերվի հղիների յուրահատուկ խմբերը:

Պորտալարային զարկերակի արյունահոսքի տատանման անալիզի առավել հաճախ կիրառվող մեթոդը սիստոլիկ-դիաստոլիկ փոխհարաբերությունն է (ՄԴՓ): Սակայն դիաստոլիկ արյունահոսքի առկայությունը առավել նշանակալի է կլինիկական տեսանկյունից, քան ՄԴՓ բացարձակ մեծությունը:

Զրոյական և ռեբրսային արյունահոսքը պորտալարային զարկերակում համարվում է պտուղ-պլացենտային արյան շրջանառության ծայրահեղ խանգարում, որին 3-7 օրվա ընթացքում հետևում է պտղի նախածննդյան մահը:

Արյունահոսքի անոմալ տատանման բացահայտման հիման վրա միջամտությունը թույլ է տալիս իջեցնել մահացությունը պերինատալ շրջանում 38% ռիսկի խմբի հղիության դեպքերում (վստահելի ինտերվալը 15-55%) (I-A)։

Ապացուցված է, որ պտղի համար անվտանգ է արյունահոսքի արագության հետազոտությունը կրկնել 2 շաբաթ ընդմիջումներով։

*Fetal health surveillance in labour.,
SOGC Clinical Practice Guidelines. No. 112, April 2002*

Ներարգանդային աճի դանդաղումով պտղի նկատմամբ հսկողությունը հղիության ընթացքում

Սլայդ 6-26

- Սկրինինգ.
 - Գրավիդոգրամա-ՆԱԴ-ի ախտորոշման համար հարմար սկրինինգային միջոց է առողջ հղիների մոտ։
- Ախտորոշում.
 - Եթե հնարավորություն կա ախտորոշման հաստատման համար, կիրառե՛ք գերձայնային բիոմետրիա։
- Մոնիտորինգ.
 - դոպլերոմետրիա - լավագույն մեթոդը պտղի մոնիթորինգի համար ՆԱԴ-կասկածի դեպքում։
- Եթե դոպլերոմետրիկ ցուցանիշները նորմալ են, ապա մեծ է հավանականությունը, որ գետնացիոն տարիքի համար փոքր պտուղը չունի ներարգանդային զարգացման դանդաղում։

Եթե անոմալիաների և պորտալարային զարկերակի արյունահոսքի դոպլերոմետրիայի սկանավորման արդյունքները նորմալ են, ապա պտղի փոքր չափերը համարվում է նորմալ տվյալ հղիության համար։ Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ այդպիսի պտուղների ամբուլատոր վարումը բացարձակ անվտանգ է։

Բացի այդ, ԳՏՓՊ պտուղների հետազոտման երկու ռեժիմների ռանդոմիզացված ղեկավարվող փորձարկումները, որոնց մոտ նորմալ էին պորտալարի զարկերակային դոպլերոմետրիայի ցուցանիշները, ցույց են տվել, որ մոնիտորինգը, որը իրականացվել է շաբաթը երկու անգամ ի համեմատություն 2 շաբաթը մեկ անցկացված մոնիտորինգի, հանգեցրել է վաղ ծննդաբերության և ծննդաբերությունների ավելի շատ դրդման՝ առանց նեոնատալ հիվանդացության մեջ տարբերության։ Այդ պատճառով ԳՏՓՊ պտղով մոնիտորինգի և Դոպլերի նորմալ արդյունքների հաճախականությունը չպետք է լինի ավել, քան շաբաթը մեկ անգամ։

Նախաձննդյան հետազոտությունների հաճախականությունը պետք է համապատասխանի ասֆիքսայի ենթադրյալ ռիսկին կամ հղիների մոտ դրանց գործնական անհրաժեշտությանը։ Օրինակ, հղի համար, ով նկատում է պտղի շարժունակության ժամանակավոր նվազում, բավարար է մեկ ստանդարտ հետազոտություն։ Համոզվելով, որ պտուղը լավ է, եթե չկան ռիսկի այլ գործոններ, կարելի է անցնել սովորական նախաձննդյան խնամքի։

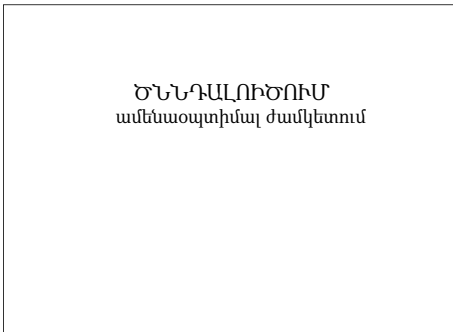
Նախաձննդյան հետազոտությունների հաճախականությունը պետք է համապատասխանի ռիսկի մակարդակին։ Այն դեպքերում, երբ ռիսկը դեռ կա, պետք է շարունակել հետազոտությունը շաբաթը մեկ կամ երկու անգամ (II-3B)։

Մակայն կարող է անհրաժեշտություն առաջանալ ամենօրյա (կամ ավելի հաճախ) նախածննդյան հետազոտության, որպեսզի որոշվի ծննդաբերության ժամանակը և առավելագույնս մեծացվի գեստացիոն տարիքը և հնարավոր լինի խուսափել անհաս պտղի նշանակալի հիվանդացություններից (III-C) (օրինակ՝ ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում):

*Fetal health surveillance in labour.,
SOGC Clinical Practice Guidelines.No. 112, April 2002.*

ՆԱԴ միակ արդյունավետ բուժում

Սլայդ 6-27

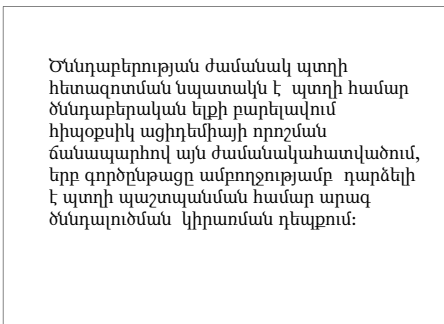


Պտղի լուրջ ՆԱԴ-ի և լուրջ վնասվածքների դեպքում, շտապ ծննդալուծումը համարվում է բուժման լավագույն մեթոդ:
Եթե ՆԱԴ համակշռված փուլում է, անհրաժեշտ է անցկացնել պտղի վիճակի հաճախակի գնահատում:

Հետազոտման նպատակը կայանում է զարգացման վիճակի ժամանակին ճիշտ որոշման մեջ, որը սպառնում է պտղի կյանքին: Այդ դեպքերում արագ վաղաժամ ծննդալուծումը լավագույն տարբերակն է պտղի կյանքը փրկելու և հիվանդացության կանխման համար, քան հղիության երկարացում, երբ արգանդի մեջ գտնվելը դառնում է ավելի վտանգավոր:

Ծննդաբերության ժամանակ պտղի վիճակի գնահատում

Սլայդ 6-28



Այս սլայդը բացատրում է պտղի վիճակի գնահատման նպատակը ծննդաբերության ժամանակ:

*Fetal health surveillance in labour.,
SOGC Clinical Practice Guidelines.
No. 112, April 2002*

Պտղի ՄԿՀ անընդհատ մոնիտորինգ ծննդաբերության ժամանակ

Սլայդ 6-29

- Ցուցումներ պտղի ՄԿՀ էլեկտրոնային անընդհատ մոնիտորինգի համար.
 - մոր կողմից,
 - պտղի կողմից,
 - ինտրանատալ վիճակներ:

Ցուցումներ պտղի ՄԿՀ էլեկտրոնային անընդհատ մոնիտորինգի համար

Ցուցումներ մոր կողմից	Ցուցումներ պտղի կողմից	Ինտրանատալ վիճակներ
Անամսեզում կեսարյան հատում	Պտղի զարգացման դանդաղում	Ծննդաբերական գործունեություն
Պրեէկլամպսիա	Անհասություն	Խթանում
Գերհասուն հղիություն (>42 շաբաթ)	Սակավաջրություն	Օքսիտոցինով
Պտղապարկի երկարատև պատռում (>24 ժամ)	Զարկերակում արյունահոսքի դոպլերոմետրիայի նորմայից շեղված արդյունքներ	Էպիդուրալ անզգայացում
Դրդված ծննդաբերություն	Բազմապտղություն	Ծննդաբերության ժամանակ հեշտոցային արյունահոսություն
Շաքարային դիաբետ	Պտղաջրեր՝ գունավորված մեկոնիումով	Մոր տենդ
Նախածննդյան արյունահոսություն	Հետույքային առաջադրություն	Պտղաջրեր մեկոնիումի պինդ մասերով (թարմ մեկոնիում)

Ինչ վերաբերում է պտղի անընդհատ էլեկտրոնային մոնիտորինգին, ապա բոլոր մասնագետները պետք է ծանոթ լինեն թղթե ժապավենի շարժման արագության հետ, որը կիրառվում է ամեն դեպքում՝ ոչ ճիշտ մեկնաբանությունից խուսափելու համար: Պտղի անդադար էլեկտրոնային մոնիտորինգի նշումների վրա անհրաժեշտ է ֆիքսել կոնկրետ ժամը:

Պտղի անդադար էլեկտրոնային մոնիտորինգի նշումները պետք է ճշտվեն և գրի առնվեն 15 րոպեն մեկ ծննդաբերության ակտիվ փուլում և, նվազագույնը, ամեն 5 րոպեն ծննդաբերության երկրորդ փուլում (C):

Պտղի անընդհատ էլեկտրոնային մոնիտորինգի նշումների ստացման ժամանակը պետք է համեմատել արգանդի կծկումների հետ:

Կծկումների հաճախականությունը, երկարությունը և ինտենսիվությունը պետք է գնահատել և գրի առնել:

Հետազոտությունն անցկացնելու համար կարելի է կիրառել որովայնի շոշափում, տոկոդինամոմետր կամ ներարգանդային ճնշման կատետր(C):

Պրակտիկ բժիշկները պետք է կիրառեն ստանդարտ տերմինաբանություն էլեկտրոնային մոնիտորինգի ցուցումներով պտղի ՄԿՀ նկարագրելու համար(C):

Ծննդաբերական հոսպիտալացման համար չկան թեստերի կիրառման բավարար տվյալներ, որպեսզի իրականացնեն հետագա հետազոտությունները որոշելու համար այդպիսի սկրինինգային մոտեցումների օգտակարությունը (C):

The use of Electronic Fetal Monitoring-The use and interpretation of Cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based Clinical Guideline Number 8. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.2001

Fetal health surveillance in labour., SOGC Clinical Practice Guidelines. No. 112, April 2002

Պտղի սրտի կծկումների հաճախականության մակարդակները

Սլայդ 6-30

Կարդիոտոկոգրաֆիայի դասակարգում (ԿՏԳ)

- Նորմալ.
 - երբ ԿՏԳ բոլոր **չորս** չափանիշը գտնվում են նորմայի սահմաններում:
- «Կասկածելի».
 - երբ ԿՏԳ **մեկ** չափանիշ գտնվում է սպառնացող մակարդակում, իսկ մնացածները՝ նորմայի սահմաններում:
- «Ախտաբանական».
 - երբ ԿՏԳ **երկու** կամ ավելի չափանիշ գտնվում են սպառնացող մակարդակում կամ մեկ կամ ավելի չափանիշներ՝ անոմալ չափանիշում:

Կարդիոտոկոգրաֆիայի դասակարգում (ԿՏԳ)

«Նորմալ».

- երբ ԿՏԳ բոլոր չորս չափանիշը գտնվում են նորմայի սահմաններում:

«Կասկածելի».

- երբ ԿՏԳ մեկ չափանիշ գտնվում է սպառնացող մակարդակում, իսկ մնացածները՝ նորմայի սահմաններում:

«Ախտաբանական».

- երբ ԿՏԳ երկու կամ ավելի չափանիշ գտնվում են սպառնացող մակարդակում կամ մեկ կամ ավելի չափանիշներ՝ անոմալ չափանիշում:

Պտղի դասակարգման չափանիշներ				
Մակար-դակներ	Բազալ ռիթմ գ/վ	Վարիաբե-լություն գ/վ	Դեցելերացիա	Ակցելերացիա
Նորմալ	110-160	≥5	Չկա	Կա
Սպառնա-ցող	100-109 161-180	<5 ≥40, բայց ոչ <90 բույե- ում	Վաղ դեցելերացիա Վարիաբելային դեցելերացիա Երկարացված դեցե- լերացիա մինչև 3 բույե	Նորմալ ԿՏԳ- ով ակցելերա- ցիայի բացա- կայությունը ունի կասկա- ծելի նշանա- կություն
Ախտաբա- նական	<100 >180 սի- նուստի- դալ ռիթմ≥10 բույեում	<5 ≥90 բույե- ում	Ատիպիկ վարիաբե- լային դեցելերացիա Ուշ դեցելերացիա Եզակի երկարաց- ված դեցելերացիա 3 բույեից ավելի	

*The use of Electronic Fetal Monitoring-The use and interpretation of
Cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based
Clinical Guideline Number 8. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.2001*

Կասկածելի ԿՏԳ-ի դեպքում

Սլայդ 6-31

- Շարունակեք մոնիտորինգը և, եթե հնարավոր է, կատարեք ծննդալուծում:
- Ախտաբանական ԿՏԳ ստացման դեպքում միակ արդյունավետ բուժում՝ ծննդալուծումն է:

Եթե ԿՏԳ ցուցանիշները կասկածելի են, պետք է միջոցներ ձեռնարկել պտղի պաշտպանության համար: Երբ ԿՏԳ ցուցանիշները հայտնվում են ախտաբանական մակարդակում, անհրաժեշտ է միջոցներ կիրառել պտղի պաշտպանության համար և ինչպես նաև պետք է վերցնել պտղից արյուն, եթե այն հնարավոր/տեղին է:

Եթե անհնար/տեղին չէ վերցնել պտղից արյուն, այդ դեպքում անհրաժեշտ է արագացնել ծննդալուծումը:

*Clinical Guideline Number 8. RCOG Royal College of
Obstetricians and Gynaecologists.2001*

«Պտղի դիսթրես» և «Պտղի հիպոսիա»

Սլայդ 6-32

- Տերմինները սպեցիֆիկ և ճշգրիտ չեն:
- Նրանք ունեն ցածր դրական կանխատեսման գնահատական նույնիսկ բարձր ռիսկի խմբերում:
- Դեպքերի մեծամասնությունում երեխաները առողջ կլինեն:
- Այս տերմինների գործածումը իր հետ կրերի ոչ ճիշտ գործողություններ:

Մանկաբարձական պրակտիկայի հանձնաժողովը մտահոգված է «ֆետալային դիսթրես» տերմինի՝ որպես նախաձեռնողային կամ ինտրանատալ ախտորոշման, ինչպես նաև «ասֆիքսիա ծննդաբերության ծամանակ» տերմինի՝ նեոնատալ ախտորոշման գործածման մեջ:

Հանձնաժողովը հաստատում է, որ «ֆետալային դիսթրես» տերմինը ճիշտ չէ և սպեցիֆիկ չէ: Որպեսզի չխանգարվի երկու մասնագիտությունների բժիշկների՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների փոխըմբռնումը, «ֆետալային դիսթրես» տերմինը պետք է փոխարինել «պտղի վիճակին սպառնացող» տերմինով՝ եզրակացության հետևյալ նկարագրությամբ (այսինքն՝ կրկնվող վարիաբելային դեցելերացիա, տախիկարդիա կամ պտղի բրադիկարդիա, ուշացած դեցելերացիա, կամ պտղի բիոֆիզիկական ցածր պրոֆիլ):

Տերմինն ունի ցածր դրական կանխատեսման արժեք նույնիսկ բարձր ռիսկի խմբում, և հաճախ այն կիրառվում է այն նորածինների նկատմամբ, որոնց վիճակը ծնվելիս լավ է, որը հաստատում է Ապգարի սանդղակի գնահատմամբ կամ պորտալարի արյան զազերի քննությունով, կամ այդ երկու ցուցանիշներով:

Նախկինում «ֆետալային դիսթրես» տերմինը վերաբերում էր հիվանդ պտղին, հիմա «պտղին սպառնացող վիճակ» տերմինը փոխանցում է պտղի վիճակի մասին տեղեկատվության բժիշկների մեկնաբանությունը (այսինքն՝ բժիշկը վստահ չէ իր եզրակացությունների մեջ): Սրանով են պայմանավորված անճշտությունները, որոնք բնորոշ են տվյալների մեկնաբանությանը: Այդ պատճառով, «պտղին սպառնացող վիճակը» չի հակասի երեխայի ծննդին:

Ֆետո-պլացենտային անբավարարությունը՝ հաստատված ԳՁՀ արդյունքների վրա, համարվում է հղիության ախտաբանության բաժանմունքում հղի կանանց հոսպիտալացման հիմնական պատճառներից մեկը հետխորհրդային երկրներում: «Ֆետո-պլացենտարային անբավարարությունը» հիվանդություն չէ, այն պաթոֆիզիոլոգիական գործընթաց է:

«Պտղի հիպոսիա»-ն կլինիկական վիճակ չէ, այն մետաբոլիկ գործընթաց է (մետաբոլիկ ացիդեմիա), որը կարելի է հաստատել արյան զազերի քննությունով: Հնարավոր հիպոսիայի և ՖՊԱ մասին վկայող առաջատար կլինիկական վիճակներից է համարվում պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղումը: ՆԱԴ-ը դեկոմպենսացված ֆետո-պլացենտային անբավարարության առավել օբյեկտիվ ինդիկատորն է:

Ֆետո-պլացենտային անբավարարության որոշիչներից մեկը ախտաբանական վիճակն է, որի ժամանակ իջնում է պլացենտայի՝ մոր և պտղի միջև աղեկվատ փոխանակման կապը պահելու կարողությունը, այդ դեպքում խանգարվում է պլացենտայի և պտղի օրգանիզմի մետաբոլիկ, տրոֆիկ, էնդոկրին, տրանսպորտարային, պատնեշային, գազաձավալային ֆունկցիաները:

Հիպօքսեմիան արյան մեջ թթվածնի հագեցվածության իջեցումն է: Հիպօքսիան բջջում և հյուսվածքում թթվածնի հագեցվածության իջեցումն է: Անօքսիան բջիջներում թթվածնի ծայրահեղ ցածր հագեցվածությունն է, որին հետևում է մահ:

Ֆետո-պլացենտային համակարգի ադապտացիան, ի պատասխան հիպօքսեմիայի, կապված է թթվածնի կապման արդյունավետության բարձրացմամբ և բոլոր հյուսվածքներում աերոբ տիպի գլիկոլիզի պահպանմամբ: Կլինիկորեն այն ունի իր արտահայտումը պտղի շարժումների նվազման տեսքով և նրա աճի դանդաղումով: Այդ վիճակում պտուղը կարող է ապրել մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթ, բայց ոչ երբեք ամիս:

Հիպօքսիայի առաջացման դեպքում տեղի է ունենում սթրեսային հորմոնների արտազատում և արյան հոսքի վերաբաշխում, պերիֆերիկ թաղանթում մետաբոլիզմը փոխվում է անաերոբ տիպի: Կլինիկական դրսևորումը՝ պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղումն է: Հիպօքսիայի վիճակում պտուղը կարող է ապրել մի քանի օր:

Թթվածնով ծայրահեղ քիչ հագեցվածության դեպքում (համարյա նրա բացակայությունը-անօքսիա) տեղի է ունենում արյունահոսքի առավելագույն վերաբաշխում բոլոր օրգաններում ու հյուսվածքներում՝ ներառյալ ուղեղը, մետաբոլիզմի տիպը դառնում է անաերոբ: Կլինիկորեն այն երևում է սրտային գործունեության խանգարմամբ, իսկ հետո նաև մահով:

*Akush Ginekol (Mosk). 1991 Feb;(2):43-6.(Article in Russian)
Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric) Practice. Committee Opinion #303: Obstet Gynecol.2004; 104(4):903*

«Ինտրանատալ ասֆիքսիա» (1)

Սլայդ 6-33

- Ինտրանատալ ասֆիքսիայի չափանիշներ.
 - Ապգարի սանդղակով 0-3 բալ ≥ 5 թուլում,
 - նոնատալ նյարդաբանական հետևանքներ (օրինակ՝ հիպոտոնիա, ցնցում կամ կոմա),
 - բազմաօրգանային համակարգային անբավարարության նշաններ նոնատալ շրջանում,
 - պորտալարային զարկերակից վերցված արյան pH մակարդակը < 7.0 ,
 - պորտալարային զարկերակի արյան հիմքերի դեֆիցիտը > 16 միլիմոլ լիտրից,
- Բոլոր այս վիճակները պետք է գոյություն ունենան:

Այս բոլոր վիճակները պետք է գոյություն ունենան: Եթե դրանցից մեկը չկա, ապա չի կարելի ենթադրել, որ տեղի է ունեցել հիպօքսիկ ացիդեմիա կամ այն կարող է առաջացնել նյարդաբանական ախտանիշներ:

Fetal Health Surveillance in Labour., SOGC Clinical Practice Guidelines. NO. 112. 2002

Ինտրանատալ ասֆիքսիա» (2)

Սլայդ 6-34

- «Ինտրանատալ ասֆիքսիան» ռետրոսպեկտիվ այստորոշում է:
- Մանկաբարձները կարող են միայն կասկածել «պտղի սպառնացող վիճակի» մասին՝ հիմնվելով «պտղի ՄԿՀ սպառնացող կամ անոմալ ձևի խանգարումների վրա»:

«Ինտրանատալ ասֆիքսիան» ռետրոսպեկտիվ այստորոշում է: Մանկաբարձները կարող են միայն ենթադրել «պտղի սպառնացող վիճակի» առկայության մասին՝ հիմնվելով «ՄԿՀ սպառնացող կամ անոմալ ցուցիչների վրա»:

Պտղի վիճակի խանգարման որոշման առավել ճիշտ տերմին է «պտղի սպառնացող վիճակ»:

Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric) Practice.

Պտղի ստանդարտ հսկողություն ծննդաբերության ժամանակ

Սլայդ 6-35

- Խորհուրդ է տրվում խնամք և հսկողություն՝ մեկ մանկաբարձուհի մեկ ծննդաբերի համար:
- Պարբերական աուսկուլտացիա՝ համապատասխան սահմանված հսկողության արձանագրության:
- Պտղի սրտի զարկերի խանգարման դեպքում անհրաժեշտ է անընդհատ ՄԿԳ:
- Ծննդաբերական գործունեության դրդումը պահանջում է արգանդի կծկման և պտղի սրտի կծկումների հաճախակիություն մանրակրկիտ մոնիտորինգ:

1. Ծննդաբերության ակտիվ փուլում գտնվող կինը պետք է անընդհատ ստանա աջակցություն համապատասխան պատրաստվածություն ունեցող մասնագետից: Խորհուրդ է տրվում խնամք և հսկողություն՝ մեկ մանկաբարձուհի մեկ ծննդաբերի համար (A):

2. Պարբերական աուսկուլտացիա՝ համապատասխան սահմանված հսկողության արձանագրության, և պատասխան գործողությունները համարվում են պտղի հսկողության նախընտրելի մեթոդ չբարդացած հղիությունների դեպքում ծննդաբերության ակտիվ փուլի ժամանակ (A):
3. Ծննդաբերության խթանումը պահանջում է ուշադիր մոնիտորինգ արգանդի կծկողականության և պտղի ՄԿՀ նկատմամբ (B):
4. Եթե պարբերական աուսկուլտացիան հայտնաբերում է պտղի անոմալ ՄԿՀ, և պտուղը չի պատասխանում անցկացվող գործողություններին (ծննդկանի մարմնի դիրքի փոփոխություն), անհրաժեշտ է անցնել պտղի վիճակի

- անընդհատ էլեկտրոնային մոնիտորինգի, կամ վերցնել պտղի գլխամաշկից արյան նմուշ և վերանայել շտապ ծննդալուծման հարցը (A):
5. Անընդհատ ինտրանատալ էլեկտրոնային ֆետալ մոնիտորինգը խորհուրդ է տրվում հետևյալ դեպքերում.
- ա) հղիություններ, որոնց ժամանակ բարձր է պերինատալ մահացության, ուղեղային կաթվածի կամ նեոնատալ էնցեֆալոպաթիայի ռիսկը (C),
 - բ) երբ ծննդաբերության խթանման համար կիրառվում է օքսիտոցին (A),
 - գ) երբ ծննդաբերության դրդման համար կիրառվում է օքսիտոցին (C):
6. Պտղի անընդհատ էլեկտրոնային մոնիտորինգի համար բոլոր մասնագետները պետք է ծանոթանան թղթե ժապավենի շարժման արագության հետ, որը կիրառվում է բոլոր դեպքերում, որպեսզի խուսափեն ոչ ճիշտ մեկնաբանությունից: Պտղի էլեկտրոնային մոնիտորինգի գրառումների վրա անհրաժեշտ է ֆիքսել ճշտգրիտ ժամանակ (C):
7. Պտղի էլեկտրոնային մոնիտորինգի գրառումները պետք է ստուգվեն և գրի առնվեն ծննդաբերության ակտիվ փուլի յուրաքանչյուր 15 րոպեն մեկ և առնվազն յուրաքանչյուր 5 րոպե ծննդաբերության երկրորդ փուլում (C):
8. Պտղի սրտի զարկերի այս կամ այն խանգարման առաջացման ժամանակը անհրաժեշտ է համեմատել արգանդի կծկումների հետ: Արգանդի կծկումների հաճախականությունը, երկարությունը, ինտեսիվությունը և հիմնային լարվածությունը անհրաժեշտ է գնահատել և գրի առնել: Հետազոտություններ անցկացման համար կարելի է կիրառել տոկոդինամետր կամ ներարգանդային ճնշման կատետր (C):
9. Ելնելով էլեկտրոնային մոնիտորինգի ցուցանիշներից՝ պրակտիկ բժիշկները պետք է օգտագործեն ստանդարտ տերմինալոգիա պտղի ՄԿՀ բնույթը նկարագրելու համար (C):
10. Եթե կան էլեկտրոնային մոնիտորինգի ինչ-որ ցուցումներ, որոնք անհնար է մեկնաբանել կամ որոնք առաջացնում են կասկած, իսկ ավելի ճիշտ կլինի ասել կայուն նվազագույն կամ բացակայող վարիաբերություն, չվերականգնվող ուշ դեցելերացիաներ, պտղի պրոգրեսիվ տախիկարդիա կամ պտղի ՄԿՀ անոմալ ցուցանիշներ աուսկուլտացիայի ժամանակ, ապա պետք է պտղի գլխամաշկից արյուն վերցնել pH և գազերի խտությունը որոշելու համար (B):
11. Սկրինինգային մոտեցմամբ ծննդաբերության դիմած կանանց համար անցկացվող թեստերի օգտակարության հաստատման համար պահանջվում է հետագա հետազոտություններ (C):

Fetal Health Surveillance in Labour., SOGC Society of obstetricians and Gynecologists of Canada) Clinical Practice Guidelines NO. 112. 2002

Robert Liston, MB, FRSC., Vancouver BC Joan Crane, MD, FRCSC, St John's NF SOGC (Society of obstetricians and Gynecologists of Canada) clinical practice directives #1112, April 2002

Եզրակացություն

Սլայդ 6-36

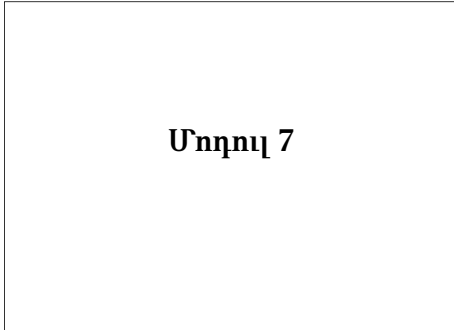
- Պտղի նախածննդյան հետազոտություն հասարակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ - նախածննդյան զարգացման գրաֆիկի գրավիդոգրամաների ռուտինային կիրառում:
- Ավելի բարձր մակարդակի բուժօգնության ուղղորդում՝ հիմնված գրավիդոգրամայի տվյալների վրա:
- Ներարգանդային աճի դանդաղումով (ՆԱԴ) պտղի վիճակի մանրակրկիտ հետազոտություն:
- Պտղի սրտի կծկումների հաճախականության մոնիտորինգ դրանց սպառնացող կամ անոմալ ռիթմի հայտաբերման համար:
- Արդյունավետ խնամք՝ ծննդալուծում օպտիմալ ժամկետում:
- Եղև՛ք պատրաստ նեոնատալ վերականգնացման համար:

Այս սլայդն ամփոփում է կանանց մոտ ՊՆԱԴ-ի բուժման համար հիմնական խորհուրդները:

ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻԱՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ Մոդուլ 7

Զարկերակային հիպերտենզիան հղիության ժամանակ

Սլայդ 7-1



Մոդուլի նպատակը.

- ուսումնասիրել հղիության ժամանակ զարկերակային հիպերտենզիայի ախտորոշման և դասակարգման միջազգային չափանիշները,

- սովորել կիրառել միջազգային արձանագրությունները հղիության ժամանակ հիպերտենզիա խանգարումների դեպքում, որոնք հիմնված են ապացույցների վրա,
- գիտակցել գերախտորոշման, ինչպես նաև հղիների մոտ հիպերտոնիկ խանգարումների բուժման վտանգը:

Հիպերտենզիա խանգարումներ հղիության ժամանակ

Սլայդ 7-2

- Նախկինում եղած զարկերակային հիպերտենզիա (խրոնիկական)
- Գեստացիոն (հղիությամբ առաջացրած) զարկերակային հիպերտենզիա
- Պրեէկլամպսիա
- Էկլամպսիա

Նախկինում ունեցած զարկերակային հիպերտենզիա

Առաջնային զարկերակային հիպերտենզիա. զարկերակային սիստոլիկ ճնշումը ≥ 140 մմ ս.ս. և/կամ դիաստոլիկը՝ ≥ 90 մմ ս.ս. (Կորոտկովի V տոն), որը եղել է մինչև հղիությունը կամ ի հայտ է եկել հղիության առաջին շաբաթում առանց որևէ պատճառի:

Կարող է ախտորոշվել նաև այն կանանց մոտ, ովքեր հղիության շրջանում ընդունում են հակահիպերտենզիալ դեղամիջոցներ՝ առանց պատճառի: **Երկրորդային հիպերտենզիա.** երիկամային, անոթային կամ էնդոկրին խանգարումներով առաջացված կամ աորտայի կոարկտացիայի պատճառով հիպերտենզիան է:

Գեստացիոն (հղիությամբ հարուցված) զարկերակային հիպերտենզիա. հղիության 20-րդ շաբաթից հետո առաջացած հիպերտենզիան է՝ առանց պոլի-օրգանային խանգարումների որևէ նշանի, և որն անցնում է ծննդաբերությունից հետո 3 ամիսների ընթացքում:

Պրեէկլամպսիա. սովորաբար հայտնաբերվում է զարկերակային ճնշման չափումով, սակայն ախտորոշում կայացնելու համար բացի հիպերտենզիայից պահանջվում են նաև այլ չափանիշներ: Ներկայումս հայտնի է, որ պրեէկլամպսիան ախտաբանական վիճակ է, որի դեպքում ախտահարվում են նաև այլ օրգան-համակարգեր, ներառյալ պլացենտան: Պրոտեինուրիան պրեէկլամպսիայի ամենահաճախակի հանդիպող ախտանիշն է, սակայն այն չպետք է որոշիչ լինի ախտորոշում կայացնելու ժամանակ:

Խրոնիկական զարկերակային հիպերտենզիայի ֆոնի վրա առաջացած պրեէկլամպսիա. խրոնիկական զարկերակային հիպերտենզիայով հղիների մոտ պրեէկլամպսիա ախտորոշվում է այն դեպքում, երբ ախտորոշման մեկ կամ ավելի ախտանիշներ զարգանում են հղիության 20-րդ շաբաթից հետո:

Երիկամների խրոնիկական ախտաբանություններով կանանց մոտ պրեէկլամպսիան հաճախ դժվար է ախտորոշել:

Նման դեպքերում պրոտեինուրիայի հանկարծակի ի հայտ գալը և զարկերակային ճնշման բարձրացումը պետք է անմիջապես հսկողության տակ լինեն, սակայն ախտորոշում կայացնելու համար անհրաժեշտ են նաև այլ նշաններ, օրինակ, լյարդի ֆունկցիայի խանգարումներ, թրոմբոցիտոպենիա, նյարդաբանական ախտանիշներ:

Էկլամպսիա. տարածված ցնցումներն են, որոնք կապված չեն էպիլեպսիայի կամ հայտնի որևէ այլ ախտաբանության հետ:

ԱՀԿ-ն առաջարկում է հղիության ժամանակ հիպերտենզիով խանգարումների հետևյալ ցանկը (ՀՄԴ-10):

Հղիության ժամանակ հիպերտենզիան կարող է ինչպես հղիության, այնպես էլ անամնեզում ունեցած հիպերտենզիայի հետևանք լինել (առաջնային կամ երկրորդային): Հղիության 20-րդ շաբաթից հետո առաջացած հիպերտենզիան կարող է լինել ինչպես ինքնուրույն ախտաբանություն, օրինակ գեստացիոն զարկերակային հիպերտենզիա, այնպես էլ բազմահամակարգային անբավարարությամբ դրսևորվել, օրինակ, պրեէկլամպսիայի ձևով:

The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: executive summary. Recommendations from the Council of the Australasian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. ASSHP Consensus Statement, Executive Summary, Final edited version, 7/05/00, 1/55.

International Classification of Diseases (ICD), 10th Edition, 1990.

Զարկերակային հիպերտենզիայի չափանիշները

Սլայդ 7-3

- Զարկերակային հիպերտենզիա.
 - սիստոլիկ ճնշում ≥ 140 մմ ս.ս. և/ԿԱՄ
 - դիաստոլիկ ճնշում (V Կորոտկովի տոն) ≥ 90 մմ ս.ս.:
- Ծանր աստիճանի զարկերակային հիպերտենզիա.
 - դիաստոլիկ ճնշում ≥ 110 մմ ս.ս. երկու անգամ չափման դեպքում ԿԱՄ
 - սիստոլիկ ճնշում ≥ 170 մմ ս.ս. երկու անգամ չափման դեպքում

Ցավոք, պրեէկլամպսիայի ծանրության աստիճանը տարբեր ձևով են որոշում: Առաջարկվել է ծանր պրեէկլամպսիայի չափանիշ համարել դիաստոլիկ ճնշման մակարդակը, որը ≥ 110 մմ ս.ս.-ից՝ երկու անգամ 4 ժամյա ընդմիջումով չափելու դեպքում կամ երբ սիստոլիկ ճնշումը ≥ 160 մմ ս.ս.-ից նույնպես երկու անգամ չափելու դեպքում:

Այսօր դեռ համաձայնության չեն հասել զարկերակային ճնշման չափավոր մակարդակի վերաբերյալ, որը այլ ախտանիշների ու նշանների հետ մեկտեղ կարող է ծանր պրեէկլամպսիայի չափանիշ համարվել:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Fiona Milne et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. BMJ, 2005, 330, 576-580.

Խրոնիկական զարկերակային հիպերտենզիա

Սլայդ 7-4

- Խրոնիկական հիպերտենզիան պրեէկլամպսիայի հիմնական նախատրամադրող գործոնն է:
- Խրոնիկական հիպերտենզիայով կանանց մեծ մասը, որոնց մոտ պրեէկլամպսիա չի առաջացել, հղիության ավարտը նորմալ կլինի:
- Բուժումն ուղղված է ծանր աստիճանի հիպերտենզիայի կանխմանը:
- Հակահիպերտենզիկ բուժումը պետք է նշանակվի զարկերակային ճնշման մակարդակին համապատասխան:
- Նախընտրելի է ամբուլատոր բուժումը:

Զարկերակային ճնշման վրա ազդեցություն կարող են ունենալ բազմաթիվ գործոններ, այդ պատճառով չափումներ պետք է մի քանի անգամ կատարել:

Զարկերակային ճնշման չափման ժամանակ կինը պետք է հանգիստ վիճակում լինի և ճիշտ նստի (45° տակ):

Թևակապը պետք է հարմար չափսերի լինի և տեղադրվի ձեռքին՝ սրտի մակարդակի վրա: Ախտորոշումը ճշտելու նպատակով չափումը պետք է կատարել մի քանի անգամ: Դիաստոլիկ ճնշման ցուցանիշը համապատասխանում է Կորոտկովի V տոնին: Հետազոտության արդյունքները անհրաժեշտ է գրանցել փաստաթղթերում (A):

Ավտոմատ սարքերը պետք է զգուշորեն օգտագործվեն, քանի որ դրանք կարող են ոչ ճիշտ պատասխաններ տալ՝ ցածր ՋՃ ցույց տալ, հատկապես սիստոլիկը (B):

Սովորական սնդիկային մանոմետրերը ՋՃ որոշման համար ավելի ճշգրիտ են, այնուամենայնիվ, երբեմն բուժհաստատություններում սնդիկայի մանոմետրեր չեն լինում: Նման դեպքերում ՋՃ չափման համար անհրաժեշտ է այլընտրանք գտնել:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.

Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Oxford University Press, 3rd edition, 2000.

Գետացիոն հիպերտենզիա (1)

Սլայդ 7-5

Հղիության 20-րդ շաբաթից հետո առաջացած հիպերտենզիան է՝ առանց բազմաօրգանային խանգարումների որևէ նշանի, և որն անցում է ծննդաբերությունից հետո 3 ամիսների ընթացքում:

Գետացիոն (հղիությանը հարուցված) զարկերակային հիպերտենզիայի սահմանումը:

The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: executive summary. Recommendations from the Council of the Australasian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. ASSHP Consensus Statement, Executive Summary, Final edited version, 7/05/00,

Գետացիոն հիպերտենզիա (2)

Սլայդ 7-6

- Հղիությանը հարուցված թեթև աստիճանի կամ չափավոր հիպերտենզիա.
 - մոր և պտղի համար ռիսկը ցածր այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծանր աստիճանի հիպերտենզիա, պրեէկլամպսիա կամ էկլամպսիա չի առաջացել.
 - հիվանդանոց տեղափոխել և անկողնային ռեժիմի սահմանել խորհուրդ չի տրվում,
 - դիտորեոլիկների օգտագործումը չի ազդում հաճախականության վրա.
 - պրոտեկտիվային,
 - պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղման,
 - վաղածան ծննդաբերության,
 - կեսարյան հատման:
- Եթե գետացիոն հիպերտենզիային ավելանում է պրոտեկտիվային, անհրաժեշտ է հղին տեղափոխել հիվանդանոց գնահատական տալու և հսկողություն սահմանելու նպատակով.
 - մոր և պտղի վիճակի ցանկացած փոփոխությունների ժամանակին բացահայտելու համար:

Հղիությանը հարուցված, թեթև կամ չափավոր հիպերտենզիայով կանանց հաճախ խորհուրդ է տրվում անկողնային ռեժիմ տանը կամ նրանք անորոշ ժամանակով կարող են հիվանդանոց տեղափոխվել հղիության հետագա հսկողության նպատակով:

Նման խորհրդատվությունն անվտանգ չէ: Անկողնային ռեժիմն ու հիվանդանոց տեղափոխումը լրացուցիչ ծախսերի աղբյուր են հղիի ու նրա ընտանիքի համար: Մինչև օրս հղիությանը հարուցված թեթև կամ չափավոր հիպերտենզիայով կանանց անկողնային ռեժիմի արդյունավետության ապացույցներ չկան:

Եթե պրոտեկտիվ զարգանում է որպես զարկերակային հիպերտենզիայի բարդություն հղիության ժամանակ, մոր և պտղի համար ռիսկն աճում է: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է հղիին ուղեգրել հիվանդանոց:

Oxford University Press, 3rd edition, 2000.

Հակահիպերտենզիվ բուժում թեթև և միջին աստիճանի ծանրության գեստացիոն հիպերտենզիայի դեպքում

Սլայդ 7-7

<ul style="list-style-type: none"> • կանխում է ծանր աստիճանի հիպերտենզիան, <p style="text-align: center;">ՍԱԿԱՅՆ</p> <ul style="list-style-type: none"> • չի ազդում պրեէկլամպսիայի զարգացման ռիսկի վրա, • պարզված չէ ազդեցությունը պերինատալ հիվանդացության և մահացության, վաղաժամ ծննդաբերությունների ռիսկի կամ ցածր քաշով նորածինների ծնվելու հաճախականության վրա:
--

Թեթև կամ չափավոր հիպերտենզիայով կանանց հակահիպերտենզիվ բուժման գնահատման նպատակով անցկացվել է 46 հետազոտություն (4282 կին): 28 հետազոտությունում հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցների և պլացեբոյի կամ հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցների բացակայության (3200 հղի) համեմատում է արվել:

Հակահիպերտենզիվ բուժումը նվազեցնում է ծանր հիպերտենզիայի զարգացման ռիսկը 2 անգամ (19 հետազոտություն, 2409 կին, հարաբերական ռիսկը 0.50 (95% վստահելի ինտերվալը 0.41-ից մինչև 0.61), բուժման կարիք ունեցող կանանց թիվը փոքր է՝ 10 (8-13), սակայն պրեէկլամպսիայի ռիսկի նվազման մասին հստակ տեղեկություններ քիչ են ստացվել (22 հետազոտություն, 2702 կին, հարաբերական ռիսկը 0.97 (0.83-ից 1.13):

Չկան նաև հստակ ապացույցներ հակահիպերտենզիվ բուժման ազդեցության մասին պերինատալ մահացության ցուցանիշի նվազման վրա (26 հետազոտություն, 3081 կին, հարաբերական ռիսկը 0.73 (0.50-ից 1.08), վաղաժամ ծննդաբերությունների (14 հետազոտություն, 1992 կին, հարաբերական ռիսկը 1,02 (0.89-ից 1.16), և անհաս նորածինների թվի նվազում (19 հետազոտություն, 2437 կին, հարաբերական ռիսկը 1.04 (0.84-ից 1.27): Մյուս ցուցանիշներով հստակ տարբերություններ չեն բացահայտվել:

Անցկացված հետազոտությունների տվյալների համաձայն, կարելի է եզրակացություններ անել այն մասին, որ դեռ պարզված չէ հակահիպերտենզիվ բուժման նպատակահարմարությունը հղիությանը հարուցված թեթև կամ չափավոր հիպերտենզիայի դեպքում:

Չկան հստակ ապացույցներ, որ հակահիպերտենզիվ բուժումը մատչելի ցանկացած դեղամիջոցով կարող է ազդել պրոտեինուրիայով ուղեկցվող պրե-էկլամպսիայի առաջացմանը կամ դրա հետ կապված խնդիրների, ինչպես օրինակ՝ պտղի զարգացման կասեցում և նեոնատալ մահ: Չկան նաև ապացույցներ նման բուժման անվտանգության մասին, հատկապես՝ երեխայի զարգացման առումով: Մեթոլդոպան ամենատուսումնասիրված դեղամիջոցն է: Եթե անհրաժեշտ է հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցի նշանակումը, ապա այն ընտրանքի տարբերակ է:

Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 2. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000.

Պրեէկլամպսիա. խնդիրը

Սլայդ 7-8

- Ջարգանում է բոլոր հղիներից 3%-ի մոտ:
- Աշխարհում դառնում է տարեկան 100000 կնոջ մահվան պատճառ:
- Մայրական մահացության հիմնական երեք պատճառներից մեկն է:
- Դեպքերի 25%-ում ուղեկցվում է ցածր քաշով նորածինների (<1500 գ) և դեպքերի 15%-ում վաղաժամ ծննդաբերությամբ:
- Մոր համար հետևանքներ են էկլամպսիան, երիկամային անբավարարությունը, թոքերի այտուցը, ներզանգային արյունահոսությունները և այլն:

Պրեէկլամպսիայով կանանց մահվան մեծ մասի պատճառը ներզանգային արյունահոսություններն են, որոնք հարուցվել են հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցների սխալ նշանակումով և թոքային բարդություններով (հետծննդաբերական շրջանում մեծ քանակությամբ հեղուկի ներմուծում), ինչպես նաև էքստրացիայի հետ կապված

բարդությունները: Պրեէկլամպսիայի հիմնական ախտանիշների՝ հիպերտենզիայի և պրոտեինուրիայի հայտնաբերումը հղիության հսկողության նպատակն է:

Պրեէկլամպսիա հանդիպում է հղիների 3%-ի մոտ և տարեկան աշխարհում հանգեցնում մոտ 100 000 մայրական մահվան: Պտուղը նույնպես ախտահարվում է պլացենտային անբավարարության, իսկ մասնակիորեն՝ արիեստականորեն առաջացված ծննդաբերության հետևանքով: Դա հանգեցնում է 25% դեպքերում ծնվելիս նորածինների ցածր քաշի (<1500 գ): Պրեէկլամպսիայի սկիզբն ու պատճառը նախապես կանխատեսել անհնար է, այդ իսկ պատճառով, ռեսուրսների խնայողության համար անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հսկողություն սահմանել և իրականացնել նպատակային գործնական աշխատանք:

Andrew H Shennan. Recent developments in obstetrics. Clinical review. BMJ 2003, 327, 604-608. Friedman E; Neff R. Pregnancy Hypertension. Massachusetts: PSG Publishing Company Inc., 1977. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Պրեէկլամպսիա. սահմանումը

Սլայդ 7-9

- Պրեէկլամպսիա.
 - հիպերտենզիա, համակցված պրոտեինուրիայի հետ (> 0.3 գ/օր) և այտուցներ և օրգանների հնարավոր այլ ախտահարումներ:
- Պրեէկլամպսիայի ծանր ձև.
 - ծանր աստիճանի հիպերտենզիա + պրոտեինուրիա ԿԱՄ
 - ցանկացած աստիճանի հիպերտենզիա + պրոտեինուրիա + հետևյալ ախտանիշներից որևէ մեկը.
 - ուժեղ գլխացավեր,
 - տեսողության խանգարումներ,
 - ցավեր էպիգաստրալ շրջանում և/կամ սրտխառնոց,
 - ցնցումների նախադրամադրվածություն,
 - տարածուն այտուցներ,
 - լյարդի ցավեր շոշափման ժամանակ,
 - թրոմբոցիտների քանակը $100 \times 10^9/l$ -ից ցածր,
 - լյարդի ֆերմենտների բարձր մակարդակ (ԱԼՏ կամ ԱսԱՏ-ը $70 \text{ ՄՄ}l$ -ից բարձր),
 - HELLP-համախտանիշ:

Ծանր պրեէկլամպսիայի ժամանակ կյանքին վտանգ է սպառնում և այն պետք է դիտարկել որպես մանկաբարձական անհետաձգելի վիճակ:

Ծանր պրեէկլամպսիայի նշաններն ու ախտանիշները հազվադեպ կարող են զարգանալ բարձր ԶՃ կամ պրոտեինուրիայի բացակայության դեպքում, հատկապես, եթե հղին բուժվում հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցներով:

Ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների մեծ մասի մոտ զարկերակային դիաստոլիկ ճնշումը երկու չափման դեպքում կլինի ≥ 100 մմ. ս.ս., կնկատվի արտահայտված պրոտեինուրիա և սպառնացող էկլամպսիայի առնվազն 2 նշանի ի հայտ գալը: Այնուամենայնիվ, պետք է հիշել, որ էկլամպսիայով որոշ հղիների մոտ պրոդրոմալ ոչ մի ախտանիշ չի լինում: Սկսվող պրեէկլամպսիայի տարբերակներից մեկը HELLP համախտանիշն է (հեմոլիզ, լյարդի ֆերմենտների մակարդակի բարձրացում և թրոմբոցիտոպենիա):

*Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).
Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Washington (DC):
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Jan 2002*

Պրեէկլամպսիա. ախտորոշումը

Սլայդ 7-10

- Պետք է կիրառել ախտորոշման հստակ չափանիշները:
- Պրեէկլամպսիայի ծանրության աստիճանը որոշելու համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել զարկերակային ճնշման և պրոտեինուրիայի մակարդակները:
- Գերախտորոշումը հանգեցնում է.
 - հիվանդանոց անհիմն տեղափոխման,
 - չսպացուցված արդյունավետությամբ անհիմն և/կամ վնասակար միջամտությունների:

Չնայած, որ դասակարգումն ըստ ծանրության աստիճանի հիմնված է ԶՃ մակարդակի և պրոտեինուրիայի առկայության վրա, կլինիցիստները պետք է պատրաստ լինեն հայտնաբերելու ախտաբանական պրոցեսի մեջ այլ օրգանների ներգրավումը, գնահատելով ռիսկը մոր համար, ինչպես նաև

հաշվի առնելով պլացենտային անբավարարությունը (C):

Գերախտորոշումը կարող է հանգեցնել անհիմն միջամտությունների, հիվանդանոց տեղափոխման և ոչ անհրաժեշտ բուժման: Ամեն դեպքում, պրե-էկլամպսիան ծանր վիճակ է, կարող է արագ վատթարանալ՝ մոր և պտղի համար անբարենպաստ ելքով: Այդ պատճառով մոր և պտղի պաշտպանության համար, եթե նրանք պատկանում են ռիսկի բարձր խմբերի, մշակվել են ռազմավարություններ: Բազմաթիվ երկրներում այդ ռազմավարության մեջ ընդգրկվել են վաղ խստորոշումն ու ժամանակին հիվանդանոց տեղափոխումը:

Հոսպիտալավորման նպատակը ծննդալուծման օպտիմալ ժամանակի որոշումն է, երբ հետագայում հղիությունը վտանգ է սպառնում մորը և պտղին: Այժմ կան ապացույցներ, որ կայուն վիճակի կարելի է հասնել նաև ամբուլատոր պայմաններում, իսկ հղիին հիվանդանոց տեղափոխելու նախկինում եղած մոտեցումը համարել փոքր-ինչ ագրեսիվ միջոց:

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

*Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.
WHO EURO, Copenhagen, 2002.*

*Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Oxford University Press, 3rd edition, 2000.*

Պրոտեինուրիայի չափանիշները

Սլայդ 7-11

- Պրոտեինուրիա.
 - ≥ 0.3 գ/օր,
ԿԱՄ
 - կրեատինին/պրոտեին հարաբերությունը >30 մգ/մմոլ,
 - պրոտեինուրիայի կանխատեսման ցածր արժեքի պատճառով տվյալ թեստի արդյունքները մոտավորապես համապատասխանում են պրոտեինուրիայի հետևյալ մակարդակներին.
 - 1+ = 0,3 գ/լ,
 - 2+ = 1 գ/լ,
 - 3+ = 3 գ/լ:

Սովորաբար պրոտեինուրիայի սկրինինգի համար օգտվում են տեսողական գնահատականով: «2+» գնահատականը կարող է պրոտեինուրիայի առկայության չափանիշ համարվել: Մակայն կարիք կա նաև ավելի ճշգրիտ մեթոդների կիրառման. մեզում սպիտակուցի առկայության (մեզում սպիտակուցի և կրեատինինի հա-

րաբերությունը կամ սպիտակուցի քանակը օրական մեզում) (C): Անհրաժեշտ է հիշել, որ պրոտեինուրիայի առկայության տեսողական գնահատականը կանխարգելիչ ցածր արժեք ունի:

Տեսողական թեստի արդյունքները մոտավորապես համընկնում են պրոտեինուրիայի հետևյալ արժեքների հետ. 1+ = 0.3 գ/լ, 2+ = 1 գ/լ և 3+ = 3 գ/լ:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Տեսողական թեստով գնահատելու ժամանակ հնարավոր է ստացվեն կեղծ-դրական և կեղծ-բացասական պատասխաններ: Դրանից հնարավոր է խուսափել, թեստերն անցկացնող բուժանձնակազմի հատուկ նախապատրաստում անցնելու, ինչպես նաև ավտոմատ սարքերի կիրառման դեպքում, ինչի պայմաններում սխալ թույլ տալը դառնում է անհնար: Նոր մեթոդները, ինչպես օրինակ սպիտակուց/կրեատինին հարաբերության որոշումը, մանրակրկիտ ձևով չեն գնահատվել, սակայն կարող են կիրառվել որպես այլընտրանքային մեթոդ: Տվյալ թեստի կիրառման դեպքում 0,03 գ/մոլ արդյունքը համապատասխանում է 0,3 գ/օր: Հաշվի առնելով տեսողական գնահատման կեղծ-բացասական պատասխանների բարձր մակարդակը, լաբորատոր գնահատականի, այսինքն օրվա մեզում սպիտակուցի քանակի որոշման համեմատությամբ, խորհուրդ է տրվում զգալի չափով պրոտեինուրիայի ախտորոշումը ճշգրտել, անգամ այն դեպքերում, երբ կլինիկական իրավիճակն այնպիսին է, որ անհապաղ ծննդալուծում է պահանջվում կատարել:

Անհրաժեշտ է բացառել նաև միզասեռական համակարգի ինֆեկցիաները:

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

Այտուցներ

Սլայդ 7-12

- Ուռքերի և սրունքների այտուցները հաճախ (50-80% դեպքում) ֆիզիոլոգիական նորմալ ռեակցիա են համարվում եղիության ժամանակ շրջանառող արյան և մարմնի զանգվածի ավելացմանը:
- Այտուցները համարելով պրեէկլամպսիայի ախտորոշման չափանիշ, հաճախ գերախտորոշումներ են կայացվում:
- Պրեէկլամպսիայի ախտորոշման հարցում նշանակություն ունեն միայն հանկարծ ի հայտ եկած և/կամ տարածուն այտուցները:

Այտուցն այսուհետ պրեէկլամպսիայի նախանշան չի համարվում:

Այտուցվածության տարածումը, որպես ինքնուրույն ախտանիշ, բուժման ռազմավարությունը որոշելու համար նույնպես նշան չէ:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. THE MANAGEMENT OF SEVERE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA. Guideline No.10, RCOG Press, March 2006.

*Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Oxford University Press, 3rd edition, 2000.*

Պրենկլամպսիայի կանխարգելման արդյունավետ մեթոդները

Սլայդ 7-13

- Անտիագրեգանտների կիրառումը (ասպիրին փոքր դեղաչափերով, օրական 75 մգ).
 - բարձր ռիսկի խմբերում նվազեցնում է պրենկլամպսիայի զարգացման ռիսկը 19%-ով,
 - կարող է խորհուրդ տրվել բարձր ռիսկի խմբի կանանց, օրինակ՝ խրոնիկական հիպերտոնիայով, անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի դեպքում և այլն:
- Կացիումի լրացուցիչ ընդունումը (1գ/օր).
 - դրական արդյունք է ունենում հղիության ժամանակ՝ հիպերտենզիայի բարձր ռիսկ ունեցող կանանց և
 - կալցիում քիչ օգտագործող հղիների համար:

Անտիագրեգանտներով բուժումը քիչ կամ չափավոր արդյունավետ է պրենկլամպսիայի և պերինատալ մահացությունը կանխելու համար:

Այդ դեղամիջոցները կարող են կիրառվել հղիության այնպիսի բարդությունների դեպքում, ինչպես օրինակ հիպերտոնիկ հիվանդությունը, անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշը:

51 համակարգային հետազոտությունների ակնարկում, որոնցում մասնակցել են 36500 կին, պրենկլամպսիայի մակարդակի նվազում է նկատվել անտիագրեգանտային բուժման դեպքում 19%-ով: ((43 հետազոտություն, 33439 կին, հարաբերական ռիսկը 0.81, 95% վստահելի ինտերվալը 0.75-ից 0.88), հիվանդների թիվը, ում անհրաժեշտ է բուժում = 69):

Պտղի մահվան կամ նեոնատալ մահացության ռիսկը ուսումնասիրվել է 38 հետազոտությունում (34010 կին). Նեոնատալ մահացության նվազում 16%-ով նկատվել է անտիագրեգանտային բուժում ստացողների խմբում (հարաբերական ռիսկը՝ 0.84, 95% վստահելի ինտերվալը 0.74-ից 0.96; բուժման կարիք ունեցողների թիվը = 227) գետացում հասակի համար փոքր նորածինների ծնվելու մակարդակի նվազում 8%-ով (32 հետազոտություն, 24310 կին, հարաբերական ռիսկը՝ 0.92, 95% վստահելի ինտերվալը 0.85 մինչև 1.00):

Ըստ հեղինակների կարծիքի, անտիագրեգանտներով բուժումը, մասնավորապես ասպիրինի փոքր դեղաչափերի ընդունումը, թույլ կամ չափավոր ազդեցություն ունի պրենկլամպսիայի կանխման գործում:

Չնայած, որ ասպիրինի կանխարգելիչ նպատակով ընդունումը, ըստ հետազոտությունների արդյունքների, բարձր արդյունավետություն չի ունեցել, այնուամենայնիվ որոշ կլինիկական արժեք ունի: Որպեսզի որոշվի կանանց խումբը, որում բուժման տվյալ մեթոդը առավելագույն արդյունքը կունենա, անհրաժեշտ է շարունակել կլինիկական հետազոտությունների անցկացումը:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000.
Duley L, Henderson-Smart DJ, Knight M, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, Issue 4. Knight M, Duley L, Henderson-Smart DJ, King JF. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, Issue 2.

12 ռանդոմիզացված հետազոտություն ներառվել են համակարգային ակնարկում, որտեղ արդյունքը համեմատվում է առնվազն օրը մեկ անգամ կալցիումի 1 գ և պլացերոյի ընդունման տարբերակները:

Զարկերակային ճնշման բարձր ռիսկը կալցիումի խմբում համեմատած պլացերոյի հետ նվազել է (11 հետազոտություն, 14 946 կին, հարաբերական ռիսկը (ՀՌ) 0.70, 95% վստահելի ինտերվալը (ՎԻ) 0.57-ից 0.86): Պրենեկլամպսիայի ռիսկի նվազում է նկատվել նաև կալցիումի ընդունման դեպքում (12 հետազոտություն, 15,206 կին, ՀՌ՝ 0.48, 95% ՎԻ՝ 0.33-ից 0.69): Արդյունքն ավելի արտահատված է եղել բարձր ռիսկի կանանց խմբում (5 հետազոտություն, 587 կին, ՀՌ՝ 0.22, 95% ՎԻ 0.12 до 0.42), ինչպես նաև նրանց մոտ, ովքեր քիչ են կալցիում օգտագործում (7 հետազոտություն 10154 կին, ՀՌ՝ 0.36, 95% ՎԻ՝ 0.18-ից 0.70):

Մայրական մահացությունը և ծանր հիվանդացությունը նույնպես նվազել են (4 հետազոտություն, 9732 կին, ՀՌ՝ 80, ՎԻ՝ 0.65-ից 0.97):

Չի նկատվել ազդեցություն վաղաժամ ծննդաբերությունների վրա (10 հետազոտություն, 14,751 կին, ՀՌ՝ 0.81, 95% ՎԻ՝ 0.64-ից 1.03), ինչպես նաև մեռելածնությունների և մահերի վրա մինչև հիվանդանոցից դուրս գրվելը (10 հետազոտություն, 15,141 նորածին, ՀՌ՝ 0.89, 95% ՎԻ՝ 0.73-ից 1.09):

Հեղինակների եզրահանգումները

Կալցիումի լրացուցիչ ընդունումը կիսով չափ նվազեցնում է պրենեկլամպսիայի զարգացման, ինչպես նաև դրա հետ կապված ծանր հիվանդացության և մահացության ռիսկը:

Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3.

Պրենեկլամպսիայի կանխարգելման անարդյունավետ մեթոդները

Սլայդ 7-14

- Դիուրետիկների նշանակում:
- Անտիկոագուլանտների նշանակում (հեպարին, վարֆարին):
- Սպիտակուցների և կալորիաներով հարուստ մթերքի չարաշահում ընդհանուր պոպուլացիայում:
- Ճարպակալում ունեցող կանանց սպիտակուցների և կալորիաներով հարուստ մթերքի օգտագործման արգելում:
- Մտղակարգում երկաթի, ֆոլատների, մագնեզիումի կամ ձկան յուղի ավելացում:
- Աղի և հեղուկների օգտագործման սահմանափակում:

Չկան ապացույցներ, որ հեղուկի մեծ քանակությամբ ընդունումը կամ անգամ արտահայտված այտուցվածությունը կարող են պրենեկլամպսիայի պատճառ լինել կամ դրանով հնարավոր լինի որոշել կանանց խումբը այդ վիճակի զարգացման մեծ հավանականությամբ:

Չկան նաև ապացույցներ, որ դիտորենիկների կիրառումը կանխատեսում է պրեէկլամպսիայի զարգացումը կամ նվազեցնում պերինատալ մահվան մակարդակը:

Հեպարինը ներմուծվում է ենթամաշկային կամ ներերակային ճանապարհով, ինչը նման կանխարգելումը անհարմարավետ է դարձնում, բացի այդ, այն ունի կողմնակի երևույթներ:

Վարֆարինը կանխարգելիչ նպատակով կիրառվել է կրկնածիններին՝ կրկնակի պրեէկլամպսիան կանխելու համար: Ցավոք, այն դրական ազդեցություն չի ունեցել ոչ մոր և ոչ էլ պտղի վրա, ավելացնենք, որ կան որոշ ենթադրություններ կողմնակի լուրջ ազդեցությունների մասին:

Վերջերս անցկացված հետազոտությունների տվյալներով, որոնք վերաբերել են հղիության ժամանակ սննդի ընդունման խորհրդատվությանը, ինչպես օրինակ սպիտակուցի և էսենցիալ մեծ արժեք ունեցող սննդամթերքի հավելյալ օգտագործումը, կամ ընդհակառակը, ճարպակալմամբ կանանց սպիտակուցի, էսենցիալ մեծ արժեք ունեցող սննդամթերքի օգտագործման արգելումը, սննդակարգերի մեջ երկաթի, ֆոլատների, մագնեզիումի, ցինկի կամ ձկան յուղի ավելացումը, ինչպես նաև աղի և հեղուկների ընդունման սահմանափակումը, անարդյունավետ են ճանաչվել:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000.

Villar J et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: an overview of randomised controlled trials. J Nutr, 2003, 133, 15–20S.

Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիա. մոնիտորինգ

Սլայդ 7-15

- Զարկերակային ճնշման չափում:
- Արյան ընդհանուր քննություն:
- Լյարդի աշխատանքի ֆունկցիոնալ թեստեր:
- Մեզի ընդհանուր անալիզ. կրեատինին, կլիրենս:
- Դիտորենգի հսկողություն.
 - սրացման դեպքում կաթետերի տեղադրման անհրաժեշտություն կառաջանա, դիտորենգի ծավալի ամեն ժամյա չափումով:

Զարկերակային ճնշումը պետք է չափել յուրաքանչյուր 15 րոպեն մեկ այնքան ժամանակ, մինչև հղիի վիճակը կարգավորվի, այնուհետև յուրաքանչյուր 30 րեպեն մեկ սովորական հսկողության ռեժիմում:

Եթե հղին գտնվում է հիվանդանոցում, նրա վիճակը կայուն է և չկան ախտաբանական ախտանիշներ, զարկերակային ճնշումը պետք է չափել 4 ժամը մեկ:

Ամեն օր անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ հետազոտությունները. արյան ընդհանուր քննություն, լյարդի և երիկամների ֆունկցիոնալ վիճակը գնահատող թեստեր: Եթե պատասխանները լինում են նորմալից շեղված կամ դա պահանջվում է կլինիկական իրավիճակով, հետազոտությունները ավելի հաճախ պետք է կատարել:

Արյան մակարդման ժամանակը չի որոշվում, եթե թրոմբոցիտների քանակը $100 \times 10^6/\text{լ}$ -ից ավելին է:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Պտղի վիճակի գնահատական

Սլայդ 7-16

- Պտղի վիճակի առաջնային գնահատում կարդիոտոկոգրաֆիայով:
- Ծննդաբերության ժամանակ պտղի վիճակի մշտապես իրականացվող մոնիտորինգ:
- Եթե պլանավորվում է կոնսերվատիվ վարում.
 - գերձայնային ֆետոմետրիա,
 - պորտալարի զարկերակի արյան հոսքի դոպլերոմետրիա և հարպտոլազների քանակի որոշում:
- Դինամիկ հսկողությունը թույլ կտա ընտրել ծննդաբուժման օպտիմալ ժամանակը:

Մրացումների դեպքում սակայն պետք է կարդիոտոկոգրաֆիա կատարել: Այն պատկերացում է տալիս պտղի վիճակի մասին, սակայն իրավիճակի հետագա զարգացման մասին ոչ մի տեղեկատվություն չի տալիս (B):

Ծանր պրեէկլամպսիայով կանանց ծննդաբերության ժամանակ մշտապես պետք է պտղի վիճակի հսկողություն սահմանել (B): Եթե պլանավորվում է իրականացնել կոնսերվատիվ բուժում, պետք է որոշել պտղի չափսերը ԳՁՀ-ով, կատարել պորտալարի երակում արյան հոսքի դոպլերոգրաֆիա և ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի որոշում: Դինամիկ հսկողությունը թույլ կտա ընտրել ծննդաբերության համար օպտիմալ ժամանակը (A):

Դոպլերոգրաֆիայով այլ անոթներում արյան հոսքի որոշման արժեքը դեռ պարզվում է (C):

Կարդիոտոկոգրաֆիան (ոչ սթրեսային թեստ) ախտորոշման ամենատարածված մեթոդներից է: Այն կարելի է պարբերաբար անցկացնել, առանց թանկ արժեք ունեցող սարքավորման և հատուկ ուսուցում անցած մասնագետի: Այն տեղեկատվություն է տալիս պտղի վիճակի մասին, մինչև ժամանակ ոչ մի տեղեկատվություն չի տալիս ենթադրվող հետագա իրավիճակի մասին: Եթե հղիի մոտ սկսվել է ծննդաբերական զործունեություն, նրանց մշտապես պետք է ԿՏԳ կատարել:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայի վարման սկզբունքները

Սլայդ 7-17

- Զարկերակային ճնշման հսկողություն:
- Ցնցումների կանխում:
- Ծնդալուծում՝ մոր և պտղի համար ամենահարմար ժամանակ:

Նման հղիների վարման ռազմավարությունը հիմնված է հսկման, վիճակի կայունացման, պտղի և մոր համար ամենաբարենպաստ ժամանակի ծննդալուծման մեջ:

Անհրաժեշտ է ունենալ բարձր որակավորում ունեցող մանկաբարձական բուժանձնակազմ և անեսթեզիոլոգ:

ԶՃ մշտապես հսկողությունը կարող է նվազեցնել ծանր պրեէկլամպսիայով առաջացված բարդությունների ծանրությունը:

Ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում հղիության երկարաձգումը կարող է նպաստել մոր մոտ հետծննդաբերական բարդությունների քանակի աճին:

*THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

Երբ է հարկավոր սկսել հակահիպերտենզիվ բուժումը

Սլայդ 7-18

- Եթե կնոջ մոտ.
 - սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը բարձր է 160 մմ ս.ս.-ից,
 - դիաստոլիկ զարկերակային ճնշումը բարձր է 110 մմ ս.ս.-ից,
 - ծանր պրեէկլամպսիայի այլ նշաններ կան և եթե զարկերակային ճնշումը ցածր է.
 - զանգվածային պրոտեինուրիա,
 - լյարդի ֆունկցիայի խանգարում,
 - արյան քննության արդյունքները անբավարար են:
- Եթե զարկերակային ճնշումը ցածր է 160/100 մմ ս.ս.-ից, անտիհիպերտենզիվ բուժումն անմիջապես սկսելու կարիք չկա:

Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է սկսել սիստոլիկ ճնշման 160 մմ.ս.ս.-ից ավելի կամ դիաստոլիկ ճնշման 110 մմ.ս.ս.-ից ավելի արժեքների դեպքում: Բուժումը պետք է սկսել նաև, եթե հղիի մոտ առկա են հիվանդության որևէ ծանր նշաններ, անգամ եթե սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշումը հարաբերականորեն ցածր արժեքների վրա են (C):

Ընդունված է, որ զարկերակային ճնշման 170/100 մմ. ս.ս.-ից բարձր արժեքների դեպքում պետք է սկսել հակահիպերտենզիվ բուժում, սակայն դա հետազոտություններով չի ապացուցվել: Բուժման հիմնական նպատակը անոթների պատման կանխումն է, որը կարող է տեղի ունենալ բարձր զարկերակային ճնշման դեպքում: Անգամ բուժում սկսելու համար առաջարկվել է զարկերակային ճնշման ավելի ցածր մակարդակ՝ 160 մմ ս.ս.:

Եթե զարկերակային ճնշումը 160/100 մմ ս.ս.-ից ավելի ցածր է, անհապաղ հակահիպերտենզիվ բուժում սկսելու կարիք չկա: Բացառություն են կազմում

այն դեպքերը, երբ ավելի լուրջ ախտաբանության նշաններ կան, օրինակ, արտահայտված պրոտեինուրիա կամ արյան ընդհանուր քննության պատասխաններով կան շեղումներ: Նման դեպքերում հնարավոր է հակահիպերտենզիվ բուժման վաղ սկիզբը:

Մինչ օրս շարունակվում են տարաձայնությունները հակահիպերտենզիվ բուժման սկզբի վերաբերյալ, եթե հղիի դիաստոլիկ ճնշումը տատանվում է 100 և 110մմ ս.ս.-ի միջև:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Զարկերակային ճնշման հսկողություն. արագ ազդող դեղամիջոցներ

Սլայդ 7-19

- Հիդրալազին (լայնացնում է երակները, նվազեցնելով արյան հոսքի դիմադրողականություն).
 - ներմուծվում է ն/ե, սովորաբար կաթիլային,
 - կողմակի երևույթներ առաջանում են 50% դեպքերում. ուժեղ գլխացավ, սրտի հաճախացած աշխատանք, հոգնածություն և անհանգստություն,
 - կարող է նմանակել սպառնացող էկլամպսիայի ախտանիշներին:
- Նիֆեդիպին (կալցիումային խողովակների բլոկատոր).
 - կարող է ընդունվել պերորալ,
 - ուժեղ գլխացավ ավելի հաճախ է լինում, քան հիդրալազինի օգտագործման դեպքում:
- Լաբետալոլ.
 - ն/ե, նիֆեդիպինի այլընտրանքն է,
 - ավելի քիչ են կողմակի երևույթները:
- Նատրիումի նիտրոպրուսիդ:

Ծանր հիպերտենզիայի դեպքում կարելի է կիրառել լաբետալոլ (պերորալ կամ ն/ե), նիֆեդիպին (պերորալ կամ ն/ե), հիդրալազին (A):

Չափավոր հիպերտենզիայի ժամանակ հակահիպերտենզիվ բուժումը կարող է դառնալ գործոն, որը նպաստում է հղիության երկարաձգմանը:

Բժիշները պետք է նշանակեն իրենց ծանոթ դեղամիջոցներ (C):

Ընտրանքի դեղամիջոցներ են լաբետալոլը, նիֆեդիպինը, հիդրալազինը:

Լաբետալոլն ունի առավելություն, ծանր հիպերտենզիայի դեպքում այն կարելի է ներմուծել պերորալ ճանապարհով, այնուհետև, անհրաժեշտության դեպքում անցնել ն/ե ներմուծմանը:

Լաբետալոլ. սկսեք 20 մգ ն/ե շիթով ներմուծումից, եթե արդյունքն անբավարար է, ավելացրեք 40 մգ 10 րոպե անց և 80 մգ յուրաքանչյուր 10 րոպե մեկ, որպես 2 լրացուցիչ դեղաչափ: Առավելագույն դեղաչափը 220 մգ է: Եթե զարկերակային ճնշման ցանկալի մակարդակ չի ստացվել, փորձեք այլ դեղամիջոց: Լաբետալոլ մի նշանակեք բրոնխային ապթամյով և սրտային անբավարարությամբ հղիներին:

Նիֆեդիպին. սկսեք 10 մգ-ից պերորալ և կրկնեք յուրաքանչյուր 30 րոպե մեկ, եթե դա անհրաժեշտ է: Դեղամիջոցը պետք է նշանակել պերորալ, այլ ոչ թե սուբլինգվալ ընդունման համար:

Նիֆեդիպինի և մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման դեպքում կարող է առաջանալ ուժեղ մկանային և ծննդաբերական գործունեության թուլություն, ինչպես նաև պտղի վիճակի վատացում:

Հիդրալազին. սկսեք 5 մգ-ից ն/ե կամ 10 մգ-ից մ/մ: Եթե զարկերակային ճնշման ցանկալի մակարդակի չի ստացվել, կրկնեք նույնը 20-րոպեանոց ընդմիջումներով, 5-ից 10 մգ, կապված իրավիճակի հետ): Հենց որ հասել եք ճնշման մակարդակի նվազման, անհրաժեշտության դեպքում կրկնակի նշանակեք (սովորաբար 3 ժամ անց). Եթե 20 մգ ն/ե կամ 30 մգ մ/մ ներմուծումն արդյունք չի տալիս, սկսեք այլ դեղամիջոց կիրառել:

Հիդրալազինը և ն/ե լաբետոլոլը երկրների մեծ մասին հասու չեն: Նիֆեդիպինի և մագնեզիումի սուլֆատի միաժամանակ ներմուծումը կարող է լուրջ բարդություններ առաջացնել: Վերը թվարկված դեղամիջոցների նկատմամբ ռեֆրակտեր լինելու դեպքում պետք է օգտագործել այլ՝ արտոնագրված հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցներ, օրինակ, նատրիումի նիտրոպրոսիդ կամ իզոլետ:

Նատրիումի նիտրոպրոսիդը հազվադեպ է կիրառվում հիպերտենզիայի բուժման համար, որը վերը թվարկված դեղամիջոցներով բուժման չի ենթարկվում, և/կամ այն ժամանակ, երբ հայտնաբերվել են հիպերտենզիվ էնցեֆալոպաթիայի նշաններ:

Սկսեք 0,25 մկգ/կգ/րոպե դեղաչափից, առավելագույն դեղաչափը՝ 5 մկգ/կգ/րոպե: Եթե 4 ժամից ավելի է ներմուծվում, կարող է զարգանալ պտղի ցիանիդներով թունավորում:

Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(1), S1-22.
Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.

THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Զարկերակային ճնշման հսկողություն. երկարատև ազդող դեղամիջոցներ

Սլայդ 7-20

- Մեթիլդոպա.
 - ընդունելուց հետո առաջին 48 ժամվա ընթացքում առաջացնում է քնկոտություն,
 - հայտնի միակ հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցն է, որը ազդեցություն չի թողնում պտղի վրա:
- Կլոնիդին.
 - ավելի շուտ է ազդում, քան մեթիլդոպան (մոտ 30 րոպեից):
- Բետա-բլոկատորներ (օքսպրենտոլ).
 - ավելի քիչ են կողմնակի երևույթները, քան մեթիլդոպայի օգտագործման դեպքում:

Զարկերակային ճնշման հսկողության երկարատև ազդեցությամբ դեղամիջոցները պետք է արդյունավետ լինեն թե մոր, թե պտղի համար:

Բժիշկներից շատերը մեթիլդոպան նախընտրում են մյուսներից, համարելով այն արյան շրջանառությունը կայունացնելու և պտղի հեմոդինամիկայի համար դեղամիջոց N1:

Այս դեղամիջոցի երկարատև հետազոտությունների (7,5 տարի) ցույց տվեցին տերատոգեն ազդեցության, նորածինների մտավոր զարգացածության հետամնացության բացակայություն: Միևնույն ժամանակ 17 հետազոտությունների համակարգային ակնարկի (1182 կին) համաձայն, գոյություն ունեն հակահիպերտենզիվ բազմաթիվ այլ դեղամիջոցներ, որոնք ավելի արդյունավետ են նորածնի կյանքին սպառնացող ռիսկը նվազեցնելու առումով, քան մեթիլդոպան:

*Report of the National High Blood Pressure Education Program.
Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy.
Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(1), 51-22.*

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

Ջարկերակային ճնշման հսկողություն. խորհուրդ չի տրվում օգտագործել հետևյալ դեղամիջոցները

Սլայդ 7-21

- Անհրաժեշտ է խուսափել օգտագործելուց.
 - ատենոլոլ,
 - անգիոտենզին դարձնող ֆերմենտների (ԱԴՖ) խթանիչները,
 - անգիոտենզինային ռեցեպտորների բլոկատորները,
 - դիուրետիկները:
- Սուր հիպոպլոլեմիայի զարգացում:
- Կարող են առաջանալ կողմնակի վտանգավոր երևույթներ:

Անհրաժեշտ է խուսափել այնպիսի դեղամիջոցների օգտագործումից, ինչպես ատենոլոլը, անգիոտենզին դարձնող ֆերմենտների (ԱԴՖ) խթանիչները, անգիոտենզինային ռեցեպտորների բլոկատորները, դիուրետիկները (B):

Ատենոլոլի կիրառումը կարող բերել պտղի զարգացման կասեցմանը: ԱԴՖ խթանիչները և անգիոտենզինային ռեցեպտորների բլոկատորները հակացուցված են, քանի որ բերում են այնպիսի անբարենպաստ հետևանքների, ինչպես պտղի ներարգանդային զարգացման հապաղումը, գերջրությունը, պտղի երկկամային անբավարարությունը և պտղի մահը:

Հղիության շրջանում դիուրետիկների օգտագործման վերաբերյալ տվյալները հակասական են, դրանք պետք է օգտագործել թոքերի այտուցի դեպքում:

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006*

Ցնցումների կանխարգելում (1) Մագնեզիումի սուլֆատ

Սլայդ 7-22

- Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայով հղիներին պետք է նշանակել ոռոտին:
- Ծննդաբերելուց հետո պետք է շարունակել մագնեզիումի սուլֆատի ընդունումը ևս 24 ժամ կամ ցնցումների վերջի նույնպիսից հետո 24 ժամվա ընթացքում:
 - Անհրաժեշտ է պարբերաբար գնահատել.
 - > դիուրեզը,
 - > ծնկային ռեֆլեքսները,
 - > շնչառության հաճախականությունը,
 - > թթվածնի սատուրացիան:
- Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման մասին տվյալները թեթև աստիճանի պրեէկլամպսիայի դեպքում հստակ չեն.
 - յուրաքանչյուր դեպքում պահանջվում է ցուցաբերել անհատական մոտեցում:

Պետք է նշանակվի պրեէկլամպսիայով հղիներին, որոնց մոտ էկլամպսիայի զարգացման ռիսկ կա: Սովորաբար նշանակվում է ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում, երբ ընդունվել է ծննդաբերության որոշումը և անմիջապես ծննդաբերելուց հետո:

Ավելի թեթև վիճակում գտնվող հղիներին մագնեզիումի նշանակումն այնքան էլ նպատակահարմար չէ և կապված է հղիի անհատական վիճակի հետ (A): Թեթև պրեէկլամպսիայի դեպքում, մեկ անգամ ցնցումներ կասեցնելու նպատակով անհրաժեշտ է մագնեզիումի սուլֆատով ավելի շատ հղիների բուժել (109 կին), քան ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում (63 կին):

Եթե որոշում է ընդունվել ծանր հիպերտենզիայով և անհաս պտղով հղիի կոնսերվատիվ վարման վերաբերյալ, ավելի նպատակահարմար է չսկսել բուժումը, մինչև ծննդաբերության ժամկետի մասին որոշում կայացնելը:

Եթե նշանակվել է մագնեզիումի սուլֆատ, դրա ընդունումը պետք է շարունակվի ծննդաբերելուց կամ վերջին ջղաձգումից հետո 24 ժամ: Մագնեզիումի սուլֆատ նշանակելուց հետո անհրաժեշտ է մշտապես հսկել դիուրեզը, ռեֆլեքսները, շնչառության հաճախականությունը և մոր արյան՝ թթվածնով հագեցվածության մակարդակը:

Ցնցումների կանխարգելում (2)

Ռ-ՀՀ «MAGPIE»

Սլայդ 7-23

- Մագնեզիումի սուլֆատով բուժում ստացած հղիների մոտ.
 - էկլամպսիայի զարգացման ռիսկը 58%-ից ցածր էր,
 - նկատվում էր մայրական մահացության նվազման միտում,
 - նվազում էր ընկերքի վաղաժամ շերտազատման հաճախականությունը:

«MAGPIE» Ռ-ՀՀ-ն ուսումնասիրել է մագնեզիումի սուլֆատի կանխարգելիչ ազդեցությունը պրեէկլամպսիայի դեպքում:

Հետազոտության մեջ ընդգրկված հղիները (n=10141), հղիության երկարաձգման նպատակով կամ ժամանակավորապես, ծննդաբերելուց հետո, 24 ժամից ոչ ավելի գտնվել են հիվանդանոցում: ԶՃ-ն եղել է 140/90 մմ ս.ս. կամ բարձր, պրոտեինուրիայի մակարդակը՝ 1+ (30 մգ/դլ) կամ ավելի: 33 երկրի կանայք պատահական բաշխմամբ ներգրավվել են մագնեզիումի սուլֆատ օգտագործողների (n=5071) կամ պլացեբոյի (n=5070) խմբերում:

Գնահատվող հիմնական ելքերն էին էկլամպսիայի զարգացումն ու պտղի մահը (այն կանայք, ովքեր ունեցել էին խմբերում մինչև ծննդաբերելը):

Մագնեզիումային բուժում ստացածների մոտ էկլամպսիայի զարգացման ռիսկը 58%-ով ցածր էր (95% ՎԻ՝ 40-71), քան պլացեբո ստացողներինը (40, 0.8%, 96-ի դիմաց, 1.9%, յուրաքանչյուր 1000 հղիին էկլամպսիայի 11 դեպքից ավելի պակաս էր): Մագնեզիումային բուժում ստացողների խմբում ցածր էր նաև մայրական մահացությունը (ՇՀ՝ 0.55, ՎԻ՝ 0.26-1.14): Չեն հայտնաբերվել բավարար հստակ տարբերություններ նորածինների մահացության մակարդակի մեջ (576, 12.7%, 558-ի դիմաց, 12.4%, ՇՀ՝ 1.02, 99% ՎԻ՝ 0.92-1.14): Հավաստի միակ տարբերությունը պլացենտայի շերտազատումն էր (ՇՀ՝ 0.67, 99% ՎԻ՝ 0.45-0.89):

The Magpie trial: a randomised placebo controlled trial. Lancet, 2002, 359, 1877-90.

Ցնցումների կանխարգելում (3) Մագնեզիումի սուլֆատի ն/ե կիրառում

Սլայդ 7-24

- Սկսեք 4գ-ից, ն/ե, 20 րոպե (16 մլ 25%-ոց լուծույթ):
- Շարունակեք ներմուծել 1-2 գ/ժամ արագությամբ:
- Սովորաբար բուժումը շարունակում են ծննդաբերելուց հետո կամ էկլամպսիայի դեպքում, վերջին ջղածումից հետո ևս 24 ժամ:
- Հսկողություն. ծնկային ռեֆլեքսի անկայություն, շնչառության հաճախականությունը ոչ պակաս, քան 16 ակտ րոպեում, դիուրեզը՝ ոչ պակաս, քան <20-30 մլ մեկ ժամում:
- Պարտադիր պետք է ունենալ կալցիումի գլուկոնատի 10%-ոց լուծույթ, քանի որ մագնեզիումի սուլֆատի կիրառման դեպքում այն լավ անտիդոտ է:

Մագնեզիումի սուլֆատով բուժման արձանագրության օրինակ.

- բուժման ընդհանուր հսկողություն, հեղուկի բալանսի հատուկ հսկողությամբ,

- դիուրեզ <100 մլ 4 ժամում. եթե չկան մագնեզիումի սուլֆատի դեղաչափի գերազանցման կլինիկական նշաններ, նվազեցնել ներմուծման արագությունը մինչև 0,5 գ/ժամ,
- ծնկի ռեֆլեքսը ընկճված է. դադարեցնել մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը մինչև ռեֆլեքսի առաջանալը,
- շնչառության ընկճում. դադարեցնել մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը:

Տալ թթվածին դիմակով, պառկեցնել հղիին անվտանգ դիրքով, քանի որ մեծ է ցնցումների առաջացման հավանականությունը: Շարունակել մանրակրկիտ հսկողությունը.

- շնչառության կանգ. դադարեցնել մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը: Ներարկել ն/ե կալցիումի գլուկոնատ, կատարել ինտուբացիա, անհապաղ սկսել թոքերի արհեստական օդափոխությունը,
- սրտի կանգ. սկսել սիրտ-թոքային վերակենդանացումը: Դադարեցնել մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը: Ներարկել ն/ե կալցիումի գլուկոնատ, կատարել ինտուբացիա, անհապաղ սկսել թոքերի արհեստական օդափոխությունը: Եթե հղին դեռ չի ծննդաբերել, անհապաղ սկսել ծննդալուծումը,
- անտիդոտ. 10%-ոց կալցիումի գլուկոնատի լուծույթ, 10 մլ ն/ե, 10 րոպե:

Management of severe preeclampsia and eclampsia. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). August 2001.

Ցնցումների կանխարգելում (4) Մագնեզիումի սուլֆատի մ/մ կիրառում (Պրիտչարդ)

Սլայդ 7-25

- Սկսեք մագնեզիումի սուլֆատի 50%-ոց լուծույթի 5 գ-ից, մ/մ, հետոյքի վերին ¼-ի վրա (ընդամենը 10 գ):
- Այնուհետև, յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ մագնեզիումի սուլֆատի 50%-ոց լուծույթի 5 գ, մ/մ, հերթագայելով ներարկումները հետոյքի աջ և ձախ կողմերում.
 - մ/մ ներարկումներին կարելի է ավելացնել 1 մլ լիդոկաինի 2%-ոց լուծույթ:
- Ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում, մինչև մ/մ ներմուծումը խորհուրդ է տրվում ներմուծել մագնեզիումի սուլֆատի ն/ե 4 գ սկզբնական դեղաչափ, 20%-ոց ֆիզիոլոգիական լուծույթում:

Մագնեզիումի սուլֆատի մ/մ ներարկման օրինակ.
Քանի որ մ/մ ներարկումները ցավոտ են և բարդանում են արսցեսներով, 0.5% դեպքերում նախընտրելի է ն/ե ներմուծումը.

Management of severe preeclampsia and eclampsia. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). August 2001.

Էկլամպսիա

Սլայդ 7-26

- Մեկ անգամ կամ կրկնվող ցնցումներ՝ պրեէկլամպսիայի ֆոնի վրա.
- 10 000 ծննդկանից 5-ի մոտ զարգանում է էկլամպսիա,
 - մահացության մակարդակը՝ 1.8%,
 - հետագայում կանանց 35%-ի մոտ հնարավոր է լուրջ բարդություններ առաջանան:

Էկլամպսիան հազվադեպ, սակայն կյանքին վտանգ սպառնացող բարդություն է: Օրինակ Մեծ Բրիտանիայում 10000 ծննդաբերից 5-ը տառապում է էկլամպսիայով, մահացության մակարդակը 1.8%, 35%-ի մոտ կարող են ի հայտ գալ ավելի լուրջ բարդություններ:

Ցնցումների կանխարգելումը

Սլայդ 7-27

- Ցնցումների կանխարգելման նպատակով նախընտրությունը կարելի է տալ մագնեզիումի սուլֆատին:
- Ն/ե ներմուծումը ապահովում է կողմնակի երևույթների նվազագույն հաճախականություն:
- Դիագնոզիկ ֆենիտոինը այլևս չպետք է լինեն «առաջին հերթին» օգտագործվող դեղամիջոցների շարքում:
- Մագնեզիումի սուլֆատը, դիագնոզիկ և ֆենիտոինի համեմատ զգալիորեն նվազեցնում է.
 - ըստ Ապգարի սանդղակի 5-րդ բաղադրիչի >7 բալլից պակաս միավորով նորածինների ծնվելը,
 - 7 օրից ավելի վերականգնման քաժամանակը գտնվող նորածինների թիվը:

Վարման ռազմավարությունը հիմնված է վերակենդանացման և ինտենսիվ բուժօգնության ցուցաբերման բազային սկզբունքների վրա (ABC), (C): Մագնեզիումի սուլֆատը ցնցումների կանխարգելման համար ընտրանքային դեղամիջոց է:

Հարվածային դեղաչափը՝ 4 գ պետք է ներմուծվի ն/ե, 5-10 րոպե, այնուհետև վիճակը կայուն պահպանող դեղաչափը՝ 1 գ/ժամ, 24 ժամ ցնցումների վերջին տոպայից հետո (A):

Երբեք հղիին մենակ մի թողեք, նա մշտապես պետք է գտնվի մանկաբարձուհու և անեսթեզիոլոգի հսկողության տակ: Պատկեցրեք հղիին ձախ կողքի վրա և ապահովեք թթվածնի հասանելիությունը: Հսկողության տակ պահեք շնչառությունը, զարկերակը, ՋՃ: Հենց որ վիճակը կայունացել է, անհրաժեշտ է կայացնել որոշում ծննդաբանության մասին: Սակայն շտապել պետք չէ, մի քանի ժամ սպասելը թույլատրելի է, եթե պտղի կողմից չկա անհասարակ օգնության պահանջ, օրինակ՝ բրադիկարդիայի դեպքում: Անհրաժեշտ է հիշել, որ հղիի վիճակը ունի նախընտրություն պտղի վիճակի համեմատ:

Ծանր պրեէկլամպսիայի դեպքում ծննդաբանել 24 ժամվա, իսկ էկլամպսիայի դեպքում՝ 12 ժամվա ընթացքում:

Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet, 1995, 345(8963): 1455–63.

Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003.

Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003.

Կրկնվող ցնցումների բուժման տակտիկան

Սլայդ 7-28

- Կրկնակի ցնցումների դեպքում.
 - լրացուցիչ 2 գ մագնեզիումի սուլֆատ, ն/ե ԿԱՄ
 - ավելացնել մագնեզիումի սուլֆատի ներարկվող դեղաչափը մինչև 1.5 գ կամ 2.0 գ/ժամ
- Ցնցումների շարունակման դեպքում (բացի մագնեզիումի սուլֆատի) ներարկել.
 - դիազեպամ (10 մգ ն/ե) միանվագ ԿԱՄ
 - թիոպենտալ (50 մգ/ ն/ե) միանվագ:
- Եթե ցնցումները շարունակվում են.
 - շնչառության պահպանման նպատակով կարող է ինտուբացիա կատարելու հարկ լինել
 - տեղափոխել հղիին ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք օդափոխության ֆոնի վրա, դրական ճնշմամբ:

Կրկնվող ցնցումների դեպքում պետք է շիթով լրացուցիչ ներմուծել 2 գ մագնեզիումի սուլֆատ կամ մեծացնել ինֆուզիոն դեղաչափը մինչև 1.5 գ կամ 2.0 գ/ժամ (A): Հետազոտությունների անցկացման ժամանակ առաջարկվել է շիթով մագնեզիումի սուլֆատի լրացուցիչ դեղաչափի ներմուծում՝ կրկնակի ցնցումների կանխարգելման նպատակով:

Այլընտրանքային միջոց է մագնեզիումի սուլֆատի ինֆուզիոն դեղաչափի ավելացում 1.5 գ կամ 2.0 գ/ժամ:

Եթե ցնցումները շարունակվում են, հնարավոր է ներմուծել դիազեպամ կամ թիոպենտալ, սակայն միանվագ, քանի որ դիազեպամի երկարատև կիրառումը բերում է մայրական մահացության դեպքերի ավելացմանը:

Եթե, այնուամենայնիվ, ցնցումները շարունակվում են, հնարավոր է շնչառական ֆունկցիայի պահպանման և օքսիգենացիայի աջակցման նպատակով ինտուբացիա կատարելու հարկ լինի: Նման դեպքերում հղիին անհրաժեշտ է տեղափոխել ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք:

Եթե հղին գտնվում է կոմայի մեջ, պետք է համոզվել, որ կինը ձախ կողքի վրա է պատկած, գլուխը թեթևակի հետ գցած՝ շնչառական ուղիների անցանելիությունն ապահովելու նպատակով:

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

Ջրային բալանսի շտկում

Սլայդ 7-29

- Չկան տվյալներ մեծ քանակությամբ հեղուկներ ներմուծելու առավելության մասին:
- Չկա խորհրդատվություն երկկամային անբավարարությունը կանխելու նպատակով դիուրետիկ ցուցանիշները հստակ պահելու առումով:
- Հեղուկի ներմուծումը պետք է սահմանափակվի մինչև 80 մլ/ժամ կամ 1 մլ/կգ/ժամ.
 - թոքերի կամ ուղեղի այտուցի զարգացման ռիսկ կա:

Հղիության ժամանակ և ծննդաբերելուց հետո հեղուկով գերհագեցվածությունից խուսափելու նպատակով ցանկալի է հեղուկի ընդունումը կրճատել: Մովորաբար տրվող հեղուկի ընդհանուր ծավալը պետք է սահմանափակվի մինչև 80 մլ/ժամ կամ 1 մլ/կգ/ժամ (C):

Վերջին 20 տարվա ընթացքում թոքերի այտուցը հաճախ մայրական մահացության պատճառ է դառնում: Դա, առաջին հերթին, ջրային հավասարակշռության ոչ պատշաճ հսկողության հետևանք է:

Առայժմ տվյալներ չկան այն մասին, թե օգտագործվող հեղուկի ավելացումը կամ կրճատումը ինչ-որ ձևով ազդում է մոր վիճակի վրա: Չկան տվյալներ նաև երիկամային անբավարարությունը կանխելու համար դիուրետի պահպանման մասին:

Օգտագործվող հեղուկի քանակի հսկողությունն իրականացվում է այնքան ժամանակ, մինչև հետծննդաբերական շրջանում դիուրետի կարգավորումը, քանի որ ծանր պրեէկլամպսիան հաճախ ուղեկցվում է օլիգուրիայով: Եթե դա լինում է արյունահոսությամբ, ջրային բալանսը դժվար է լինում հսկողության տակ պահել և հեղուկների սահմանափակումն անցանկալի է:

Բանդումիզացված ակնարկներից մեկում համեմատություն է արվել կոլոիդային լուծույթների և պրեէկլամպսիայի բուժման նպատակով կիրառվող ու պլազմայի ավելացում չառաջացնող լուծույթների միջև: Ակնարկում երեք հետազոտության տվյալներ էին ամփոփվել, որոնցում ներգրավվել էին 61 կին: Բոլոր հետազոտությունների տվյալներով, ՎԻ շատ մեծ էին և հատում էին արդյունքի բացակայության գիծը: Պրեէկլամպսիայի բուժման նպատակով պլազմայի ավելացումից առաջացնող արդյունքի գնահատման համար ցուցանիշներն անբավարար էին:

Ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների մոտ հաճախ շրջանառող պլազմայի ծավալը փոքր է: Հենց դա էլ պլազմայի ծավալի մեծացման հիմք դարձավ՝ համակարգային և արգանդ-պլացենտայի շրջանառությունը լավացնելու նպատակով: Չհսկվող որոշ հետազոտություններում ենթադրություններ արվեցին այն մասին, որ ներանոթային ծավալի արագ վերականգնումը կարող է պրեէկլամպսիայով հղիների մոտ բերել ԶՃ նվազեցմանը:

Թեև ծավալի մեծացման հետևանքով ԶՃ չի կարգավորվել, այս հետազոտությունները թույլ տվեցին ենթադրել, որ նման բուժումը հիպոտենզիվ դեղամիջոցների արդյունավետ լրացում կլինի և դեղաչափի նվազեցման դեպքում կարող է նվազեցնել կողմնակի երևույթների առաջացման ռիսկը մոր և պտղի համար:

Ներանոթային ծավալի մեծացումը ընդհանուր ծավալի գերազանցման վտանգ է պարունակում իր մեջ, այն կարող է պրեէկլամպսիայով հղիների մոտ թոքերի կամ ուղեղի այտուց առաջացնել, որոնց օսմոտիկ ճնշումը սովորաբար ցածր է լինում: Պլազմայի ծավալի մեծացումը հատկապես վտանգավոր է ծննդաբերելուց հետո, երբ երակային ծավալը մեծանում է: Դա կարելի է անել խիստ հսկողության տակ: Վերջերս բացահայտվել է, որ ծանր վիճակում գտնվող մարդկանց մոտ կոլոիդային լուծույթների օգնությամբ արյան պլազմայի ավելացման հետևանքով մահաբերությունն ավելի մեծ է, քան երբ պլազմայի ծավալի մեծացում չի կիրառվել կամ դա արվել է բյուրեղային լուծույթներով:

Թեև այս հետազոտություններից և ոչ մեկում հղիներ չեն ներգրավվել, պետք է կոլոիդային լուծույթների նկատմամբ զգուշություն ցուցաբերել, քանի դեռ չեն ստացվել ուսումնասիրված հետազոտությունների տվյալներ, որոնցում ներգրավված են պրեէկլամպսիայով կանայք:

RCOG Press, March 2006.

Duley L, Williams J, Henderson-Smart DJ. Plasma volume expansion for treatment of preeclampsia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1999.

Ծննդալուծում՝ մոր և պտղի համար օպտիմալ ժամկետում

Սլայդ 7-30

- Հենց որ հղիի առողջական վիճակը կայունանում է, ծննդալուծման մասին որոշումը պետք է ընդունվի բարձր մասնագիտացում ունեցող բժշկի կողմից:
- Հղիությունը երկարաձգելու մասին որոշում կարող է ընդունվել միայն պտղի ապրելու շանսերը բարձրացնելու նպատակով:

Ծննդալուծման մասին որոշում կարելի է ընդունել, հենց որ հղիի վիճակը կայունանա (C):

Ծննդաբերությունը պետք է պլանավորված լինի, ծննդալուծումը կկատարվի լավագույն ժամկետում և բուժաշխատողների լավագույն թիմով:

Թույլատրելի է հապաղում մի քանի ժամով, եթե դա անհրաժեշտ է կազմակերպման համար: Դա նշանակում է, որ ծննդկանի վիճակը կայուն է ծննդաբերելուց կամ այլ բուժհաստատություն տեղափոխելուց առաջ:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Ե՞րբ է անհրաժեշտ երկարաձգել հղիությունը

Սլայդ 7-31

- 34 շաբաթից փոքր հղիության դեպքում
 - կորտիկոստերոիդները շնչառության անբավարարության պատճառով օգնում են նվազեցնել նեոնատալ մահացությունը:
 - Հղիության վաղ ժամկետներում
 - պերինատալ ելքերը լավացնելու հնարավորություն կա,
 - անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել մոր առողջական վիճակի վրա:
- Պարտադիր պետք է մոր և պտղի վիճակի հսկողություն սահմանել**

Եթե հղիությունը 34 շաբաթից փոքր է և ծննդաբերությունը կարելի է հետաձգել, պետք է նշանակել կորտիկոստերոիդներ, թեև 24 ժամ անց կունսերվատիվ բուժման առավելությունը պետք է վերանայվի (A):

Վարման կոնսերվատիվ տակտիկան հղիության վաղ շրջաններում պետք է լավացնի պերինատալ ելքը, սակայն այն պետք է ընտրվի մոր վիճակը հաշվի առնելով (A):

Եթե հղիությունը 34 շաբաթից փոքր է և ծննդաբերությունը կարելի է երկարաձգել ևս 24 ժամով, կորտիկոստերոիդները կօգնեն թոքային անբավարարության հետևանքով առաջացած նեոնատալ մահվան մակարդակը նվազեցնել: Կորտիկոստերոիդային բուժման բացահայտ արդյունք է նկատվում, անգամ եթե ծննդաբերությունը ավելի վաղ է տեղի ունեցել, քան նշանակումից 24 ժամ անց:

Հղիության վաղ ժամկետներում հղիության երկարաձգումը կարող է անհաս պտղի ծավելու ելքը լավացնել, սակայն նման տակտիկան կարող է կիրառվել, եթե մոր վիճակը կայուն է: Ռանդոմիզացված երկու ոչ շատ մեծ հետազոտության տվյալներով, վաղ բացահայտված պրեէկլամպսիայի դեպքում հղիության կոնսերվատիվ վարումը նեոնատալ բարդությունների մակարդակի նվազման է բերել: Հղիությունը երկարացվել է 7 և 15 օրով, հղիության համապատասխանաբար 28-34 և 28-32 շաբաթում, առանց մոր մոտ հետծննդաբերական բարդությունների: Որոշ հետազոտությունների տվյալներով, նման արդյունք ստացվել է հղիության 24 շաբաթում:

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

Ծննդալուծման ցուցումներ պրեէկլամպսիայի դեպքում

Սլայդ 7-32

- Հասուն կամ գրեթե հասուն հղիություն:
- Հղիության ժամկետը 34 շաբաթ է:
- Պտղի վիճակի վատացում:
- Մոր կյանքին սպառնացող պրեէկլամպսիայի բարդություններ:

Եթե հղիությունը 34 շաբաթից ավելին է, կնոջ վիճակի կայունացումից հետո խորհուրդ է տրվում ծննդալուծում կատարել:

Սովորաբար ծննդալուծումն պետք է ունենա առավելություններ և մոր և պտղի համար, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պտուղը խիստ անհաս է:

Այնուամենայնիվ, եթե պրեէկլամպսիային բնորոշ բարդությունները վտանգ են սպառնում մոր և պտղի կյանքին, սովորաբար ընտրություն կատարելու հնար չի լինում, անգամ, եթե անհասպաղ ծննդալուծումը նվազեցնում է պտղի ապրելու շանսերը:

Ծննդալուծման մեթոդը պետք է որոշվի անմիջապես պտղի վիճակը և դիրքը որոշելուց հետո: Պետք է նաև որոշվի հղիության խթանման հնարավորությունը, ելնելով արգանդի պարանոցի պատրաստ լինելուց:

Ցանկացած դեպքում ծննդալուծումը պետք է մանրակրկտորեն պլանավորվի: Սովորաբար նախընտրելի է լինում ծննդալուծում բնական ճանապարհով, սակայն եթե հղիությունը 32 շաբաթից փոքր է, նախընտրելի է կեսարյան հատումը: 34-րդ շաբաթից հետո, պտղի գլխային առաջադրության դեպքում ծննդալուծումը նախընտրելի է կատարել բնական ճանապարհով: Մասկաբարձ-գինեկոլոգը պետք է քննարկի ծննդալուծման հարցը հղիի հետ: Պրոստագլանդինների ներհեշտոցային կիրառումը կարող է մեծացնել հաջող ծննդալուծության շանսերը: Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է շարունակել ընդհուպ մինչև ծննդաբերության վերջը:

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Կնոջ վարումը ծննդաբերությունից հետո

Սլայդ 7-33

- Մանրակրկիտ պատշաճ հսկողություն:
- Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է շարունակել.
 - զարկերակային ճնշումը չպետք է գերազանցի 160/110 մմ. ս.ս.
- Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է աստիճանաբար դադարեցնել:
- Կանանց մեծ մասը ծննդաբերելուց հետո պահանջում է հիվանդանոցում հսկողությունը շարունակել ևս 4 կամ ավելի օր:
- Խորհրդատվություն ստանալու անհրաժեշտության դեպքում դիմել հարակից մասնագետների՝ թերապևտի, ակնաբույժի, նյարդաբանի, նեֆրոլոգի և ուրիշների:

Բժիշները պետք է գիտակցեն հնարավոր ցնցումների ռիսկը ծննդաբերությունից հետո և մանրակրկիտ հետազոտություն կատարեն, նախքան հղիին հիվանդանոցից դուրս գրելը (C): Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է շարունակել ծննդաբերությունից հետո:

Կարող է բուժումը 3 ամսով շարունակելու անհրաժեշտություն առաջանալ, այնուամենայնիվ հղիներից շատերի բուժման ժամկետը կարելի է կրճատել (C):

Այն հղիները, ում մոտ պահպանվում է բարձր ԶՃ-ն և մինչև 6-րդ ամիսը նա ունենում է պրոտեինուրիա, հնարավոր է ունենան երիկամների հիվանդություն, այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է կատարել դրանց հետագա հետազոտությունը (C):

Բժիշկները պետք է գիտենան, որ էկլամպսիայի դեպքերի մինչև 44%-ը առաջանում է ծննդաբերությունից հետո, հատկապես հասուն հղիության դեպքում: Այս պատճառով պրեէկլամպսիայի ախտանիշներով հղիները պետք է ուշադիր և մանրակրկիտ հետազոտության ենթարկվեն:

Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիան կամ էկլամպսիան կարող է ի հայտ գալ հետծննդաբերական շրջանում: Ըստ վիճակագրության, էկլամպսիաների մինչև 44%-ը առաջանում է ծննդաբերելուց հետո, հատկապես ժամկետում ծննդաբերածների մոտ: Այն կանայք, ում մոտ հիպերտենզիա է զարգանում կամ պրեէկ-

լամպայի նշաններ են ի հայտ գալիս ծննդաբերելուց հետո (գլխացավ, տեսողության խանգարումներ, սրտխառնոց և փսխում կամ էպիգաստրալ ցավեր), պետք է հետազոտվեն մասնագետների մոտ, պրեէկլամպսիան բացատրելու նպատակով: Այն կանայք, ովքեր ծննդաբերելու ժամանակ ծանր պրեէկլամպսիա են ունենում (կամ էկլամպսիա), պետք է ծննդաբերելուց հետո հետազոտության ենթարկվեն: Քանի որ էկլամպսիան կարող է զարգանալ ծննդաբերելուց 4 շաբաթ հետո, ստացիոնար բուժման օպտիմալ ժամկետը որոշված չէ, սակայն էկլամպսիայի և ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայի առաջացման հավանականությունը, նվազում է ծննդաբերելուց հետո 4-րդ օրվանից սկսած: Հիվանդանոցից դուրս գրման որոշումը պետք է ընդունվի հետագա նույնիսկ առաջացումը հաշվի առնելուց հետո: Էկլամպսիայով և ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայով կանանց մեծ մասը ծննդաբերելուց հետո 4 օրից ավելի բուժման կարիք են ունենում: Դուրս գրումից առաջ անհրաժեշտ է կնոջը մանրակրկիտ ձևով հետազոտել:

Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է շարունակել ծննդաբերելուց հետո: Թեև ԶՃ-ն նվազում է, այն սովորաբար նորից բարձրանում է ծննդաբերելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Հակահիպերտենզիվ բուժումը պետք է դադարեցնել աստիճանաբար: Չկան կնոջը օգնություն ցուցաբերելուց հրաժարվելու պատճառներ, որպեսզի բուժումն անցկացվի տանը: Ծննդաբերելուց հետո հնարավոր է 3 ամիս պահանջվի մինչև ԶՃ կարգավորումը: Այդ ընթացքում ԶՃ-ն չպետք է գերազանցի 160/110 մմ ս.ս.:

Այսօր բավարար քանակությամբ տեղեկատվություն չկա, որպեսզի հնարավոր լինի խորհուրդ տալ օգտագործել որևէ հիպերտենզիվ միջոց: Այնուամենայնիվ, հետծննդաբերական շրջանում պետք է խուսափել ալֆա-մեթիլդոպա դեղամիջոցի օգտագործումից, կողմնակի երևույթների առաջացման պատճառով, հատկապես՝ դեպրեսիայի: Կրծքով կերակրող կանանց նշանակվում են այնպիսի դեղամիջոցներ, ինչպես օրինակ լաբետոլոլը, ատենոլոլը, նիֆեդիպինը և էնալապրիլը:

*Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.
THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA.
Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.*

Եզրակացություն (1) «Զարկերակային հիպերտենզիա հղիության ժամանակ» թեմայով

Սլայդ 7-34

- Թեթև աստիճանի ծանրության զետացիոն հիպերտենզիայով հղիները հիվանդանոց տեղափոխման կարիք չեն զգում:
- Պրեէկլամպսիայի զարգացումը ընդհանուր պոպուլացիայում կանխել անհնար է:
- Ախտորոշման համար անհրաժեշտ է խստիվ հետևել պրեէկլամպսիայի ախտորոշման չափանիշներին:
- Հակահիպերտենզիկ բուժում պետք է սկսել, եթե զարկերակային սիստոլիկ ճնշումը ≥ 160 մմ. ս.ս. է կամ դիաստոլիկը՝ ≥ 110 մմ. ս.ս.-ից
- Ընդհանուր կանոն՝ կիրառել ապացուցված արդյունավետությանը դեղամիջոցներ, խուսափել դեղամիջոցների համակցումից, որոնք կարող են վնաս հասցնել:

Եզրակացություն (2) «Զարկերակային հիպերտենզիա հղիության ժամանակ» թեմայով

Սլայդ 7-35

- Մազնեզիումի սուլֆատ պետք է նշանակել էկլամպսիայի զարգացման բարձր ռիսկով կանանց:
- Մազնեզիումի սուլֆատը ցնցումների կանխարգելման ընտրանքային դեղամիջոց է:
- Ծննդալուծումը պրեէկլամպսիայի/էկլամպսիայի բուժման միակ արդյունավետ մեթոդն է:
- Ծննդալուծման որոշում կարելի է կայացնել, հենց որ հղիի վիճակը կայունացել է:
- Հղիությունը երկարաձգելու որոշումը կարող է ընդունվել միայն պտղի ապրելու շանսերը բարձրացնելու նպատակով (հաշվի առնելով մոր վիճակը):
- Հակահիպերտենզիկ բուժումը պետք է շարունակել հետծննդաբերական շրջանում:

Հիպերտենզիկ խանգարումներ

Սլայդ 7-36

Ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների, ինչպես նաև հետծննդաբերական շրջանում ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայով/էկլամպսիայով հղիների վարման ռազմավարությունը:

Տվյալ նյութը կդիտարկվի կլինիկական շաբաթի ընթացքում:

Պրեէկլամպսիայի հետևանքով մայրական մահացության հիմնական պատճառները Մեծ Բրիտանիայում (1988-1990 թթ.)

Սլայդ 7-37

• Ցերեբրալ բարդություններ.	14
– ներզանգային արյունահոսություններ	10
– սուարալսնոխդալ արյունահոսություններ	2
– ինֆարկտ	1
– այտուց	1
• Թոքերի բարդություններ	10
– շնչառական դիսթրես համախտանիշ	9
– այտուց	1
• Այլ	3

Պրեէկլամպսիայի պատճառով մայրական մահեր մեծ մասը տեղի է ունենում ներզանգային արյունահոսությունների և դիսթրես-համախտանիշի պատճառով:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Առաջինը տեղի է ունենում չհսկվող ԶՃ բարձրացման, երկրորդը՝ հետվիրահատական կամ հետծննդաբերական շրջանում կնոջ սխալ վարման, հաճախ մեծ քանակությամբ ներարկվող հեղուկի, հետևանքով: ԶՃ բարձրացման և թոքային բարդությունների զարգացման դիսկը մեծանում է ընդհանուր անզգայացման և կեսարյան հատման ժամանակ ինտուբացիայի կատարման դեպքում:

*Report on confidential enquiries into maternal deaths
in the United Kingdom 1988-1990.
Department of Health, London: HMSO, 1994.*

Կեսարյան հատման վտանգը և բարդությունները ընդհանուր անզգայացման դեպքում

Սլայդ 7-38

- Դժվարություններ ինտուբացիայի դեպքում (ընկալի ալտուոց):
- Ներզանգային արյունահոսություններ.
 - զարկերակային ճնշման միջին մակարդակի կտրուկ աճ ինտուբացիայի և էքստուբացիայի/ասպիրացիայի ժամանակ,
 - զարկերակային ճնշման >140 մմ. ս.ս միջին մակարդակի դեպքում ներզանգային անոթները կորցնում են տոնուսն աջակցելու ունակությունը և կարող են պատռվել:
- Թոքերի ալտուոց.
 - չափազանց բարձր ճնշում թոքային անոթներում:

Տարածուն այտուցները, հատկապես դեմքի և լորձաթաղանթների, հաճախ են հանդիպում պրեէկլամպսիայով տառապող կանանց մոտ:

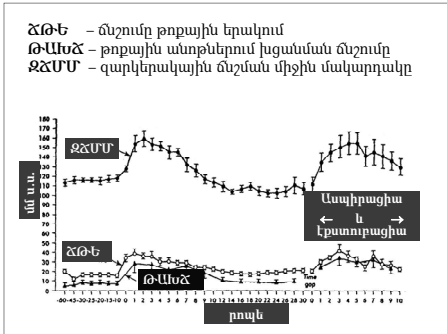
Այտուցվածությունը կարող է փակել տեսանելիության դաշտը դեպի ձայնային ճեղք: Բացի այդ, հնարավոր է լորձաթաղանթից արյունահոսություն, որը բարդացնում է ներշնչավողային ինտուբացիան:

Շնչառական ուղիների վրա կատարվող բուժգործողությունները և էնդոտրախետալ ինտուբացիան հատկապես վտանգավոր է կատարել պրեէկլամպսիայով հղիներին, մասնավորապես, ներզանգային ճնշման աճի կամ բարձր ԶՃ դեպքում: Պրետոր նման ռեակցիան կարող է ներզանգային արյունահոսությունների բերել և/կամ թոքերի ալտուոցի: Նման դեպքերում պետք չէ կիրառել կետամին, քանի որ դա բերում է ԶՃ աճին:

*Hood D. "Preeclampsia" in book: "Practical Obstetric Anesthesia".
W.B. Saunders Company, 1997, p. 211-35.*

Զարկերակային ճնշման միջին մակարդակը և ճնշումը թոքային երակում ինտուբացիայի/էքստուբացիայի ժամանակ

Սլայդ 7-39



Շնչափողի ինտուբացիան և էքստուբացիան ուղեկցվում են միջին ԶՃ կտրուկ աճով թոքային անոթներում: Հեմոդինամիկ այս փոփոխությունները մեծացնում են ներգանգային և թոքային բարդությունների առաջացման ռիսկը, այդ իսկ պատճառով բոլոր ջանքերը պետք է ուղղված լինեն նման փոփոխություններից խուսափելու վրա

և նվազեցնելու դրանք ինտուբացիա/ էքստուբացիա կատարելու ժամանակ: Իր հետազոտությունում Հոդջկինսոնը (Hodgkinson) և համահեղինակները ցուցադրեցին շնչափողի ինտուբացիայի և էքստուբացիայի դեպքում ասպիրացիայի հեմոդինամիկ ռեակցիաների կտրուկ փոփոխություններ: Դրանք կարող են հարուցել ուղեղի անոթային խանգարումներ, թոքերի այտուց, սրտային անբավարարություն: Ընդհանուր անզգայացման ժամանակ ԶՃ հսկողության նպատակով պահանջվում է ուժեղ ազդեցությամբ անոթալայնիչ դեղամիջոցների կիրառում:

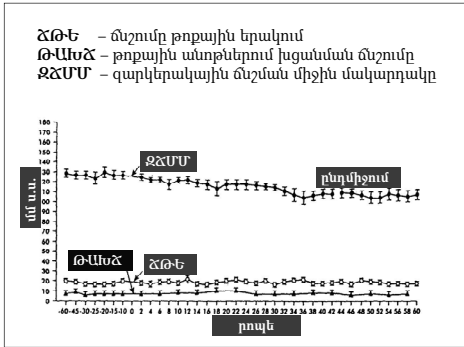
Կտրուկ հեմոդինամիկ ռեակցիաների դադարեցման նպատակով կիրառվող դեղամիջոցները շնչափողի ինտուբացիայի և լարինգոսկոպիայի դեպքում ներառում են անոթալայնիչ պարենտերալ համակցված դեղամիջոցների կիրառում, հաշվի առնելով ինտուբացիայի ժամանակ հնարավոր ռեակցիայի արտահայտումը (օրինակ, նիտրոգլիցերին, նատրիումի նիտրոպրուսիդ), ն/ե թմրանյութերի դեղաչափի մեծացում, մագնեզիումի սուլֆատ, պարենտերալ լիգնդակաին, β-ադրենոռեցեպտորների անտագոնիստներ, ինչպես օրինակ, էսմոլոլը: Ալֆաֆետասնիլի և մագնեզիումի սուլֆատի համակցումը կարող է ծառայել որպես կանխարգելման լավագույն մեթոդ հիպերտենզիվ ռեֆլեկտոր ռեակցիաների դեպքում:

Hood D. "Preeclampsia" in book: "Practical Obstetric Anesthesia".
W.B. Saunders Company. 1997: p. 211-35.

Report of the National High Blood Pressure Education Program.
Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy.
Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(1), 51-22.

Զարկերակային ճնշման միջին մակարդակը և ճնշումը թոքային երակում էպիդուրալ անզգայացման ժամանակ

Սլայդ 7-40



Էպիդուրալ անզգայացումը տարբերվում է ավելի կայուն հեմոդինամիկայով, համեմատած ինտուբացիայի (էքստուբացիայի) ժամանակ տեղի ունեցող փոփոխությունների հետ:

Էպիդուրալ, ողնուղեղային և համակցված անզգայացումը բազմաթիվ առավելություններ ունի և կարող են պրեէկլամպսիայով հղիների նկատմամբ անվտանգ ձևով կիրառվել: Եթե դրանք կիրառվում են կեսարյան հատման ժամանակ, ԶՃ կտրուկ անկման հնարավորություն է ընձեռվում, որն իր հերթին սրտի կողմից արտամղվող արյան ծավալի նվազեցման է բերում:

Հիպոտենզիայից հնարավոր է խուսափել անզգայացման տեխնիկայի ճիշտ պահպանման և անզգայացնող նյութի ճիշտ դեղաչափի ներմուծման դեպքում:

Հաշվի առնելով, որ ընդհանուր անզգայացումը մեծ ռիսկ է ներկայացնում, քան տեղայինը, անհրաժեշտ է կատարել ռիսկերի համեմատություն ծանր պրեէկլամպսիայով հղիներին ինտուբացիայի կատարման և հնարավոր հիպոտենզիայի առաջացման միջև:

Hood D. "Preeclampsia" in book: "Practical Obstetric Anesthesia".

W.B. Saunders Company. 1997: p. 211-35.

Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working

Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(1), 51-22.

Նախընտրելի՞ է արդյոք կեսարյան հատման անհապաղ կատարումը

Սլայդ 7-41

Կեսարյան հատման անհապաղ կատարումը ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների համար ոչ մի առավելություն չունի.

- կեսարյան հատման ժամանակ մոր և նորածնի մոտ ավելի հաճախ են առաջանում թոքային բարդություններ,
- կեսարյան հատումը որևէ բարդության մակարդակ չի նվազեցնում:

Հետազոտություն է կատարվել պարզելու նպատակով, թե անհապաղ կեսարյան հատման կատարումը նախընտրելի է արդյոք պրեէկլամպսիայով կանանց համար:

114 հղիից 93-ը ունեին ծննդալուծման ձևի ընտրության իրավունք, 34-ին կատարվել է անհապաղ կեսարյան հատում, իսկ 59-ին կատարվել է ծննդաբերության խթանում: 59-ից 37-ը ծննդաբերել են բնական ուղիներով, իսկ 59-ից 22-ին արվել է կեսարյան հատում:

Վերջնական արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ մոր և պտղի մոտ թոքերի բարդություններն ավելի հաճախ են առաջանում կեսարյան հատման դեպքում ($p < .05$). Կեսարյան հատման խմբում մահացության մակարդակի աճ չի գրանցվել:

Հետազոտության արդյունքների հիման վրա կարելի է եզրակացություն անել, որ անհապաղ կեսարյան հատման կատարումը հղիի համար ամենա ձեռնտու տարբերակը չէ:

Coppage KH, Polzin WJ. Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate caesarean delivery beneficial? Am J Obstet Gynecol, 2002 May, 186(5), 921-3.

Կեսարյան հատում էկլամպսիայի դեպքում

Սլայդ 7-42

- Էկլամպսիայի բուժման միակ մեթոդը ծննդալուծումն է: Այնուամենայնիվ, թոյլատրելի չէ վիրահատությունը սկսել կնոջ վիճակի անկայուն լինելու դեպքում, անգամ եթե գրանցվում են պտղի վիճակի խանգարումներ:
- Երբ ցնցումների դեմ կանխարգելման միջոցներ են արվել, գարկերակային ճնշումը կարգավորվել է և հիպօթեմիա չկա, կարելի է սկսել ծննդալուծումը:
- Ընդհանուր առմամբ, ավելի նախընտրելի է ծննդալուծումն իրականացնել ծննդաբերական բնական ճանապարհով: Սակայն կեսարյան հատումը կարող է նախընտրվել, եթե հղիությունը <32 շաբաթից, քանի որ խթանման արդյունքը քիչ հավանական է: 34 շաբաթից հետո, պտղի գլխային առաջադրության դեպքում անհրաժեշտ է դիտարկել ծննդաբերական բնական ճանապարհով ծննդալուծման հարցը:

Կեսարյան հատումը կարող է վտանգավոր լինել, հատկապես եթե այն արվել է անմիջապես ցնցումներից հետո: Ելքերը ավելի լավն են լինում, եթե հղիի վիճակը նախապես կարգավորվում է:

Պրեէկլամպսիայով հղիների համար ավելի նախընտրելի է բնական ճանապարհով ծննդալուծումը, հատկապես եթե հաշվի առնել վիրահատությունից առաջ նրա կողմից տարվող սթրեսը և օրգանիզմում տեղի ունեցող փոփոխությունները: Վիրահատական բուժումը, որը տևում է մի քանի ժամ, մայրական մահացության ռիսկը չի մեծացնում, եթե ճիշտ է կատարվում:

Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(1), S1-22.

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists.

THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Hood D. "Preeclampsia" in book: "Practical Obstetric Anesthesia". W.B. Saunders Company, 1997, p. 211-35.

Հետվիրահատական բարդություններ

Սլայդ 7-43

- Էկլամպսիա (բոլոր դեպքերի 44%-ը):
- Կոագուլացիոն խանգարումներ, արյունահոսություններ:
- Թոքերի այտուց (ծննդաբերությունից հետո 70-80%) ստորև թվարկվածի հետևանքով.
 - ինտերստիցիալ հեղուկի մոբիլիզացիա,
 - սրտամկանի վրա բեռնվածության աճ մինչև ծննդաբերությունը և դրանից հետո,
 - թոքային մագանթթների թափանցելիության աճ,
 - կոլոիդային օսմոտիկ ճնշման նվազում:

Մեծ Բրիտանիայում էկլամպսիայի դեպքեր եղել են 4,9/10000 ծննդկանի մոտ (95% ՎԻ՝ 4,5-ից մինչև 5,4): Ցնցումներ մեծ մասամբ առաջացել են, չնայած նախածննդյան խնամքի պատշաճ մակարդակի (70%), ինչպես նաև հղիի՝ բժշկին կամ մանկաբարձուհու վերջին այցից հետո (85%):

Ցնցումների դեպքերի երեք քառորդը տեղի է ունեցել հիվանդանոցում, որոնցից 38%-ը տեղի են ունեցել դեռ մինչև ԶՃ բարձրանալու և պրոտեկտորիայի առաջացման գրանցումը: Դեպքերի 44%-ը եղել են ծննդաբերելուց հետո, մեկ երրորդից (38%) ավելին՝ ծննդաբերելուց առաջ, մնացած (18%) դեպքերը՝ ծննդաբերելու ժամանակ. 50 հղիից մեկը (1.8%) մահացել է, 35%-ի մոտ եղել է առնվազն մեկ լուրջ բարդություն: Պտղի ներարգանդային մահվան և մեռելածնության դեպքերի հաճախականությունը կազմում է 22.2/1000 և 34.1/1000, համապատասխանաբար:

Douglas K A, Redman C W G. Eclampsia in the United Kingdom. Br Med J, 1994, 309, 1395-1400.

Ծանր պրեէկլամպսիայով կանանց մոտ հետծննդաբերական շրջանում հեղուկի բալանս (կեսարյան հատում)

Սլայդ 7-44

- Հեղուկով յատրոգեն գերբեռնվածությունը մայրական մահացության գլխավոր պատճառներից մեկն է պրեէկլամպսիայի/ էկլամպսիայի ժամանակ:
- Հեղուկի բալանսը պետք է խստիվ հսկվի.
 - ն/ե ինֆուզիայի ստանդարտ ռեժիմը՝ 1 ժամում 80 մլ է:

Ցավոք, ներկայումս հետազոտությունների ընթացքում ստացված բավարար քանակությամբ ապացույցներ չկան ինչպես շրջանառող արյան ծավալի (ՇԱԾ) լրացման, այնպես էլ պրեէկլամպսիայով/ էկլամպսիայով կանանց դիուրետիկների օգտագործման արդյունավետության մասին:

ՇԱԾ-ը պետք է սահմանափակվի կրիստալոիդների ներմուծմամբ (80 մլ/ժամ կամ մեզի էքսկրեցիան 30 մլ-ով ավելի լինի, քան մեկ ժամ առաջ):

Հեղուկի ն/ե ներմուծման ստանդարտը 80 մլ/ժամ է: Այն ներառում է 20 մլ մագնեզիումի սուլֆատ մեկ ժամում (այսինքն, մագնեզիալ բուժում ստացողների համար պետք է ավելացնել 60 մլ կրիստալիդների լուծույթ մեկ ժամում): Եթե կինը լրացուցիչ հեղուկ է խմում, դա նույնպես պետք է հաշվի առնվի ներմուծվող հեղուկի ծավալում ն/ե ներմուծման համար (եթե կինը մեկ ժամում խմել է 50 մլ հեղուկ, ապա պետք է ն/ե ներմուծել միայն 30 մլ/ժամ):

Hypertensive Disorders in Pregnancy' in Why Mothers Die. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994-1996. London: RCOG Press, 1999, Chapter 3, pp 36-46.

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.

Ծանր պրեէկլամպսիայով կանանց վարումը հետծննդաբերական շրջանում

Սլայդ 7-45

- Էկլամպսիայի զարգացման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով շարունակել մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը:
- Հեղուկի ներմուծման/ընդունման խստիվ հսկողություն սահմանել (ծայրահեղ սահմանափակ):
- Ջարկերակային ճնշման խստիվ հսկողություն:

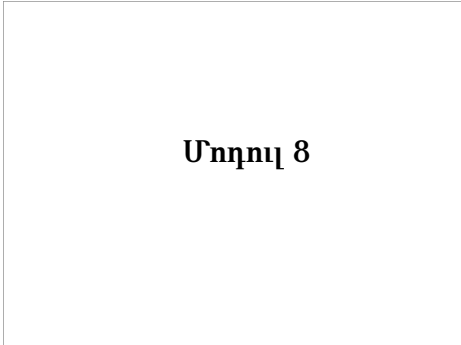
Հիմնական խորհրդատվություն՝ հետծննդաբերական շրջանի ծանր պրեէկլամպսիայով կանանց վարման ռազմավարության մասին:

ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԽԹԱՆՈՒՄ. ԵՐԲ, ԻՆՉՈՒ, ԻՆՉՊԵՍ

Մոդուլ 8

Ծննդաբերության խթանում. երբ, ինչու, ինչպես

Սլայդ 8-1



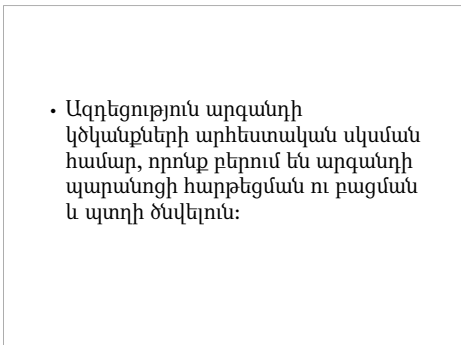
Մոդուլի նպատակը

Մոդուլի ավարտից հետո մասնակիցները պարտավոր են.

- հասկանալ, որ ծննդաբերության խթանումը իրենից ներկայացնում է արտաքին ազդեցությունների կոմպլեքս, որն ուղղված է կծկանքների արհեստական սկսմանը՝ մինչ նրանց ինքնուրույն սկսվելը,
- հասկանալ, որ ծննդաբերության խթանումը համեմատած հղիության երկարաձգման հետ պետք է կիրառել այն դեպքերում, երբ հեշտոցային ծննդալուծումը դիտարկվում է որպես համարժեք մեթոդ, որը ապահովում է ամենաբարենպաստ ելքը մոր և պտղի համար,
- իմանալ ծննդաբերության խթանման հնարավոր բարդությունների մասին,
- պատկերացում ունենալ ծննդաբերության խթանման հիմնական ցուցումների մասին,
- կախված արգանդի պարանոցի վիճակից իմանալ ծննդաբերության խթանման հիմնական մեթոդները,
- պատկերացում ունենալ այն առանձնահատուկ վիճակների մասին, երբ ծննդաբերության խթանումը պետք է կիրառել առավելագույն զգուշությամբ:

Ծննդաբերության խթանում. սահմանումը

Սլայդ 8-2



Սահմանում. ծննդաբերության խթանումը արգանդի ակտիվացումն է ծննդաբերություն սկսելու համար, որն ուղղված է ապահովելու նորածնի ծնվելը այն ժամանակահատվածում, երբ արգանդից դուրս գտնվելն ավելի ապահով է նրա կյանքի համար, քան արգանդի ներսում մնալը:

Մրան են վերաբերում այն դեպքերը, երբ պտղապարկը պահպանված է, ինչպես նաև պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսքի դեպքում առանց ծննդաբերական գործունեության: Ինչպես ցանկացած այլ միջամտություն ծննդաբերության խթանումը կարող է ունենալ ոչ ցանկալի հետևանքներ:

Ծննդաբերության խթանում ցուցված է այն դեպքերում, երբ հաստատված է, որ ծննդալուծման դեպքում պտղի և մոր առողջության համար պոտենցիալ օգուտը ավելի մեծ է քան հապաղելու դեպքում:

Ծննդաբերության խթանման հնարավորությունը պետք է դիտարկել միայն այն դեպքում, երբ հեշտոցային ծննդալուծումը համարվում է ամենաադեկվատ ծննդալուծման ճանապարհ:

Ծննդաբերության խթանումը լայնորեն սկսվել է կիրառվել 50-ական թվականներից, երբ ստեղծվեց արհեստական օքսիտոցինը:

Ծննդաբերության խթանման քանակը տարբեր երկրներում և բժշկական հիմնարկություններում տարբեր է և նկատվում է հաճախացման միտում: Վերջին տարիների ընթացքում տեղի է ունեցել ծննդաբերության ակտի մասին պատկերացումների խորացում:

Շատ կարևոր է, որ մինչև ծննդաբերության խթանման սկիզբը արգանդի պարանոցը (հասունանա) դառնա փափուկ: Արգանդի պարանոցի հասունացումը պայմանավորված է մի շարք գործոնների ազդեցությամբ:

Այս պրոցեսին միջնորդներ են հանդիսանում պրոստագլանդին E_2 (PGE_2) և F_2 ալֆա (PGF_2 alpha): Այս միացությունների կիրառումը խթանում է արգանդի պարանոցի հասունացման պրոցեսը: Էկզոգեն և էնդոգեն օքսիտոցինը համարվում է արգանդի կծկանքների հիմնական խթանիչը: Այն նաև խթանում է PGE_2 և PGF_2 alpha արտադրությունը:

Պետք է տարբերել ծննդաբերության դրդում (ինդուկցիա) և խթանում (ստիմուլյացիա): Երկու դեպքում էլ կիրառվում են նման մոտեցումներ, սակայն առաջին դեպքում նպատակը ծննդաբերական գործունեության սկսվելն է, 2-րդ դեպքում կծկանքների ուժեղացումը դրանց ինքնուրույն սկսելուց հետո:

Չի կարելի ծննդաբերության խթանումը համարել պարզունակ միջամտություն, քանի որ այն կարող է լինել վտանգավոր մոր և պտղի համար:

Geoffrey Chamberlain, Luke Zander. ABC of labour care: Induction. BMJ, 1999, 318, 995-998.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Խմբերում աշխատելու հանձնարարություն

Սլայդ 8-3

- Խումբ 1.** Ծննդաբերության խթանման ցուցումները:
- Խումբ 2.** Ծննդաբերության խթանման հակացուցումները և պայմանները:
- Խումբ 3.** Ծննդաբերության խթանման մեթոդները:
- Խումբ 4.** Ծննդաբերության խթանման հնարավոր բարդությունները:

Խումբ 1. Ծննդաբերության խթանման ցուցումները:

Խումբ 2. Ծննդաբերության խթանման հակացուցումները և պայմանները:

Խումբ 3. Ծննդաբերության խթանման մեթոդները

Խումբ 4. Ծննդաբերության խթանման հնարավոր բարդությունները:

Ծննդաբերության խթանում

Սլայդ 8-4

- Հղիության ընդհատման որոշման ընդունումը մինչև ծննդաբերության ինքնաբեր սկիզբը համարվում է հղիության և ծննդաբերության պրոցեսին միջամտելու ամենաարմատական մեթոդներից մեկը:
- Ծննդաբերության դրդում կարող է կիրառվել.
 - բնական ճանապարհով ծննդալուծման համար հակացուցումների բացակայության դեպքում,
 - երբ հղիության երկարաձգման վտանգը մոր և պտղի համար գերազանցում է ծննդաբերության խթանման վտանգը:

Ծննդաբերական գործունեությունը կարելի է խթանել միայն հղիության շարունակության պոտենցիալ ռիսկն ու ծննդաբերության խթանման ռիսկը համեմատելուց հետո:

Ծննդաբերության խթանման հաճախականությունը տատանվում է տարբեր բժշկական հաստատություններում և աշխարհագրական շրջաններում և նույնիսկ նույն երկրի սահմաններում: 1994թ. Մեծ Բրիտանիայում հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ մայրերի շրջանում, որոնք ծննդաբերության խթանմամբ ծննդաբերել են ստացիոնարում կազմել է 19%, այն դեպքում երբ տնային ծննդաբերությունների դեպքում այս ցուցանիշը 0.2% է: Հրապարակված հաշվետվություններում այս ցուցանիշը տատանվում է 0- 30% :

ԱՄՆ-ում ծննդաբերության խթանումը կազմում է 5418 ծննդաբերություններից 9,6%, պլանային տնային ծննդաբերությունների դեպքում այդ ցուցանիշը կազմել է 21%, ծննդաբերություններ տարբեր ռիսկի խմբերում առանց լրացուցիչ ռիսկի գործոնների՝ 44%:

Նկատելի տարբերություններ ներառված դեպքերի և նեոնատալ մահացության մակարդակների միջև այս 3 խմբերում չեն հայտնաբերվել:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

Ծննդաբերության խթանման ցուցումներ (1)

Սլայդ 8-5

- Գեստացիոն հիպերտենզիա,
- Պրեէկլամպսիա և էկլամպսիա,
- Պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռում,
- Խորիոամնիոնիտ,
- Գերհասուն հղիություն,
- Մոր խնդրանքով 41 շաբաթից հետո:

Ծննդաբերության խթանումը ցուցված է այն դեպքերում, երբ հաստատված է, որ այն ավելի մեծ օգուտ կբերի մորը և պտղի առողջությանը՝ հնարավոր հետևանքների տեսակետից, քան հետաձգված ծննդալուծումը:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001

Ծննդաբերության խթանումը գերհասուն հղիության դեպքում

Սլայդ 8-6

- Հղիության 41 շաբաթից սկսած ծննդաբերության ուստին խթանումը իջեցնում է պերինատալ մահացությունը:
- ԳՁՀ-ը հղիության ժամկետը ճշտելու համար մինչև 20 շաբաթը իջեցնում է ծննդաբերության խթանման անհրաժեշտությունը պայմանավորված գերհասուն հղիությամբ:
- Չբարդացած ընթացքով հղիությամբ կանանց ծննդաբերության խթանում պետք է առաջարկվել հղիության 41 շաբաթից հետո:
- 41 շաբաթից սկսած, կանանց ուլքեր հրաժարվում են ծննդաբերության խթանումից, անհրաժեշտ է ուժեղացված անտենատալ մոնիտորինգը:
- Շաբաթը 2 անգամ պտղի ԿՏԳ և ԳՁՀ, պտղաջրերի ծավալի գնահատում:

Գերհասուն է համարվում այն հղիությունը, որի ժամկետը կազմում է 294 օր և ավելի (42 շաբաթ) հաշված վերջին դաշտանի առաջին օրից:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մայրական հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները չբարդացած հղիության դեպքում բարձրանում են հղիության 42-րդ շաբաթը գերազանցելուց հետո:

Մահացած պտղի ծնվելու հավանականությունը 37-րդ շաբաթում կազմում է 1-ը 3000-ից, 42-րդ շաբաթ 3-ը 3000-ից, 43-րդ շաբաթ 6-ը 3000-ից:

ԳՁՀ. հղիությունը հաստատելու համար պետք է կատարվի մինչև 20-րդ շաբաթը, որովհետև դա հնարավորություն է տալիս իջեցնել ծննդաբերության խթանման անհրաժեշտությունը կարծեցյալ հղիության դեպքում (A):

Հղիության փոքր ժամկետներում ԳՁ հետազոտությունների կիրառումը բերում է ծննդաբերության խթանման քանակի իջեցման (1,9% համեմատած 2,8% OP 0,69, 95% CI 0,58–0,82, NNT 111): Այս տվյալները ստացվել են կատարված 4 փորձերի արդյունքում, որոնք ուսումնասիրում են ԳՁՀ-ի արդյունավետությունը փոքր ժամկետի հղիության դեպքում:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Կանանց, որոնց հղիությունը բարդացած չէ, ծննդաբերության խթանումը պետք է առաջարկել 41 շաբաթից հետո (A):

Ինչպիսին են հղիության 41 շաբաթից հետո ծննդաբերության խթանման կիրառման արդյունքները: Հղիության 41 շաբաթից հետո ծննդաբերության ռուտին խթանումը, որն ընթացել է առանց բարդությունների, իջեցնում է պերինատալ մահացության վտանգը (13 հետազոտություն 6073 կին, ՇՀ՝ 0,23, 95% ՎԻ՝ 0,06-0,90, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը՝ = 476: Այս դեպքում նվազում է նաև պտղաջրերի մեկոնիալ գունավորման վտանգը՝ 9 հետազոտություն, 5662 կին):

Ծննդաբերության խթանման ստանդարտ պրոցեդուրայի կիրառումը չի ազդում կեսարյան հատման թվի վրա, չի մեծացնում օպերատիվ միջամտությամբ հեշտոցային ծննդալուծումը, ծննդաբերության ժամանակ պտղի սրտի աշխատանքի հաճախության անոմալիաները, նեոնատալ ցնցումները և ծննդաբերության պրոցեսից կնոջ բավարարվածությունը:

Հղիության 42 շաբաթից հետո կանանց, որոնք հրաժարվել են ծննդաբերության խթանումից անհրաժեշտ է ուժեղացված անտենատալ հսկողություն, որը ներառում է շաբաթը 2 անգամ պտղի ԷՍԳ և ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի որոշման համար ԳՁՀ:

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.

Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).

Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Մոր խնդրանքով 41 շաբաթից հետո ծննդաբերության խթանումը

Սլայդ 8-7

- Մոր խնդրանքով ծննդաբերության խթանման ոլիսկը համեմատած հղիության երկարածման հետ.
 - նորմալ ընթացքով հղիության դեպքում ոլիսկը նույնն է, ինչ ընդհանուր ազգաբնակչության համար
 - ցանկացած պոտենցիալ օգուտը գնահատել դժվար է:
- Ռիսկ, կապված ծննդաբերության վաղաժամ խթանման հետ.
 - պտղի շնչառական դիսթրես համախտանիշի զարգացման հավանականության բարձրացում,
 - ցանկացած ծննդաբերության խթանման դեպքում ուշադրություն դարձրեք վերը նշված վտանգներին
- Մոր խնդրանքով ծննդաբերության խթանման հնարավորությունը պետք է դիտարկել, եթե՝
 - թույլ են տալիս ռեսուրսները
 - կան համպատասխան հոգեբանական կամ սոցիալական պատճառներ,
 - թույլ է տալիս արգանդի վզիկի վիճակը:

Պատճառներ, որոնք ստիպում են կնոջը դիմել ծննդաբերության խթանման խնդրանքով. կատարվել է հետազոտություն ծննդաբերության խթանման ոչ պարտադիր ընտրության դրդապատճառների վերաբերյալ:

237 կանացից, որոնց առաջարկվել է ծննդաբերության խթանման հնարավորության ընտրություն, 50%-ը համաձայնվել է: Այսպիսի որոշման ընդունման պատճառներից են հղիության ժամկետը կրճատելու ձգտումը և անվտանգության զգացումը: Կանայք, ովքեր դիմում են ծննդաբերության խթանման համար, համեմատած այն կանանց հետ, ովքեր նախընտրել են ծննդաբերության ինքնուրույն սկիզբը, որպես կանոն խնդիրներ են ունեցել տվյալ հղիության ընթացքում, նախորդ հղիությունների ընթացքում, դաշտանային ցիկլի խանգարումներ և մեծ անհանգստություն՝ սպասվող ծննդաբերությունից:

Մոր խնդրանքով ծննդաբերության խթանման հետ կապված վտանգները. հղիի բարվոք վիճակը և առանց բարդությունների հղիության ընթացքը պետք է համադրել ընդհանուր ազգաբնակչության հետ: Ծննդաբերության խթանման վտանգը նույնպես պետք է համեմատելի լինի նույնի հետ՝ ընդհանուր հղիությունների մեջ: Այնուամենայնիվ ծննդաբերության խթանման ցանկացած դրական հետևանքի գնահատելը դժվար է: Ծննդաբերության վաղաժամ խթանման դեպքում գոյություն ունի նորածնի մոտ շնչառական դիսթրես համախտանիշի զարգացման վտանգ, այդ պատճառով շատ կարևոր է այս հարցերը քննարկել մինչև հասուն հղիության ժամկետը:

Տստեսագիտական նկատառումներ. պլանային կարգով ծննդաբերության խթանման առաջարկման քաղաքականությունը հոգեբանական և սոցիալական նկատառումներից ելնելով կարող է բերել նյութական հետևանքների: Չկա ոչ մի հրապարակում, որտեղ անցակցված լինի նման ծախսերի գնահատական: Սրա մեջ մտնում են նաև դեղորայքի վճարման ծախսերը, սարքավորումները, անձնակազմի աշխատանքը և պոտենցիալ ծախսերը, որոնք կապված են ծննդաբերության ժամանակ օպերատիվ միջամտության անհրաժեշտության բարձր վտանգի հետ:

Այսպիսով, հոգեբանական և սոցիալական գործոններն են որոշում արժեքի հետագա տնտեսական գնահատականը և պլանային կարգով կնոջն առաջարկվող ծննդաբերության խթանման ազատ ընտրության առավելությունը:

Եզրակացություն. այսպիսով հոգեբանական և սոցիալական գործոնները որոշում են պլանային կարգով ծննդաբերության խթանման առաջարկության քաղաքականության առավելությունը և հետագա տնտեսական ծախսերի գնահատման անհրաժեշտությունը:

Ծննդաբերության խթանման ցուցումներ (2)

Սլայդ 8-8

- Գնահատել ծննդաբերության խթանման պոտենցիալ ռիսկը և օգուտը այն կանանց մոտ, որոնց մետ հղիությունը բարդացած է.
 - շաքարային դիաբետով,
 - պտղի մոտ մակրոսոմիայի կասկածով,
 - բազապտոզ հղիությամբ,
 - անամնեզում կեսարյան հատումով,
 - պտղի հետոյքային առաջադրությամբ,
 - պտղի ներարգանդային աճի դանդաղման, կասկածով:

Շաքարայի դիաբետ. կանանց, որոնց մոտ հղիությունը բարդացել է շաքարային դիաբետով, պետք է առաջարկել ծննդաբերության խթանում՝ մինչև ծննդաբերության ենթադրյալ ժամկետը (C):

Ծննդաբերության խթանումը մինչև ծննդաբերության իրական ժամկետը առաջարկվում է որպես միջոց բարելավելու հղիության ելքը մոր մոտ և նեոնատալ շրջանի բարդությունները պտղի համար: Մրա հետ միասին ծննդաբերության խթանման հիմնական դրական հետևանքը պետք է համեմատել նորածնի մոտ շնչառական անբավարարության վտանգի պոտենցիալ բարձրացման հետ:

Վերլուծություններից մեկում կատարված է համեմատություն 38 շաքար ժամկետում կնոջ ցանկությամբ կատարված ծննդաբերության խթանման և ծննդաբերության բնական սկզբի միջև: Այս վերլուծությունը կառուցված է միայն մեկ ուսնդոմիզացված կլինական արդյունքների հիման վրա: Հետազոտությանը մասնակցել է 200 կին, որոնցից ոչ մեկը չի ունեցել առաջին տիպի շաքարային դիաբետ: Ներկայացված են 3 տիպի ելքերի տվյալներ: Չի հաջողվել հայտնաբերել տարբերություններ կեսարյան հատման հավանականության հետ (25% համեմատած 31%, RR 0,81, 95% CI 0,52–1,26):

Ծննդաբերության ակտիվ խթանման դեպքում նկատվել է մակրոսոմիայի ռիսկի իջեցում (ծնվելուց քաշը 4000 գ և ավել) (15% համեմատած 27%, RR 0,56, 95% CI 0,32–0,98, NNT 8): Սակայն այս հետազոտության արդյունքը չափազանց փոքր է, որպեսզի կատարվի ինչ-որ եզրահանգում պերինատալ մահացության վրա այս քաղաքականության ազդեցության մասին:

Եզրակացություն. մինչև հղիության հասուն ժամկետը ծննդաբերության խթանումը շաքարային դիաբետով կանանց մոտ իջեցնում է մակրոսոմիայի ռիսկը: Ծննդաբերության խթանումների ուտիին կիրառումը չի բարձրացնում կեսարյան հատման ռիսկը կամ նեոնատալ հիվանդացության վտանգը, որոնց դեպքերը շատ հազվադեպ են և ունեն թեթև բնույթ:

Պտղի մակրոսոմիայի կասկած. հրապարակումներից մեկը նվիրված է այն հարցի լուծմանը, թե մակրոսոմիայի կասկածի դեպքում ինչպես է ազդում ծննդաբերության ակտիվ խթանման քաղաքականությունը համեմատած

իրական սկզբով ծննդաբերությունների հետ, ծննդաբերության ելքի վրա: Հրապարակումը ներառում է 2 հետազոտության արդյունքներ, որոնց մասնակցել են 313 կին: 2 հետազոտությունում էլ դիտարկվել են ծննդաբերության խթանման դեպքեր. պտղի ենթադրյալ քաշը 4000գ և ավելի դեպքում, որոնք դիաբետոս չունեն:

2 հետազոտությունում էլ հղիության միջին ժամկետը թե փորձնական, թե հսկիչ խմբում միևնույնն է, չնայած այն բանին, որ խմբերից մեկում ծննդաբերությունը տեղի է ունեցել բնական ճանապարհով:

2 խմբում էլ պերինատալ մահացության և հիվանդացության ընդհանուր մակարդակը միևնույնն է: 2 նորածին ունեցել են ուսային հյուսակի վնասում և 4 նորածին՝ կտորվածք: Բոլոր այս դեպքերը տեղի են ունեցել հսկիչ խմբում: 2 խմբերում ոչ մի տարբերություն կեսարյան հատման կամ գործիքային հեշտոցային ծննդալուծման դեպքերի քանակի մեջ հայտնաբերել չի հաջողվել:

Եզրակացություն. Ծննդաբերության խթանման քաղաքականության կիրառումը դիաբետոս չունեցող, սակայն մակրոսոմիայի կասկածով կանանց դեպքում, ներկայիս տվյալները հնարավորություն չեն տալիս կատարել ստույգ եզրահանգումներ մայրական և նեոնատալ հիվանդացության հնարավոր իջեցման վերաբերյալ:

Բազմապտուղ հղիություն. (ներկայացված ինֆորմացիան վերաբերում է միայն զույգ պտղով հղիությանը). կատարվել է մեկ ուսումնասիրված կլինիկական հետազոտություն՝ ծննդաբերության խթանման դերը բազմապտուղ հղիության ժամանակ համեմատած ծննդաբերության բնական սկզբի հետ: Հետազոտությանը մասնակցել են 36 կին՝ զույգ պտղով, 37 շաբաթական հղիությամբ, որոնց պատահական սկզբունքով բաժանել են խմբերի, որոնցից մեկում միանգամից սկսվել է ծննդաբերության խթանում պրոստագլանդինի կիրառմամբ, իսկ մյուսում շարունակվել է սպաստղական վարում հղիության համապատասխան հսկողության ամենօրյա գնում՝ ԳՁՀ շաբաթը 2 անգամ և արգանդի վզիկի վիճակի գնահատում:

Առաջին խմբում ընդգրկվել է 17 կին, իսկ երկրորդում՝ 19: Հետազոտության ընթացքում չի հաջողվել հայտնաբերել պերինատալ մահացության մակարդակի տարբերություններ: Չի հայտնաբերվել տարբերություն նաև կեսարյան հատման քանակի մեջ (32% համեմատած 12%), ծնվելուց մարմնի քաշի, ըստ Ապգարի սանդղակի 7 բալից ցածր 5-րդ ընդհանուր կամ հետծննդյան արյունահոսության հավանականության միջև: Հաստատվել են ավելի շատ դեպքեր մեկոնիալ գունավորված պտղաջրերի այն խմբում, որոնց հղիությունը շարունակվել է մինչև ծննդաբերության բնական սկիզբը (13 % համեմատ 0% հետ): Դա կարող է պայմանավորված լինել ծննդաբերության ժամանակ հղիության ուշ ժամկետի հետ:

Եզրակացություն. համեմատած միապտուղ հասուն հղիության հետ բազմապտուղ հղիության ժամանակ պերինատալ մահացության մակարդակը

բարձր է: Գոյություն ունեցող փորձնական տվյալները հնարավորություն չեն տալիս կատարել եզրահանգումներ չբարդացած բազմապտուղ հղիության ժամանակ ծննդաբերության ակտիվ խթանման քաղաքականության արդարացվածության մասին:

Անամնեզում կեսարյան հատում. նախորդող կեսարյան հատումով կանանց պետք է տեղյակ պահել, որ իրենց դեպքում ծննդաբերության խթանման և/կամ ծննդաբերական գործունեության արագացման դեպքում 2-3 անգամ մեծանում է արգանդի պատվածքի վտանգը 1.5 անգամ կեսարյան հատման վտանգը համեմատած ինքնուրույն ծննդաբերության հետ: Այդ կանանց պետք է տեղյակ պահել նաև, որ արգանդի պատվածքի վտանգը նույնպես բարձր է այն դեպքերում, երբ ծննդաբերության խթանումը իրականացվում է պրոստագլանդիններով: Անհրաժեշտ է անցկանցնել արգանդի պարանոցի վիճակի գնահատում, ցանկալի է, որ այն կատարվի նույն մասնագետի կողմից, որպեսզի գնահատվի ծննդաբերության վարման տակտիկան՝ խթանմամբ և առանց դրա:

Այս գնահատականներն անհրաժեշտ են, որպեսզի համոզվել արգանդի պարանոցի հարթեցման նորմալ պրոգրեսիայի կարճացմանը և բացմանը, ինչպես նաև գնահատել բնական ճանապարհով ծննդաբերության պլանային վարման հնարավորությունը:

Ծննդաբերական գործունեության խթանման որոշումը, խթանման մեթոդի ընտրությունը, օքսիտոցինով խթանումը, արգանդի պարանոցի զննման համար ժամանակային ինտերվալները և ծննդաբերական գործունեության առաջընթացի գնահատման համար ընտրված պարամետրերը պետք է քննարկվեն և ընդունվեն մեկ մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից:

Անցկացվել են 2 հետազոտություն, որոնք ուսումնասիրել են ծննդաբերության բացասական ելքերը ծննդաբերական գործունեության պրոստագլանդինային և ոչ պրոստագլանդինային խթանման դեպքում (օրինակ՝ Ֆոլեի կաթետերը արգանդի պարանոցի մեջ մոցնելը): Հետազոտությունը, որն անց է կացվել մանկական առողջության և զարգացման ազգային ինստիտուտում (ԱՄՆ), ծննդաբերության պրոստագլանդինով խթանումը համեմատած ոչ պրոստագլանդինային խթանման հետ արգանդի պատվածքի վտանգի փոքր աճ է բացահայտել (140/10 000-ը 89/10 000-ի դիմաց $P = 0.22$): Պրոստագլանդիններով ծննդաբերության խթանմանումը համեմատած ոչ պրոստագլանդինային խթանումների հետ Շոտլանդիայի ազգային տվյալների վերլուծության ժամանակ պարզվեց վիճակագրորեն արգանդի պատվածքի վտանգի զգալի բարձրացում (87/10 000-ը 29/10 000-ի դիմաց), ինչպես նաև բարձր է պերինասրալ մահացության վտանգը արգանդի պատվածքից (11,2/10 000-ը 4,5/10 000-ի դիմաց): Համեմատության համար կոխընդհանուր վերլուծությունը ներկայացնում է տվյալներ այն մասին, որ պերինասրալ մահացության վտանգը այն կանանց մոտ, որոնց անամնեզում չի եղել կեսարյան հատում պրոստագլանդինային խթանման դեպքում կազմում է 6/10.000:

Իմանալով այս ռիսկերը և հաշվի առնելով ուղղակի ապացույցների բացակայությունը շատ կարևոր է իմանալ այն սահմանը, երբ անամնեզում կեսարյան հատումով կանանց մոտ ծննդաբերական գործունեության պրոստագլանդինային խթանումը կլինի անվտանգ: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել, որ պրոստագլանդինների ընդհանուր և առաջին դոզան այս կանանց մոտ պետք է իջեցնել: Շատ կարևոր է, որ ծննդաբերության խթանման մասին որոշումը և մեթոդը (պրոստագլանդինային կամ ոչ պրոստագլանդինային իրականացվի փորձառու բժիշկ-կոնսուլտանտների կողմից (RCOG, 2007, pgs 10-11):

Պտղի հետույքային առաջադրություն. հղիությունների մոտ 3-4% դեպքերում պտուղը ծննդաբերության ժամանակ ունենում է հետույքային առաջադրություն: Հետազոտություններից մեկում անցկացվել է նման իրավիճակում պլանային կեսարյան հատման և պլանային հեշտոցային ծննդալուծման ռիսկի գնահատականը:

Հետույքային առաջադրությամբ կանանց փորձարարական տվյալները, որոնք կապված են ծննդաբերության խթանման հետ, մտնում են այն խմբի ցուցանիշների մեջ, որոնք պատահական կերպով առանձնացվել են պլանային հեշտոցային ծննդալուծման համար: Պերինատալ մահացությունն այն խմբում, որտեղ կատարվել է պլանային կեսարյան հատում համեմատած այն խմբի հետ, որտեղ իրականացվել է պլանային հեշտոցային ծննդաբերություն ցածր է եղել (1.6% համեմատած 5.0 %-ի հետ, ՇՀ՝ 0.33, 95%, ՎԻ՝ 0.19-0.56, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը՝ 29): Ընդհանուր առմամբ այս տվյալները թույլ չեն տալիս եզրահանգումներ անել պտղի հետույքային առաջադրության դեպքում ծննդաբերության խթանման մասին:

Եզրակացություն. պտղի հետույքային առաջադրության դեպքում պլանային հեշտոցային ծննդալուծումը կապված է բարձր ռիսկի հետ: Գնահատել հետույքային առաջադրության դեպքում ծննդաբերության խթանման վտանգը ունեցած տվյալներով հնարավոր չէ:

Պտղի ենթադրվող աճի դանդաղում. ռիսկի գործոններով հղիների ծննդաբերության խթանման դեպքերը (ներառյալ աճի դանդաղման կասկածը), ծննդաբերության մեթոդի և իրականացման ժամանակի քննարկումը պետք է իրականացվի կոնսուլտատիվ մակարդակով:

Հղիների մոտ երկարատև դիմակային թթվածնային թերապիան կարող է վնաս հասցնել պտղին, այդ պատճառով հնարավորության դեպքում պետք է դրանից հրաժարվել: Գրականության մեջ բացակայում են տվյալներ, որոնք կհաստատեն դիմակային թթվածնային կարճատև թերապիայի դրական կամ բացասական ազդեցության մասին պտղի ներարգանդային թերաճի կասկածի դեպքում:

Չկան նաև հետազոտություններ, որտեղ քննարկված լինեն պտղի ներարգանդային թերաճով հղիների ծննդաբերության խթանման հետևանքները: Այդ պատճառով հնարավոր չէ ոչինչ ասել պտղի հնարավոր թերաճի դեպքում ծննդաբերության խթանման հնարավոր ռիսկի վերաբերյալ:

Ընդհանուր եզրակացություն. Ծննդաբերության խթանման վտանգի և դրական հետևանքների գնահատականը տալու համար, վերոնշյալ վիճակների կամ բարդությունների դեպքում, անհրաժեշտ է անցկացնել ադեկվատ պլանավորված ունդամիզացված կլինիկական հետազոտություններ:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Ծննդաբերության խթանման հակացուցումները

Սլայդ 8-9

- Ծննդաբերության խթանման հակացուցումները հեշտոցային ծննդալուծման համար.
 - անոթների առաջադրություն (vasa previa) կամ պլացենտայի առաջադրություն,
 - պտղի միջաձիգ կամ թեք դրություն,
 - պտղի գլխի չափերի և մոր կոնքի չափերի նկատելի անհամապատասխանություն,
 - նախորդող կորպորալ կեսարյան հատում,
 - սեռական օրգանների ակտիվ հերպես,
 - արգանդի պարանոցի ինվազիվ քաղցկեղ:

Ծննդաբերության խթանումը պետք է իրականացնել միայն այն դեպքերում, երբ հեշտոցային ծննդաբերությունը համարվում է ծննդաբերության ամենահարմար մեթոդը:

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1999 Nov, No. 10.

Ծննդաբերության խթանման հակացուցումները բերված են սլայդում, բայց չեն սահմանափակվում դրանցով:

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1999 Nov, No. 10.

Ծննդաբերության խթանման պայմանները

Սլայդ 8-10

- Ցուցումների և հակացուցումների գնահատում:
- Հղիության ժամկետի գնահատում:
- Մոր և պտղի համար պոտենցիալ վտանգի վերանայում:
- Պացիենտի խորհրդատվություն.
 - ծննդաբերության խթանման ցուցումները, պրեպարատները և եղանակները,
 - կլինակի խթանման հնարավորությունը կամ ծննդալուծումը կեսարյան հատման ճանապարհով,
 - հղիի և նրա ընտանիքի հետ գրոյցը պետք է արձանագրվեն:
- Արգանդի պարանոցի և կոնքի հետ համատեղության գնահատում:
- Պտղի չափերի և դիրքի գնահատում:
- Ամսիտոլիկ թաղանթների վիճակների գնահատում (ամբողջական կամ պատռված):
- Պտղի վիճակի և սրտի աշխատանքի հաճախականության հսկողություն ծննդաբերության խթանումից առաջ:

Ծննդաբերության խթանումը իրականացնելուց առաջ անհրաժեշտ է կնոջ հետ քննարկել նրա անհրաժեշտության և հնարավոր հետևանքների մասին:

Ծննդաբերության խթանումը պետք է իրականացնել միայն կնոջ տեղեկացնելուց և համաձայնություն ստանալուց հետո:

Այդ համաձայնության մեջ պետք է ներառվի ծննդաբերության խթանման պատճառները, մեթոդը, ինչպես նաև տվյալներ հնարավոր ռիսկի և հետևանք-

ների մասին ծննդաբերության խթանման համաձայնության կամ դրանից հրաժարվելու դեպքում:

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1999 Nov, No. 10.

Ծննդաբերության խթանում. ինչպե՞ս

Սլայդ 8-11

- Պտղաթաղանթների մատնային շերտազատում
- Ամնիոտոմիա
- Օքսիտոցին
- Պրոստոգլանդիններ

Խթանման մեթոդի ընտրությունը կախված է արգանդի պարանոցի վիճակից

Պտղաթաղանթների մատնային շերտազատումը և ամնիոտոմիան համարվում են ծննդաբերության խթանման ոչ դեղորայքային մեթոդներ:

Ծննդաբերության դեղորայքային խթանման համար կարող են կիրառվել օքսիտոցին և միզուպրոստոլ, ինչպես նաև այլ պրեպարատներ: Այդպիսի արդյունավետ պրեպարատ է պրոգեստերոնի անտագոնիստ միֆեպրիստոնը (RU 486).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1999 Nov, No. 10.

Պտղաթաղանթների մատնային շերտազատում

Սլայդ 8-12

- Մեթոդը հեշտ կիրառելի է:
- Չի պահանջում լրացուցիչ ծախսեր:
- Ունի մի շարք դրական կողմեր.
 - մեծացնում է ինքնուրույն ծննդաբերության հավանականությունը առաջիկա 48 ժամերի ընթացքում և երեխայի ծնվելը 1 շաբաթվա ընթացքում,
 - իջեցնում է գերհասուն հղիության հավանականությունը,
 - իջեցնում է այլ մեթոդների կիրառման հավանականությունը 15 %:
- Կարող է առաջացնել անհարմարություն պրոցեդուրայի/ընթացակարգի իրականացման պահին:
- Արդյունավետ չէ, եթե արգանդի պարանոցը պատրաստ չէ:

Ամնիոտիկ թաղանթների շերտազատման ամենապարզ եղանակը անտի-սեպտիկ քսուքով պատված ստերիլ ձեռնոցով ձեռքի մատի ներս տանումն է վզիկային խողովակ: Փորձված բժշկի կամ մանկաբարձուհու կողմից իրականացվելու դեպքում այն չպետք է անհարմարություն առաջացնի:

Հղիության 40 շաբաթից հետո այս միջամտությունը կարող է իջեցնել լրացուցիչ խթանման հավանականությունը 2 անգամ, սակայն 38-40 շաբաթում այդ միջամտությունը նկատելիորեն չի ավելացնում առաջիկա ծննդաբերության խթանման հաճախականությունը: Ծննդաբերության խթանում սկսելուց առաջ անհրաժեշտ է կնոջն առաջարկել պտղաթաղանթների մատնային շերտազատում:

Այս հարցի նախնական քննարկման ժամանակ անհրաժեշտ է բացատրել, որ այս միջամտությունը.

- չի բարձրացնում մոր և պտղի ինֆեկցման հավանականությունը,
- կարող է առաջացնել անհարմարություն և արյունային արտադրություն: Պտղաթաղանթների շերտազատումը մեծացնում է հավանականությունը.
- ինքնաբեր ծննդաբերության առաջիկա 48 ժամերի ընթացում (63,8 % համեմատած 83,0% ՀՌ՝ 0,77, 95% ՎԻ՝ 0,70–0,84, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը = 5),
- ծննդաբերություն առաջիկա 1 շաբաթվա ընթացքում (48,0% համեմատած 66,0%.; ՀՌ՝ 0,73, 95% ՎԻ՝ 0,66–0,80, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը = 5):

Պտղաթաղանթի շերտազատումը, որը կիրառվում է հղիության 38-40 շաբաթից սկսած նվազեցնում է գերհասում հղիության հավանականությունը.

- 42 շաբաթից հետո 3,4 % համեմատած 12,9% ՀՌ՝ 0,27, 95% ՎԻ՝ 0,15–0,49, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը = 11,
- 41 շաբաթից հետո 18,6 % համեմատած 29,87% ՀՌ՝ 0,62; 95% ՎԻ՝ 0,49–0,79, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը՝ 8:

Պտղաթաղանթի շերտազատումն իջեցնում է ծննդաբերության խթանման այլ մեթոդների կիրառման անհրաժեշտությունը: Վտանգի ընդհանուր իջեցումը կազմում է 15 %:

Այս միջամտությունը չի իջեցնում օպերատիվ ծննդաբերության հավանականությունը:

Չեն հայտնաբերվել նաև տարբերություններ արդյունավետության և մոր առողջության բացասական հետևանքների այլ ցուցանիշներ վերաբերյալ:

Պտղաթաղանթների շերտազատումը չի բերում մոր վարակման վտանգի կամ տենդի առաջացման հաճախացման (4,4% համեմատած ՀՌ՝ 0.97, 95% ՎԻ՝ 0.60–1.57). Չեն հայտնաբերվել նաև տարբերություններ նեոնատալ ինֆեկցման հաճախության միջև (1,4% համեմատած 1.3%, ՀՌ՝ 0.92, 95% ՎԻ՝ 0.30–2.82).

Կատարված հետազոտություններում չկան տեղեկություններ մոր առողջության վրա այս միջամտության բացասական ազդեցության մասին:

Պարբերական հետազոտությունները, որոնք ուղղված էին միջամտության ժամանակ աննշան բացասական հետևանքների և անհարմարության առաջացման հավանականության գնահատմանը, ցույց տվեցին, որ գնման ժամանակ արտահայտված անհարմարավետությունը զգացել են այն խմբի կանայք, որոնց մոտ կատարվել է պտղաթաղանթի շերտազատում:

Բացի այդ, այս խմբում մեծ թվով կանանց մոտ սկսվել է արյունային արտադրություն և ցավոտ կծկանքներ, որոնք միջամտությունից հետո առաջիկա 24 ժամերի ընթացքում չեն բերել ծննդաբերության սկսման: Նորածնի վրա ազդեցության տեսանկյունից չի հաջողվել խմբերի միջև տարբերություններ հայտնաբերել:

Հաշվի առնելով հետազոտության մասնակիցների զգալի հետերոգենությունը հետազոտության տվյալների մեկնաբանությանը պետք է զգուշությամբ մոտենալ: Կատարված հետազոտություններում չկան կլինիկական ենթախմբերին վերաբերվող տվյալներ:

Եզրակացություն

- պտղաթաղանթների շերտազատումը հանգեցնում է ծննդաբերության ինքնաբեր սկսման ժամանակի կրճատման,
- պտղաթաղանթների շերտազատումը իջեցնում է գերհասուն հղիության հավանականությանը,
- պտղաթաղանթների շերտազատումը նվազեցնում է ծննդաբերության խթանման ֆորմալ մեթոդների կիրառման անհրաժեշտությանը,
- պտղաթաղանթների շերտազատումը հղիների մոտ բարձրացնում է անհարմարության զգացողությունը:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Boulvain M, Stan C, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1.

Արգանդի պարանոցի նախապատրաստումը

Սլայդ 8-13

- Արգանդի պարանոցի ոչ բարենպաստ վիճակի դեպքում (գնահատումը ըստ Բիշոպի սանդղակի ≤ 5), անհրաժեշտ է ազդել արգանդի պարանոցի վրա մինչև ծննդաբերության խթանումը:
- Գոյություն ունեն արգանդի պարանոցի հասունացման մի քանի եղանակ.
 - պրոստագլանդինային գել PGE2 (Dinoprostone).
 - ինտրացերվիկալ գել PGE2 (Prepidil®),
 - ինտրացերվիկալ գել PGE2 (Prostin®):
 - պրոստագլանդին PGE2 (Proress®, Cervidil®),
 - միզոպրոստոլ,
 - մեխանիկական եղանակներ:

Արգանդի պարանոցի բարենպաստ վիճակը ըստ Բիշոպի սանդղակի գնահատվում է 8 միավորից բարձր: Արգանդի պարանոցի վիճակը ցույց է տալիս պատրաստվածությունը ծննդաբերությանը, երբ այն՝

- փափուկ է,
- կարճացած,

- հարթված,
- բացված,
- կենտրոնական դասավորության:

Բիշոպի սանդղակ

Արգանդի պարանոցի բացում

1. < 1 սմ: 0 միավոր
2. 1-2 սմ: 1 միավոր
3. 3-4 սմ: 2 միավոր
4. > 5 սմ: 3 միավոր

Արգանդի պարանոցի երկարությունը (կարճացում).

1. արգանդի պարանոցի երկարությունը > 4 սմ (0% կարճացում): 0 միավոր
2. արգանդի պարանոցի երկարություն 3-4 սմ (0-50% կարճացում): 1 միավոր
3. արգանդի պարանոցի երկարություն 1-2 սմ (50-70% կարճացում): 2 միավոր
4. արգանդի պարանոցի երկարություն <1սմ (>75% կարճացում): 3 միավոր

Արգանդի պարանոցի պնդությունը

1. պինդ – 0 միավոր
2. միջին – 1 միավոր
3. փափուկ – 2 միավոր

Արգանդի պարանոցի դիրքը.

1. արգանդի պարանոցի թեքված է հետ՝ 0 միավոր,
2. արգանդի պարանոցը կենտրոնացած է՝ 1 միավոր,
3. արգանդի պարանոցը թեքված է առաջ՝ 2 միավոր:

Պտղի առաջադիր մասի տեղադրումը.

1. պտղի առաջադիր մասի հարաբերությունը միջոդնային գծի նկատմամբ 3 սմ՝ 0 միավոր,
2. պտղի առաջադիր մասի հարաբերությունը միջոդնային գծի նկատմամբ 1 սմ՝ 1 միավոր,
3. պտղի առաջադիր մասի հարաբերությունը միջոդնային գծի նկատմամբ +1 սմ՝ 2 միավոր,
4. պտղի առաջադիր մասի հարաբերությունը միջոդնային գծի նկատմամբ + 2 սմ՝ 3 միավոր:

Պարզաբանում

Արգանդի պարանոցի հասունացման պրոտագլանդիններով խթանման ցուցումները.

- գնահատականը ըստ Բիշոպի սանդղակի <6,
- պտղաթաղանթների ամբողջականություն,
- ոչ պարբերական կծկանքներ:
Ծննդաբերության օքսիտոցինային խթանման ցուցումները.
- գնահատականը ըստ Բիշոպի սանդղակի ≥ 6 ,
- պտղաթաղանթի պատռում:

Բժիշկներին և մանկաբարձուհիներին խորհուրդ է տրվում հղի կանանց մոտ արգանդի պարանոցի հաստությունը գնահատելու համար օգտագործել Բիշոպի սանդղակը: Եթե գնահատականը գերազանցում է 8 միավորը բարենպաստ ծննդալուծման հավանականությունը ծննդաբերության խթանումից հետո նույնացված է ինքնուրույն ծննդաբերության սկզբի հետ: Բիշոպի սանդղակն իրենից ներկայացնում է բացառապես խորհրդատվական միջոց:

Արգանդի պարանոցի պատրաստվածության և բարենպաստ ծննդալուծման հավանականության միջև հայտնաբերված է միջին կորելյացիա: Բիշոպի սանդղակն ընդամենը թվայնացնում է ինֆորմացիան, որը ստանում է փորձառու բժիշկը արգանդի պարանոցը գնահատելու ժամանակ:

Հետազոտություններից մեկում վերլուծվել են կլինիկական և գերձայնային ցուցանիշները, որոնք կանխատեսում են ծննդաբերության հաջող ելքը: Ըստ Բիշոպի սանդղակի կատարվել է ուսումնասիրություն արգանդի պարանոցի երկարության և անամնեզում ծննդաբերությունների քանակի գնահատման արդյունավետությունը, ծննդաբերության խթանումից հետո 24 ժամվա ընթացքում բարենպաստ հեշտոցային ծննդալուծման կանխատեսման համար:

Արգանդի պարանոցի երկարությունը (Z -Ն՝ 1,089, $p < 0,001$), գնահատականը ըստ Բիշոպի սանդղակի (Z -Վ՝ 0,751, $P = 0,001$) և ծննդաբերությունների թիվն անամնեզում (Z -Ն՝ 4,7, $p < 0,001$) հնարավորություն են տալիս կանխատեսել ծննդալուծման ելքը: Ընդհանուր արդյունքների վերլուծության ժամանակ լավագույն վիճակագրական կանխատեսման հաջորդականությունը ծննդաբերության խթանման կանխատեսման համար այն է, որտեղ առաջին տեղում գտնվում է անամնեզում ծննդաբերությունների թիվը: Ծննդաբերության խթանման հաջողությունը չծննդաբերած կանանց մոտ կազմել է 50,8%, իսկ ծննդաբերած կանանց մոտ 83,3 % ($p = 0,0001$):

Եզրակացություն

Արգանդի պարանոցի երկարությունը, գնահատականը ըստ Բիշոպի սանդղակի և անամնեզում ծննդաբերությունների թիվը հնարավորություն են տալիս ծննդաբերության խթանման դեպքում կանխատեսել հեշտոցային ծննդալուծումը 24 ժամվա ընթացքում:

Հաղորդվում է այն մասին, որ PGE2 պրեպարատների օգտագործումը, գելերի և ներհեշտոցային մոմիկների տեսքով բարձրացնում է սկզբնական ինդուկցիայի հաջողության հավանականությունը, իջեցնում է ծննդաբերության խթանումից մինչև ծննդալուծում ժամանակահատվածը, ինչպես նաև իջեցնում է կծկանքներ առաջացնելու համար անհրաժեշտ օքսիտոցինի ընդհանուր և մաքսիմալ դեղաչափերը:

Պրոոտագլանդին պարունակող PGE2 գելերի արդյունավետության համեմատության պլացեբո կամ որևէ ազդեցության բացակայության ժամանակ, մետա-անալիզը ցույց է տվել, որ պրոոտագլանդինների կիրառումը նպաստում

Է արգանդի պարանոցի պատրաստվածությունն աստիճանի մեծացմանը, իջեցնում է 24 ժամվա ընթացքում ծննդաբերության բացակայության հավանականությունը, ինչպես նաև նվազեցնում է կծկանքների ուժեղացման համար անհրաժեշտ օքսիտոցինի քանակը:

Պրոստագլանդինների մոմիկների առավելություններից է դրանց ներդրման հնարավորությունն առանց արգանդի լայնիչների օգտագործման, անընդհատ դանդաղ պրոստագլանդինների արտազատումը, միայն մեկ դեղաչափի կիրառում, նրա հեռացումից 30 րոպե անց օքսիտոցինի կիրառման հնարավորությունը, անհրաժեշտության դեպքում մոմիկի հեռացման հնարավորությունը (օրինակ՝ արգանդի գերակտիվության դեպքում): Պրոստագլանդինների մոմիկների արտադրողը նշում է, որ նրանք չի կարելի օգտագործել վնասված պտղաթաղանթների դեպքում:

Պրոստագլանդինների ամբուլատոր կիրառումը

Գոյություն ունեն հրապարակված մի քանի աշխատանքներ, որոնք ուսումնասիրել են արգանդի պարանոցի պատրաստվածության խթանման նպատակով պրոստագլանդինների ամբուլատոր կիրառման հետևանքները: Մի քանի փոքր հետազոտություններ ցույց են տվել, որ ամբուլատոր կիրառումը որաշ կանանց համար կարող է լինել նպատակահարմար, սակայն անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ, որոնք հնարավորություն կտան զնահատել այս պրակտիկայի արդյունքները մոր և պտղի վրա դրա հետևանքների տեսանկյունից:

Միզոպրոստոլը պրոստագլանդին E1-ի ոչ թանկարժեք սինթետիկ անալոգն է, որն արտադրվում է ստամոքսի ե 12 մատնյա աղու խոցի կանխարգելման և բուժման նպատակով: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ միզոպրոստոլի պրեպարատների հեշտոցային կիրառումը բավականին արդյունավետ է արգանդի պարանոցի հասունացման արագացման և ծննդաբերության խթանման համար:

Գրա հետ մեկտեղ միզոպրոստոլը չի կարելի կիրառել այն երկրներում, որտեղ դրա օգտագործումը, որպես ծննդաբերությունը խթանելու միջոց, թույլատրված չէ: Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ գինեկոլոգների թագավորական քոլեջը խորհուրդ է տալիս միզոպրոստոլը ծննդաբերության խթանման համար օգտագործել միայն կլինիկական հետազոտություններում այնքան ժամանակ, մինչև կորոշվեն նրա անվտանգ դեղաչափն ու կիրառման ինտերվալները:

Գրականության մեջ նկարագրված են արգանդի պարանոցի հասունացման արագացման մեխանիկական միջոցներ, ներառյալ՝ Ֆոլեի բալլոն-կաթետեր (ֆիզիոլոգիական լուծույթի էքստրաամնիոտիկ և առանց դրա), բնական լայնիչները, որոնք նպաստում են արգանդի պարանոցի բացմանը (լամինարիաներ), ինչպես նաև համանման սինթետիկ միջոցներ: Մեխանիկական միջոցների ազդեցության մեխանիզմը ներառում է արգանդի պարանոցի բացում մեխանիկական ճնշման և կնոջ օրգանիզմում պրոստագլանդինների արտադրու-

թյան ավելացման միջոցով: Այս մեթոդների առավելությունն օգտագործման հեշտությունն է, որոշ կողմնակի երևույթների պակասեցումը, մասնավորապես արգանդի գերակտիվությունը, ինչպես նաև ցածր արժեքը:

Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol, 1964, 24, 267. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1999 Nov, No. 10.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

B Bueno et al. The labor induction: integrated clinical and sonographic variables that predict the outcome. Journal of Perinatology, 2007, 27, 4–8.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline. JOGC, August 2001, No. 107.

E2 պրոստագլանդինների դոզավորումը գելի տեսքով

Սլայդ 8-14

- **Ներհեշտոցային կիրառում.**
 - 1 մգ և կրկնակի 1 մգ կամ 2 մգ, անհրաժեշտության դեպքում՝ 6 ժամ անց,
 - 1 մգ յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ, մինչև 3 դեղաչափ,
 - 2 մգ յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ, մինչև 3 դեղաչափ,
 - 2 մգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ, մինչև 3 դեղաչափ:
- **Ներվզիկային կիրառում.**
 - 0,5 մգ յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ, մինչև 3 դեղաչափ,
 - 0,5 մգ յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ, մինչև 4 դեղաչափ /2 օրվա ընթացքում/,
 - 0,5 մգ օրը 3 անգամ, 2 օրվա ընթացքում:
- **Օքսիտոցինի կիրառումը վերջին դոզայից 6 ժամ անց:**

Պրոստագլանդինային մոմիկները կազմված են պոլիմերային հիմքից, որը պարունակում է 110 մգ դինոպրոստան և ամրացված է պոլիէթերային թելիկով հեռացնելու համար: Այս մոմիկները մեկ ժամում բաց են թողնում 0.3 մգ E2 պրոստագլանդին 12 ժամվա ընթացքում և տեղադրվում են հեշտոցի հետին կամարում:

Մոմիկը հեռացվում է ծննդաբերությունը սկսվելուց հետո, պտղաթաղանթների պատվելու դեպքում և 12 ժամ անցնելուց հետո: Բացակայում են ուսումնասիրված կլինիկական հետազոտություններ, որոնցում համեմատած լինեն օքսիտոցինի և պրոստագլանդինային գելի կիրառման ազդեցությունը ժամանակային ինտերվալի վրա: Ներհեշտոցային դինոպրոստի արտադրողը խորհուրդ է տալիս 12 ժամից ոչ պակաս ինտերվալ, այն դեպքում, երբ ինտրացերվիկալ դինոպրոստի համար նշում է 6 ժամից ոչ պակաս ինտերվալ:

Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline. JOGC, August 2001, No. 107.

Պրոստագլանդինների ներվզիկային և ներհեշտոցային կիրառման համեմատություն

Սլայդ 8-15

- Ներվզիկային և ներհեշտոցային պրոստագլանդինները.
 - օժտված են հավասարաչափ արդյունավետությամբ,
 - չեն հայտնաբերվել տարբերություններ ծննդաբերությունների քանակի և օպերատիվ միջամտությունների միջև:
- Ներհեշտոցային PGE2 կիրառումն ավելի նախընտրելի է.
 - ավելի քիչ ինվազիվ է:

Պրոստագլանդինների ամենահաճախ կիրառվող 2 պրեպարատները և կիրառման եղանակները դրանք E2 ներհեշտոցային և ներպարանոցայիններն են: Պետք է նշել, որ շատ երկրներում ներպարանոցային PGE2 այլևս չի արտադրվում:

Անկախ հղիների խմբից, չեն հայտնաբերվել տարբերություններ ծննդաբերությունների քանակի և օպերատիվ միջամտությունների միջև ներհեշտոցային և ներպարանոցային կիրառման ժամանակ:

Պրոստագլանդինների ներհեշտոցային և ներպարանոցային կիրառման հետևանքները չեն տարբերվում:

Եզրակացություն. պրոստագլանդինների ներհեշտոցային և ներպարանոցային կիրառման հետևանքները չեն տարբերվում: Պրոստագլանդինների կիրառման դեպքում նախընտրելի է ներհեշտոցային E2 կիրառումը, քանի որ հավասար արդյունավետության պայմաններում այն քիչ ինվազիվ է:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Արգանդի պարանոցի նախապատրաստում. Ոչ արդյունավետ մեթոդներ

Սլայդ 8-16

- Խորհուրդ չի տրվում արգանդի պարանոցի հասունացումն արագացնելու նպատակով օգտագործել էստրոգեններ, օքսիտոցին և ռելաքսին:
- Խորհուրդ չի տրվում պրոստագլանդինների ն/ե կիրառումը ծննդաբերության խթանման համար.
 - առկա է գերխթանման ռիսկ պտղի սրտի զարկերի հաճախականության կրճատման ու անոմալիաների առաջացման.
 - > օքսիտոցինի կիրառման համեմատությամբ պտղի սրտի զարկերի հաճախականության կրճատման վտանգը 7 անգամ բարձր է,
 - նշվում են մայրական մահացության դեպքեր:

Արգանդի պարանոցի պատրաստման նպատակով էստրոգենների կիրառման համար հիմք է հանդիսացել այն տեսական ենթադրությունը, որ էստրոգենները կարող են խթանել արգանդի պարանոցի հասունացումը չազդելով արգանդի կծկողական ակտիվության վրա:

Էստրոգենների պարունակությամբ տարբեր դեղամիջոցների կիրառման հետազոտությունները որևէ դրական ազդեցություն չեն հայտնաբերել:

5 հետազոտության մետաանալիզը ցույց տվեց արգանդի պարանոցի հատունացումը արագացնելու նպատակով օքսիտոցինի կիրառման անարդյունավետությունը:

1950-ականներին արգանդի պարանոցի բացումը արագացնելու նպատակով լայն կիրառում ստացավ ռելաքսինը: Սակայն հետագա հետազոտությունները բացառեցին նրա դրական ազդեցությունը:

Չկա որևէ հետազոտություն, որը ցույց կտա պրոստագլանդինների ն/ե կիրառման արդյունավետությունը արգանդի պարանոցի բացման և հատունացման նպատակով:

Դրա հետ մեկտեղ կատարվել են հետազոտություններ, որտեղ ուսումնասիրվել է պրոստագլանդինների ն/ե կիրառման ազդեցությունը ծննդաբերության խթանման նպատակով: Օքսիտոցինի կիրառման համեմատությամբ այն հաճախ բերում է արգանդի գերխթանման պտղի սրտի աշխատանքի անոմալիաների հետ մեկտեղ (ՀՌ՝ 6,76, 95%, ՎԻ՝ 1,23-37,11) կամ առանց պտղի սրտի աշխատանքի փոփոխության (ՀՌ՝ 4,25, 95% ՎԻ՝ 1,48-12,24): Պրոստագլանդինների կիրառումը ուղեկցվում է նաև ծննդկանի վրա անցանկալի կողմնակի բարդություններով (ստամոքս-աղիքային համակարգ, թրոմբոֆլեբիտ, հիպոթերմիա ՀՌ՝ 3,75, 95% ՎԻ՝ 2,46-5,70):

Ընդանուր առմամբ պրոստագլանդինների ն/ե կիրառումը չի հանդիսանում առավել արդյունավետ քան օքսիտոցինը, սակայն նրա կիրառումը բարձրացնում է անցանկալի հետևանքների վտանգը մոր համար և գերխթանման ռիսկը: (Luckas & Bricker, 2000)

*Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).
Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline.
JOGC, August 2001, No. 107.*

Ամնիոտոմիա. առավելությունները

Սլայդ 8-17

- Հեշտ կիրառելի մեթոդ է:
- Ծախսեր չի պահանջում:
- Պահանջում է գործիքների նվազագույն հավաքածու:

Ամնիոտոմիան (պտղաթաղանթի արհեստական պատռում) իրենից ներկայացնում է բավական հեշտ միջամտություն, որը կարելի է իրականացնել, ծննդաբերության խթանման նպատակով անհրաժեշտ պայմանների դեպքում, առանց լրացուցիչ բուժանձնակազմի:

Այն թույլ է տալիս խուսափել դեղորայքի ազդեցությունից: Ծննդաբերության խթանման ավանդական եղանակը՝ պտղաթաղանթների պատռումն ու պտղաջրերի արտահոսքն է: Առաջնային պտղաջրերը կարելի է բաց թողնել հասարակ կեռի օգնությամբ (Amnihook (EMS Medical Group)), Կոխերի սեղմիչներով կամ ամնիոտոմիայի համար նախատեսված սեղմիչներով:

Գործիքը ստերիլ պայմաններում ուղղվում է վզիկային խողովակ: Տեսողական հսկողության տակ իրականացվում է պտղաթաղանթի պատռում և պտղաջրերի արտահոսք: Պետք է գնահատել դրանց գույնը և ծավալը: Անմիջապես հետո անհրաժեշտ է լսել պտղի սրտի աշխատանքի զարկերի հաճախականությունը, պտղի համար վտանգի բացառման համար: Կարդիոտոկոգրաֆիայի կիրառումը խորհուրդ է տրվում միայն հատուկ դեպքերում:

Ներկայումս բավականին քիչ են տվյալները ծննդաբերության խթանման նպատակով կատարված ամնիոտոմիայի արդյունավետությունը գնահատելու համար: Փորձ է եղել համեմատել արգանդի հասուն պարանոցով կանանց մոտ ամնիոտոմիան և պրոստագլանդինի ներհեշտոցային միանվագ կիրառումը: Այն խմբում, որտեղ կատարվել է ամնիոտոմիա պահանջվել է օքսիտոցինի կիրառում (44% -ից 15%, ՀՌ՝ 2,85, 95% ՎԻ՝ 1,82-4,46): Հետազոտողները եկել են այն եզրակացության, որ ամնիոտոմիան պետք է կիրառել այն դեպքում, երբ ժամանակակից միջոցները հասանելի չեն:

Ամնիոտոմիան քիչ արդյունավետ միջամտություն է հասուն պարանոցով կանանց 50% մոտ: Այս իրավիճակում պարտադիր է դառնում օքսիտոցինի կիրառումը:

Bricker L, Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4.

Ամնիոտոմիա. թերությունները

Սլայդ 8-18

- Մեթոդն այնքան հեշտ է և էժան, որ առաջանում է այն կիրառելու մեծ գայթակղություն: Այդ պատճառով այն կարող է չարաշահվել:
- Անկանխատեսելի և երբեմն երկարատև ինտերվալ մինչև արգանդի կծկանքների առաջացումը:
- Վտանգի բարձրացում.
 - ներարգանդային վարակների,
 - մոր սպեցիֆիկ վարակների (ՄԻԱՎ) ուղղահայաց փոխանցում,
 - պրոտալարի արտանկում,
 - արյունահոսություն:
- Հաճախ միայն ամնիոտոմիան բավարար չէ ծննդաբերության խթանման համար:

Պտղաթաղանթների արհեստական պատռումը կարող է բերել մի շարք անցանկալի հետևանքների. ցավի զգացողություն և անհարմարություն, ներարգանդային վարակներ, պտղի սրտի աշխատանքի զարկերի հաճախացում վաղ դեցելերացիա, պրոտալարի արտանկում և արյունահոսություն, որը պայմանավորված է պտղաթաղանթի անոթների, արգանդի պարանոցի և պլացենտայի վնասմամբ: Լուրջ բարդություններ հազվադեպ են հանդիպում:

Այն կարծիքը, որ ամնիոտոմիան կարող է բերել պտղի սրտի աշխատանքի զարկերի հաճախացման, դեցելերացիայի, հիմնված է այն ենթադրության վրա, որ պտղաջրերի ծավալի փոքրացման հետևանքով սեղմվում է պորտալարը: Սակայն չկան ապացույցներ:

Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

Օքսիտոցինի կիրառումը

Սլայդ 8-19

- Ամբողջական պտղապարկով կանանց մոտ օքսիտոցինի ն/ե ներարկումից առաջ անհրաժեշտ է կատարել ամնիոտոմիա:
- Ծննդաբերության խթանման համար օքսիտոցինը կարելի է կիրառել միայն հսկվող ն/ե ներարկմամբ ստանդարտ նոսրացումներով:

Անցանկալի ազդեցությունը նվազեցնելու նպատակով անհրաժեշտ է օգտագործել ստանդարտ նոսրացումներ և դեղաչափեր.

- 30 Մ 500 մլ-ում իզոտոնիկ լուծույթի մեջ, այսինքն 1մլ/ժամ=1 մՄ թուլետում,
- 10 մՄ 500մլ-ում իզոտոնիկ լուծույթի մեջ, այսինքն 3մլ/ժամ=1 մՄ թուլետում (C):

Կատարվել է ամբողջական պտղաթաղանթների դեպքում օքսիտոցինի կիրառման արդյունավետության և ամնիոտոմիայի համեմատություն:

Կեսարյան հատումների քանակների տարբերություններ այս 2 խմբերում չի հայտնաբերվել: Ամնիոտոմիայի հետ մեկտեղ օքսիտոցինի կիրառման դեպքում նշվում է հաջող ծննդալուծումների քանակի ավելացում: Համեմատելով օքսիտոցինի և ներհեշտոցային կամ ներպարանոցային E2 կիրառումը նկատվել է կեսարյան հատումների քանակի ավելացում, ինչպես նաև մի քանի անհաջող հեշտոցային ծննդալուծումներ: Նման տարբերություններ չեն հայտնաբերվել ամնիոտոմիայով օքսիտոցինի և պրոստագլանդինների կիրառման ժամանակ: Այս տվյալները հաստատում են ամնիոտոմիայով՝ օքսիտոցինի կիրառման առավելությունը այն դեպքում, երբ կնոջ մոտ պահպանված է պտղաթաղանթների ամբողջականությունը:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Օքսիտոցին. կիրառման եղանակները

Սլայդ 8-20

- Սկզբնական դեղաչափը 1-2 մՄ/րոպե:
- Դեղաչափի կրկնապատկում յուրաքանչյուր 30 րոպեն մեկ:
- Նվազագույն արդյունավետ դեղաչափերի օգտագործում:
- Նպատակն է 10 րոպեների ընթացքում հասնել 3-4 կծկանքի 40 և ավելի վայրկյան տևողությամբ:
- Շատ դեպքերում անհրաժեշտ կծկանքներ հնարավոր են 12 մՄ/րոպե դեղաչափի դեպքում:
- Արտադրողները նշում են առավելագույն դեղաչափը 20 մՄ/րոպե:
- Առավելագույն դեղաչափը չպետք է գերազանցի 32 մՄ/րոպե:

Փոքր դեղաչափի օքսիտոցինի կիրառումը համեմատելով մեծ դեղաչափերի հետ ցույց տվեց, որ.

- փոքր դեղաչափերը չեն բերում վիրաբուժական միջամտությունների քանակի ավելացման, օքսիտոցինի դեղաչափի աստիճանական բարձրացումը (յուրաքանչյուր 30-60 րոպեն մեկ) հազվադեպ է բերում արգանդի գերխթանման,
- օքսիտոցինի փոքր դեղաչափերի կիրառումը չի ուղեկցվում ծննդաբերության տևողության մեծացմամբ,
- օքսիտոցինի մեծ դեղաչափերի կիրառումը բերում է արագ ծննդաբերությունների քանակի ավելացման:
Մետասանալիզը ցույց է ավել, որ օքսիտոցինի դեղաչափի ավելացման այս եղանակի դեպքում (30-60 րոպեն մեկ) դիտվում է.
 - արգանդի գերխթանման դեպքերի քանակի նվազեցում,
 - հեշտոցային ծննդաբերությունների քանակի ավելացում,
 - հետծննդյան վարակների և արյունահոսության դեպքերի քանակի նվազեցում,
 - կեսարյան հատումների քանակի նվազեցում:Հիմնականում սկզբնական դեղաչափը կազմում է 0.5-ից մինչև 2.0 մՄ/րոպե, ավելացնելով 1.0 մՄ/րոպե կրկնակի անգամ յուրաքանչյուր 30-60 րոպեն մեկ մինչև առավելագույն դեղաչափը 16-ից մինչև 40 կաթ/րոպե

Crane JMG, Young DC. Meta-analysis of low-dose versus high-dose oxytocin for labour induction. J Society Obstet Gynaecol Can, 1998, 20, 1215-23.

Merrill DC, Zlatnik FJ. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labour. Obstet Gynecol, 1999, 94, 455-63.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Օքսիտոցինի ներերակային ներարկում

Սլայդ 8-21

Ժամանակը սկզբից (րոպե)	Օքսիտոցինի դեղաչափը (մՄ րոպե)	Ներարկվող ծավալը (մլ/ժամ)	
		30 Մ 500մկ.ում	Նստրոցում 10 Մ 500մկ.ում
0	1	1	3
30	2	2	6
60	4	4	12
90	8	8	24
120	12	12	36
150	16	16	48
180	20	20	60
210	24	24	72
240	28	28	84
270	32	32	96

Աղյուսակում ներկայացված են օքսիտոցինի դեղաչափերը: Մոխրագույնով նշված են առավելագույն գերազանցող դեղաչափերը 20 մՄ րոպեում:

Եթե օգտագործվում են օքսիտոցինի բարձր դեղաչափեր, ապա այն չպետք է գերազանցի 32 մՄ րոպեում:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Induction of Labour at Term. Clinical !Unexpected End of Formula

Գործունեություն չի սկսվում առաջնածին կանանց մոտ, ապա ԱՀԿ-ը խորհուրդ է տալիս օգտագործել օքսիտոցինի բարձր խտություններ:

- ներարկեք 10 Մ 500 մկ դեղաչափով օքսիտոցին (կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ) 30 կաթիլ րոպե արագությամբ,
- ներարկման արագությունն ավելացրեք 10 կաթիլ յուրաքանչյուր 30 րոպեին մեկ, մինչև ադեկվատ ծննդաբերական գործունեությունը,
- ներարկման 60 կաթիլ արագության դեպքում եթե ծննդաբերական գործունեություն չի հաստատվում, ապա ցուցված է կեսարյան հատում:

Մի օգտագործեք օքսիտոցին 10 Մ 500 մկ-ում լուծույթ (այսինքն 20 Մ/մլ) կրկնածին կանաց և արգանդի սպիով կանանց դեպքում:

Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO, 2005

Օքսիտոցինի դեղաչափը կաթիլ րոպեում հաշվարկելու համար կարելի է օգտագործել հետևյալ սխեման (20 կաթիլ = 1 մլ)

10 Մ օքսիտոցինը լուծված 500 մկ իզոտոնիկ լուծույթում:
 $1մՄ = 3 մլ/ժամ = 60կաթիլ/60 րոպե = 1 կաթիլ/րոպե.$

5 Մ օքսիտոցինը լուծված 500 մկ իզոտոնիկ լուծույթում:
 $1մՄ = 6 մլ/ժամ = 120 կաթիլ/60 րոպե = 2 կաթիլ/րոպե.$

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

30 Մ օքսիտոցինը լուծված 500 մլ իզոտոնիկ լուծույթում:

1մՄ = 1 մլ/ժամ = 20 կաթիլ/60 րոպե = 3 կաթիլ/րոպե.

5 Մ օքսիտոցինը լուծված 1000 մլ իզոտոնիկ լուծույթում:

1մՄ = 12 մլ/ժամ = 240 կաթիլ/60 րոպե = 4 կաթիլ/րոպե.

Եթե օքսիտոցինն օգտագործվում է ծննդաբերության ժամանակ անհրաժեշտ է հստակ կիրառել ըստ ԱՀԿ ծրագրի:

Հավելված 1-ում ներկայացված է, օքսիտոցինի ներարկման արագության 5 օրինակ կախված լուծույթի խտությանից

*Managing Complications in Pregnancy and Childbirth:
A guide for midwives and doctors. WHO, 2005*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour.
Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.*

*Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).
Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline. JOGC, August 2001, No. 107.*

Միզոպրոստոլ (1)

Սլայդ 8-22

- Համեմատելով PGE₂ ներհեշտոցային և ներարանոցային, ինչպես նաև օքսիտոցինի կիրառման հետ, միզոպրոստոլով (ներհեշտոցային) ծննդաբերության խթանումը.
- նվազեցնում է էպիդուրալ անզգայացման հաճախականությունը,
- նվազեցնում է 24 ժամից ավել տևողությամբ ծննդաբերությունների քանակը,
- նվազեցնում է օքսիտոցինի օգտագործման անհրաժեշտությունը,
ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ
- աճում է արգանդի գերխթանման հավանականությունը,
- աճում է պտղի սրտի աշխատանքի անոմալիայի վտանգը,
- մեծանում է պտղաջրերի մեջ մեկրիումի անցման վտանգը:

Միզոպրոստոլը շատ արդյունավետ է արգանդի պարանոցի հասունացման և ծննդաբերության խթանման համար: Համեմատած մյուս պրեպարատների հետ այն ավելի մատչելի է, հեշտ է պահել, այն կայուն է սենյակային ջերմաստիճանում:

Օգտագործման դյուրինությունը նույնպես կարելի է դասել առավելությունների շարքին, ապացուցված է նրա արդյունավետությունը և անվտանգությունը դեղահաբերի տեսքով ընդունման դեպքում: Դրա հետ մեկտեղ միզոպրոստոլի կիրառումը կապված է բացասական ազդեցության վտանգների բարձրացման հետ, իսկ օպտիմալ դեղաչափը և օգտագործման եղանակը դեռ հաստատված չէ:

Բազմաթիվ երկրներում ծննդաբերության խթանման համար այս պրեպարատի օգտագործումն արգելված է: Մանկաբարձների և գինեկոլոգների

թագավորական քոլեջը միզոպրոստոլը սահմանում է որպես պրեպարատ ծննդաբերության խթանման, այլ ոչ թե արգանդի պարանոցի հաստնացման համար և խորհուրդ է տալիս սահմանափակել նրա կիրառումը մինչև կհաստատվի նրա կիրառման օպտիմալ ռեժիմը:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM *Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003.*

Միզոպրոստոլ (2)

Սլայդ 8-23

- 4 ժամը մեկ 0,25–0,5 մգ ներհեշտոցային:
- Օպտիմալ կիրառման և անվտանգության մասին տեղեկությունները բացակայում են:

Միզոպրոստոլի 25 մգ դեղահաբերը ընդգրկված են ԱՀԿ դեղամիջոցների ռեեստրում:

Միզոպրոստոլի փոքր դեղաչափերի կիրառումը (25 մկգ 6 ժամը մեկ) համեմատած մեծ դեղաչափերի հետ քիչ արդյունավետ է (25 մկգ 3 ժամը մեկ), դրա հետ մեկտեղ քիչ է հանդիպում արգանդի գերխթանում:

Այսպիսով, չնայած արդյունավետությանը, մատչելիությանը և կիրառման հեշտությանը, միզոպրոստոլը ծննդաբերության ռուտին խթանման համար չի կարելի կիրառել: Բացի այդ, այն շատ երկրներում գրանցված չէ այս նպատակով օգտագործման համար:

Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. *Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. The Cochrane Library, 2004, Issue 4.*

Alfirevic Z. *Oral misoprostol for induction of labour. The Cochrane Library, Issue 4, 2004.*

Murray W. Enkin et al, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.*

Պտղի վիճակի վերահսկում և ծննդաբերության խթանում

Սլայդ 8-24

- Անհրաժեշտ է ունենալ միջոցներ արգանդի ակտիվության և պտղի սրտի աշխատանքի անընդհատ վերահսկման համար:
- Պրոստագլանդիններով (PGE2) ծննդաբերության ներարգանդային խթանման դեպքում.
 - կծկանքներ առաջանալուց հետո անհրաժեշտ է պտղի վիճակի անընդմեջ վերահսկողություն:
- Ծննդաբերության խթանումն օքսիտոցինով.
 - անհրաժեշտ է պտղի անընդմեջ էլեկտրոնային մոնիտորինգ:

Պտղի վիճակի գնահատումը ծննդաբերության ժամանակ ներկայացվող օգնության բաղադրիչներից մեկն է: Սա այն ոլորտն է, որտեղ պետք է հետևել կնոջ ցանկություններին և դրա հետ մեկտեղ հաշվի առնել մոր և պտղի համար հնարավոր ռիսկի գործոնները:

Նման իրավիճակներում ստույգ ինֆորմացիայի տրամադրումը կարևոր գործոն է, որպեսզի յուրաքանչյուր կինը կարողանա իր համար ճիշտ որոշում կայացնի:

Ծննդաբերության խթանման դեպքում անհրաժեշտ է ունենալ միջոցներ արգանդի ակտիվության և պտղի սրտի զարկերի հաճախականության անընդհատ վերահսկման համար (C):

Պրոստագլանդիններով (PGE2) ծննդաբերության ներարգանդային խթանման դեպքում առաջին կծկանքներն առաջանալուց հետո անհրաժեշտ է պտղի վիճակի անընդմեջ վերահսկողություն (C):

Առանց բարդությունների առողջ կանանց մոտ պրոստագլանդինների ներարգանդային կիրառումից հետո պտղի վիճակի վերահսկողությունը պետք է ներառի ելքային վիճակի գնահատում, սրտի գործունեության հետագա անընդմեջ էլեկտրոնային հսկողություն և ապա, շեղումների բացակայության դեպքում կարող է կիրառվել պարբերական հսկողություն (C):

Պրոստագլանդինների ներարկումից հետո կնոջը պետք է առաջարկել պառկել առնվազն 30 րոպե: Միևնույն ժամանակ պտղի սրտի գործունեության դիտարկում անհրաժեշտ է միայն կծկանքներ առաջանալուց հետո:

Հղիության օքսիտոցինով խթանման դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել պտղի մշտական էլեկտրոնային մոնիտորինգ (C):

Օքսիտոցինի կիրառումը հնարավոր է պրոստագլանդինների կիրառումից միայն 6 ժամ անց: Սա պայմանավորված է օքսիտոցինի պրոստագլանդինների հետ համատեղ արգանդի վրա հզոր խթանող ազդեցությամբ:

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9.
RCOG Press, 2001.*

Ծննդաբերության խթանման հնարավոր բարդությունները

Սլայդ 8-25

- Գերխթանում/արգանդի պատռվածք:
- Պտղի վիճակի խանգարում:
- Արգանդի ատոնիայով պայմանավորված հետծննդյան արյունահոսություն:
- Պորտալարի գալարների արտանկում:
- Պլացենտայի շերտազատում:
- Վարակներ:
- Գործիքային ծննդաբերությունների քանակի ավելացում:

Պտղաթաղանթների պատռումը չբացահայտված առաջադիր պլացենտայի կամ ցածր տեղակայված պլացենտայի դեպքում կարող է բերել արյունահոսության: Կան տվյալներ պտուկների խթանման դեպքում արգանդի գերխթանման և պտղի սրտի ռիթմի խանգարման մասին:

Ծննդաբերության խթանման նպատակով ամփոփումիս կիրառելիս հնարավոր չէ կանխագուշակել ծննդաբերության սկսման ժամանակը, այն կարող է լինել շատ երկար: Սակայն, զուգակցված օքսիտոցինի ն/ե ներարկման հետ այն կարող է բավականին արդյունավետ լինել:

Ամփոփումիայի բարդություններից են՝ պորտալարի գալարների արտանկումը, խորիռամնիոնիտը, պորտալարի ամուր սեղմումը, ինչպես նաև առաջադիր անոթների վնասումը:

Հաղորդվում է, որ արգանդի վզիկի հատուսացման նպատակով լամինարիաների և հիգրոսկոպիկ միջոցների կիրառումը համեմատած պրոստագլանդին E2 անալոգների հետ բարձրացնում է վարակների մակարդակը մոր և պտղի մոտ:

Ներպարանոցային գելը E2 պրոստագլանդինների հետ կիրառման ժամանակ 1% դեպքում նկատվում է արգանդի գերխթանում, այն դեպքում, երբ ներհեշտոցային գելի կիրառումը PGE2-ի կամ հեշտոցային մոմիկների հետ այդ ցուցանիշը հասնում է 5%:

E2 պրոստագլանդինները փոքր դեղաչափերով կիրառման դեպքում կողմնակի բարդություններ (ջերմության բարձրացում, փսխում, փորլուծություն) հղիի մոտ ավելի հազվադեպ են հանդիպում, քան այդ պրեպարատները մեծ դեղաչափերով օգտագործելու ժամանակ:

E2 պրոստագլանդին պարունակող հեշտոցային մոմիկների կիրառումը 3-րդ եռամսյակում մեծացնում է արգանդի պատռվածքի վտանգը: Արտադրողները խորհուրդ են տալիս գլաուկոմայի, յարդի կամ երիկամների ֆունկցիայի խանգարումների, ասթմայի դեպքում զգուշությամբ կիրառել E2 պրոստագլանդինները:

50 մկգ կամ ավել մեծ դեղաչափերով միզոպրոստոլի կիրառման դեպքում մեծանում է արգանդի գերխթանման հավանականությունը:

Նախորդ ծննդաբերությունը կեսարյան հատումով ծննդաբերած կանանց մոտ, միզոպրոստոլի կիրառումը մեծացնում է արգանդի պատռման վտանգը:

2-րդ եռամսյակում հղիության ընդհատման նպատակով միզուարուստոլի կիրառումը նույնպես մեծացնում է արգանդի պատվածքի հավանականությունը, հատկապես օքսիտոցինի ն/ե ներարկման հետ միասին: Բացի դրանից, միզուարուստոլի կիրառման դեպքում պտղաջրերի մեջ մեկոնիումի անցման դեպքերն ավելանում են:

Բարդությունների հավանականությունը մեծանում է միզուարուստոլի դեղաչափերը մեծացնելիս: Միզուարուստոլի հաբերի տեսքով ընդունման դեպքում հազվադեպ են հանդիպում պտղի սրտի աշխատանքի խանգարումներ և արգանդի գերխթանում համեմատած հեշտոցային կիրառման հետ:

Օքսիտոցինի կիրառման դեպքում անցանկալի բարդությունները կախված են դեղաչափից: Առավել տարածված են արգանդի գերխթանումը և պտղի սրտի աշխատանքի խանգարումները: Գերխթանումը կարող է բերել պլացենտայի շերտազատման և արգանդի պատվածքի (շատ հազվադեպ): Ջրային ինտոքսիկացիա կարող է առաջանալ բարձր կոնցենտրացիայի օքսիտոցինը մեծ քանակությամբ հիպոտոնիկ լուծույթի հետ ներարկելիս: Հակամիզամուղ էֆեկտը սովորաբար հանդիպում է օքսիտոցինի երկարատև կիրառման դեպքում՝ 40կաթիլ/րոպեում արագությամբ: Օքսիտոցինի արագ ն/ե ներարկումը կարող է առաջացնել հիպոտոնիա:

Արգանդի բարձր կծկողական ակտիվության դեպքում անհրաժեշտ է իջեցնել այն: Պրոստագլանդինների ներարգանդային կամ ներպարանոցային կիրառման դեպքում անհրաժեշտ է անմիջապես հեռացնել պրեպարատի մնացորդները և դադարեցնել օքսիտոցինի կիրառումը, կնոջը պատկեցնել ձախ կողքի վրա և թթվածին տալ դիմակի օգնությամբ:

Ծննդաբերության խթանման դեպքում արգանդի բարձր կծկողական ակտիվություն

Սլայդ 8-26

- Արգանդի բարձր կծկողական ակտիվություն և այնտաբանական կարդիոտոկոգրաֆիա օքսիտոցինի ն/ե ներարկման դեպքում.
 - դադարեցնել կամ նվազեցնել ներարկվող օքսիտոցինի դեղաչափը:
- Արգանդի բարձր կծկողական ակտիվություն և պտղի ս/ա հաճախականության շեղումները՝ նորմալից, որոնք կապված չեն օքսիտոցինի ն/ե ներարկման հետ.
 - քննարկել արգանդի տոնուսի իջեցման անհրաժեշտությունը:
- Արգանդի բարձր կծկողական ակտիվություն և պտղի վիճակի վատացման կասկած կամ հաստատում
 - ծննդալուծում որքան հնարավոր է արագ.
 - իդեալականը 30 րոպեի ընթացքում:

Արգանդի բարձր կծկողական ակտիվություն (պտղի սրտի աշխատանքի հաճախականության փոփոխությամբ կամ առանց դրա).

Արգանդի բարձր կծկողական ակտիվությունը առանց պտղի սրտի աշխատանքի հաճախականության փոփոխության ներառում է տախիսիստոլիա (5-ից ավելի կծկանքներ 10 րոպեի

ընթացքում), ինչպես նաև հիպերսիստոլա/ հիպերտոնուս (կծկանքներ, որոնք տևում են 2 րոպեից ոչ պակաս): Արգանդի գերխթանումը պտղի ս/ա հաճախա-

կանության փոփոխությամբ նշանակում է արգանդի գերխթանման համախտանիշ:

Օքսիտոցինի ներարկումից հետո կարդիոտոկոգրաֆիայի միջոցով արգանդի բարձր կծկողական ակտիվության ախտաբանության կամ կասկածի դեպքում, անհրաժեշտ է դադարեցնել օքսիտոցինի ներարկումը կամ իջեցնել դոզան (B):

Պտղի սրտի աշխատանքի հաճախականության շեղումների և արգանդի բարձրացած կծկողական ակտիվության դեպքում, որը կապված չէ օքսիտոցինի կիրառման հետ, անհրաժեշտ է քննարկել արգանդի տոնուսի իջեցման հարցը (A):

Առաջարկվող ազդեցություն 0.25մգ տերբուտալինի ներմաշկային ներարկումն է:

Պտղի վիճակի կտրուկ վատացման կասկածների կամ հաստատման դեպքում, բարձր կծկողական ակտիվության և կասկածի կամ հաստատուն պտղի վիճակի դեպքում անհրաժեշտ է որ ծննդալուծում որքան հնարավոր է արագ կատարվի: Ընդունված ստանդարտ է ծննդալուծումն ավարտել 30 րոպեի ընթացքում (B):

Միայն պրոստագլանդինների կիրառման դեպքում պրեպարատի մասցորդի հեռացումը կարող է օգնել թուլացնել արգանդի ակտիվությունը: Սակայն այս դեպքում պետք է խուսափել հեշտոցի կամ արգանդի պարանոցի գրգռումից:

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9.
RCOG Press, 2001.*

Ծննդաբերության խթանման շատ կարևոր հարցեր

Սլայդ 8-27

- Ո՞ր դեպքերում (դիտարկել ցուցումները):
- Ե՞րբ (դիտարկել վիճակը):
- Ինչպե՞ս (ընտրել մեթոդը՝ դեղամիջոցը):

Ծննդաբերության խթանման որոշումը չպետք է պարզ հարց լինի: Խթանման համար անհրաժեշտ են հստակ ցուցումներ, պետք է գնահատել մոր օրգանիզմի վիճակը, ինչպես նաև ընտրել խթանման մեթոդը (դեղորայքային)՝ հաշվի առնելով արգանդի պարանոցի կենսաբանական նախապատրաստվածությունը:

Օքսիտոցինի ներարկման արագությունը ծննդաբերության խթանման համար

Հինգ օրինակ տարբեր խտությամբ (կոնցետրացիաներով) օքսիտոցինի լուծույթի

Օրինակ 1.

Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 2,5 Մ օքսիտոցին 500 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ
 Կոնցենտրացիա՝ 5 մՄ /մլ
 Օքսիտոցինի ն/ե դեղաչափ, վերահաշված կաթիլներով՝ 1մլ=20 կաթիլ

Օքսիտոցինի լուծույթի կոնցետրացիա	Օքսիտոցինի դեղաչափ մՄ/րոպե	Կաթիլ րոպեում	Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)
2,5 Մ 500 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ (5 մՄ/մլ)	1	4	12 մլ/ժամ
	2	8	24 մլ/ժամ
	3	12	36 մլ/ժամ
	4	16	48 մլ/ժամ
	5	20	60 մլ/ժամ
	6	24	72 մլ/ժամ
	7	28	84 մլ/ժամ
	8	32	96 մլ/ժամ
	9	36	108 մլ/ժամ
	10	40	120 մլ/ժամ
	11	44	132 մլ/ժամ
	12	48	144 մլ/ժամ
	13	52	156 մլ/ժամ
	14	56	168 մլ/ժամ
	15	60	180 մլ/ժամ
	16	64	192 մլ/ժամ
	17	68	204 մլ/ժամ
	18	72	216 մլ/ժամ
	19	76	228 մլ/ժամ

Օրինակ 2.

Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 5 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ դեքստրոզայում կամ
 ֆիզիոլոգիական լուծույթ
 Կոնցենտրացիա՝ 10 մՄՄ /մլ

Օքսիտոցինի ն/ե
 դեղաչափ, վերահաշված
 կաթիլներով՝ 1մլ=20 կաթիլ

Օքսիտոցինի դեղաչափ մՄ/րոպե		Կաթիլ րոպեում		Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)	Օքսիտոցինի դեղաչափ մՄ/րոպե
5 Մ 500 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ (10 մՄ/մլ)	1		2		6
	2		4		12
	3		6		18
	4		8		24
	5		10		30
	6		12		36
	7		14		42
	8		16		48
	9		18		54
	10		20		60
	11		22		66
	12		24		72
	13		26		78
	14		28		84
	15		30		90
	16		32		96
	17		34		102
	18		36		108
	19		38		114
	20		40		120

Օրինակ 3.

Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 10 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ

Կոնցենտրացիա՝ 20 մՄ /մլ

Օքսիտոցինի մ/ե դեղաչափ, վերահաշված կաթիլներով՝ 1մլ=20 կաթիլ

Օքսիտոցինի լուծույթի կոնցենտրացիա	Օքսիտոցինի դեղաչափ մՄ/րոպե	Կաթիլ րոպեում	Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)
10 Մ 500 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ (20 մՄ/մլ)	1	1	3 մլ/ժամ
	2	2	6 մլ/ժամ
	3	3	9 մլ/ժամ
	4	4	12 մլ/ժամ
	5	5	15 մլ/ժամ
	6	6	18 մլ/ժամ
	7	7	21 մլ/ժամ
	8	8	24 մլ/ժամ
	9	9	27 մլ/ժամ
	10	10	30 մլ/ժամ
	11	11	33 մլ/ժամ
	12	12	36 մլ/ժամ
	13	13	39 մլ/ժամ
	14	14	42 մլ/ժամ
	15	15	45 մլ/ժամ
	16	16	48 մլ/ժամ
	17	17	51 մլ/ժամ
	18	18	54 մլ/ժամ
	19	19	57 մլ/ժամ
	20	20	60 մլ//ժամ

Օրինակ 4.

Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 10 Մ օքսիտոցին 500 մլ դեքստրոզայում կամ
 ֆիզիոլոգիական լուծույթ
 Կոնցենտրացիա՝ 20 մՄ/մլ

Օքսիտոցինի լուծույթի կոնցենտրացիա	Օքսիտոցինի դեղաչափ մՄ/րոպե	Կաթիլ րոպեում	Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)
Մ 1000 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ (5 մՄ/մլ)	1	4	12
	2	8	24
	3	12	36
	4	16	48
	5	20	60
	6	24	72
	7	28	84
	8	32	96
	9	36	108
	10	40	120
	11	44	132
	12	48	144
	13	52	156
	14	56	168
	15	60	180
	16	64	192
	17	68	204
	18	72	216
	19	76	228
	20	80	240

Օրինակ 5.

Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 10 Մ օքսիտոցին 1000 մլ դեքստրոզայում կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ

Կոնցենտրացիա՝ 10 միավոր /մլ

Օքսիտոցինի մ/ե
դեղաչափ, վերածաշված
կաթիլներով՝

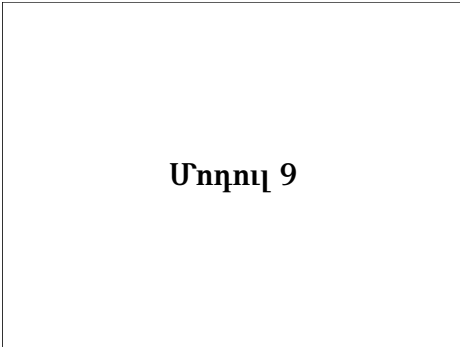
1մլ=20 կաթիլ

Օքսիտոցինի լուծույթի կոնցենտրացիա	Օքսիտոցինի դեղաչափ մՄ/րոպե	Կաթիլ րոպեում	Ինֆուզիայի ծավալը ժամում (մլ/ժամ)
10 միավոր 1000 մլ դեքստրոզա կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ (10 միավոր/մլ)	1	2	6 մլ/ժամ
	2	4	12 մլ/ժամ
	3	6	18 մլ/ժամ
	4	8	24 մլ/ժամ
	5	10	30 մլ/ժամ
	6	12	36 մլ/ժամ
	7	14	42 մլ/ժամ
	8	16	48 մլ/ժամ
	9	18	54 մլ/ժամ
	10	20	60 մլ/ժամ
	11	22	66 մլ/ժամ
	12	24	72 մլ/ժամ
	13	26	78 մլ/ժամ
	14	28	84 մլ/ժամ
	15	30	90 մլ/ժամ
	16	32	96 մլ/ժամ
	17	34	102 մլ/ժամ
	18	36	108 մլ/ժամ
	19	38	114 մլ/ժամ
	20	40	120 մլ/ժամ

**ՄՈՐԻՑ ԵՐԵԽԱՅԻՆ ՄԻԱՎ-Ի ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ
ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԻՆՏԵԳՐՈՒՄՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ
ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԽՆԱՄՔՈՒՄ
Մոդուլ 9**

Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ինտեգրումն արդյունավետ պերինատալ խնամքում

Սլայդ 9-1



Արդյունավետ պերինատալ խնամքի հիմնական բաղադրիչներից մեկը մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումն է:

Այս մոդուլում քննարկվում են մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման միջոցառումները հղիության ընթացքում, ծննդաբերության ժամանակ և կրծքով կերակրելիս:

Մոդուլի նպատակը.

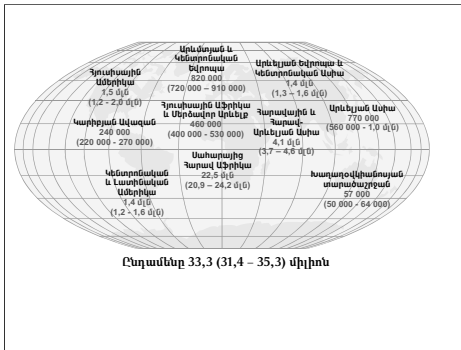
- պատկերացում կազմել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման տարածվածության մասին եվրոպական տարածաշրջանում,
- իմանալ մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգի մասին:
- հասկանալ, որ մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի հորիզոնական փոխանցման կանխարգելման միջոցառումները պետք է լինեն ընթացիկ նախածննդյան խնամքի, ծննդալուծման վարման և հետծննդյան խնամքի բաղկացուցիչ մասը,
- հասկանալ, որ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց և նրանց երեխաների խնամքը պետք է իրականացվի հարգանքով և գաղտնապահության պահպանումով,
- ծանոթանալ ՀՌՎ կանխարգելման նշանակման ցուցումներին, ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց խորհրդատվության և նախածննդյան խնամքի առանձնահատկություններին,
- ծանոթանալ մանկաբարձական ստացիոնարում ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց վարման հիմնական մոտեցումներին,

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

- իմանալ, որոնք են ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց և նրանցից ծնված նորածինների խնամքի առանձնահատկությունները վաղ հետծննդյան ժամանակահատվածում,
- ծանոթանալ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված երեխաների կերակրման հիմնական եղանակներին,
- տիրապետել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվության հիմնական հնտություններին:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակների և երեխաների հաշվարկային թիվը (2009թ.)

Սլայդ 9-2

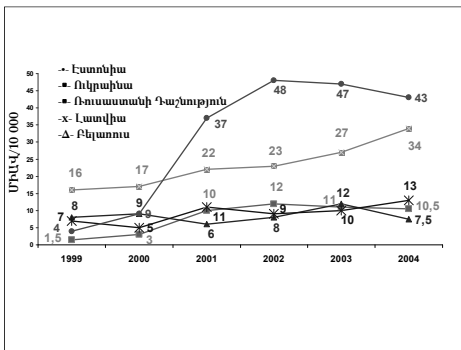


Ներկայացված են ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակների և երեխաների հաշվարկային թիվը տարբեր տարածաշրջաններում:

Արևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի տարածաշրջանում ՄԻԱՎ վարակի համաճարակի աճը, հատկապես երիտասարդների շրջանում, ամենաբարձրերից է ամբողջ աշխարհում:

ՄԻԱՎ վարակի տարածվածությունը հղի կանանց շրջանում Արևելյան Եվրոպայի երկրներում, 1999-2004թթ.

Սլայդ 9-3



Այս գծապատկերում ներկայացված է ՄԻԱՎ վարակի տարածվածությունը հղի կանանց շրջանում (դեպքերի քանակը 10000 բնակչի թվով) Էստոնիայում, Ուկրաինայում, Ռուսաստանի Դաշնությունում, Լատվիայում և Բելառուսում:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների դինամիկան հղի կանանց շրջանում Հայաստանում

Սլայդ 9-4

Ժամանակահատված	ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտված հղիների ընդհանուր թիվը	Արձանագրված ՄԻԱՎ-ի դեպքերը հղի կանանց շրջանում
2004	3 219	-
2005	21 720	5
2006	30 507	7
2007	34 364	4
2008	40 067	7
2009	40 679	12
2010	41 638	8

2004թ.-ից Հայաստանում կտրուկ աճել է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների թիվը հղի կանանց շրջանում: Եթե 2004թ.-ին կատարվել էր ընդամենը 3219 հետազոտություն, ապա 2010թ.-ին հետազոտությունների թիվը կազմում էր արդեն 41638, ինչը կազմում էր հղի կանանց ընդհանուր թվի 90%-ից ավելին:

Հաշվի առնելով արձանագրված ՄԻԱՎ-ի դեպքերը (2010թ.-ին 8 դեպք) ՄԻԱՎ վարակի տարածվածությունը հղի կանանց շրջանում կազմում է մոտ 0,02%:

ԱՀԿ-ի համալիր ռազմավարական մոտեցումը կրծքի հասակի և վաղ մանկական հասակի երեխաների շրջանում ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման համար

Սլայդ 9-5

1. ՄԻԱՎ վարակի առաջնային կանխարգելում վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում:
2. Անցանկալի հղիության կանխարգելում ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց շրջանում:
3. Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելում:
4. Համապատասխան բուժման, օգնության և խնամքի տրամադրում ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց, նրանց երեխաներին և ընտանիքի անդամներին:

Այդ համալիր ռազմավարական մոտեցումը ներառում է 4 բաղադրիչ: Տվյալ մոդուլում քննարկվելու է միայն երրորդ բաղադրիչը՝ մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը, ինչպես կանանց կոնսուլտացիաներում, այնպես էլ ծննդատների ստացիոնարներում:

Այնուամենայնիվ, կանանց, նորածինների, կրծքի հասակի և վաղ մանկական հասակի երեխաների շրջանում ՄԻԱՎ վարակի արդյունավետ կանխարգելման համար երկրում պետք է իրականացվեն ծրագրի բոլոր բաղադրիչները:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը

Սլայդ 9-6

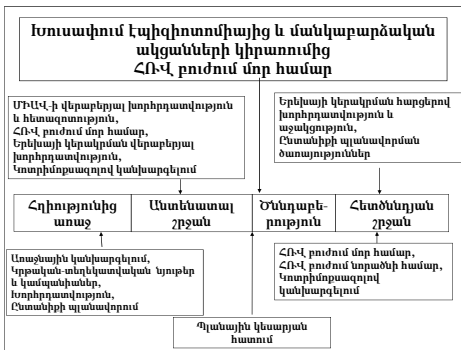
Պերինատալ փոխանցման հավանականությունը	25-45%
Հնդ որում	
Հղիության ընթացքում	5-10%
Ծննդաբերության ժամանակ	10-20%
Կրծքով կերակրելիս	10-15%

ՄԻԱՎ-ը մորից երեխային կարող է փոխանցվել հղիության ընթացքում, ծննդաբերության ժամանակ և կրծքով կերակրելիս:

Եթե չձեռնարկել ոչ մի կանխարգելիչ միջոցառում, արհեստական սնուցում ստացող երեխաների ՄԻԱՎ-ով վարակման հավանականությունը կազմում է 15-30%: Կրծքով կերակրումը մեծացնում է հավանականությունը մինչև 25-45%:

Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման միջոցառումները (ըստ ժամանակաշրջանի)

Սլայդ 9-7



Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման արդյունավետ կանխարգելման նախաապայմաններից է կանանց հետազոտման հնարավորինս լայն հասանելիության ապահովումը արդյունավետ միջոցառումներով հղիությունից առաջ, անտենատալ շրջանում, ծննդաբերության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվությունը և հետազոտությունը կարևորագույն գործիք են ՀՌՎ բուժման կարիք ունեցող կանանց հայտնաբերման և, հետագայում, նրանց երեխաներին անհրաժեշտ միջոցառումների իրականացման համար:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք որոշակի լրացուցիչ ծառայությունների կարիք ունեն հղիության ընթացքում, ծննդաբերության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում: Դրանք են՝ ՀՌՎ բուժումը կամ կանխարգելումը հղիության ընթացքում, կոտրինոքսազոլով կանխարգելումը (անհրաժեշտության դեպքում),

տուրերկույոզի վերաբերյալ հետազոտությունն ու բուժումը, երեխայի կերակրման վերաբերյալ խորհրդատվությունը և աջակցությունը, հոգեբանաստղիալական օգնությունը: Հատուկ ուշադրության պետք է արժանանա խորհրդատվությունը՝ ծննդալուծման ավտանգ մեթոդների վերաբերյալ:

Այդ ամենի հասանելիությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է ներառել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման միջոցառումները մոր և մանկան առողջության ծառայություններում և ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց բուժման, խնամքի և աջակցության ծառայություններում:

Հիմնական միջոցառումները նախաձննդյան շրջանում

Սլայդ 9-8

1. Յուրաքանչյուր հղի կնոջ տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականության վերաբերյալ, իրականացնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն: Եթե հղի կինը ապրում է ՄԻԱՎ-ով,
2. Ապահովել ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց լիարժեք և ինտեգրված նախաձննդային խնամք:
3. Նշանակել ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով.
 - կապված ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից նշանակել անհրաժեշտ ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում,
 - ապահովել ՀՌՎ դեղորայքի ընդունման կարգապահությունը:

Այս սլայդի վրա ներկայացված են մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելմանն ուղղված հիմնական միջոցառումները նախաձննդյան շրջանում:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվության և հետազոտության տրամադրում բոլոր հղի կանանց. գույզնկերների ներգրավման խրախուսում

Սլայդ 9-9

- Տրամադրել տեղեկատվություն ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, ուղղահայաց փոխանցման, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության անհրաժեշտության և առավելության վերաբերյալ:
- ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն տրամադրել յուրաքանչյուր կնոջ, կամավոր կերպով և իրականացնել նախաթեստային խորհրդատվությունից և տեղեկացված համաձայնություն ստանալուց հետո:
- Հետազոտության արդյունքները տրամադրել հետթեստային խորհրդատվության ժամանակ:
- Տրամադրել տեղեկատվություն անվտանգ սեռական վարքագծի, այդ թվում ՄԻԱՎ-ով և ՍՀՓՎ-ներով վարակման վտանգի վերաբերյալ:

Կանանց կոնսուլտացիա. նախաձննդյան այցերի ժամանակ բոլոր կանանց պետք է տրամադրվի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ որակյալ նախա- և հետթեստային խորհրդատվության տրամադրումը հնարավորություն է տալիս կանխել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ի տարածումը կանանց և նրանց գույզնկերների շրջանում:

Հիմնական միջոցառումները նախաձեռնողյան շրջանում

Սլայդ 9-10

1. Յուրաքանչյուր հղի կնոջ տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականության վերաբերյալ, իրականացնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն:
2. **Եթե հղի կինը ապրում է ՄԻԱՎ-ով.**
Ապահովել ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց լիարժեք և ինտեգրված նախաձեռնողային խնամք:
3. Նշանակել ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով.
 - կապված ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից նշանակել անհրաժեշտ ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում,
 - ապահովել ՀՌՎ դեղորայքի ընդունման կարգապահությունը:

Կարևոր է ապահովել ոչ միայն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը, այլև հատուկ խնամք և աջակցություն յուրաքանչյուր ՄԻԱՎ-ով վարակված հղի կնոջը:

Լիարժեք և ինտեգրված նախաձեռնողային խնամքի ապահովում

Սլայդ 9-11

- ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանայք պետք է տեղեկացված որոշումներ կայացնեն իրենց հղիության վերաբերյալ.
 - խորհուրդ չի տրվում առաջարկել կանանց ընդհատել հղիությունը:
- ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանայք պետք է ստանան համապատասխան խնամք և լրացուցիչ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ.
 - ՄԻԱՎ վարակի փուլի որոշում, ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում,
 - խորհրդատվություն ծննդալուծման և երեխայի կերակրման անվտանգ մեթոդների վերաբերյալ:
- ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանայք պետք է ստանան համապատասխան հոգեբանական և սոցիալական աջակցություն:

ՄԻԱՎ-ով ապրող կինը պետք է ինքնուրույն որոշումներ կայացնի իր հղիության վերաբերյալ՝ նախապես ստանալով լիարժեք և գիտականորեն ապացուցված տեղեկատվություն մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերաբերյալ:

ՄԻԱՎ-ով վարակված կանանց առավել արդյունավետ հոգեբանական և սոցիալական աջակցություն տրամադրելու համար անհրաժեշտ է խորհրդատվության գործընթացում ներգրավել ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց:

ՄԻԱՎ-ով վարակված հղի կանանց բժշկական խնամքը և հոգեբանական աջակցությունը պահանջում են բազմաոլորտային մոտեցում: ՄԻԱՎ-ով վարակված հղի կնոջն անհրաժեշտ է.

- որոշել ՄԻԱՎ վարակի փուլը,
- տրամադրել ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում,
- իրականացնել խորհրդատվություն ծննդալուծման անվտանգ մեթոդների վերաբերյալ,
- իրականացնել խորհրդատվություն երեխայի կերակրման անվտանգ մեթոդների վերաբերյալ:

Հիմնական միջոցառումները նախաձննդյան շրջանում

Սլայդ 9-12

- 3ուրաքանչյուր հղի կնոջ տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականության վերաբերյալ, իրականացնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն:
- Եթե հղի կինը ապրում է ՄԻԱՎ-ով.**
- Ապահովել ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց լիարժեք և ինտեգրված նախաձննդային խնամք:
 - Նշանակել ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով.**
 - կապված ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից նշանակել անհրաժեշտ ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում,
 - ապահովել ՀՌՎ դեղորայքի ընդունման կարգապահությունը:

Նախաձննդյան շրջանում իրականացվող երրորդ միջոցառումը՝ ՀՌՎ դեղամիջոցների նշանակումն է ՄԻԱՎ-ով վարակված հղի կանանց:

ՀՌՎ բուժման կամ կանխարգելման նշանակում

Սլայդ 9-13

- Ելնելով ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից (ԱՀԿ-ի դասակարգում) և հաշվի առնելով ինունաբանական ցուցանիշներն ընտրել ՀՌՎ բուժման կամ կանխարգելման սխեման:

CD4+ բջիջների քանակ		Կլինիկական դասակարգումն ըստ ԱՀԿ-ի	
CD4+ ≤350բջ/մլլ	CD4+ >350բջ/մլլ	ՀՌՎ բուժում, անկախ կլինիկական փուլից	ՀՌՎ բուժում, ախտաշանների առկայության դեպքում (III կամ IV կլինիկական փուլեր)
		I և II կլինիկական փուլ	ՀՌՎ կանխարգելում
		III և IV կլինիկական փուլ	ՀՌՎ բուժում

- ՀՌՎ բուժում սկսել երեք ՀՌՎ դեղամիջոցներով հանրավորինս վաղ ժամկետներում:
- ՀՌՎ կանխարգելում սկսել երեք ՀՌՎ դեղամիջոցներով հղիության 14 շաբաթից:

ՀՌՎ բուժում. ամբողջ կյանքի ընթացքում ՀՌՎ բուժման տրամադրում ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց, ովքեր ունեն բուժման ցուցումներ:

ՀՌՎ կանխարգելում. ՀՌՎ դեղամիջոցների կարճաժամկետ տրամադրում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխման նպատակով:

- հղիության ընթացքում,
- կրծքով կերակրման ընթացքում (եթե կրծքով կերակրումը նորածնի սնուցման լավագույն տարբերակն է):

Հղի կանանց, ովքեր ունեն բուժման ցուցումներ, պետք է տրամադրվի ՀՌՎ բուժում ամբողջ կյանքի ընթացքում առնվազն երեք ՀՌՎ դեղամիջոցներով: Հղի կանանց մոտ ՀՌՎ բուժումն անհրաժեշտ է սկսել, եթե CD4+ բջիջների քանակը ≤350բջ/մլլ, անկախ կլինիկական փուլից:

ՀՌՎ բուժումն անհրաժեշտ է սկսել նաև ՄԻԱՎ վարակի III և IV կլինիկական փուլերում, եթե CD4+ բջիջների քանակը հնարավոր չէ որոշել: ՀՌՎ բուժումը պետք է սկսվի հնարավորինս շուտ, հղիության ցանկացած ժամկետից, և շարունակվի ծննդաբերության ու կրծքով կերակրման ժամանակ (եթե կրծքով կերակրումը նորածնի սնուցման լավագույն տարբերակն է), ինչպես նաև հետագայում:

ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց, ովքեր դեռևս չունեն ՀՌՎ բուժման ցուցումներ, պետք է տրամադրվի ՀՌՎ կանխարգելում առնվազն երեք ՀՌՎ դեղամիջոցներով հղիության 14 շաբաթից կամ հետագայում հնարավորինս շուտ, կրծքով կերակրման ժամանակ (եթե կրծքով կերակրումը նորածնի սնուցման լավագույն տարբերակն է), և ավելացված ևս մեկ շաբաթ:

Մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-14

- Ապահովել ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերի և նրանցից ծնված երեխաների կարգավիճակի գաղտնապահությունը:
- Բացառել խարանի և խտրականության բոլոր արտահայտությունները՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերի և նրանցից ծնված երեխաների նկատմամբ:

Հիմնական պատճառը, որը խոչընդոտում է ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց դիմել բժշկական օգնության՝ իրենց կարգավիճակի բացահայտման և իր ու իր երեխայի նկատմամբ խտրական վերաբերմունքի վախն է:

Բուժաշխատողները պարտավոր են ապահովել ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերի և նրանցից ծնված երեխաների կարգավիճակի գաղտնապահությունը և բացառել խարանի և խտրականության բոլոր արտահայտությունները՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերի և նրանցից ծնված երեխաների նկատմամբ:

Բոլոր բժշկական մատյանները և քարտերը, որոնք պարունակում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ տեղեկություններ, ինչպես նաև դրանք, որոնք չեն պարունակում նման տեղեկություններ, պետք է պահվեն այնպիսի պայմաններում, որոնք ապահովում են լիարժեք գաղտնապահությունը:

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-15

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:
3. ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:
4. Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:
5. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:
6. Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:
7. Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:

Առաջին գործողություններից մեկը, որ անհրաժեշտ է կատարել մանկաբարձական ստացիոնարում՝ դա ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցումն է:

Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում

Սլայդ 9-16

- Հղի կնոջ փոխանակման քարտից ճշտել հետազոտվել է արդյոք նա հղիության ընթացքում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ, թե ոչ:
- Եթե չի հետազոտվել,
 - տրամադրել նախաթեստային խորհրդատվություն,
 - առաջարկել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն,
 - հնարավորության դեպքում կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ արագ թեստավորում,
 - եթե արագ թեստավորման հնարավորություն չկա, վերցնել արյան նմուշ և ուղարկել ԻՖԱ մեթոդով հետազոտման համար,
 - եթե հետազոտության արդյունքը դրական է, տրամադրել հետթեստային խորհրդատվություն և քննարկել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման միջոցառումները:

Հղի կնոջ փոխանակման քարտից հարկավոր է ճշտել հետազոտվել է արդյոք նա հղիության ընթացքում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ, թե ոչ:

Եթե չի հետազոտվել, անհրաժեշտ է տրամադրել նախաթեստային խորհրդատվություն և առաջարկել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը կատարվում է տեղեկացված համաձայնությունը ստանալուց հետո: Եթե տվյալ բուժհաստատությունում կա այդպիսի հնարավորություն, ապա անհրաժեշտ է կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ արագ թեստավորում: Եթե արագ թեստավորման հնարավորություն չկա, հարկավոր է վերցնել արյան նմուշ և ուղարկել համապատասխան լաբորատորիա՝ ԻՖԱ մեթոդով հետազոտման համար:

Հետազոտության դրական արդյունքի դեպքում անհրաժեշտ է տրամադրել հետթեստային խորհրդատվություն և քննարկել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման միջոցառումները:

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-17

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. **Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:**
3. ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:
4. Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:
5. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:
6. Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:
7. Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:

Սլայդում թվարկված են մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում: Երկրորդ միջոցառումը՝ ծննդալուծման եղանակի ընտրությունն է:

Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն

Սլայդ 9-18

- Եթե հղիության 36-38-րդ շաբաթում ՎԾ < 1000 պատճե/մլ, նպատակահարմար է սպասել բնական ճանապարհով ծննդալուծման:
- Եթե հղիության 36-38-րդ շաբաթում ՎԾ > 1000 պատճե/մլ, կատարվում է պլանային կեսարյան հատում հղիության 38-րդ շաբաթում:
- Եթե ՎԾ-ը հնարավոր չէ որոշել և ՀՌՎ բուժման ռեժիմի պահպանումը < 95%, կատարվում է պլանային կեսարյան հատում հղիության 38-րդ շաբաթում:
- Եթե ՎԾ-ը հնարավոր չէ որոշել և ՀՌՎ բուժման ռեժիմի պահպանումը > 95%, նպատակահարմար է սպասել բնական ճանապարհով ծննդալուծման:

Ծննդալուծման տարբերակի վերաբերյալ վերջնական որոշումը կայացնում է հղին:

Ծննդալուծման եղանակի ընտրությունը կախված է ՀՌՎ բուժման կամ կանխարգելման տևողությունից, ռեժիմի պահպանման կարգապահությունից, վիրուսային ծանրաբեռնվածությունից (ՎԾ) և այլ գործոններից:

Ծննդալուծման տարբերակի վերաբերյալ վերջնական որոշումը կայացնում է հղի կինը՝ կեսարյան հատման և բնական ճանապարհով ծննդաբերության առավելությունների և վտանգների հարցերով խորհրդատվությունից հետո:

Ծննդալուծման եղանակի ընտրության ժամանակ հարկավոր է հաշվի առնել հետևյալ գործոնները՝

- եթե հղիության 36-38-րդ շաբաթում ՎԾ < 1000 պատճե/մլ, նպատակահարմար է սպասել բնական ճանապարհով ծննդալուծման,
- եթե հղիության 36-38-րդ շաբաթում ՎԾ > 1000 պատճե/մլ, կատարվում է պլանային կեսարյան հատում հղիության 38-րդ շաբաթում,
- եթե ՎԾ-ը հնարավոր չէ որոշել և ՀՌՎ բուժման ռեժիմի պահպանումը < 95%, կատարվում է պլանային կեսարյան հատում հղիության 38-րդ շաբաթում,
- եթե ՎԾ-ը հնարավոր չէ որոշել և ՀՌՎ բուժման ռեժիմի պահպանումը > 95%, նպատակահարմար է սպասել բնական ճանապարհով ծննդալուծման:

Պլանային կեսարյան հատում

Սլայդ 9-19

- Պլանային կեսարյան հատումը նվազեցնում է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը 50%-ով:
- Պլանային կեսարյան հատումը պետք է կատարվի.
 - հղիության 38-րդ շաբաթում,
 - եթե չկա ակտիվ ծննդաբերական գործունեություն,
 - պտղապարկերի ամբողջականությունը պահպանված է կամ անջուր շրջանը 4 ժամից պակաս է:

Պլանային կեսարյան հատումը նվազեցնում է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը 50%-ով: Պլանային կեսարյան հատումը պետք է կատարվի հղիության 38-րդ շաբաթում, եթե չկա ակտիվ ծննդաբերական գործունեություն, պտղապարկերի ամբողջականությունը պահպանված է կամ անջուր շրջանի տևողությունը 4 ժամից պակաս է:

Բնական ճանապարհով ծննդալուծում

Սլայդ 9-20

- Հնարավորության դեպքում ծննդաբերության ընթացքի մոնիտորինգի համար օգտագործել պարտոգրաման:
- Հրաժարվել չհիմնավորված հեշտոցային զննումներից:
- Թույլ չտալ երկար անջուր շրջան (>4 ժամից մեծացնում է փոխանցման վտանգը 50%-ով):
- Հարկավոր է հնարավորինս խուսափել մանկաբարձական ինվազիվ միջամտություններից.
 - պտղապարկերի ամբողջականության արհեստական խախտում,
 - ծննդաբերության ինդուկցիա,
 - մանկաբարձական ակցանների, վակուում-էկստրակտորի կիրառում,
 - էպիզիոտոմիա,
 - էլեկտրոդների կիրառմամբ մոնիտորինգ:
- Խուսափել ձգձգվող ծննդաբերություններից:

ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կնոջ բնական ճանապարհով ծննդալուծման ռիսկը նվազագույնի հասցնելու նպատակով հարկավոր է.

- հնարավորության դեպքում ծննդաբերության ընթացքի մոնիտորինգի համար օգտագործել պարտոգրաման,
- հրաժարվել չհիմնավորված հեշտոցային զննումներից,
- թույլ չտալ երկար անջուր շրջան (>4 ժամից մեծացնում է փոխանցման վտանգը 50%-ով),
- հնարավորինս խուսափել մանկաբարձական ինվազիվ միջամտություններից.
 - պտղապարկերի ամբողջականության արհեստական խախտում,
 - ծննդաբերության ինդուկցիա,
 - մանկաբարձական արքանների, վակուում-էկստրակտորի կիրառում,
 - էպիզիոտոմիա,
 - էլեկտրոդների կիրառմամբ մոնիտորինգ,
- խուսափել ձգձգվող ծննդաբերություններից:

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-21

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:
3. **ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:**
4. Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:
5. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:
6. Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:
7. Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:

Սլայդում թվարկված են մանկաբարձական ստացիոնարում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հիմնական միջոցառումները: Երրորդ միջոցառումը՝ ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրումն է կեսարյան հատման կամ ծննդաբերության ժամանակ:

ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ ծննդաբերության ժամանակ

Սլայդ 9-22

- ՀՌՎ բուժում ստացող կանայք.
 - շարունակում են ընդունել ՀՌՎ դեղամիջոցները,
 - լրացուցիչ ՀՌՎ կանխարգելման կարիք չկա,
 - երեխայի ծնվելուց հետո շարունակում են ստանալ ՀՌՎ բուժում:
- ՀՌՎ կանխարգելում ստացող կանայք
 - շարունակում են ընդունել ՀՌՎ դեղամիջոցները մինչև ծննդալուծումը,
 - ծննդաբերությունից հետո դադարեցնել բոլոր երեք դեղամիջոցների ընդունումը:
- Եթե կանխարգելումը իրականացվել է միայն զիդովուդինով.
 - ծննդաբերությունից առաջ՝ միանվագ նեիրապին,
 - ծննդալուծման ընթացքում՝ զիդովուդին + լամիվուդին,
 - ծննդաբերությունից հետո՝ զիդովուդին + լամիվուդին՝ 7 օր:

ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց կեսարյան հատման կամ ծննդաբերության ժամանակ ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրումը կախված է նրանից, թե հղիության ընթացքում ինչպիսի ՀՌՎ դեղամիջոցներ է ստացել կինը և ինչ սխեմայով:

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-23

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:
3. ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:
4. **Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:**
5. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:
6. Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:
7. Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:

Սլայդում թվարկված են մանկաբարձական ստացիոնարում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հիմնական միջոցառումները: Չորրորդ միջոցառումը՝ երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներն են:

Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ

Սլայդ 9-24

- Կրծքով կերակրման ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը կազմում է 10-15%
- Փոխանցման հավանականությունը կախված է կրծքով կերակրման տևողությունից և մեծանում է խառը սնուցման ժամանակ

ՄԻԱՎ-ով ապրող կնոջ կրծքի կաթը պարունակում է ՄԻԱՎ, հետևաբար կրծքի կաթը կարող է հանդիսանալ ՄԻԱՎ-ով վարակման գործոն: Կրծքով կերակրման ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը կազմում է 10-15%: Փոխանցման հավանականությունը կախված է կրծքով կերակրման տևողությունից և մեծանում է խառը սնուցման ժամանակ:

Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ

Սլայդ 9-25

- ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ բոլոր կանանց խորհուրդ է տրվում լիովին հրաժարվել նորածնին կրծքով կերակրելուց, եթե արհեստական սնուցումը.
 - ընդունելի է,
 - մատչելի է,
 - կայուն է,
 - անվտանգ է:
- Եթե արհեստական սնուցումը հնարավոր չէ.
 - խորհուրդ է տրվում կյանքի առաջին ամիսներին երեխային կերակրել բացառապես կրծքով,
 - կերակրում կրծքի եռացրած կաթով,
 - մայրը շարունակում է ստանալ ՀՌՎ դեղամիջոցներ մինչև կրծքով կերակրման ավարտը՝ ավելացրած ևս մեկ շաբաթ:
- Հրաժարվել խառը սնուցումից:

ՄԻԱՎ-ով ապրող բոլոր կանանց խորհուրդ է տրվում լիովին հրաժարվել նորածնին կրծքով կերակրելուց, եթե արհեստական սնուցումը հասանելի է:

Ընդունելի է՝ արհեստական սնուցմանը կարող են խոչընդոտել սոցիալական կամ մշակութային առանձնահատկությունները, խարանի և խտրականության ենթարկվելու վախը:

Մատչելի է՝ մայրը, իր ընտանիքի անդամների, առողջապահական համակարգի, պետական կամ հասարակական կազմակերպությունների աջակցությամբ հնարավորություն ունի հոգավ արհեստական սնուցման հետ կապված ծախսերը:

Կայուն է՝ արհեստական սնուցման ամբողջ ժամանակաշրջանում (նվազագույնը 6 ամիս) ապահովված է արհեստական սնուցման բոլոր բաղադրիչների հասանելիությունը (կաթնախտաբանություն, մաքուր ջուր, սնունդը պատրաստելու անվտանգ պայմաններ):

Անվտանգ է՝ արհեստական սնունդը պահպանվում, պատրաստվում և երեխային տրվում է ճիշտ և հիգիենայի կանոնների պահպանմամբ: Երեխան ստանում է սնունդն իր կարիքներին համապատասխան բավարար քանակով:

Եթե արհեստական սնուցումը հնարավոր չէ, խորհուրդ է տրվում կյանքի առաջին ամիսներին երեխային կերակրել բացառապես կրծքով: ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը նվազեցնելու նպատակով կրծքով կերակրման ժամկետը պետք է լինի հնարավորինս կարճ՝ հաշվի առնելով անհատական իրավիճակները և կերակրման եղանակի փոփոխման վտանգը (այդ թվում թերսնուցում և ինֆեկցիոն հիվանդություններ):

Հնարավորության դեպքում ապահովել կերակրումը կրծքի եռացրած կաթով: Մայրը մինչև կրծքով կերակրման ավարտը՝ ավելացրած ևս մեկ շաբաթ, շարունակում է ստանալ ՀՌՎ դեղամիջոցներ:

Խառը սնուցումից հարկավոր է հրաժարվել, քանի որ վարակման վտանգն այս դեպքում ավելի բարձր է, քան բացառապես կրծքով կերակրման ժամանակ:

Խորհրդատվություն երեխայի կերակրման վերաբերյալ

Սլայդ 9-26

Կինն իրավունք ունի ընտրել իր երեխայի համար սնուցման ամենահարմար եղանակը.

- խորհրդատվությունը պետք է ուղղված լինի օգնելու կնոջը կայացնել մտածված որոշում,
- եթե կինն ընտրել է արհեստական սնուցման տարբերակը, բուժաշխատողները պետք է սովորեցնեն նրան ինչպես պատրաստել կաթնախարնուրդները երեխայի համար,
- եթե կինն ընտրել է արհեստական սնուցման տարբերակը, բուժաշխատողները պետք է նրան խորհուրդ տան ինչպես ճշել կաթնարտադրությունը:

Կինն իրավունք ունի ընտրել իր երեխայի համար սնուցման ամենահարմար եղանակը:

Խորհրդատվությունը պետք է ուղղված լինի օգնելու կնոջը կայացնել մտածված որոշում: Եթե կինն ընտրել է արհեստական սնուցման տարբերակը, բուժաշխատողները պետք է սովորեցնեն նրան ինչպես պատրաստել կաթնախառնուրդները երեխայի համար և ձևավորեն կնոջ մոտ անհրաժեշտ հմտություններ՝ երեխայի անվտանգ կերակրման համար:

Եթե կինն ընտրել է արհեստական սնուցման տարբերակը, բուժաշխատողները պետք է նրան խորհուրդ տան ինչպես ճշել կաթնարտադրությունը:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված երեխաների սնուցման վերաբերյալ խորհրդատվության փուլերը

Սլայդ 9-27

1. Տեղեկատվություն կրծքով կերակրման ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգի վերաբերյալ:
2. Տեղեկատվություն սնուցման տարբեր մեթոդների առավելությունների և թերությունների վերաբերյալ:
3. Ընտանիքի անդամների հետ հարաբերությունների քննարկում:
4. Կենցաղային պայմանների քննարկում:
5. Աջակցություն սնուցման առավել հարմար տարբերակի ընտրության նպատակով:
6. Սնուցման ընտրված տարբերակի վերաբերյալ համապատասխան հմտությունների ձևավորում:
7. Շարունակական խորհրդատվություն երեխայի սնուցման վերաբերյալ կյանքի առաջին տարիներին:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերի խորհրդատվությունը, իրազեկումը և աջակցությունը ներառում է՝

- տեղեկատվություն՝ կրծքով կերակրման ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգի վերաբերյալ,
-

- տեղեկատվություն՝ սնուցման տարբեր մեթոդների առավելությունների և թերությունների վերաբերյալ,
- ընտանիքի անդամների հետ հարաբերությունների քննարկում,
- կենցաղային պայմանների քննարկում,
- աջակցություն՝ սնուցման առավել հարմար տարբերակի ընտրության նպատակով,

- սնուցման ընտրված տարբերակի վերաբերյալ համապատասխան հմտությունների ձևավորում,
- շարունակական խորհրդատվություն երեխայի սնուցման վերաբերյալ կյանքի առաջին տարիներին:

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-28

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:
3. ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսաբյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:
4. Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:
5. **ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:**
6. Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:
7. Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:

Սլայդում թվարկված են մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում: Հինգերորդ միջոցառումը՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամքն է:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված երեխաների ՀՌՎ կանխարգելումը

Սլայդ 9-29

- Եթե մայրը ստացել է ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում 3 դեղամիջոցներով.
 - կրծքով կերակրելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական նևիրապին,
 - կրծքով չկերակրելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական գիդոլուդին կամ նևիրապին:
- Եթե մայրը ստացել է ՀՌՎ կանխարգելում 1 դեղամիջոցով.
 - կրծքով կերակրելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև կրծքով կերակրման ավարտին հաջորդող ևս 1 շաբաթը լրանալը՝ օրական նևիրապին,
 - կրծքով չկերակրելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական գիդոլուդին կամ նևիրապին:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված երեխաները ծնվելուց հետո պետք է ստանան ՀՌՎ դեղամիջոցներ՝ օշարակի ձևով: ՀՌՎ կանխարգելման սխեման երեխաների մոտ կախված է հղիության ընթացքում մոր ստացած ՀՌՎ դեղամիջոցներից:

Եթե մայրը հղիության ընթացքում ստացել է ՀՌՎ բուժում կամ կանխարգելում 3 դեղամիջոցներով.

- կրծքով կերակրման դեպքում երեխան կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը ստանում է օրական նևիրապինի օշարակ,
- կրծքով չկերակրելու դեպքում երեխան կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը ստանում է օրական գիդոլուդինի կամ նևիրապինի օշարակ:

Եթե մայրը ստացել է ՀՌՎ կանխարգելում 1 դեղամիջոցով.

- կրծքով կերակրելու դեպքում երեխան կյանքի առաջին օրվանից մինչև

Պերինսարյալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

կրծքով կերակրման ավարտին հաջորդող ևս 1 շաբաթը լրանալը ստանում է օրական նևիրապինի օշարակ,

- կրծքով չկերակրելու դեպքում երեխան կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը ստանում է օրական զիդովուդինի կամ նևիրապինի օշարակ:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված երեխաների հետազոտությունները

Սլայդ 9-30

Նորածնի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ առաջին ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել ծնվելուց հետո 48 ժամվա ընթացքում.

- պորտալարային արյունը պիտանի չէ տվյալ հետազոտության համար,
- դրական պատասխանը վկայում է ներարգանդային կյանքում երեխայի հավանական վարակման մասին:
- ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ երկրորդ ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել 6-8 շաբաթական հասակում անկախ առաջին հետազոտության արդյունքից.
- երկրորդ ՊՇՌ հետազոտության դրական արդյունքը նշանակում է, որ երեխան վարակված է ՄԻԱՎ-ով և պետք է գնահատվի նրա կլինիկական վիճակը,
- եթե երկրորդ ՊՇՌ հետազոտության արդյունքը բացասական է երեխան համարվում է «ենթադրաբար չվարակված»:
- ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ երրորդ ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել 3 ամսական հասակում:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված 18 ամսականից փոքր երեխաների մոտ խորհուրդ է տրվում կատարել վիրուսաբանական հետազոտություններ (ՊՇՌ հետազոտություն), քանի որ այդ երեխաների արյան մեջ կարող են շրջանառել մոր հակամարմինները, և հակամարմինների հայտնաբերման

հետազոտությունները հնարավորություն չեն տալիս պարզել վարակված է երեխան ՄԻԱՎ-ով թե ոչ: ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված 18 ամսականից փոքր երեխաների վիրուսաբանական հետազոտությունները կախված են երեխայի սնուցման եղանակից:

ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշումն արհեստական սնուցող երեխաների մոտ

Նորածնի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ առաջին ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել ծնվելուց հետո 48 ժամվա ընթացքում.

- պորտալարային արյունը պիտանի չէ տվյալ հետազոտության համար,
- դրական պատասխանը վկայում է ներարգանդային կյանքում երեխայի հավանական վարակման մասին,

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ երկրորդ ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել 6-8 շաբաթական հասակում՝ անկախ առաջին հետազոտության արդյունքից.

- երկրորդ ՊՇՌ հետազոտության դրական արդյունքը նշանակում է, որ երեխան վարակված է ՄԻԱՎ-ով և պետք է գնահատվի նրա կլինիկական վիճակը,
- եթե երկրորդ ՊՇՌ հետազոտության արդյունքը բացասական է, երեխան համարվում է «ենթադրաբար չվարակված»,
- ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ երրորդ ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել 3 ամսական հասակում:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված կրծքով կերակրվող երեխաների հետազոտությունները

Սլայդ 9-31

- Նորածնի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ առաջին ՊՇՌ հետազոտությունը կարելի է կատարել ցանկացած ժամկետում:
- Եթե առաջին հետազոտության արդյունքը բացասական էր, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ երկրորդ ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել կրծքով կերակրումը լրիվ դադարեցնելուց 6 շաբաթ անց:

Նորածնի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ առաջին ՊՇՌ հետազոտությունը կարելի է կատարել ցանկացած ժամկետում:

Եթե առաջին հետազոտության արդյունքը բացասական էր, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ երկրորդ ՊՇՌ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել կրծքով կերակրումը լրիվ դադարեցնելուց 6 շաբաթ անց:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված երեխաների հետազոտությունները

Սլայդ 9-32

- Եթե ՊՇՌ հետազոտությունն անհասանելի է, հարկավոր է կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինների հայտնաբերման հետազոտություն:
- Եթե երեխան հիվանդացել է, հետազոտել անմիջապես:
- Եթե երեխայի առողջական վիճակը լավ է, հետազոտել 9-12 ամսական հասակում և հետագայում 18 ամսական հասակում, կարգավիճակը հաստատելու համար:

Եթե ՊՇՌ հետազոտությունը անհասանելի է, հարկավոր է կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինների հայտնաբերման հետազոտություն:

Հետազոտությունները կազմակերպելիս հարկավոր է հիշել, որ.

- եթե երեխան հիվանդացել է՝ հետազոտել անմիջապես,
- եթե երեխայի առողջական վիճակը լավ է՝ հետազոտել 9-12 ամսական հասակում և հետագայում 18 ամսական հասակում՝ կարգավիճակը հաստատելու համար:

ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված երեխաների մոտ պնևմոցիստային թոքաբորբի կանխարգելում

Սլայդ 9-33

- Պնևմոցիստային թոքաբորբը հանդիպում է ՄԻԱՎ-ով ապրող երեխաների 40-50% մոտ:
 - կոտրինոքսազոլով կանխարգելումը ցուցված է ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված բոլոր երեխաներին՝ սկսած 4-6 շաբաթական հասակից մինչև ՄԻԱՎ-ի ժխտումը վիրուսաբանական (18 ամսականից փոքր, արհեստական սնուցում ստացող երեխաներ) կամ շճաբանական (18 ամսական և ավելի մեծ երեխաներ) մեթոդներով:

Պնևմոցիստային թոքաբորբը հանդիպում է ՄԻԱՎ-ով ապրող երեխաների 40-50% մոտ:

Կոտրինոքսազոլով կանխարգելումը ցուցված է ՄԻԱՎ-ով ապրող մայրերից ծնված բոլոր երեխաներին՝ սկսած 4-6 շաբաթական հասակից մինչև ՄԻԱՎ վարակի ժխտումը վիրուսաբանական (18 ամսականից փոքր, արհեստական սնուցում ստացող երեխաներ) կամ շճաբանական (18 ամսական և ավելի մեծ հասակի երեխաներ) մեթոդներով:

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-34

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:
3. ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:
4. Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:
5. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:
6. **Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:**
7. Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:

Սլայդում թվարկված են մանկաբարձական ստացիոնարում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հիմնական միջոցառումները: Վեցերորդ միջոցառումը՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց մոտ հետծննդյան բարդությունների կանխարգելումն է:

Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում

Սլայդ 9-35

ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանց հետծննդյան խնամքը պետք է լինի այնպիսին, ինչպիսին ՄԻԱՎ-ով չվարակված կանանց նկատմամբ:

- կատարել հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելում,
- ապահովել գինեկոլոգիական բուժում և խնամք, ներառյալ արգանդի վզիկի քսուկի բջջաբանական հետազոտություն և ՍՃՊՎ-ների բուժում,
- կատարել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ոլորտի մասնագետի խորհուրդները հետծննդյան բուժման և խնամքի վերաբերյալ,
- թմրամիջոցներ օգտագործող կանանց հնարավորության դեպքում տրամադրել համապատասխան բուժում (ներառյալ փոխարինող բուժումը):

Եթե ծննդաբերությունը կատարվել է կեսարյան հատումով, հարկավոր է կատարել հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելում:

Անհրաժեշտ է ապահովել գինեկոլոգիական բուժում և խնամք, ներառյալ արգանդի վզիկի քսուկի բջջաբանական հետազոտություն և ՍՃՊՎ-ների բուժում:

Ծննդաբերելուց հետո ՄԻԱՎ-ով ապրող կինը պետք է շարունակի իր հետազոտությունները ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ոլորտի մասնագետի մոտ՝ բուժում և խնամք ստանալու նպատակով:

Թմրամիջոցներ օգտագործող կանանց, հնարավորության դեպքում, տրամադրել համապատասխան բուժում (ներառյալ փոխարինող բուժումը):

Հիմնական միջոցառումները մանկաբարձական ստացիոնարում

Սլայդ 9-36

1. Ծննդաբերող կնոջ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի հստակեցում:
2. Ծննդալուծման եղանակի ընտրություն:
3. ՀՌՎ դեղամիջոցների տրամադրում կեսարյան հատման/ծննդաբերության ժամանակ:
4. Երեխայի կերակրման անվտանգ եղանակներ:
5. ՄԻԱՎ-ով ապրող կանանցից ծնված նորածինների մասնագիտացված խնամք:
6. Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելում:
7. **Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում:**

Սլայդում թվարկված են մանկաբարձական ստացիոնարում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հիմնական միջոցառումները: Յոթերորդ միջոցառումը՝ հետծննդյան շրջանում խորհրդատվությունն է:

Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում

Սլայդ 9-37

Խորհրդատվության ընթացքում պարտադիր քննարկվող թեմաները.

- անցանկալի հղիության կանխարգելում՝ պատնեշային և ոչ պատնեշային մեթոդների գուցահեռ օգտագործումով,
- պահպանակների օգտագործման կարևորություն, անվտանգ սեռական վարքագծի խրախուսում,
- ծննդաբերությունների միջև բավարար ընդմիջում,
- գուգրնկերոջ ներգրավում ընտանիքի պլանավորման հարցերով խորհրդատվության գործընթացում:

Հետծննդյան շրջանը ամենահարմար ժամանակն է ՄԻԱՎ-ով ապրող կնոջ հետ ընտանիքի պլանավորման հարցերը քննարկելու համար: Առավել արդյունավետ դա կարող է լինել ընտանիքի պլանավորման հարցերով խորհրդատվության գործընթացում՝ գուգրնկերոջ ներգրավման դեպքում:

Խորհրդատվության ընթացքում պարտադիր է քննարկել հետևյալ թեմաները.

- անցանկալի հղիության կանխարգելում՝ պատնեշային և ոչ պատնեշային մեթոդների գուցահեռ օգտագործումով,
- պահպանակների օգտագործման կարևորություն, անվտանգ սեռական վարքագծի խրախուսում,
- ծննդաբերությունների միջև բավարար ընդմիջում:

Խորհրդատվություն հետծննդյան շրջանում

Սլայդ 9-38

- Տրամադրել տեղեկատվություն ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց խնամք և աջակցություն տրամադրող կազմակերպությունների և ծառայությունների վերաբերյալ:

- Թմրամիջոցներ օգտագործող կանանց տրամադրել տեղեկատվություն վնասի նվազեցման ծրագրերի վերաբերյալ:

- Այն կանանց, որոնց կարգավիճակը պարզվել է ծննդաբերության ժամանակ, ուղեգրել ՁԻԱՀ-ի կենտրոն՝ հետագա ախտորոշման և բուժման համար:

Հետծննդյան շրջանում խորհրդատվության ժամանակ հարկավոր է տրամադրել տեղեկատվություն ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց խնամք և աջակցություն տրամադրող կազմակերպությունների և ծառայությունների վերաբերյալ:

Թմրամիջոցներ օգտագործող կանանց անհրաժեշտ է տրամադրել տեղեկատվություն վնասի նվազեցման ծրագրերի մասին: Այն կանանց, որոնց կարգավիճակը պարզվել է ծննդաբերության ժամանակ, հարկավոր ուղեգրել ՁԻԱՀ-ի կենտրոն՝ հետագա ախտորոշման և բուժման համար:

Ընդհանուր տեղեկություններ

Հավելված 1

Մեծահասակների և դեռահասների մոտ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլերի վերանայված դասակարգումն ըստ ԱՀԿ-ի (2009թ.)

Սուր ՄԻԱՎ վարակ	<ul style="list-style-type: none"> - Անախտանշան ընթացք - Սուր ռետրովիրուսային համախտանիշ
Կլինիկական I փուլ	<ul style="list-style-type: none"> - Անախտանշան ընթացք - Պերսիստող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա
Կլինիկական II փուլ	<ul style="list-style-type: none"> - Սերոբեային դերմատիտ - Անգուլյար խեյլիտ - Բերանի խոռոչի կրկնվող խոցեր (վերջին 6 ամսվա ընթացքում՝ 2 կամ ավելի անգամ) - Կրկնվող կամ տարածվող գոտևորող որքին - Վերին շնչուղիների կրկնվող վարակներ (6 ամսվա ընթացքում՝ 2 կամ ավելի անգամ կրկնվող սինուսիտ, միջին ականջի բորբոքում, տոնզիլիտ, բրոնխիտ, ֆարինգիտ կամ տրախեիտ) - Եղունգների սնկային ախտահարում - Քորվոլո պապուլոզ ցան
Կլինիկական III փուլ	<ul style="list-style-type: none"> - Բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիա - Մեկ ամսից ավելի շարունակվող անբացատրելի խրոնիկ լուծ - Կրկնվող սնկային ստոմատիտ (6 ամսվա ընթացքում՝ 2 կամ ավելի անգամ) - Ծանր բակտերիալ վարակներ (թոքաբորբ, պլևրայի էմպիեմա, պիոմիոզիտ, ոսկրերի կամ հոդերի վարակներ, մենինգիտ, բակտերեմիա) - Սուր խոցանեկրոտիկ ստոմատիտ, գինգիվիտ կամ պերիոդոնտիտ - Քաշի անբացատրելի կորուստ (6 ամսվա ընթացքում՝ 10%-ից ավելի) - Մեկ ամսից ավելի շարունակվող անբացատրելի տենդ (ընդմիջվող կամ մշտական) - Անբացատրելի սակավարյունություն (հեմոգլոբինը <8գ% կամ նեյտրոպենիա (<0,5 x 10⁹/մմ³)) - Մեկ ամսից ավելի շարունակվող անբացատրելի թրոմբոցիտոպենիա (<50 x 10⁹/մմ³)

<p>Կլինիկական IV փուլ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Թոքերի տուբերկուլոզ - Արտաթոքային տուբերկուլոզ (բացառությամբ լիմֆադենիտի) - ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված հյուծվածություն (կախեքսիայի համախտանիշ) - Պնևմոցիստային թոքաբորբ - Կրկնվող ծանր բակտերիալ թոքաբորբ (տարվա ընթացքում՝ 2 կամ ավելի անգամ) - Ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտ (+/- կոլիտ) - Հասարակ հերպեսի վիրուսով հարուցված հերպես (քրոնիկ կամ առնվան 1 ամիս շարունակվող) - Էնցեֆալոպաթիա - ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված նեֆրոպաթիա - ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված կարդիոմիոպաթիա - Հարաճող բազմօջախային լեյկոէնցեֆալոպաթիա - Կապոշիի սարկոմա և ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված այլ նորագոյացություններ - Տոքսոպլազմոզ - Դիսեմինացված միկոզներ (կանդիդոզ, հիստոպլազմոզ, կոկցիդիոդոմիկոզ և այլն) - Կրիպտոսպորիդիոզ - Կրիպտոկոկային մենինգիտ - Ատիպիկ միկոբակտերիաներով հարուցված դիսեմինացված վարակներ
----------------------------------	---

Երեխաների մոտ ՄԻԱՎ վարակի վերանայված կլինիկական դասակարգումն ըստ ԱՀԿ-ի

Կլինիկական I փուլ	<ul style="list-style-type: none"> - Անախտանշան ընթացք - Պերսիստող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա
Կլինիկական II փուլ	<ul style="list-style-type: none"> - Հեպատոսպլենոմեգալիա - Պապուլոզ քորվոլո ցան - Տարածուն կոնտագիոզ մոյուսկ - Եղունգների սնկային ախտահարում - Բերանի խոռոչի կրկնվող խոցեր - Լնդերի գծավոր էրիթեմա - Անգուլյար խեյլիտ - Հարականջային թթագեղձերի անբացատրելի պերսիստվող մեծացում - Գոտևորող որքին - Անախտանիշ լիմֆոիդ ինտերստիցիալ թոքաբորբ - Վերին շնչուղիների կրկնվող կամ քրոնիկ վարակներ (սինուսիտներ, տոնզիլիտ, միջին ականջի բորբոքում, օտոոտեա)
Կլինիկական III փուլ	<ul style="list-style-type: none"> - Ստանդարտ բուժմանը դժվար ենթարկվող անբացատրելի չափավոր թերսնուցում - Անբացատրելի քրոնիկ լուծ (14 օր և ավելի) - Մեկ ամսից ավելի շարունակվող անբացատրելի պերսիստվող տենդ (ընդմիջվող կամ մշտական) - Բերանի կանդիդոզ (2 ամսականից մեծ երեխաների մոտ) - Բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիա - Սուր խոցանեկրոտիկ գինգիվիտ կամ պերիոդոնտիտ - Լնդերի գծավոր հիպերպլազիա - Կրկնվող ծանր բակտերիալ թոքաբորբ - Տարածուն միաձուլվող կոնդիլոմաներ - Հսկա այլանդակող կոնտագիոզ մոյուսկ - Թոքերի տուբերկուլոզ - Ավշային հանգույցների տուբերկուլոզ - ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված թոքերի քրոնիկ հիվանդություններ (ներառյալ բրոնխոէկտազները) - Կլինիկորեն արտահայտված լիմֆոիդ ինտերստիցիալ թոքաբորբ

	<ul style="list-style-type: none"> - Անբացատրելի սակավարյունություն (հոմեոգլոբինը <8 գ %) կամ նեյտրոպենիա (<0,5 x 10⁹/մմ³) - Մեկ ամսից ավելի շարունակվող անբացատրելի թրոմբոցիտոպենիա (<50 x 10⁹/մմ³)
<p>Կլինիկական IV փուլ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ստանդարտ բուժմանը չենթարկվող արտահայտված թերսնուցում կամ անբացատրելի ծանր հյուծվածություն (կախեքսիա) - Կրկնվող ծանր բակտերիալ վարակներ՝ բացի թոքաբորբից (օրինակ՝ պլևրայի էմպիեմա, պիոմիոզիտ, ոսկրերի կամ հողերի բակտերիալ վարակներ, մենինգիտ) - Քրոնիկ հասարակ հերպես վիրուսային վարակ (շրթունքների, բերանի խոռոչի կամ մաշկի ախտահարում մեկ ամսից ավելի տևողությամբ) - Վիսցերալ հերպեսային վարակ - Արտաթոքային տուբերկուլոզ - Պնևմոցիստային թոքաբորբ - Կապոշի սարկոմա - Կանդիդոզային էզոֆագիտ - Շնչափողի, բրոնխների կամ թոքերի կանդիդոզ - Գլխուղեղի տոքսոպլազմոզ նեոնատալ շրջանից հետո - ՄԻԱՎ-էնցեֆալոպաթիա - Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ (ոետինիտ կամ ներքին օրգանների ախտահարում՝ բացի ավշահանգույցների, լյարդի և փայծաղի ախտահարումից)՝ 1 ամսականից մեծ երեխաների մոտ - Արտաթոքային կրիպտոկոկոզ (օրինակ՝ մենինգիտ) - Դիսեմինացված էնդեմիկ միկոզներ (արտաթոքային հիստոպլազմոզ, կոկցիդիոդոմիկոզ և այլն) - Կրիպտոսպորիդիոզ - Իզոսպորիոզ - Ատիպիկ դիսեմինացված միկոբակտերիոզներ - ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված ձեռքբերովի ուղիղաղիքային խուղակ - Գլխուղեղի լիմֆոմա կամ B բջջային լիմֆոմա - Հարաճող բազմօջախային լեյկոէնցեֆալոպաթիա - ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված նեֆրոպաթիա կամ կարդիոմիոպաթիա - Լեոմիոսարկոմա կամ ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված այլ սուլիդ ուռուցքներ

Հակառետրովիրուսային բուժման ցուցումներն ըստ կլինիկական փուլերի և իմունաբանական ցուցանիշների

ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրողներ	Կլինիկական իրավիճակ	Բուժման ցուցումներ
Անախտանշան հիվանդներ (ներառյալ հղի կանայք)	I կլինիկական փուլ (ըստ ԱՀԿ-ի դասակարգման)	Սկսել ՀՌՎ բուժումը, եթե $CD4 \leq 350$
Ախտանշաններով հիվանդներ (ներառյալ հղի կանայք)	II կլինիկական փուլ (ըստ ԱՀԿ-ի դասակարգման)	Սկսել ՀՌՎ բուժումը, եթե $CD4 \leq 350$
	III և IV կլինիկական փուլեր (ըստ ԱՀԿ-ի դասակարգման)	Սկսել ՀՌՎ բուժումը, անկախ $CD4+$ բջիջների քանակից
Տուբերկուլոզ և վիրուսային հեպատիտ B-ով համավարակվածություն	Ակտիվ տուբերկուլոզ	Սկսել ՀՌՎ բուժումը, անկախ $CD4+$ բջիջների քանակից
	Վիրուսային հեպատիտ B՝ բուժման կարիք ունեցող	Սկսել ՀՌՎ բուժումը, անկախ $CD4+$ բջիջների քանակից

Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ՀՌՎ կանխարգելումը տարբեր կլինիկական իրավիճակներում

- ՀՌՎ բուժման ցուցում ունեցող հղի կանայք,
- ՀՌՎ կանխարգելում.
 - հղիության ընթացքում,
 - կրծքով կերակրման ընթացքում (եթե կրծքով կերակրելը լավագույնն է երեխայի համար):

ՄԻԱՎ-ով ապրող հղի կանանց ՀՌՎ բուժման ցուցումները.

- սկսել ՀՌՎ բուժումը, եթե CD4 <350՝ անկախ կլինիկական փուլից,
- սկսել ՀՌՎ բուժումը III և IV կլինիկական փուլում, եթե CD4 բջիջների քանակը հայտնի չէ,
- սկսել ՀՌՎ բուժումը հնարավորինս շուտ ժամկետներում:

Ըստ ԱՀԿ-ի դասակարգման	Ցուցումներ
I կլինիկական փուլ	ՀՌՎ կանխարգելում
II կլինիկական փուլ	ՀՌՎ կանխարգելում
III կլինիկական փուլ	ՀՌՎ բուժում
IV կլինիկական փուլ	ՀՌՎ բուժում

Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման մոտեցումները ՀՌՎ բուժման ցուցում ունեցող հղի կանանց շրջանում

Մայր	Երեխա
Զիդովուդին + լամիվուդին + նևիրապին ¹ (կամ իֆավիրենց) ²	Կրծքով կերակրվելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը, օրական նևիրապին:
Տենոֆովիր + էմտրիցիտաբին (կամ լամիվուդին) + նևիրապին (կամ իֆավիրենց)	Կրծքով չկերակրվելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական զիդովուդին կամ նևիրապին:

¹ Հղի կանանց մոտ CD4 բջիջների 250-350 բջ/մլլ քանակի դեպքում նևիրապին կիրառելիս կողմնակի ազդեցությունների զարգացման առավել մեծ վտանգը հաստատված չէ և տվյալ իրավիճակում նևիրապինի կիրառումից օգուտն ավելի մեծ կարող է լինել, քան դրանից հրաժարվելու դեպքում:

² Իֆավիրենցով բուժումը կարելի է սկսել հղիության առաջին եռամսյակից հետո:

**Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը
ՀՌՎ բուժման ցուցում չունեցող հղի կանանց շրջանում**

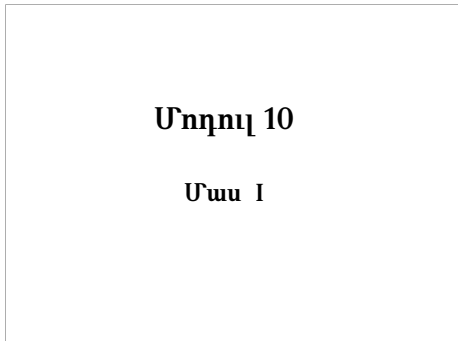
Հղին նախկինում չի ստացել գիդովուդին	Հղին նախկինում ստացել է գիդովուդին
<p>Մայր</p> <ul style="list-style-type: none"> - Մինչև ծննդաբերությունը գիդովուդին (սկսել հնարավորինս շուտ՝ հղիության 14 շաբաթից) - Ծննդաբերությունից առաջ՝ միանվագ նևիրապին* - Ծննդալուծման ընթացքում՝ գիդովուդին + լամիվուդին* - Ծննդաբերությունից հետո՝ գիդովուդին + լամիվուդին՝ 7 օր 	<p>Մայր</p> <p>Սկսել երեք ՀՌՎ դեղամիջոցներով բուժում՝ հղիության 14 շաբաթից շարունակելով այն մինչև կրծքով կերակրման ավարտը՝ ավելացրած ևս 1 շաբաթ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Զիդովուդին + լամիվուդին + լուպինավիր/ռիտոնավիր - Զիդովուդին + լամիվուդին + աբակավիր - Զիդովուդին + լամիվուդին + իֆավիրենց - Զիդովուդին + լամիվուդին (էմտրիցիտաբին) + իֆավիրենց
<p>Երեխա</p> <ul style="list-style-type: none"> - Կրծքով կերակրվելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև կրծքով կերակրման ավարտին հաջորդող ևս 1 շաբաթը՝ օրական նևիրապին - Կրծքով չկերակրվելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական գիդովուդին կամ նևիրապին 	<p>Երեխա</p> <ul style="list-style-type: none"> - Կրծքով կերակրվելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական նևիրապին - Կրծքով չկերակրվելու դեպքում՝ կյանքի առաջին օրվանից մինչև 6 շաբաթը լրանալը օրական գիդովուդին կամ նևիրապին

* Միանվագ նևիրապինը և գիդովուդին + լամիվուդինը կարելի է դադարեցնել, եթե մինչև ծննդաբերությունը մայրը 4 շաբաթից ավելի ստացել է գիդովուդին:

**ՎԱՐԱԿՆԵՐ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ, ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ՀԵՏԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ
Մոդուլ 10, մաս I**

Վարակներ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջաններում

Սլայդ 10-1-1



Մոդուլի նպատակը

Մոդուլի հետ աշխատանքի ավարտից հետո մասնակիցները պետք է.

- ունենան բազային գիտելիքներ այն վարակների մասին, որոնք բացասական ազդեցություն են ունենում հղիության ընթացքի, հղիի և պտղի վրա,

- իմանան, ինչպես պետք վարել տվյալ վարակները, բարդությունները կանխելու համար,
- քննադատորեն գնահատեն հղիության ժամանակ վարակների կանխարգելման գործնական աշխատանքը և գիտակցեն ոչ համարժեք վարման վնասը,
- գիտենան ներհիվանդանոցային վարակի (ՆՀՎ) սահմանումը և կանխարգելման արդյունավետ մեթոդները,
- հասկանան ձեռքերի ճիշտ լվանալու կարևորությունը և կարողանան կատարել այն:

Խնդիր

Սլայդ 10-1-2

- Հղիության շրջանում վարակները բաժանում են 2 խմբի.
 - հղիության ընթացքի վրա ազդող վարակներ, դրանցից մի քանիսը ճակատագրական են լինում մոր և պտղի համար,
 - վարակներ, որոնք հղիության ընթացքի վրա չեն ազդում:
- Վարակներից շատերը հղիության ժամանակ անհանգստանալու առիթ չեն, սակայն բազմաթիվ երկրներում դրանք մինչև օրս պատճառ են.
 - անհիմն հետազոտությունների կատարման,
 - հիվանդանոց անհիմն տեղափոխման ու բուժման,
 - մոր և նորածնի անհիմն անջատման, կրծքով կերակրման սահմանափակման,
 - ավելորդ ծախսերի:

Հղիության շրջանին բնորոշ վարակներից շատերը անհանգստանալու առիթ չեն տալիս: Հղիությունը վարող բժշկը հղիին չպետք է ավելորդ սահմանափակող նշանակումներ կատարի և անմտաձված ձևով չծախսի առկա ռեսուրսները:

Սակայն, անխոս, որոշ վարակներ կարող են մոր կամ նրա երեխայի, կամ էլ երկուսի համար կործանարար լինել, բարերախտաբար նման վարակները քիչ են: Բուժօգնության ցուցաբերման յուրաքանչյուր համակարգին բնորոշ է պահուստների տնտեսված ծախսման սկզբունքը, հատկապես այն երկրներում, որտեղ պահուստները սահմանափակ են:

Եվրոպական ռեգիոնում բուժօգնության ցուցաբերման վերլուծությունը ցույց տվեց հղիների վարակների դեմ պայքարի լայնորեն տարածված գործնական մեթոդների անարդյունավետությունը, իսկ երբեմն էլ, ինչը շատ ավելի վատ է, դրանք կարող են վնաս հասցնել: Այդ պատճառով տվյալ մոդուլում ուշադրությունը պետք է կենտրոնացնել այն միջամտությունների վրա, որոնք ներկայումս արդյունավետ են, ինչպես նաև փորձ կկատարվի բացահայտելու վարակների հետ պայքարի աննպատակահարմար մեթոդները:

Հղիության շրջանի վարակները կարելի է բաժանել 2 խմբի՝ հղիության վրա ազդող և չազդող: Նման բաժանումը կարևոր է նաև այն պատճառով, որ հղիության ընթացքում երկրորդ խմբի վարակները չեն տարբերվում ոչ հղի կանանց մոտ առաջացող վարակներից: Անխոս, կան նաև երրորդ խմբին պատկանող, այսինքն վարակներ, որոնց վրա ազդում է հղիությունը: Իրականում այս խումբը առաջին երկու խմբերի ենթախումբն է, ինչը ստորև պարզ կդառնա մեզ համար: Տվյալ մոդուլում քննարկվում են ոչ թե բոլոր վարակները, այլ միայն նրանք, որոնք ստորև բերվում են և քննարկվել են մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների կողմից:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002.

Պտղի և նորածնի վարակման փուլերն ու ճանապարհները

Սլայդ 10-1-3

- Հղիության ընթացքում.
 - տրանսպլացենտային,
 - հարպտոլազերով:
- Ծննդաբերության ժամանակ.
 - մոր արյան միջոցով,
 - հեշտոցային արտադրության միջոցով:
- Ծննդաբերելուց հետո.
 - վատ խնամքի պատճառով,
 - կերակրելիս,
 - ձեռքերի միջոցով, հատկապես բուժանձնակազմի (խաչանն վարակում):

Մեծահասակների վարակման հիմնական ուղիներն են.

- սեռական հարաբերությունը (ՄՃՓՎ),
- վարակված արյան հետ շփումը,
- մոծակի խայթոցը (մալարիա),
- վարակված սննդի ընդունումը,

- օդակաթիլային ճանապարհով փոխանցվող վարակներ,
- կենդանիների կղանքի հետ շփումը,

Պերինաարյալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

- բուժաշխատողների՝ վարակված մակերեսների հետ շփումը (խաչան վարակում),
- երբեմն վարակման ճանապարհները խառն են լինում:

Հղիության ընթացքի վրա ազդող վարակներ

Սլայդ 10-1-4

- Բակտերային.
 - միզուղիների վարակներ
 - սիֆիլիս
 - գոնորեա
 - խլամիդիոզ
 - բակտերային վազինոզ
 - B խմբի ստրեպտոկոկներ
 - լիստերիոզ
 - տուբերկուլոզ
- Վիրաուսային.
 - B և C հեպատիտներ
 - հասարակ հերպեսի վիրուս
 - ցիտոմեգալովիրուս
 - ջրծաղիկ
 - կարմրախտ, կարմրուկ
 - ՄԻՎՎ.
- Պարագիտային.
 - տիրխոմոնիազ
 - տոքսոպլազմոզ
 - մալարիա

Սլայդի վրա պատկերված է հղիության ընթացքի վրա ազդող վարակների ցանկը: Այն ամբողջական չէ, այստեղ բերված են միայն հղիության ընթացքում հաճախակի հանդիպող վարակները:

Միզուղիների վարակներ (ՄՈՒՎ)

Սլայդ 10-1-5

- Հարուցիչներ.
 - *Escherichia coli* (հաճախ հանդիպող)
 - *Klebsiella pneumoniae*
 - *Coagulase-negative staphylococci*
 - *Enterococcus species*
 - *Group B Streptococcus*
 - *Gardnerella vaginalis*
- Եվրոպական բազմաթիվ երկրներում ՄՈՒՎ մակարդակը բարձր է:
- ՄՈՒՎ-ի հաճախականությունը միջինում 8-10% է կազմում:

Հաճախ բակտերիուրիայի հարուցիչը *Escherichia coli*, է, թեև այն հաճախ միզարտադրության համակարգի չբարդացած սուր վարակների հարուցիչներից է:

Մյուս էնտերոբակտերիաներ (ինչպես *Klebsiella pneumoniae*) և այլ միկրոօրգանիզմներ (ներառյալ կոագուլազա-բացասական ստաֆիլոկոկներ, B խմբի էնտերոկոկներ՝ *Enterococcus species* և գարդներելաներ) նույնպես բակտերիուրիայի հարուցիչներն են:

Lindsay E. Nicolle et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. Infectious Diseases Society of America, February 2005, Issue 40, 643-654.

Հղիության ժամանակ հանդիպող միզուղիների վարակներ

Սլայդ 10-1-6

- Հիմնական կլինիկական ձևերը.
 - անախտանիշ բակտերիուրիա (3-8%),
 - ցիստիտ (1,3-3,4%),
 - պիելոնեֆրիտ (1%):
- ՄՌՌՎ-երից շատերն անախտանիշ են ընթանում.
 - հաճախ կլինիկական ախտանիշները դժվար են տարբերվում բնականոն ընթացող հղիությունից (հաճախակի միզարձակում):
- Կարող են պատճառ լինել.
 - ուրոսեպսիսի,
 - խորիզամանիոնիտի,
 - երիկամային անբավարարության,
 - մայրական մահացության,
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - պտղի զարգացման հապաղելուն:

Միզարտադրության համակարգի վարակները երեք ձևով են արտահայտվում. անախտանիշ բակտերիուրիա, սուր ցիստիտ և պիելոնեֆրիտ: Անախտանիշ բակտերիուրիան բավական հաճախ հանդիպողներից է, հղիության ժամանակ դրա տարածվածությունը հասնում է 10%-ի:

Սուր ցիստիտ ախտորոշվում է այնպիսի ախտանիշների դեպքում, ինչպես դիզուրիան է, անմիզապահությունը, բարձր ջերմությունը, հաճախամիզությունը և համակարգային հիվանդության նշանների բացակայությունը:

Պիելոնեֆրիտ ախտորոշվում է միայն այն ժամանակ, երբ բակտերիուրիան ընթանում է ընդհանուր ախտանիշներով, ինչպես տենդը, սրտխառնոցը, ցավեր կողքում, բավական հաճախ հանդիպում են միզարձակման համակարգի ստորին հատվածի վարակների ախտանիշներ: Սուր պիելոնեֆրիտը վտանգավոր է, այն կարող է հանգեցնել մոր սեպսիսի և վաղաժամ ծննդաբերության:

Միզարձակման համակարգի վարակները, ներառյալ պիելոնեֆրիտը, լուրջ բարդություններ են, որոնք հանգեցնում են մայրական և նեոնատալ հիվանդացության ու մահացության:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3-rd ed, 2000.

ՄՌՌՎ-երի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-7

- Բակտերիուրոգիական քանակական քննությունը ախտորոշման հավաստի միակ մեթոդն է ($>10^5$ ԳԳՄ/մլ).
 - թանկ է,
 - մատչելի չէ բժշկական բոլոր հաստատությունների համար:
- Խորհուրդ է տրվում 100% սկրինինգ կատարել կանաց կոնսուլտացիա առաջին այցի ժամանակ:
- Հակաբակտերային բուժում.
 - պիելոնեֆրիտ.
 - տեղափոխում հիվանդանոց և ն/ե բուժում անտիբիոտիկներով,
 - ցիստիտ.
 - ամբուլատոր բուժում, անտիբակտերային հարեր, 5-7 օր:
- Հարկավոր չէ կոնցը մեկուսացնել:

ՄՌՌՎ-երի բացահայտման ընդունված չափանիշն է միջին մեզի 1 մլ-ում ավելի քան 10^5 գաղութակազմող տարրերի հայտնաբերումը:

ՄՈՒՎ-եր հաճախ հանդիպում են հղիության շրջանում, սակայն հղիին հեշտ կարելի է բուժել 5-7 օրյա կուրսով (ախտանիշների առկայության դեպքում) ոչ թանկ անտիբիոտիկներով (անտիբիոտիկի ընտրությունը կապված է մատչելիության հետ, լայնորեն օգտագործվում են ցեֆալոսպորիններ (օրինակ՝ ցեֆուրալ) կամ նիտրոֆուրաններ): Միզարձակման համակարգի ստորին հատվածի վարակների դեպքում կարիք չկա հղիին տեղափոխել հիվանդանոց (սակայն, տես ստորև):

Գոյություն ունի բարձր ռիսկ (համեմատած ոչ հղի կանանց հետ) մոր մոտ վարակի աճի (պիելոնեֆրիտ), որը կարող է հարուցել վաղաժամ ծննդաբերություն, պտղի զարգացման հապաղում կամ պտղի ներարգանդային մահ: Պիելոնեֆրիտը հղիության շրջանում լուրջ բարդություն է, այն կարող է բերել երկամային անբավարարության: Հիվանդանալու դեպքում հղիին խորհուրդ է տրվում հիվանդանոց տեղափոխել, որտեղ նրան ն/ե կներարկվեն անտիբիոտիկներ: Սուր ցավի դադարից մեկ-երկու օր անց հղիին կարելի է դուրս գրել հիվանդանոցից, քանի որ վարակն այս դեպքում հնարավոր է բուժել:

Այսպիսով, գլխավոր դժվարությունը կայանում է նրանում, որպեսզի պիելոնեֆրիտի կանխարգելման նպատակով անհրաժեշտ բուժում անցկացվի միզարձակման համակարգի խանգարումներով հնարավորինս մեծ թվով հղիներին, միևնույն ժամանակ շատ կանանց անտեղի բուժման չենթարկել: Միզարձակման համակարգի վարակները վարակիչ չեն և հղիի մեկուսացումն ու ծննդալուծումն օրսերվացիոն բաժանմունքում աննպատակահարմար է:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002.

Vazquez JC, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Villar J, Widmer M, Lydon-Rochelle MT, Gülmezoglu AM, Roganti A.

Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2.

Անախտանիշ բատերիուրիայի վարումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-8

- Խորհուրդ է տրվում 100% սկրինինգ անցկացնել հղիության 12-16 շաբաթներում:
- Եթե բուժում չի անցկացվում.
 - կանանց 30%-ի մոտ զարգանում է սուր պիելոնեֆրիտ,
 - աճում է վաղաժամ ծննդաբերությունների և ցածր քաշով երեխայի ծնվելու ռիսկը:
- Անտիբակտերային բուժում հաբերով 5-7 օր.
 - լայտորեն կիրառվում է ցեֆուրալ, ցեֆալոսպորիններ, նիտրոֆուրանտոին:
- Սկրինինգ և բուժում.
 - 80-90% դեպքերում կանխարգելում է պիելոնեֆրիտը,
 - 10%-ով նվազեցնում է վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականությունը:

Թե ինչու տվյալ հիվանդության ժամանակ բակտերիաները ոչ մի ախտանիշ չեն առաջացնում, միանշանակ կարծիք չկա:

Գուցե դա տեղի է ունենում այն պատճառով, որ բակտերիուրիան հարուցվում է թույլ (չիք «վիրուլենտ») միկրոօրգանիզմների կողմից:

Անտիբիոտիկներով բուժումը արդյունավետ է հղիության ժամանակ պիելոնեֆրիտի զարգացման ռիսկը նվազեցնելու ուղղությամբ:

Վաղաժամ ծննդաբերությունների թվի զգալի նվազումը համաձայնեցվում է դրանց ժամանակ վարակների դերի մասին ժամանակակից տեսությունների հետ, սակայն այս ենթադրության նկատմամբ պետք է զգույշ լինել:

Կան ապացույցներ, որ անախտանիշ ընթացող բակտերիուրիայի սկրինինգը ցանքսի կիրառումով, այլ ոչ թե մեզի քննությամբ, կարող է զգալիորեն նվազեցնել միզարտադրության համակարգի ախտանշային վարակների, ցածր քաշով նորածինների և վաղաժամ ծննդաբերությունների թիվը:

*F. Smail. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy
Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for asymptomatic bacteriuria:
recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare
Research and Quality (AHRQ); 2004 Feb. 5 p.*

Սիֆիլիս

Սլայդ 10-1-9

- Հարուցիչը՝ *Treponema pallidum*:
- Փոխանցվում է սեռական ճանապարհով:
- Տեստապես զարգացող երկրներում նկատվում է արագ աճ:
- Ուղղագիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - պլազենտայի միջոցով,
 - ծննդաբերության ժամանակ մոր արյան և/կամ հեշտոցային արտադրության միջոցով:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - ինքնաբեր վիժման,
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - պերինատալ մահվան,
 - բնածին սիֆիլիսի,
 - մեռելածնության:

Treponema pallidum-ը գրամ բացասական սպիրոխետա է:

Սիֆիլիսը սուր, խրոնիկական հիվանդություն է, կլինիկորեն բնութագրվում է առաջնային արտահայտմամբ (պինդ շանկր), մաշկի և լորձաթաղանթների վրա երկրորդային ցանավորմամբ, լատենտ երկարատև շրջանով և մաշկի, ոսկրերի, որովայնի, ԿՆՀ-ի և սիրտանոթային համակարգի ուշ ախտահարմամբ: Պտղի վարակումը հաճախ տեղի է ունենում, եթե հղին չի բուժվում հղիության վաղ շրջանում, ավելի հազվադեպ՝ հղիի ուշ շրջաններում վարակման դեպքում: Սիֆիլիսը հաճախ բերում է հղիության ինքնաբեր ընդհատման, մեռելածնության և կարող է նորածնի մահվան պատճառ դառնալ նրա վաղաժամ և ցածր քաշով ծնվելու կամ համակարգային տարածուն (գեներալիզացված) հիվանդության հետևանքով:

Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3-rd ed, 2000.
James Chin. An official report of American Public Health Association.
Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000.

Սիֆիլիսի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-10

- Ախտորոշման նպատակով կիրառում են Վասերմանի ռեակցիայի թեստ.
 - պարզ, մատչելի ոչ թանկ թեստ է:
- Խորհուրդ է տրվում 100% սկրինինգ.
 - կանանց կոնսուլտացիա առաջին այցի ժամանակ,
 - կրկնակի՝ հղիության երրորդ եռամսյակում (եթե դա հնարավոր է):
- Բուժման համար խորհուրդ է տրվում պենիցիլին.
 - 2,4 մլն միավոր պենիցիլինի բենզատին, մկանային, միանվագ:
- Պենիցիլինի նկատմամբ պերգիայի դեպքում էրիթրոմիցին, 500 մգ per os օրական 4 անգամ, 14 օր ԿԱՄ՝
 - պենիցիլինի նկատմամբ դեսենսիբիլացում, եթե մատչելի է:
- Անհրաժեշտ է գույքընկերոջ բուժումը:
- Հարկավոր չէ կնոջը տեղափոխել հիվանդանոց կամ մեկուսացնել:

Սիֆիլիսը արդյունավետ բուժվող վարակների դասական օրինակ է, բուժման արդյունքում հնարավոր է լինում նվազեցնել բացասական ազդեցությունը հղիության վրա:

- Ախտորոշման հուսալի և ոչ թանկ մեթոդ:
- Սկրինինգ խորհուրդ է տրվում կատարել բազմաթիվ երկրներում:
- Բուժման արդյունավետ, ոչ թանկ և մատչելի մեթոդ: Ախտորոշումն ու բուժումը նվազեցնում են վարակի ազդեցությունն օրգանիզմի վրա:
- Պենիցիլինի նկատմամբ պերգիայի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է դեսենսիբիլիզացում կատարել կամ հղին պետք է տեղափոխվի բուժօգնություն ցուցաբերման ավելի բարձր մակարդակի բուժօգնություն:
- Զուգընկերը անպայման պետք է բուժվի:
- Սիֆիլիսով հիվանդները պատկանում են մյուս վարակների առկայության բարձր ռիսկի խմբին, հետևաբար, նրանց ցուցված է մյուս ՍՃՓՎ-ների հետազոտությունները:

Annex 2a Standard for the preventive treatment of mother-to-child transmission of syphilis.
World Health Organization, Geneva, 2007

Գերական RW-ով մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-11

- Հետազոտեք նորածնին RPR կամ VDRL միջոցով և գնահատեք նրա մոտ բնածին սիֆիլիսի առկայության նշանները.
 - մի օգտագործեք պորտի արյունը:
- Բուժում ցուցված չէ.
 - եթե մայրը համարժեք բուժում է ստացել կամ բուժումը սկսվել է ծննդաբերությունից առվազը 30 օր առաջ:
- Ներմուծեք պրոկաինի մեկ դեղաչափ, մկանային կամ բենզատիլայենիցիլին, եթե.
 - մայրը բուժում չի ստացել կամ բուժման սկզբից 30 օրից քիչ է անցել և երեխան բնածին սիֆիլիսի կլինիկական նշաններ չունի:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Երեխան պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:

Հետազոտեք նորածնին քանակական ոչ տրեպոնեմային շճաբանական թեստով (միկրոպրեցիպիտացիայի ռեակցիա) կամ (VDRL - Venereal Disease Research Laboratory) թեստով:

Նորածինների սկրինինգի համար նախընտրելի է պորտի արյունը չօգտագործել, քանի որ դրանում շրջանառում են մայրական հակամարմինները, դա կարող է կեղծ-դրական պատասխաններ ձևավորել: Եթե սիֆիլիսի նկատմամբ թեստով ստացվել է մոր արյան դրական պատասխան, և նա ստացել է համարժեք բուժում (պենիցիլինի 2,4 մլն միավոր), բուժումը սկսվել է ծննդաբերելուց առնվազը 30 օր առաջ, լրացուցիչ բուժում անցկացնելու անհրաժեշտություն ՉԿԱ (WHO, 2003; CDC, 2006):

Սակայն նման դեպքերում որոշ մասնագետներ խորհուրդ են տալիս բենզատին պենիցիլինով G 50 000 միավոր/կգ, միանվագ, մ/մ բուժման կուրս նշանակել, հատկապես եթե բուժման հսկողություն չի իրականացվել (CDC, 2006):

Եթե մայրը բուժում չի ստացել, ստացել է անհամարժեք բուժում կամ նրա վիճակը կասկածելի է ու անհայտ և երեխայի մոտ չկան սիֆիլիսի նշաններ, երեխային նշանակեք.

- բենզատին պենիցիլին G 50 000 միավոր/կգ դեղաչափ, մ/մ, միանվագ (CDC, 2006; WHO, 2007), կամ
- պրոկաին բենզիլպենիցիլին 50 000 միավոր/կգ դեղաչափ, մ/մ, 10 օր (CDC, 2006), կամ
- բյուրեղացող G պենիցիլինի ջրային լուծույթ 100000-150 000 միավոր/կգ դեղաչափ, որը նշանակվում է հետևյալ կերպ. 50 000 միավոր/կգ դեղաչափ կյանքի առաջին 7 օրում յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ, այնուհետև՝ 8 ժամը մեկ, բուժման կուրսի ընդհանուր տևողությունը 10 օր է (CDC, 2006):

Նորածնի կրկնակի զննումը 4 շաբաթ անց, նրա հասակի և աճի զարգացման գնահատական տալու և բնածին սիֆիլիսի նշանների բացահայտման նպատակով:

MMWR August 4, 2006/Vol. 55/No. RR-11
CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006.

Բնածին սիֆիլիս

Սլայդ 10-1-12

- Ախտորոշումը ճշգրտվում է RPR կամ VDRL միջոցով:
- Բնածին սիֆիլիսի կլինիկական ախտանշաններ հազվադեպ են հանդիպում.
 - ոչ բնորոշ ցան,
 - ձեռքերի ափերին և սրունքների վրա վեզիկուլներ կամ բուլլեր,
 - քթից առատ արտադրություն:
- Բուժման 10 օրյա կուրս.
 - ջրալուծվող բյուրեղացող պենիցիլին G 100000–150000 Միավոր/կգ/ օրական, ն/ե ԿԱՄ
 - պրոկաին պենիցիլին G 50000 միավոր/կգ/օրական, մ/մ, մեկ դեղաչափ:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Երբխան պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:

Բնածին վաղ սիֆիլիսի կլինիկական նշանները նման են մեծահասակների երկրորդային նշաններին:

Ցանը հաճախ ատիպիկ է, կարող է բնորոշ կարմրավում կամ շագանակագույն բշտերի փոխարեն լինել վեզիկուլար կամ բուլլոզ:

Բնածին ուշացած սիֆիլիսը հաճախ ունի նյարդաբանական ախտանշաններ, սիրտանոթային համակարգի խանգարումների հաճախականությունն ավելի փոքր է:

Վաղ բնածին սիֆիլիսի բուժման համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել բյուրեղացող պենիցիլին G, 50 000 միավոր/կգ/դեղաչափ, մ/մ, օրը մեկ անգամ, 10 օր:

WHO. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, 2003.
James Chin. An official report of American Public Health Association. Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000
MMWR August 4, 2006/Vol. 55/No. RR-11

CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006.
The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Annex 2b Standard for the preventive treatment and care of congenital syphilis in the newborn. World Health Organization, Geneva, 2007

Սիֆիլիսի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-13

- Հղիները պետք է.
 - խուսափեն չպաշտպանված սեռական հարաբերություններից, մշտապես կիրառելով պահպանակներ,
 - նվազեցնեն սեռական զուգընկերների թիվը:
- Պտղի/տրածնի համար անհրաժեշտ է.
 - մոր սիֆիլիսի ժամանակին և համարժեք բուժումը,
 - անտիբիոտիկներով կանխարգելում՝ ըստ ցուցումների:

Սիֆիլիսի կանխարգելման լավագույն եղանակը վարակվելուց խուսափելն է: Կանխարգելման առաջնային մեթոդները պետք է լինեն.

- սեռական զուգընկերների թվի նվազեցումը,
- պահպանակների մշտապես և ճիշտ կիրառումը:

Սիֆիլիսի կանխարգելման համար կարևոր է ժամանակին ախտորոշումն ու արդյունավետ բուժումը:

Դա ոչ միայն նվազեցնում է վարակվածի մոտ բարդությունների առաջացման ռիսկը, այլև կանխում այլ անձանց վարակումը, ներառյալ ուղղաձիգ փոխանցումը: Որքան ավելի վաղ է սիֆիլիսը ախտորոշվում և բուժվում, այնքան ավելի փոքր է այլ անձանց վարակման ռիսկը:

WHO. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A guide to essential practice. Geneva, 2003

Գոնոռեա

Սլայդ 10-14

- Հարուցիչը՝ *Neisseria gonorrhoea*:
- Փոխանցվում է սեռական ճանապարհով:
- Հղիության ժամանակ հաճախականությունը 1-2% է:
- Ուղղաձիգ տրանսմիսիան տեղի է ունենում ծննդաբերության ժամանակ մոր հեշտոցային արտադրությունների միջոցով:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - պտղաթաղանթների վաղաժամ պատուման,
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - հետծննդաբերական ինֆեկցիոն բարդությունների,
 - նորածնի կոնյունկտիվիտի:

Գոնոռեան սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ է: Հղիության ժամանակ ունենում է անբարենպաստ այնպիսի ավարտ, ինչպես խորիամնիոնիտն է, պտղապարկի թաղանթների վաղաժամ պատումը:

Վարակի փոխանցումը պերինատալ շրջանում կարող է արտահայտված կոնյունկտիվիտի բերել, որը կուրացման վտանգ է պարունակում:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen. 2002
James Chin. An official report of American Public Health Association. Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000.

Գոնոռեայի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-15

- Գոնոռեայով հիվանդ կանանց 80%-ի մոտ կլինիկական այնտանիշները բացակայում են:
- Սկրինինգը արդյունավետ է լայն տարածում ունեցող տարածաշրջաններում:
- Ախտորոշումը կատարվում է հեշտոցից վերցված արտադրության բակտերիոլոգիական հետազոտությամբ.
 - հեշտոցից վերցված քսուկի մանրադիտակային ուսումնասիրումն ըստ Գրամի արդյունավետ չէ և խորհուրդ չի տրվում կատարել:
- Բուժումը կախված է տվյալ տարածաշրջանում անտիբիոտիկների նկատմամբ հարուցչի զգայունությունից.
 - օպտիմալ տարբերակը պենիցիլինն է կամ 3-րդ սերնդի ցեֆալոսպորինները:
- Պետք չէ կնոջը տեղափոխել հիվանդանոց և մեկուսացնել:

Գոնոռեայով լայն տարածում ունեցող տարածաշրջաններում նպատակահարմար է սկրինինգի անցկացումը: Հիվանդությունների կանխարգելման և հսկողության կենտրոնը (CDC) խորհուրդ է տալիս որպես սկրինինգի միջոց կատարել հեշտոցի արտադրության ցանքս:

Թեստի դրական պատասխանը պետք է համարել վարակի հավանական ապացույց և դիտարկել լրացուցիչ թեստի անցկացման հնարավորությունը հիվանդության քիչ տարածում ունեցող տարածաշրջաններում: Այսպիսով, քսուքների մանրէադիտակային ռուտին քննությունը սկրինինգի համար արդյունավետ միջոց չէ և այն կատարել խորհուրդ չի տրվում:

Այն տարածաշրջաններում, որտեղ գոնոռեան լայնորեն տարածված է և պենիցիլին ի նկատմամբ կա կայունություն, բուժման համար խորհուրդ է տրվում կիրառել ցեֆալոսպորինների երրորդ սերնդի անտիբիոտիկներ: Քանի որ գոնոռեան հաճախ զուգորդվում է խլամիդիոզով, գոնոռեա ախտորոշում դրվելուց հետո բուժման ժամանակ միաժամանակ կատարվում է խլամիդիոզի բուժում:

Կնոջը հիվանդանոց տեղափոխելու կարիք չկա, սակայն բուժման կուրսն ավարտելուց հետո պարտադիր պետք է անցկացնել մանրէադիտակային քննություն և ապացուցել, որ հղին առողջ է: Բուժման ժամանակ ընդունած հղիների մյուս հղիներից մեկուսացնելու կարիք չկա, նա ռիսկի գործոն չէ նաև իր սեփական երեխայի համար, սակայն միայն այն դեպքում, եթե կրկնակի չվարակվի իր սեռական զուգընկերոջից: Այս պատճառով զուգընկերների հետազոտությունն ու բուժումը կարևոր է:

*Screening for Gonorrhea: Recommendation Statement:
U.S. Preventive Services Task Force. Fam Med. 2005;3(3):263-267*

*WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.
Copenhagen, 2002*

*Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002.
Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 2002;51 (RR-6):1-78.*

Գոնոռեայով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-16

- Կլինիկական հիմնական այտուսնիչը կոնյունկտիվիտն է.
 - բակտերիոլոգիական հետազոտության և անտիբիոտիկների նկատմամբ զգայունությունը որոշելու նպատակով՝ նորածնի աչքից թարախային արտադրության քսուք վերցրեք,
 - միանվագ ներմուծեք ցեֆտրիաքսոն, մ/մ, 50մգ/կգ հաշվարկով,
 - աչքերի անտիբակտերային քսուքի կիրառման անհրաժեշտություն չկա,
 - լվացեք աչքերը ֆիզիոլոգիական լուծույթով կամ տաքցրած սառեցրած ջրով, օրական 4 անգամ, մինչև լրիվ առողջացումը:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Երեխան պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:

Նորածնի կոնյունկտիվիտը (Gonorrheal ophthalmia neonatorum) նրա աչքերից մեկի կամ երկուսի վատ կարմրությունն ու այտուցն է՝ լորձային-թարախային կամ միայն թարախային արտադրությամբ:

Աչքերի անկյան խոց, պերֆորացիա կամ կուրություն կարող են առաջանալ, եթե բուժումը ժամանակին չկատարվի:

Եթե այքերից թարախի արտադրություն կա (կոնյունկտիվիտ)։

- քննության նպատակով վերցրեք թարախի նմուշը, եթե դա դժվար չէ, օգտագործելով թանգիֆե վարակազերծված տամպոն (աշխատեք խուսափել տամպոնը երեխայի աչքին ուղիղ կոնտակտի մեջ մտցնելուց),
- թարախի նմուշը ուղարկեք լաբորատորիա՝ ըստ Գրամի ներկման կամ ցանքսի՝ անտիբիոտիկների նկատմամբ զգայությունները որոշելու համար,
- նշանակեք ցեֆտրիաքսոն 50 մգ/կգ հաշվարկով, մ/մ (0,5 մլ/կգ) միանվագ,
- մաքրեք նորածնի աչքերը վարակազերծված ֆիզիոլոգիական լուծույթով կամ մաքուր (եռացրած և սառեցված) ջրով ու տամպոնով, մաքրումը կատարեք այքի ներքին անկյունից դեպի արտաքինը (գործողությունը հնարավորինս պետք է կատարի մայրը)։ Այս բուժգործողությունը կրկնեք այնքան ժամանակ, մինչև աչքերը մաքրվեն,
- խնդրեք մորը, որ նա հաճախ լվանա նորածնի դեմքը. օրական կամ ավելի հաճախ, մաքուր ջրով, սրբելով մաքուր սրբիչով։

James Chin. An official report of American Public Health Association. Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000.

WHO. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives.

Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, 2003.

Գոնոռեայի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-17

- Հղիները պետք է.
 - խուսափեն չպաշտպանված սեռական հարաբերություններից, մշտապես կիրառելով պահպանակներ,
 - նվազեցնեն սեռական զուգընկերների թիվը։
- Պտղի/նորածնի համար կարևոր է.
 - մոր գոնոռեայի ժամանակին և համարժեք բուժումը։

Կանխարգելման լավագույն մեթոդը վարակվելուց խուսափելն է։ Գոնոռեայով վարակվելուց կանխարգալման առաջնային մեթոդները պետք է լինեն.

- սեռական զուգընկերների թվի նվազեցումը,
- պահպանակների ճիշտ և մշտապես օգտագործումը։

Գոնոռեայի կանխարգելումը նաև ժամանակին ախտորոշումն ու բուժումն է։ Այն ոչ միայն նվազեցնում է վարակվածի մոտ բարդությունների առաջացման ռիսկը, այլ նաև կանխում ուրիշ մարդկանց վարակումը, ներառյալ ուղղագիծ փոխանցումը։ Որքան ավելի վաղ է գոնոռեան ախտորոշվում և բուժվում, այնքան այլ մարդկանց վարակման ռիսկը ցածր է։

WHO. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A guide to essential practice. Geneva, 2003

Տետրացիկլինի, էրիտրոմիցինի և պենիցիլինի կիրառման արդյունավետության ուղղությամբ անցկացված կոհորտային հետազոտությունները վկայում են այն մասին, որ հեշտ են յուրացվում և ավելի լավ կանխարգելիչ արդյունք ունեն, քան արծաթի նիտրատը, բացի այդ, արդյունավետ են նաև խլամիդիոզի բուժման համար:

ԱՀԿ խորհրդատվությունը նորածինների մոտ գնոռեային կոնյունկտիվիտի կանխարգելման ուղղությամբ հետևյալն է.

- ծնվելուց մեկ ժամ անց մշակել նորածնի աչքերը հակամանրէային լուծույթով,
- կարելի է օգտագործել հակամանրէային հետևյալ միջոցները. արծաթի նիտրատի 1%-ոց ջրային լուծույթ, ոչ սպիրտի հիմքով պատրաստված 2,5%-ոց յոդի կաթիլներ կամ աչքերի 1%-ոց տետրացիկլինի քսուք,
- չլվանալ հակամանրէային պատրաստուկը:

Murray W. Enkin et al, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3-rd ed, 2000.*
WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva, 2006.*

Խլամիդիոզ

Սլայդ 10-118

- Հարմցիզը՝ *Chlamydia trachomatis*:
- Փոխանցվում է սեռական ճանապարհով:
- Հղիության շրջանում հանդիպում է 15% դեպքերում:
- Ուղղագիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - հարպտոզներով,
 - ծննդաբերության ժամանակ մոր հեշտոցային արտադրության միջոցով:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - պտղաթաղանթների վաղ պատման,
 - պտղի զարգացման դանդաղման,
 - հետծննդաբերական էնդոմետրիտի,
 - նեոնատալ կոնյունկտիվիտի,
 - նեոնատալ թոքաբորբի:

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություն է, հաճախ՝ անախտանիշ ընթացքով: Խլամիդիոզի կլինիկական ամենահաճախ հանդիպող արտահայտությունը ցերվիկիտն է: Հղիության դեպքում հարուցում է վաղաժամ ծննդաբերություններ (ՇՀ 1,6 ՎԻ 90%1,01 – 2,5) (ՇՀ՝ 2,5, ՎԻ՝ 90% 1,32 – 4,18):

Չբուժվելու դեպքում զուգորդվում է ցածր քաշով նորածինների ծնվելուն և նեոնատալ մահացությանը: Վարակի փոխանցումը մորից պտղին 30-40% դեպքերում կարող է նեոնատալ կոնյունկտիվիտի և թոքաբորբի առաջացման պատճառ դառնալ:

Խլամիդիոզը կարող է ուղեկցվել սեռական այլ վարակների հետ և նպաստել ՄԻԱՎ փոխանցման:

Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
Management of genital Chlamydia trachomatis infection.
A national clinical guideline.
Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN);
2000 Mar. 26 p. (SIGN publication; no. 42).

Խլամիդիոզի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-19

- Վարակված կանանց 70%-ը կլինիկական ախտանիշներ չեն ունենում:
- Անախտանիշ խլամիդիոզի ռուտին սկրինինգ խորհուրդ չի արվում անցկացնել:
 - խլամիդիոզի ախտորոշման պարզ և ոչ թանկ թեստ չկա:
- Անտիբիոտիկոզի բուժումը per os.
 - ժոզամիցին 500 մգ, օրը 2 անգամ, 3 օր,
 - էրիտրոմիցին, 500 մգ, օրական 4 անգամ, 7 օր,
 - սումամեդ, 500 մգ, օրական 2 անգամ, 3 օր,
 - ազիտրոմիցին, 1 գ, միանվազ:
- Հարկավոր չէ կնոջը տեղափոխել հիվանդանոց կամ մեկուսացնել:

Ներկայումս *C. trachomatis* ախտորոշման հասարակ և էժան լաբորատոր քննության թեստ գոյություն չունի:

Շնարանական ռեակցիան թույլ չի տալիս ախտորոշել սուր խլամիդիային վարակը:

Հղիներին պետք չէ առաջարկել անախտանիշ խլամիդիոզի ռուտին սկրինինգ, քանի որ դրա արդյունավետությունն ու տնտեսապես նպատակահարմարությունը ապացուցված չեն:

Հղիության ժամանակ առաջացած սեռական խլամիդիոզը անհրաժեշտ է բուժել.

- ժոզամիցին 500 մգ, օրը 2 անգամ, 3 օր,
- էրիտրոմիցին, 500 մգ, օրական 4 անգամ, 7 օր,
- սումամեդ, 500 մգ, օրական 2 անգամ, 3 օր,
- հնարավոր է բուժել ազիտրոմիցինով, 1 գ, միանվազ:

ՌՀՀ-ների ակնարկը ապացուցում է, որ անտիբիոտիկներով բուժման դեպքում ցանքսի դրական պատասխանով կանանց թիվը նվազում է 90%-ով, համեմատած պլացեբոյի հետ (ՇՀ՝ 0,06, 95% ՎԻ՝ 0,03 – 0,12).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
Management of genital Chlamydia trachomatis infection.
A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland):
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN);
2000 Mar. 26 p. (SIGN publication; no. 42).

Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman.
Clinical Guideline. National Collaborating
Centre for Women's and Children's Health.
RCOG Press, October 2003.

James Chin. An official report of American Public Health Association.
Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000

Խլամիդիոզով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-20

- Երկու նեոնատալ բարդություն.
 - թոքաբորբ.
 - Էրիտրոմիցին per os, 14 օր,
 - կոնյունկտիվիտ.
 - բակտերիոլոգիական հետազոտության և անտիբիոտիկների նկատմամբ զգայությունը որոշելու նպատակով նորածնի աչքից թարախային արտադրության քսուք վերցրեք,
 - Էրիտրոմիցին per os, 14 օր,
 - 1%-ոց տետրացիկլինի քսուք, օրական 4 անգամ, մինչև կարմրության, այտուցի և թարախային արտադրության անցնելը:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Երեխան պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:

Խլամիդիային վարակով նորածնի բուժումը տևում է 14 օր:

Եթե զարգացել է կոնյունկտիվիտ.

- քննության նպատակով վերցրեք թարախի նմուշ, եթե դա դժվար չէ, օգտագործելով թանգիֆե վարակազերծված տամպոն (խուսափեք տամպոնը երեխայի աչքին ուղիղ կոնտակտի մեջ մտցնելուց),
- թարախի նմուշը ուղարկեք լաբորատորիա՝ ըստ Գրամի ներկման կամ ցանք-սի՝ անտիբիոտիկների նկատմամբ զգայությունությունը որոշելու համար,
- նշանակեք էրիտրոմիցին per os , 14 օր,
- մաքրեք նորածնի աչքերը վարակազերծված ֆիզիոլոգիական լուծույթով կամ մաքուր (եռացրած և սառեցված) ջրով ու տամպոնով, մաքրումը կատարեք աչքի ներքին անկյունից դեպի արտաքինը (գործողությունը հնարավորինս պետք է կատարի մայրը): Այս բուժգործողությունը կրկնեք օրական 4 անգամ, մինչև աչքերը մաքրվեն,
- աչքերի մաքրումը կատարելուց հետո նորածնի վերին կոպին 1%-ոց տետրացիկլինի քսուք քսեք: Շարունակեք բուժգործողությունները այնքան ժամանակ, մինչև երեխայի աչքերը դադարեն կարմիր, այտուցված, իրար կպչող լինելուց և դադարի թարախի արտադրությունը:

WHO. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives.

Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, 2003.

Խլամիդիոզի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-21

- Հղիները պետք է.
 - խուսափեն չպաշտպանված սեռական հարաբերություններից, մշտապես կիրառելով պահպանակներ,
 - նվազեցնեն սեռական զուգընկերների թիվը:
- Պտղի համար անհրաժեշտ է.
 - ժամանակին և համարժեք մոր խլամիդիոզի բուժումը,
 - խլամիդիային կոնյունկտիվիտի կանխարգելումը.
 - ծնվելուց հետո 1 ժամում էրիտրոմիցինի աչքի քսուք (0,5%) կամ տետրացիկլինի քսուք (1%):

Կանխարգելման լավագույն մեթոդը վարակվելուց խուսափելն է: Խլամիդիայով վարակվելուց կանխարգելման առաջնային մեթոդները պետք է լինեն.

- սեռական զուգընկերների թվի նվազեցումը,
- պահպանակների ճիշտ և մշտապես օգտագործումը:

Խլամիդիոզի կանխարգելումը նաև ժամանակին ախտորոշումն ու բուժումն է: Որքան ավելի վաղ է ախտորոշվում և բուժվում, այնքան այլ մարդկանց վարակման ռիսկը ցածր է:

Խլամիդիային կոնյունկտիվիտի կանխարգելումը նորածնի համար կատարվում է.

- ծնվելուց հետո մեկ ժամ անց աչքերին 0,5%-ոց էրիտրոմիցինի կամ 1%-ոց տետրացիկլինի քսուքի օգնությամբ:

WHO. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A guide to essential practice. Geneva, 2003.

WHO. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, 2003.

Բակտերային վագինոզ

Սլայդ 10-1-22

- Գերիշխող միկրոֆլորան՝ *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Mobiluncus*, and *Mycoplasma hominis*:
- Բակտերային վագինոզը (ԲՎ) հեշտոցի միկրոբիոցենոզի դիսբալանսն է.
 - անսերոբ բակտերիաների հավելյալ աճ,
 - լակտոբացիլային բնականոն միկրոֆլորայի անբավարարություն:
- Լայնորեն տարածված է:
- Կարող է տեղի ունենալ պտղի վարակում.
 - հարպտոգոնոզերով,
 - ծնողաբերական ուղիներով անցնելիս:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - խորիռամնիոնիտի,
 - վաղաժամ ծնողաբերության,
 - ցածր թաշով նորածնի ծնվելու,
 - անհաս պտղի դեպքում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման,
 - հետծնողաբերական կամ հետվիրահատական էնդոմետրիտի:

Հղիության ժամանակ զուգորդվում է պերինատալ վատ ելքերով, մասնավորապես վաղաժամ ծնողաբերությամբ:

Վարակը կարող է հարուցել պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռում, խորիռամնիոնիտ և հետծնողաբերական էնդոմետրիտ:

M Riduan Joesoef and George Schmid. Bacterial Vaginosis. Clin Evid 2005;13:1–3.

McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue.

Բակտերային վագինոզի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-23

- Անախտանիշ բակտերային վագինոզի ռուտին սկրինինգը մինչև հղիության 20-րդ շաբաթը.
 - նվազեցնում է վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականությունը և ընդհանուր պրոպոլագիայում 50%-ով,
 - չի նվազեցնում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման ռիսկը:
- Կատարվում է տեղային բուժում, 7 օր.
 - կլինդամիցին ԿԱՄ
 - մետրոնիդազոլ:
- Հարկավոր չէ կնոջը տեղափոխել հիվանդանոց կամ մեկուսացնել:

Անտիբիոտիկներով բուժումը կարող է վերացնել հղիության շրջանի բակտերիային վագինոզը:

Բավարար քանակությամբ ապացույցներ չկան այն մասին, թե անախտանիշ բակտերիային վագինոզով բոլոր կանանց սկրինինգը կարող է կանխարգելել վաղաժամ ծննդաբերությունը և դրա հետևանքները:

Սակայն կան ապացույցներ այն մասին, որ մինչև հղիության 20-րդ շաբաթում բուժման դեպքում վաղաժամ ծննդաբերությունների ռիսկը նվազում է:

McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.

Բակտերային վագինոզը նպաստում է վաղաժամ ծննդաբերությունների ռիսկի աճին և անհաս հղիության դեպքում՝ պտղաջրերի մինչծննդյան արտահոսքի:

Անտիբիոտիկներով բուժումը նպաստում է անհաս հղիության դեպքում պտղաջրերի մինչծննդյան արտահոսքի դեպքերի և ցածր քաշով նորածինների թվի նվազեցմանը միայն այն ենթախմբում, որտեղ անամնեզում եղել են վաղաժամ ծննդաբերություններ:

Քանի որ վերը թվարկված առավելությունները դժվար թե լավացնեն նորածնի վիճակը, տնտեսապես զարգացող երկրներում բակտերիային վագինոզի ռուտին սկրինինգը արդարացված չէ:

Jadsada Thinkhamrop. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy: RHL commentary (last revised: 13 March 2006). The WHO Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006.

Տեղային բուժումը նպաստում է վարակի վերացմանը.

- կլինդամիցին, 7 օր, տեղային կամ
- մետրոնիդազոլ գել, 7 օր, տեղային:

Marie-Louise Newell, James McIntyre. Congenital and perinatal infection: Prevention, diagnosis and treatment. Cambridge University Press, 2000

Բակտերային վագինոզով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-24

- Բակտերային վագինոզի և նեոնատալ ինֆեկցիայի միջև հավաստի կորելացիա չկա:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածինը պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:

Մոր մոտ բակտերիային վագինոզի առկայության և նորածնի մոտ վարակների զարգացման միջև էական կախվածություն չկա:

Նորածնի մոտ կլինիկական դրսևորումների բացակայության դեպքում նա հատուկ բուժման ու խնամքի կարիք չունի:

Marie-Louise Newell, James McIntyre. Congenital and perinatal infection: Prevention, diagnosis and treatment. Cambridge University Press, 2000

Ե խմբի ստրեպտոկոկ (ԲԽՍ)

Սլայդ 10-1-25

- Հարուցիչը՝ *Streptococcus agalactiae*:
- Հղիների գրեթե 10-30%-ը ունեն ԲԽՍ:
- ԲԽՍ-ն բակտերիաներ են, որոնք նորմալում ապրում են աղիքներում, հեշտոցում և ուղիղ աղիքում:
- ԲԽՍ-ն չի փոխանցվում սեռական ճանապարհով:
- Ուղղագիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - պլացենտայի միջով (հազվադեպ),
 - ծննդաբերական ուղիներով անցնելիս:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - միզուղիների ինֆեկցիայի (անալատանիք բատերիոբիա),
 - խորիզամսիոնիտի,
 - հետծննդաբերական էնդոմետրիտի,
 - նեոնատալ սեպսիսի:

Բացատրեք, որ ԲԽՍ-երը նորմալում ապրում են աղիքներում, հեշտոցում և ուղիղ աղիքում: Գաղութացումը ՄՃՓՀ չէ (CDC, 2008):

Հայտնաբերել կարելի է հղիների 10-30%-ի սեռական ուղիներում:

ԲԽՍ-երը նեոնատալ սեպսիսի և մահացության հիմնական պատճառներն են.

- 5-30 դեպք 1000 նորածնի նկատմամբ,
- մահացություն առանց բուժման՝ 50%,
- ծնվածների 50%-ի մոտ բարդություններ են առաջանում:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002
Centers for Disease Control and Prevention. Group B strep prevention; general public, frequently asked questions, CDC, 2008.

Հղիության վարման մոտեցումները ԲԽՄ վարակի դեպքում

Սլայդ 10-1-26

ԱՄՆ	• 100% սկրինինգ հղիության ուշ շրջաններում + անտիբիոտիկների նշանակում բոլոր ԲԽՄ կրողներին:
Մեծ Բրիտանիա	• Ծննդաբերության ժամանակ ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում անտիբիոտիկների նշանակում. - վաղաժամ ծննդաբերություններ, - տեղ ծննդաբերելու ժամանակ, - երկարատև անջուր շրջան > 18 ժամից, - բակտերիուրիա (ԲԽՄ), - սալմոնոլ երեխայի մոտ ԲԽՄ-ով հարուցված ինֆեկցիա:
Կանադա	• 100% սկրինինգ + անտիբիոտիկների նշանակում բոլոր ԲԽՄ կրողներին, • + ծննդաբերության ժամանակ ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում անտիբիոտիկների նշանակում:

Ներկայումս միանշանակ պատասխան լավագույն ռազմավարության մասին չկա:

Նշելով, որ ԲԽՄ-երը հանգեցնում են նեոնատալ սեպսիսի և մահվան ելքի, տարբեր երկրներում հղիության ժամանակ ԲԽՄ նկատմամբ կիրառում են կանխարգելիչ տարբեր ռազմավարություններ:

Դրանք տարբեր են թե արժեքով, թե արդյունավետությամբ.

1. Հղիության ուշ շրջաններում ունիվերսալ սկրինինգ և ծննդաբերության ժամանակ քննության դրական պատասխանով բոլոր հղիների բուժում անտիբիոտիկներով: Նման մոտեցումը ԲԽՄ հարուցված վաղ նեոնատալ սեպսիսի 80% դեպքերից 65%-ը կանխարգելում է (ԱՄՆ):

Թերությունները. Բոլոր հղիների գրեթե 30%-ը ենթակա է բուժման անտիբիոտիկներով (ավերգիային ռեակցիաների, անաֆիլակտիկ շոկի ռիսկ, անտիբիոտիկի նկատմամբ ռեզիստենտություն):

Մեկ նեոնատալ մահ կանխարգելելու նպատակով 24000 հղի պետք է թեստավորվեն, 7000 հղի՝ ենթարկվեն անտիբիոտիկներով բուժման: Մեթոդը ծայրահեղ թանկարժեք է:

2. Միայն ռիսկի գործոններով հղիների անտիբիոտիկներով բուժում. վաղարձամ ծննդաբերություն,

- մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում ծննդաբերության ժամանակ,
- երկարատև անջուր շրջան (> 18 ժամից),
- ԲԽՄ-ով հարուցված բակտերիուրիա տվյալ հղիության դեպքում:

Այս մոտեցման սահմաններում մեկ նորածնի մահը կանխելու նպատակով պետք է ծննդաբերության ժամանակ բուժել ռիսկի խմբի պատկանող 5580 հղի, սեպսիսի մեկ դեպք կանխարգելելու համար՝ 625 հղի, բոլոր դեպքերի 65%-ը հնարավոր է կանխել:

Առավելությունները. համեմատաբար ավելի քիչ թանկ մեթոդ է, սկրինինգ պետք չէ անցկացնել, անտիբիոտիկներ ավելի քիչ են կիրառվում (միայն ռիսկի գործոններով կանանց 15%-ի մոտ):

Թերությունները. ԲԽՄ ավելի քիչ դեպք է հնարավոր կանխել, կանանց մեծ մասը ստանում է բուժում անտիբիոտիկներով:

Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease. Royal College of Obstetricians Gynecologists. Guideline N 36, November 2003.

3. Կանադական մոտեցման դեպքում անհրաժեշտ է ռիսկի գործոններով բոլոր հղինների սկրինինգ և կանխարգելում անտիբիոտիկներով ծննդաբերության ժամանակ: Ռազմավարությունն առաջարկվել է Պրեվենտիվ բժշկական խնամքի Կանադայի աշխատանքային խմբի կողմից (Canadian Task Force on Preventative Health Care). Համաձայն այս մեթոդի, հղինների 3,4%-ը ծննդաբերության ժամանակ ենթարկվում է անտիբիոտիկներով բուժման, իսկ ԲԽՍ-ով հարուցված վաղ սեպսիսի դեպքերը նվազում են 51%-ով:

Առավելությունները. անտիբիոտիկներ նշանակվում են կանանց համեմատաբար փոքր թվի:

Թերությունները. սկրինինգի փոքր արժեք, փոքր արդյունավետություն:

Prevention of group B streptococcal infection in newborns: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2002. Apr 2;166(7):928-30.

Անտիբիոտիկների կիրառումը ծննդաբերության ժամանակ Սլայդ 10-1-27

- Անտիբիոտիկների կիրառումը արդյունավետ չէ արագ վերագաղութավորման պատճառով:
- Ծննդաբերության ժամանակ խորհուրդ է տրվում ն/ե բենզիլպենիցիլին.
 - 2,4 գ, ծննդաբերական գործունեության սկզբում, այնուհետև 1,2 գ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ, մինչև ծննդաբերության ավարտը,
 - 3 գ ծննդաբերական գործունեության սկզբում, որքան հնարավոր է շուտ, այնուհետև 1,5 գ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ, մինչև ծննդաբերության ավարտը,
 - 5 մլն միավոր ծննդաբերական գործունեության սկզբում, այնուհետև 2,5 գ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ, մինչև ծննդաբերության ավարտը:
- Հարկավոր չէ կնոջը տեղափոխել հիվանդանոց կամ մեկուսացնել:

Կան ԲԽՍ բուժման տարբեր մոտեցումներ ծննդաբերության ժամանակ:

Ալերգիայի բացակայության դեպքում.

- խորհուրդ է տրվում բուժում G պենիցիլինով՝ 5 մլն միավոր, ն/ե, այնուհետև 2,5 գ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ, մինչև երեխայի ծնվելը,

- այլընտրանքային բուժում է ամպիցիլինը. 2գ, ն/ե, այնուհետև 1 գ, ն/ե, յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ, մինչև երեխայի ծնվելը:
- Ալերգիայի առկայության դեպքում.
- կլինդամիցին (կլեոցին), 900 մգ, ն/ե, յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ, մինչև երեխայի ծնվելը կամ
- էրիտրոմիցին, 500 մգ, ն/ե, յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ, մինչև երեխայի ծնվելը:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002
Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease Royal College of Obstetric and Gynaecology Guideline No. 36, November 2003.

Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR Morb Mortal Weekly Rep 1996;45(RR-7):1-24

Անտիբիոտիկների նշանակումը ԲԽՍ վարակի դեպքում

Սլայդ 10-1-28

Էքսպոզիցիա	ԲԽՍ-կրողների թիվը	Գաղութացման հաճախականությունը
Հսկողություն (առանց անտիբիոտիկների)	209	47%
< 1 ժամ	30	43%
1-2 ժամ	36	28%
2-4 ժամ	80	2.4%
> 4 ժամ	105	0.9%

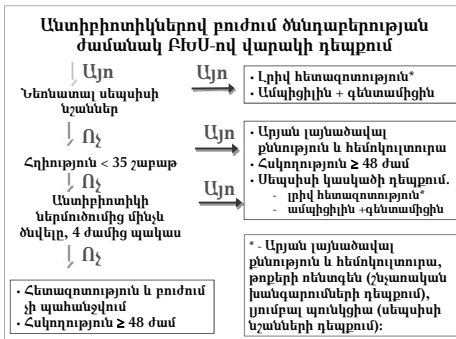
Հետազոտությունների արդյունքները ցույց տվեցին, որ անտիբիոտիկի ազդեցության նվազագույն արդյունավետ տևողությունը պետք է գերազանցի 4 ժամը, այսինքն գաղութացումը նվազեցնելու համար անտիբիոտիկի ներմուծման պահից սկսած մինչև երեխայի ծնվելու պահը պետք է անցնի 4 ժամից ավելի:

Այս դեպքում նորածինների ԲԽՍ գաղութացման մակարդակը նվազում է մինչև <1 %-ի: Կարևոր է նշել անտիբիոտիկի ներմուծման ժամը:

M. de Cueto, M.J. Sanchez, A. Sampedro, J.A. Miranda, A.J. Herruzo, and M. Rosa-Fraile. Timing of intrapartum ampicillin and prevention of vertical transmission of group B streptococcus. Obstetrics & Gynecology 1998;91:112-114.

ԲԽՍ հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը (1)

Սլայդ 10-1-29



Տվյալ ալգորիթմը նորածինների խնամքի CDC կողմից խորհուրդ տրվող ռազմավարություն է, կախված ծննդաբերության ժամանակ կիրառվող անտիբիոտիկներով բուժումից, հղիության ժամկետից և նորածնի մոտ վարակի կլինիկական նշանների առկայությունից:

Perinatal Group B Streptococcal Disease Prevention, CDC Aug 16, 2002

ԲՆՄ հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը (2)

Սլայդ 10-1-30

- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Եթե նորածնի վիճակը բավարար է, նա պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:
- Նորածնի ԲՆՄ կանխարգելում:
- Ծննդաբերության ժամանակ համարժեք բուժում անտիբիոտիկներով:

ԲՆՄ հայտնաբերումը չպետք է ազդի նորածնին կրծքով կերակրման, ինչպես նաև մորը և նորածնին միմյանցից անջատման վրա:

WHO Euro. *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*, Copenhagen, 2002.

Լիստերիոզ

Սլայդ 10-1-31

- Հարուցիչը՝ *Listeria monocytogenes*.
- Հազվադեպ հանդիպող վարակ, աղբյուրը՝ վարակված սնունդ:
- Հղիության ժամանակ լիստերիոզի ռիսկը աճում է 20 անգամ:
- Ուղղազիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - պլացենտայի և հարպտոդաշրերի միջոցով,
 - ծննդաբերության ժամանակ մոր արյունով կամ հեշտոցային արտադրությամբ:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - ինքնաբեր վիժման,
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - պտղի մահվան (վարակված 5 պտղից 1-ը մահացած է ծնվում),
 - նեոնատալ մենինգիտ (պատճառների կառուցվածքում 3-րդ տեղում է),
 - նեոնատալ մահվան:

Լիստերիոզը ծանր վարակ է, փոխանցվում է *Listeria monocytogenes*-ով վարակված սննդի միջոցով: Վերջերս ընդունվել է հանրային առողջապահության համար լուրջ խնդիր:

Հղիների լիստերիոզով վարակման ռիսկը 20 անգամ ավելի մեծ է, քան առողջ այլ մարդու: Վարակման դեպքերի 1/3-ը տեղի է ունենում հղիության ժամանակ: Եթե մայրը հղիության ընթացքում *Listeria monocytogenes*-ով վարակված սնունդ է ընդունում, երեխան կարող է ծնվել վարակված:

Մոր լիստերիոզը հղիության երկրորդ և երրորդ եռամսյակներում բերում է պտղի մահվան 40-50% դեպքերում:

Հղիության ուշ ժամկետներում պտղի վարակումը մորից կարող է բերել ներքին օրգանների բազմաթիվ ախտահարումների, ինչպես նաև պտղի և նորածնի մահվան:

Պերինատալ լիստերիոզը, որը լինում է մինչև կյանքի 7-րդ օրը, հաճախ կապված է անհասության հետ և կայծակնային արագություն ունի: Կյանքի 6-7-րդ օրերի ընթացքում հիվանդությունն ուղեկցվում է մենինգիտով:

Listeriosis. National Center for Infectious Diseases/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). October 12, 2005.

Լիստերիոզի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-32

- Հաճախ անախտանիշ ընթանում է.
 - կամ գրիպանման համախտանիշ (տենդ, մկանային ցավեր),
 - կամ գաստրոինտեստինալ համախտանիշ (սրտխառնոց, փսխում):
- Ռոտին սկրինինգը ցուցված չէ.
 - տենդի, գրիպանման համախտանիշի կամ գաստրոինտեստինալ առկայության դեպքում հարցրեք հղին, թե ինչ սննդամթերք է կերել, կատարեք արյան բակտերիոլոգիական և հեշտոցից արտադրության հետազոտություններ:
- Բուժումը, 14 օր.
 - չափավոր ինֆեկցիայի դեպքում՝ ամոքսիցիլին/ամպիցիլին, օրական 2-3 գ, per os
 - ծանր ինֆեկցիայի դեպքում՝ ամոքսիցիլին/ամպիցիլին, օրական 4-5 գ, ն/ե, + գենտամիցին
 - եթե կա պերգիա պենիցիլինի նկատմամբ, կոտրիմոքսազոլ:
- Ծանր դեպքերում տեղափոխել հիվանդանոց, սակայն որիշ կանանցից մեկուսացնելու կարիք չկա:

Մոր մոտ վարակը սովորաբար ախտորոշվում է ռետրոպեկտիվ, քանի որ արտահայտվում է գրիպին բնորոշ թեթև աստիճանի ախտանիշներով: Հղիության շրջանում ռոտին սկրինինգ-թեստ չկա լիստերիոզի վարակման առումով: Բացահայտման հուսալի մեթոդը՝ արյան քննություն է:

Բուժման խորհուրդ տրվող սխեմաները.

- թեթև վարակի դեպքում՝ ամոքսիցիլին/ ամպիցիլին, 2-3 գ, per os, 14 օր,
- ծանր վարակի դեպքում՝ ամոքսիցիլին/ ամպիցիլին, 4-5 գ, ն/ե և գենտամիցին ն/ե, 14 օր,
- պենիցիլինի նկատմամբ ակերգիայի առկայության դեպքում՝ կոտրիմոքսազոլ, 14 օր:

Listeriosis. National Center for Infectious Diseases/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). October 12, 2005.

Australasian Society for Infectious Diseases. Management of Perinatal Infections. Guideline for Listeria in pregnancy, 2002

Լիստերիոզով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-33

- Բարձր մահացություն. 10 -50%
 - անհատություն, մարմնի ցածր քաշ
 - սեպսիս
 - մենինգիտ:
- Բուժում.
 - պենիցիլին + գենտամիցին:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածնի բավարար վիճակի դեպքում անհրաժեշտ է ապահովել մոր հետ համատեղ կացությունը:

Լիստերիոզով նորածինները պետք է ստանան նույն անտիբիոտիկները, որոնցով բուժվել են նրանց մայրերը: Երբեմն բժիշկները մինչև ախտորոշման ճշտելը անտիբիոտիկները նշանակում են համակցված ձևով:

Ախտորոշումը ճշտվում է, երբ ողնուղեղային հեղուկի ցանքսում, արյան մեջ, ամնիոտիկ հեղուկում, պլացենտայում, մեկոնիումում *Listeria* է հայտնաբերվում:

Բուժման խորհուրդ տրվող պզորիթան է.

- ախտորոշման ճշման համար նյութը վերցնել անմիջապես ծննդաբերությունից հետո.
- սկսեք անտիբիոտիկներով բուժում (խորհուրդ տրվող սխեմաներն են).
 - ամոքսիցիլին/ամպիցիլին (50 մգ/կգ, յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ) +
 - գենտամիցին (2,5 մգ/կգ, յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ),
 - եթե ստանդարտ բուժմանը ռեակցիա չկա, քննարկեք կոտրինաքսոզոլի կիրառման հնարավորությունը:

Թեստի պատասխանները ստանալուց հետո.

- ծնվել է առողջ երեխա.
 - դադարեցրեք անտիբիոտիկներով բուժումը 48 ժամ հետո,
- կուլտուրան դրական է կամ նորածինը՝ հիվանդ.
 - եթե ողնուղեղային հեղուկի պատասխանները դրական են, շարունակեք ամոքսիցիլինով և գենտամիցինով բուժումը 21 օրից ավելի,
 - եթե ողնուղեղային հեղուկի պատասխանը բացասական է, շարունակեք ամոքսիցիլինով և գենտամիցինով բուժումը միայն 14 օր:

Australasian Society for Infectious Diseases.

Management of Perinatal Infections. Guideline for Listeria in pregnancy, 2002

Սլայդ 10-1-34

Լիստերիոզի կանխարգելումը

- Հղիները պետք է.
 - մանրակրկիտ ձևով պատրաստեն կենդանական ծագում ունեցող սնունդը, տավարի, խոզի, թռչնի միսը, ձուն,
 - ուտելուց առաջ լավ լվանան դրանք,
 - խուսափեն չեռացրած կաթ խմելուց և դրանից ուտելիքներ պատրաստելուց:
- Պտղի համար անհրաժեշտ է.
 - հղիության շրջանում մոր անտիբակտերային բուժումը, դա կարող է կանխել պտղի/նորածնի վարակումը:

Ընդհանուր խորհուրդներ.

- մսից պատրաստված կիսաեփ սննդամթերքը բանջարեղենից, ինչպես նաև ջերմամշակում անցած՝ ուտելու համար արդեն պատրաստի մթերքից առանձին պահեք,

- հում մթերքի մշակումից հետո լվացեք ձեռքերը, դանակները, սնունդը կտրատելու համար նախատեսված տախտակները,
- շուտ փչացող և ուտելու համար արդեն պատրաստի մթերքը օգտագործեք որքան հնարավոր է շուտ:

Հղիության շրջանում, կիրառելով անտիբիոտիկներ, հեշտությամբ կարելի է կանխել պտղի և նորածնի վարակումը:

Listeriosis. National Center for Infectious Diseases/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). October 12, 2005.

Տուբերկուլոզ

Սլայդ 10-1-35

- Հարուցիչը՝ *Mycobacterium tuberculosis*։
- Աշխարհում նկատվում է հիվանդության սրնթաց աճ
 - Էնդեմիկ տարածքներում տուբերկուլոզով հիվանդացությունը հղիների շրջանում կարող է հասնել 0,1%-ի։
- Փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով։
- Ուղղագիծ տրանսմիսին տեղի է ունենում.
 - պլացենտայի և հարպտոդաշրերի միջով,
 - ծննդաբերության ժամանակ հարպտոդաշրերով վարակման հետևանքով,
- Կարող է պատճառ դառնալ
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - ծնվելիս ցածր քաշի,
 - բնածին տուբերկուլոզի։

Միկոբակտերային հիվանդություն է, բազմաթիվ երկրներում մահացության հիմնական պատճառներից մեկը։

Վերջերս եվրոպական տարածաշրջանում տուբերկուլոզով հիվանդացության դեպքերի թվի աճը ասպացուցեց, որ այս հիվանդությունը տվյալ տարածաշրջանի հանրային առողջապահության համար զգալի խնդիր է։ Քանի որ տուբերկուլոզը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով, նորածնի վարակումը տուբերկուլոզի ցուպիկով, որպես կանոն, տեղի է ունենում նրա ծնվելուց հետո։ Վարակումը կարող է տեղի ունենալ նաև ծննդաբերությունից առաջ, արյան հետ մանրէների տարածման միջոցով և պլացենտայի սերմնավորման, ամնիոտիկ հեղուկի վարակման հետևանքով կամ երեխայի ծնվելու ժամանակ՝ մոր վարակված էնդոմետրիումից տուբերկուլոզի ցուպիկի ասպիրացիայի պատճառով։

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, Copenhagen, 2002
James Chin. An official report of American Public Health Association. Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000.

Տուբերկուլոզի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-36

- Տուբերկուլոզով հիվանդ բարձր ռիսկով բոլոր հղիներին ցուցված է սերինինգ անտենատալ առաջին այցի ժամանակ՝ Մանտոի փորձի կատարմամբ։
- Եթե Մանտոի փորձը դրական է, անհրաժեշտ է կատարել.
 - կրծքավանդակի օրգանների ռենտգենոգրաֆիա,
 - խորիքի հետազոտություն։
- Ցուցված է բուժում, եթե
 - Մանտոի փորձը դրական է և
 - ռենտգենի պատկերում առկա է տուբերկուլոզ կամ խորխում կան միկոբակտերիաներ։
- Կտցը պետք է տեղափոխել հիվանդանոց և մեկուսացնել միայն ակտիվ տուբերկուլոզի դեպքում։
- Տուբերկուլոզի ոչ ակտիվ ձևի դեպքում հիվանդանոց տեղափոխման հարցը քննարկվում է անհատականորեն։

Տուբերկուլոզի նկատմամբ թեստի դրական պատասխանով բոլոր հղիները պետք է անցնեն Մանտոի ռենակցիայի թեստը՝ սպիտակուցային մաքրված դերիվատով (PPD)։

Տուբերկուլոզի բարձր ռիսկի գործոններին են պատկանում.

- ՄԻԱՎ-ը,
- տուբերկուլոզով հիվանդ կամ հիվանդության կասկածով անձանց հետ նեղ շփումը,
- ռիսկի բժշկական գործոններ, որոնք հայտնի են որպես հիվանդության ռիսկը բարձրացնող (օրինակ, լիմֆոմա, շաքարային դիաբետ, երիկամների խրոնիկական անբավարարություն, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հետ կապված իմունոսուպրեսիա),
- տուբերկուլոզի մեծ հաճախականություն երկրում,
- պատշաճ մակարդակով բժշկական հսկողություն չստանալու դեպքում,
- սոցիալախնայողական ցածր կարգավիճակ,
- ակոհոլանոություն,
- ներարկվող թմրանյութերի օգտագործում,
- բանտում, հոգեբուժարանում, բուժապասարկում ունեցող հաշմանդամների տանը երկարատև կացության դեպքում,
- տուբերկուլոզի ցուպիկի հետ շփման բարձր ռիսկ ունեցող բուժաշխատողները:

Մաշկի թեստի դրական պատասխանը ճիշտ տեղեկատվություն չի տալիս շճակոնվերսիայի ամսաթվի մասին:

Մանտուի փորձի դրական պատասխանով հղիներին նշանակվում է կրծքավանդակի օրգանների ռենտգենաբանական հետազոտություն: Ճիշտ ռենտգենագրի դեպքում որոշ փորձագետներ նախընտրում են բուժումը հետաձգել մինչև ծննդաբերությունը, քանի որ հղիությունը ինքնին չի նպաստում հիվանդության զարգացման ռիսկի աճին և հղիության և վաղ հետ-ծննդաբերական շրջաններում առկա է հեպատոքսիկության բարձր ռիսկ:

Այլ փորձագետներ խորհուրդ են տալիս բուժումը անցկացնել, հսկելով հեպատիտի զարգացումը:

Բուժումը պետք է նշանակվի վերապատրաստված մասնագետների կողմից:

Իոնիզացիոն ստացած բոլոր հղիները պետք է նույնպես ստանան պիրի-դոքսին:

Տուբերկուլոզով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը (1)

Սլայդ 10-1-37

- Կնոջ մոտ ռենտգենի պատկերում տուբերկուլոզի նշանների դեպքում նորածինը պետք է մորից առանձնացվի մինչև հիվանդության ձևին վերջնական գնահատական տալը.
 - եթե խորխում միկոբակտերիաներ չկան.
 - նորածնի վարական ռիսկը ցածր է,
 - խորիուրդ է տրվում մոր և նորածնի համատեղ կազմություն և կրծքով կերակրում,
 - խորխում միկոբակտերիաների առկայության դեպքում.
 - մայրը և նորածինը պետք է առանձին մասն ախքան ժամանակ, մինչև երկուսն էլ լիարժեք բուժվեն և մայրը դադարի միկոբակտերիաներ տարածել,
 - նորածնին պետք է հետազոտել բնածին տուբերկուլոզի և ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ,
 - կրծքով կերակրումը պաշտոնապես հակացուցված չէ:

Տուբերկուլոզով հիվանդ (կամ հիվանդության կասկածի դեպքում) մորից ծնված նորածնի վարումը հիմնվում է մի քանի գաղափարների վրա, թերևս, մոր և նորածնի համատեղ մնալու հնարավորությունը պետք է նվազագույնի հասցնել:

Մանտուի փորձի դրական ռեակցիայի, ախտանիշների բացակայության և մոր ռենտգենագրի բացասական պատասխանի դեպքում.

- պետք չէ անջատել մորը և նորածնին իրարից,
- մայրը սովորաբար լատենտ տուբերկուլոզի բուժման թեկնածու է հանդիսանում, նորածինը ոչ մի հատուկ հետազոտությունների ու բուժման կարիք չի զգում: Մանտուի դրական փորձի դեպքում և մոր ռենտգենագրում նորմալի հետ համեմատած կան տարբերություններ.
- մայրը և նորածինը պետք է առանձնացվեն մինչև մոր հետազոտությունների վերջնական պատասխանների ստացումը, իսկ տուբերկուլոզի ակտիվ ձևի հայտնաբերման դեպքում՝ այնքան ժամանակ անջատ մնան, մինչև որ մայրը ստանա բուժում.
- եթե մոր անամնեզի, բժշկական գնման արդյունքները, թքի ցանքսը, ինչպես նաև ռենտգենագրի չեն վկայում հիվանդության ընթացքի սուր ձևի մասին, կարելի է համարել, որ նորածինը ենթարկվել է վարակման ցածր ռիսկի: Նման իրավիճակում ռենտգենագրի վրա շեղումները նորմալից ավելի շուտ այլ պատճառ ունեն կամ դրանց պատճառը տուբերկուլոզի լատենտ ընթացքն է: Վերջինիս դեպքում, եթե մայրը բուժում չստանա, կարող է զարգանալ տուբերկուլոզի սուր ընթացքով վարակիչ ձև, այդ պատճառով մայրը պետք է ստանա բուժում, եթե մինչև այդ չի ստացել: Մայրը և նորածինը պետք է ստանան հետագա խնամքը,
- եթե մոր մոտ առկա են տուբերկուլոզի ակտիվ, հնարավոր է վարակիչ ձևի կլինիկական կամ ռենտգենագրաֆիական նշաններ, նորածնին պետք է հետազոտել բնածին տուբերկուլոզի կամ ՄԻԱՎ-ի առկայության առումով:
- մայրը և նորածինը պետք է առանձին մասն ախքան ժամանակ, մինչև երկուսն էլ համապատասխան բուժում ստանան և մայրը դադարի վարակիչ համարվելուց:

American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for PERINATAL CARE. 5th Edition, October 2002.

Տուբերկուլոզով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը (2)

Սլայդ 10-1-38

- Եթե մոր մոտ առկա է տուբերկուլոզի ակտիվ ձևը և նա բուժում է ստացել ծննդաբերելուց 2 ամիս ավելի պակաս կամ տուբերկուլոզ ախտորոշվել է ծննդաբերելուց հետո.
 - նորածնին ցուցված է կանխարգելիչ բուժում իոնիզազիդով, per os, 6 շաբաթ, հետագա կրկնակի հետազոտությամբ,
 - ԲՅԺ իմունիզացիան կատարվում է բուժումն ավարտելուց հետո 2 շաբաթ անց:
- Կրծքով կերակրումը պաշտոնապես հակացուցված չէ:
- Եթե միայն մոր մոտ է Մանտուի փորձը դրական.
 - երեխայի ծնվելուց հետո կատարվում է ԲՅԺ իմունիզացիա,
 - նորածինն ու մայրը կարող են համատեղ մնալ:

Եթե մոր մոտ առկա է տուբերկուլոզի ակտիվ ձևը և նա բուժում է ստացել ծննդաբերությունից առաջ 2 ամսից ավելի պակաս և տուբերկուլոզ ախտորոշվել է ծննդաբերությունից հետո.

- պետք չէ պատվաստել տուբերկուլոզի դեմ (ԲՅԺ) ծնվելու պահին,

- կանխարգելման նպատակով իզոնիազիդով բուժում նշանակելք, 5 մկ/կգ քաշին, օրը մեկ անգամ,
- նորածնի կրկնակի զննումը կատարելք 6 շաբաթ անց, կշռելք նրան, հնարավորության դեպքում կրծքավանդակի ռենտգեն արելք.
 - եթե հետազոտության արդյունքներով պարզվում է, որ հիվանդություն ունի սուր ընթացք, սկսելք հակատուբերկուլոզային բուժում լրիվ սխեմայով,
 - եթե երեխան իրեն լավ է զգում, հետազոտության պատասխանները բացասական են, շարունակելք իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժումը մինչև 6 ամիս:
- ԲՅԺ պատվաստումը հետաձգելք մինչև բուժումը և դրա ավարտից 2 շաբաթ անց: Եթե ԲՅԺ պատվաստումն արդեն արվել է, մինևույն է, իզոնիազիդով բուժումն ավարտելուց հետո 2 շաբաթ անց կատարելք ԲՅԺ պատվաստում,
- համոզելք մորը, որ կրծքով կերակրումն անվտանգ է երեխայի համար:

*WHO. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives.
Department of Reproductive Health and Research,
World Health Organization, Geneva, 2003.*

Տուբերկուլոզի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-39

- Հղիները պետք է.
 - խուսափեն վարակվածների հետ շփումից:
- Պտղին/ նորածին անհրաժեշտ է.
 - ԲՅԺ պատվաստում (բոլոր նորածիններին),
 - մոր մոտ վարակի բացահայտման դեպքում համարժեք բուժում:

Ընդհանուր խորհրդատվություն կանխարգելիչ միջոցների վերաբերյալ.

- բոլոր նորածինների ԲՅԺ պատվաստում,

- տուբերկուլոզով բոլոր հնարավոր հիվանդների հետ շփման սահմանափակում. որպես կանոն, սովորական շփման ժամանակ վարակը չի փոխանցվում: Վարակվել հնարավոր է երկարատև շփման դեպքում, փակ սենյակում գտնվելիս: Պետք է անընդհատ կրկնել, որ անհրաժեշտ է խուսափել տուբերկուլոզի սուր ընթացքով հիվանդների հետ շփումից, անկախ ռեզիստենտությունից:

Moving Forward. Centers for Disease Control and Prevention. July 26, 2005

Վիրուսային B հեպատիտ

Սլայդ 10-1-40

- Հարուցիչը՝ *Hepatitis B Virus*:
- Փոխանցվում է վարակված արյունով և/կամ սեռական ճանապարհով:
- Վարակված է երկրագնդի բնակչության գրեթե 1/3-ը:
- Ուղղագիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - պլացենտայի միջով,
 - ծննդաբերության ժամանակ մոր արյունով և/կամ հեշտոցային արտադրության միջոցով:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - ծնվելիս նորածնի ցածր քաշի:

Մորից երեխային ուղղագիծ փոխանցումը կարող է առաջանալ.

- եթե մայրը վարակվում է հղիության առաջին եռամսյակում (10%),
- եթե մայրը վարակվում է հղիության երրորդ եռամսյակում (80%-90%),

- եթե մոր մոտ հայտնաբերվել է HBsAg (10%-20%),
- եթե մոր մոտ հայտնաբերվել են HBsAg և HBeAg (90%):

B հեպատիտը տերատոգեն վարակ չէ: Կանանց մեծ մասը B հեպատիտով վարակված է եղել մինչև հղիանալը: Պտղի ներարգանդային վարակում կարող է տեղի ունենալ, եթե մայրը վարակվել է հղիության ընթացքում, ինչը հազվադեպ է լինում:

B հեպատիտի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-41

- Ուղղազիծ տրանսմիսիայի կանխարգելման նպատակով ցուցված է սկրինինգ հղիության ժամանակ.
 - սկրինինգային մեթոդը. արյան քննությունն է HBsAg նկատմամբ.
 - > դրական HBsAg դեպքում արյան քննություն HBsAg և դրա հակամարմինների նկատմամբ:
- B հեպատիտի սպեցիֆիկ բուժում չկա:
- Հղիի հիվանդանոց տեղափոխման անհրաժեշտությունը կապված է վիճակի ծանրության աստիճանի հետ:
- Մեկուսացման կարիք չկա:

B հեպատիտի սուր ձևի բուժում չկա, կնոջը պետք է առաջարկել միայն աջակցող միջոցներ կիրառել:
Շատ կարևոր է պարզել հղիների խրոնիկական վիրուսակրության հարցը, քանի որ նման մայրերից ծնված երեխաները կարող են վարակվել ծննդաբերության ժամանակ:

Բնածին վարակը վիրուսակրության ավելի հաճախ է նպաստում, քան մեծ տարիքում ձեռք բերվածը, այս պատճառով բոլոր նման մայրերից ծնված նորածիններին պետք է պատվաստել B հեպատիտի իմունոգլոբուլինով և շիճուկով:

*Association for Genitourinary Medicine (AGUM),
Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD).
2002. Gwendolyn L Gilbert. The Infections in pregnant women.*

B հեպատիտով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-42

- Տեղային պահուստների հետ կախված, նորածինը պետք է ստանա.
 - պատվաստում B հեպատիտի դեմ, 0,5 մլ մ/մ, ծնվելուց հետո առաջիկա 12 ժամվա ընթացքում,
 - B հեպատիտի դեմ իմունոգլոբուլին՝ 200 միավոր, մ/մ, ծնվելուց հետո 1 օրվա ընթացքում (առավելագույնը՝ 2 օրվա ընթացքում):
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածինը պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ:

Շիճուկը, B հեպատիտի դեմ իմունոգլոբուլինը, նաև դրանց համակցումը նվազեցնում են նորածինների վարակվածության հաճախականությունը, որոնք ծնվել են այն մայրերից, ում մոտ սկզբնական շրջանում B հեպատիտի մակերեսային անտիգենի առկայության քննության պատասխանը դրական է եղել:

Chuanfang Lee et al., Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis BMJ 2006; 332:328-336

Բ հեպատիտի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-43

- Հղիին անհրաժեշտ է.
 - վարակման ռիսկի հետ կապված բուժօգնությունները անվտանգ կատարվեն (դաջվածք, փիրսինգ, մանիկյուր, ատամների բուժումը և այլն),
 - խուսափել անպաշտպան սեռական ակտերից մշտապես պահպանակի ճիշտ օգտագործմամբ,
 - նվազեցնել սեռական զուգընկերների թիվը:
- Պտղին անհրաժեշտ է.
 - մոր Բ հեպատիտի կանխարգելումը
 - ինունիզացիա ծնվելուց հետո:

Ընդհանուր խորհրդատվություն Բ հեպատիտի կանխարգելման ուղղությամբ.

- Բ հեպատիտի դեմ ռուտին պատվաստումը պետք է կանխարգելմանն առաջնային ռազմավարություն լինի: Հղիությունը հակացուցում չէ պատվաստման համար,
- խուսափել անպաշտպան սեռական հարաբերություններից,
- խուսափել համատեղ օգտագործել ներարկման միանվագ ասեղները,
- խուսափել դաջվածքների, փիրսինգ կատարելուց, եթե գործիքները պատշաճ ձևով չեն ախտահանվել,
- խուսափել օգտագործված ասեղով ներարկումներ կատարել
- խուսափել ձեռքերի և ոտքերի եղունգների մշակումը այլ անձանց գործիքներով համատեղ օգտագործումից,
- եթե հղին վարակված է Բ հեպատիտով, հատուկ միջոցներ ձեռնարկել,
- պատվաստումից հետո կրծքով կերակրումը արգելված չէ:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002

Սեռական հերպես

Սլայդ 10-1-44

- Հարուցիչը՝ *herpes simplex virus*:
- Փոխանցվում է սեռական ճանապարհով:
- Տարածվածությունը կարող է հասնել 60%-ի:
- Ուղղագիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - պլացենտայի միջով (հազվադեպ),
 - ծննդաբերության ժամանակ հեշտոցի արտադրության միջոցով:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - մարմնի ցածր քաշի ծնվելիս,
 - նեոնատալ հերպեսի
 - > մահացությունը 60%,
 - > ողջ մնացած նորածինների մոտ՝ հաշմանդամություն:

Նորածինների մոտ հերպեսը համակարգային վտանգավոր վարակ է՝ հիվանդացության և մահացության բարձր մակարդակով, վարակումը հիմնականում տեղի է ունենում ծննդաբերության ժամանակ: Մոր մոտ հերպեսի առաջնային վարակի դեպքում նորածնի վարակման ռիսկը կազմում է 33-50%, ռեցիդիվների դեպքում՝ 1-3%:

A CME publication of the American Herpes Foundation.
The Herpes Monitor, Vol. 4, No. 1, March 2004

Սեռական հերպեսի ախտորոշումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-45

- Դեպքերի մեծ մասը անախտանիշ են ընթանում և մնում են չհայտնաբերված:
 - նեոնատալ հերպեսի դեպքերի >2/3 առաջանում է մոր մոտ հերպետիկ ցանի բացակայության դեպքում, ինչպես ծննդաբերելու պահին, այնպես էլ անամնեզում (առաջնային անախտանիշ ձև):
- Առաջնային և կրկնվող հերպեսը դժվար է տարբերել:
- Տեսակային բնորոշ հակամարմինների առկայության սկրինինգի անհրաժեշտությունը հղիության շրջանում որոշվում է նեոնատալ հերպեսի դեպքերի հաճախականությամբ, արժեքով և հետազոտության օգուտով:
- Կնոջը պետք չէ տեղափոխել հիվանդանոց և մեկուսացնել մյուս հղիներից:

Հասարակ հերպեսի վիրուսի (ՀՀՎ) նկատմամբ տեսակային բնորոշ հակամարմինների առկայության քննությունը հղիության շրջանում ախտորոշման ճշգրիտ մեթոդ է համարվում:

Քանի որ նորածնի մոտ հերպեսի զարգացման ամենաբարձր ռիսկը առկա է այն դեպքում, եթե մայրը վարակվել է ծննդաբերության ժամանակ կամ դրանից ոչ շատ առաջ, ռիսկի խումբը բացահայտելու նպատակով, հղիության երկրորդ կեսում նրան առաջարկվել է շճաբանական հետազոտություն կատարել:

Քանի որ նորածնի մոտ հերպեսի զարգացումը ծանր հետևանքներ է ունենում, մանկաբարձ-գինեկոլոգները պետք է իմանան, թե միջամտության որ տեսակները կարող են նպաստել նորածնին վարակը փոխանցելու ռիսկի նվազեցմանը:

Clinical Guideline No. 30, March 2002.

Սեռական հերպեսի առաջնային էպիզոդի վարումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-46

- Նեոնատալ հերպեսի բարձր ռիսկ:
- Ծննդաբերության պահին առաջին դրվագ (էպիզոդ):
 - բոլոր հղիներին ցուցված է կեսարյան հատում:
- Առաջին էպիզոդը ծննդաբերության ենթադրվող օրից 6 շաբաթ առաջ կամ սկսված վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ:
 - պետք է քննարկել կեսարյան հատման հնարավորությունը,
 - պետք է խուսափել ինվազիվ բուժօգործություններից, եթե որոշում է ընդունվել ծննդաբերել քնական ճանապարհով:
- Ացիկլովիրի ն/ե ներմուծումը ծննդաբերության ժամանակ կարող է նվազեցնել նեոնատալ հերպեսի ռիսկը:

Հղիության շրջանում վարակի առաջին անգամ ի հայտ գալու դեպքում պետք է քննարկել ացիկլովիրով բուժման հնարավորությունը:

Ացիկլովիրը հեշտ են տանում հղիության ուշ ժամկետներում, բացի այդ, կլինիկական կամ լաբորատոր տվյալներ կամ ապացույցներ մոր կամ պտղի համար թունավոր լինելու մասին չկան:

Կեսարյան հատում ցուցված չէ կատարել հղիության առաջին կամ երկրորդ եռամսյակում վարակի առաջին արտահայտման դեպքում:

Կրկնվող սեռական հերպեսի վարումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-47

- Ացիկլովիր per os հաջորդող 4 շաբաթների ընթացքում՝ ծննդաբերության ժամկետում ռեցիդիվի կանխարգելման նպատակով:
- Սեռական հերպեսի ռեցիդիվ ծննդաբերության սկզբում.
 - «Նեոնատալ հերպեսի ռիսկը մեծ չէ և մոր համար պետք է համադրվի կեսարյան հատման հետ [B]»:
 - «Կեսարյան հատում պետք է կատարվի այն դեպքում, եթե ծննդաբերության սկզբնական շրջանում կրկնվող սեռական հերպեսի պատճառով առաջացել է ցանկ և կան և կան պրոդրոմալ ախտանիշներ [C]»:
- Անհրաժեշտ է 1583 կեսարյան հատում կատարել, որպեսզի կանխել նեոնատալ հիվանդացության կամ մահացության ընդամենը մեկ դեպք:

Եթե սեռական հերպեսի սրացում տեղի է ունենում հղիության շրջանում, բացի նախքան ծննդաբերելը, կեսարյան հատում ցուցված չէ: Սեռական հերպեսի կրկնվելը կապված է նորածնի վարակման համեմատաբար ցածր ռիսկի հետ:

Հետազոտություններից մեկի տվյալների համաձայն, սեռական հերպես ունեցող և բնական ճանապարհով ծննդալուծված կանանց նորածնին վարակը փոխանցելու մակարդակը եղել է 3% (1/34): Մեկ այլ հետազոտության տվյալների համաձայն, այդ մակարդակը հավասար է եղել 0% (0/34; 95% ՎԻ՝ 0–8%)։ Վերը նշված հետազոտության մեջ մասնակցել են հերպեսի վիրուսով 7046 հղի: Մինչև հղիությունը հասարակ հերպես 2-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմիններ ունեցող կանանց շրջանում նորածնիների վարակման դեպքեր չեն գրանցվել:

Ավելին, Նիդերլանդներում սկսած 1987-ից կրկնվող վարակով կանայք ծննդաբերում են հեշտոցային ճանապարհով և դա չի բերել նորածնիների մոտ հերպեսի դեպքերի ավելացմանը:

Management of genital herpes in pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Guideline No. 30, March 2002.

Սեռական հերպեսով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-48

- Ծննդաբերությունից 24-28 ժամվա ընթացքում դիտարկել վիրուսաբանական հետազոտության հնարավորությունը.
 - մոր առաջնային վարակը ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ, կամ սկզբնական փուլում,
 - հեշտոցային ծննդաբերություն,
 - վարակի ընդհանուր ախտանիշներ կամ մաշկի վեզիկուլներ:
- Գիտարկել հավավորության թուման անհրաժեշտությունը.
 - մոր առաջնային վարակը ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ, կամ սկզբնական փուլում,
 - հեշտոցային ծննդաբերություն,
 - վարակի ընդհանուր ախտանիշներ,
 - մաշկի վեզիկուլներ,
 - վիրուսային դրական կուլտուրա:
- Հակավիրուսային կանխարգելիչ բուժում խորհուրդ չի տրվում կատարել:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածինը կարող է մոր հետ համատեղ գտնվել, սակայն նրան պետք է առանձնացնել ուրիշ նորածնիներից.
 - նորածնին խնամելիս մայրը պետք է հստակորեն հետևի անձնական հիգիենայի կանոններին:

Եթե հայտնի է, որ մայրն ունի կրկնվող հերպես և երեխայի մոտ վարակի արտահայտման նշաններ չկան.

- սովորեցրեք ծնողներին վաղ ճանաչել սեռական հեռախոսի վարակի ախտանիշներն ու նշանները:

- քննարկեք նորածնից վերցված նյութի մանրէաբանական հետազոտության հնարավորությունը ծնվելուց հետո 24-48 ժամվա ընթացքում, վարակի նշանների ի հայտ գալու և/կամ մանրէաբանական հետազոտության դրական պատասխանի դեպքում բուժում նշանակեք:
- Եթե մոր մոտ առաջնային վարակ է.
- բժիշկների մեծ մասը խորհուրդ է տալիս ացիկլովիր երեխայի ծնվելուց և նրանից հետազոտման համար նյութը վերցնելուց անմիջապես հետո: Որոշ մասնագետներ այն կարծիքի են, որ նորածնի մոտ ախտանիշների բացակայության դեպքում բուժում հարկավոր չէ նշանակել, սակայն պետք է կատարել մանրէաբանական հետազոտություն,
- նորածինների բուժման ընտրանքային դեղամիջոց է ացիկլովիրը, այսօր այն խորհուրդ է տրվում կիրառել բարձր դեղաչափերով՝ օրական 60 մգ/կգ, 21 օր:

Tricia Lacy Gomella et al. Neonatology. Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 5th Edition, Medical Publishing Division, 2004.

Սեռական հերպեսի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-49

- Հղին պետք է.
 - խուսափի անպաշտպան սեռական հարաբերություններից, մշտապես օգտագործելով պահպանակ,
 - նվազեցնի սեռական զուգընկերների թիվը:
- Պտղին, նորածնին անհրաժեշտ է, որպեսզի կատարվի.
 - ժամանակին և համարժեք օրվա խորհուրդում, մոր մոտ՝ վարակի բուժում,
 - ռադիոնայ ծննդալուծում:

Սեռական հերպեսի կանխարգելման լավագույն մեթոդը վարկվելուց խուսափելն է: Կանխարգելման առաջնային մեթոդներ պետք է լինեն.

- սեռական զուգընկերների թվի նվազեցումը,
- պահպանակների մշտապես և ճիշտ օգտագործումը:

Սեռական հերպեսի կանխարգելումը ներառում է նաև ժամանակին ախտորոշումն ու բուժումը: Դա ոչ միայն նվազեցնում է վարակվածի մոտ բարդությունների առաջացման ռիսկը, այլև կանխում այլ մարդկանց վարակումը, ներառյալ ուղղաձիգ փոխանցումը:

WHO. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A guide to essential practice. Geneva, 2003.

Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ (ՑՄՎ) (1)

Սլայդ 10-1-50

- Հարուցիչը՝ *Cytomegalovirus*:
- Փոխանցվում է վարակված կենսաբանական հեղուկներով (թուք, մեզ, արյուն, սաղմ).
 - զարգացած երկրներում մեծահասակ բնակչության գրեթե 40%-ը, և զարգացող երկրներում՝ 100%-ը շճադրական են:
- Մայրական առաջնային վարակը առաջանում է հղիությունների 7- 4%-ի դեպքում:

Այն կանանց մոտ, ովքեր վարակվել են հղիությունից առնվազը 6 ամիս առաջ, ՑՄՎ հետ կապված բարդությունների առաջացման ռիսկը փոքր է, չի գերազանցում 1%-ը.

Cytomegalovirus (CMV). National Centers for Infectious Diseases Control (CDC), Division of Viral and Rickettsial Diseases, 2006

Stagno, S., and R. J. Whitley. Herpes virus infection of pregnancy. N. Engl. J. Med. 1985. 313:1270-1274

Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ (ՑՄՎ) (2)

Սլայդ 10-1-51

- Ուղղազիծ տրանսմիսիան տեղի է ունենում.
 - պլացենտայի միջոցով,
 - ծննդաբերության ժամանակ մոր արյան և/կամ հեշտոցային արտադրության միջոցով,
 - կրծքի կաթով:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - պտղի զարգացման կասեցման,
 - ցածր քաշի ծնվելիս/վաղաժամ ծննդաբերության,
 - պտղի անտենատալ մահվան,
 - նեոնատալ մահվան,
 - սեպսիսի,
 - մտավոր հետամնացության,
 - լսողության և տեսողության խանգարման,
 - լյարդի խրոնիկական հիվանդության:

Մորից պտղին փոխանցման մակարդակը տատանվում է 24 – 75%-ի սահմաններում և միջինում կազմում է 40%:

Վարակված պտուղների մոտավորապես 40%-ից 10-ը ունենում են բնածին ՑՄՎ՝ մոր առաջնային վարակման դեպքում, որը տեղի է ունեցել հղիության շրջանում:

Cytomegalovirus (CMV). National Centers for Infectious Diseases Control (CDC), Division of Viral and Rickettsial Diseases, 2006

Tricia Lacy Gomella et al. Neonatology. Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 5th Edition, Medical Publishing Division, 2004.

Organization of teratology information services (OTIS), Cytomegalovirus and Pregnancy, December 2001

ՑՄՎ վարակի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-52

- Առաջնային ՑՄՎ վարակը, որպես կանոն, անախտանիշ է ընթանում:
- Ճշգրտված շճարանական կոնվերսիան ապացուցում է առաջնային վարակի առկայությունը:
- Հղիության ժամանակ ՑՄՎ ռուտին սկրինինգ խորհուրդ չի սուրվում կատարել:
- ՑՄՎ արդյունավետ բուժում չկա:
- Պետք է դիտարկել հղիության ընդհատման հնարավորությունը մինչև 22-րդ շաբաթը, եթե.
 - ապացուցվել է մոր մոտ առաջնային վարակ +,
 - ամսիոցնետեզի դրական արդյունք + ,
 - ԳՁ ոչ բնորոշ նշաններ (քնածին արատներ, զարգացման կասեցում):
- Հղիին անհրաժեշտ է տեղափոխել հիվանդանոց և առանձնացնել մյուս հղիներից:

Կանանց մեծ մասը հիվանդության ախտանիշներ չի ունենում, որը նման է մոնոնուկլեոզի:

Ներկայումս նախաձննդյան շրջանում սկրինինգի անցկացումը անտեղի է համարվում, քանի որ չկան որոշման ճշգրիտ մեթոդներ, որպեսզի հնարավոր լինի նախապես ասել, թե որ հղիությունը կարող է հավանականորեն ավարտվել վարակված պտղով, և դրանցից որոնք կարող են լուրջ բարդություններ ունենալ: Բացի այդ, ներկայումս չկա շիճուկ կամ կանխարգելիչ բուժում, որոնք կարող են կանխել մորից պտղին վարակի փոխանցումը, ինչպես նաև անհնար է պարզել, արդյոք տեղի է ունեցել պտղի ներարգանդային վարակում, թե ոչ: Առկա տվյալները չեն վկայում հղիների շրջանում ռուտին սկրինինգի անցկացման նպատակահարմարության մասին, այդ պատճառով հարկավոր չէ առաջարկել այն անցկացնել:

Կարևոր է հիշել, որ ներկայումս ախտորոշված վարակի բուժման արդյունավետ միջոց գոյություն չունի: (Գանցիկլովիրը մուտագեն, տերատոգեն և քաղցկեղածին դեղամիջոց է):

ՑՄՎ-ով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը (1)

Սլայդ 10-1-53

- Ախտորոշվում է թքի կամ մեզի մեջ վիրուսի հայտնաբերմամբ:
- Բնածին ՑՄՎ վարակի բուժում չկա:
- Չափազանց ցածր քաշով ծնված նորածնի համար կրծքով կերակրելու կամ արհեստական սնուցման վերաբերյալ որոշում կայացրեք.
 - դիտարկեք կրծքով կերակրման առավելությունները և ՑՄՎ-ով վարակման հնարավորությունը:
 - կրծքի դոնորական կաթը ենթարկեք պատերիզացիայի, քննարկեք մոր կաթի ստուգման տարբերակը (հնարավոր է, որ վարակի փոխանցման ռիսկը ավելի ցածր լինի):
 - արհեստական սնուցում:

ՑՄՎ-ն բնածին վարակների կարևոր պատճառներից է:

Մորից վարակվածների մոտ առկա են 2 հնարավոր խնդիրներ.

- վարակված պտուղներից 10-15%-ի մոտ ծնվելուց հետո կարող է զարգանալ տարածուն գեներալիզացված վարակ:

Ախտանիշները տարբեր են, յարդի և փայծաղի չափավոր մեծանալուց սկսած (որը ուղեկցվում է դեղնախտով) ընդհուպ մինչև վարակի համատարած տարածումը: Կենդանի մնացած նորածիններից 80-90%-ը կյանքի առաջին տարիներին տարբեր բարդություններ են ունենում:

Վարակված պտուղներից 90%-ի մոտ ծնվելուց հետո կլինիկական ախտանիշներ չեն լինում, 5-10%-ի մոտ՝ հետագայում կարող են զարգանալ լսողական, մտավոր արատներ կամ ունենան տարբեր ծանրության աստիճանի կոորդինացիայի խանգարումներ:

ՑՄՎ ախտորոշման «ոսկե ստանդարտը» թքի կամ մեզի ցանքսն է: Ցանքներից շատը կյանքի 48-72 ժամվա ընթացքում դրական կլինի: Թուրք կարելի է հեշտ և առանց ծախսերի հավաքել, այս պատճառով շուտով թքի քննությունը կփոխարինի մեզի քննությամբ:

ՑՄՎ բուժման նպատակով հակավիրուսային որևէ դեղամիջոց մինչև օրս հավանության չի արժանացել:

Ծնվելիս ցածր քաշով նորածիիների կրծքով կերակրման վերաբերյալ որոշում պետք է ընդունել ՑՄՎ ռիսկի հետ կապված մայրական կաթի օգուտ տալու հարցին գնահատական տալուց հետո (AAP, 2005):

Անհաս նորածնի կրծքով կերակրման առավելությունները մայրական կաթի միջոցով ՑՄՎ փոխանցման ռիսկի վերաբերյալ մնում են վիճելի: «...Կրծքով կերակրման առավելությունները զգալիորեն գերակշռում են հասուն նորածինների վարակման նվազագույն ռիսկը, եթե նմանը ընդհանրապես գոյություն ունի:

Սակայն այս հարցը հատուկ ուշադրություն է պահանջում, եթե խոսքը գնում է անհաս նորածիններին, որոնց քաշը ծնվելիս փոքր է եղել, որոնք ՑՄՎ վարակման բարձր ռիսկի են վտանգված: Կրծքի կաթի հետազոտությունը կամ այն վնասազերծելու փորձերը սառեցման միջոցով կարող է օգտագործվել անհաս նորածինների խմբում, որոնք վարակման բարձր ռիսկ ունեն» Schleiss, MR (2006):

«...Վերջերս կատարած հետազոտություններից մեկում, որտեղ առավել զգայուն թեստեր են դրվել կրծքի կաթում ՑՄՎ հայտնաբերելու ուղղությամբ, ի ցույց դրվեց այն, որ վիրուսի ԴՆԹ-ն և նրա վարակելու ունակությունը անփոփոխ են, անգամ 10 օր -20 °C սառեցման դեպքում:

Պաստերացումը չեզոքացնում է ՑՄՎ-ի ունակությունը և պետք է կիրառվի միայն դոնորական կաթի նկատմամբ: ՑՄՎ-ով վարակված մայրերի համար, նրանց կրծքի կաթը սառեցված պահելու առումով, կատարյալ լուծում չէ, սակայն նվազեցնում է ՑՄՎ փոխանցման մակարդակը, այսինքն, այն վարակները, որոնք հսկողության տակ են եղել և անախտանիշ են ընթացել (Edmond & Rajiv WHO, 2006, p17) :

American Academy of Paediatrics, The American College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for PERINATAL CARE. 5th Edition, October 2002
Cytomegalovirus (CMV). National Centers for Infectious Diseases Control (CDC), Division of Viral and Rickettsial Diseases, 2006

American Academy of Paediatrics.
Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics; 115;496-506, 2005.
Schleiss, MR. Role of breast milk in acquisition of cytomegalovirus infection: recent advances. Current Opinions Pediatrics, Feb; 18(1):48-52, 2005.

Edmond, K and Rajiv, B. Optimal feeding of low-birth-weight infants: technical review. World Health Organization, 2006.

ՑՄՎ-ով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը (2)

Սլայդ 10-1-54

- Նորածնին պետք է առանձնացնել մյուս նորածիններից (քանի որ վիրուսը անջատվում է մեզի հետ), սակայն նա պետք է գտնվի մոր հետ համատեղ և ստանա օգնություն.
 - նորածնի հետ շփվելուց հետո բուժաշխատողները պետք է մանրակրկիտ ձեռով լվանան ձեռքերը:
- Դա հատկապես կարևոր է հղիների համար:

Վարակված նորածիններից կարող է վիրուս անջատվել մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի, որը հաճախ նորածնին խնամող բուժանձնակազմի համար խնդիր է:

Նման նորածինները պետք է առանձնացվեն մյուս նորածիններից, սակայն մայրերի հետ գտնվեն համատեղ:

Cytomegalovirus (CMV). National Centers for Infectious Diseases Control (CDC), Division of Viral and Rickettsial Diseases, 2006

ՑՄՎ վարակի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-55

- Հղին պետք է.
 - խուսափի անպաշտպան սեռական հարաբերություններից, մշտապես օգտագործելով պահպանակ,
 - խուսափի չթեստավորված արյուն փոխանակելուց,
 - մանրակրկտորեն լվանա ձեռքերը:
- Նորածնին խնամող բուժանձնակազմը խստիվ պետք է հետևի նախագրուշկան համընդհանուր միջոցների կատարմանը:

Ներկայումս բոլոր ուժերը կենտրոնացված են անվտանգ շիճուկի մշակման աշխատանքներին:

Բուժանձնակազմի զգուշավորության ստանդարտ մեթոդները, մասնավորապես տակաշորերը/փամփերաները փոխելուց հետո ձեռքերի մանրակրկիտ լվանալը, անհրաժեշտ են հատկապես հղիների խնամքի ժամանակ:

Tricia Lacy Gomella et al. Neonatology. Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 5th Edition, Medical Publishing Division, 2004.

Կարմրախտ

Սլայդ 10-1-56

- Հարուցիչը՝ rubella virus:
- Փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով:
- Մանկածնման տարիքի կանանց 5-20%-ը ընկալունակ են կարմրախտի/կարմրուկի նկատմամբ:
- Կարող է փոխանցվել պտղին պլացենտայի միջոցով:
- Հղիության մինչև 16 շաբաթը տերատոգեն ազդեցություն ունի և բերում է.
 - պտղի մահվան,
 - ծնվելիս ցածր թաշի,
 - կատարակտայի,
 - բնածին արատների,
 - մտավոր հետամնացության,
 - խլության:

Հղիության վաղ շրջանում վարակումը կարող է բերել պտղի մոտ արատների զարգացման:

Առավելագույն ռիսկը պտղի համար արձանագրվում է, եթե մայրը վարակվում է հղիության մինչև 16-րդ շաբաթը:

Եթե վարակն ախտորոշվել է առաջին 16 շաբաթների ընթացքում, անհրաժեշտ է առաջարկել հղիին ընդհատել հղիությունը:

Հետևյալնախապահանքային կանխարգելման նպատակով իմունոգլոբուլինի ռուտին կիրառում չի թույլատրվում կատարել, թեև դա կարող է նպատակահարմար լինել, եթե կինը վարակված է կարմրախտով, սակայն հղիության ընդհատումը հնարավոր տարբերակ չէ:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford university press, Third edition, 2000.

Կարմրախտի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության շրջանում

Սլայդ 10-1-57

- Ախտորոշումը հիմնված է յուրահատուկ հակամարմինների (IgM և IgG) որոշման վրա:
- Պատվաստման մասին փաստաթղթային ապացույց չունեցող բոլոր հղիները պետք է ենթարկվեն հետազոտության՝ կանանց կոնսուլտացիա առաջին իսկ այցի ժամանակ.
 - կարմրախտի հատուկ բուժում չկա,
 - եթե վարակն ախտորոշվել է մինչև հղիության 16-րդ շաբաթը, պետք է առաջարկել կնոջը ընդհատել հղիությունը:
- Հղիին պետք է առանձնացնել մյուս հղիներից (կամ պտտենցիալ հղիներից).
 - կարմրախտի սուր ընթացքի դեպքում պետք է խուսափել հղիին հիվանդանոց տեղափոխելուց (բացառությամբ ծննդաբերության):

Հակամարմինների նկատմամբ սկրինինգի անցկացում պետք է առաջարկել բոլոր հղիներին, եթե կանանց կոնսուլտացիա առաջին այցի ժամանակ պատվաստման մասին տվյալները ճշգրտված չեն (հատկապես մինչև 12-րդ շաբաթը):

Կարմրախտի ախտորոշում կայացնել հավանականության բարձր աստիճանով դժվար է, եթե հղին շփվել է հիվանդների հետ կամ նրա մոտ կան կարմրախտի նման դրսևորումներ: Լաբորատորիա անհրաժեշտ է ներկայացնել հիվանդության մասին մանրակրկիտ տվյալներ, քանի որ ռուտին սկրինինգի անցկացումը բավարար չէ և անհրաժեշտ է լրացուցիչ թեստերի կատարում IgM-ի նկատմամբ հակամարմիններ բացահայտելու ուղղությամբ:

Եթե նյութի հավաքում կատարվել է հիվանդի հետ շփումից քիչ ժամանակ անց, հնարավոր է ստացվեն կեղծ-բացասական պատասխաններ:

Հակամարմինների ռեակցիայի մոդելը սուր ընթացքով և կրկնակի վարակի նկատմամբ կտատանվի, կապված թեստավորման կիրառվող մեթոդի հետ, և արդյունքի ճիշտ բացատրման համար անհրաժեշտ է փորձագետի խորհրդատվություն:

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford university press, Third edition, 2000.

Կարմրախտով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-58

- Ախտորոշումը ճշգրտվում է քիթ-ընկանում և մեզում վիրուսի հայտնաբերմամբ:
- Հատուկ բուժում չկա:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածնին պետք է մեկուսացնել մյուս նորածիններից (քանի որ վիրուսն արտազատվում է կենսաբանական հեղուկների միջոցով), սակայն նորածինը պետք է մնա մոր հետ համատեղ:
- Նորածնի խնամքը պետք է իրականացնեն մայրը կամ պատվաստված բուժանձնակազմը:

Վիրուսը կարող է հայտնաբերվել ցանքսում մեկ տարվա ընթացքում: Ավելի լավ է նյութը վերցնել բկանցքից կամ քթի խոռոչից, կոնյունկտիվայից, մեզից, ողնուղեղային հեղուկից (պատասխանի արդյունավետությունը՝ ըստ թվարկվածի նվազման է):

Բնածին կարմրախտով ծնված նորածինները կյանքի առաջին տարում կոնտագիոզ են համարվում, պետք է մեկուսացվեն մյուս նորածիններից այնքան ժամանակ, մինչև նրա քթի խոռոչից, բկանցքից և մեզից վերցված նյութի ցանքսը կրկնակի անգամ բացասական պատասխան ունենան: Սակայն այդ նորածինները պետք է գտնվեն մոր հետ համատեղ:

Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ: Կրծքով կերակրող պատվաստված հղիների համար. կարմրախտի վիրուսը կարող է լինել կրծքի կաթում, սակայն կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ, այդ պատճառով ապացույցներ այն մասին, որ կարմրախտի վիրուսը կարող է որևէ վնաս հասցնել նորածնին, չկան:

Tricia Lacy Gomella et al. Neonatology. Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 5th Edition, Medical Publishing Division, 2004.

Կարմրախտի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-59

- Դեռահասների համընդհանուր պատվաստումը ♀ & ♂ նպաստում է զգալիորեն նվազման,
 - կարմրախտի զրանցված դեպքերի,
 - բնածին կարմրախտի:
- Շինուկը չպետք է օգտագործել հղիներին պատվաստելու համար:
- Կնոջը պետք է պատվաստել ծննդաբերելուց, ինքնաբեր կամ բժշկական արտոնից հետո:
- Պատվաստումից հետո 3 ամիս կինը պետք է կիրառի հակաբեղմնավորման հուսալի մեթոդներ:

Կարմրախտի դեմ պատվաստման ծրագրերի նպատակն է բնածին կարմրախտի համախտանիշի կանխումը:

Գոյություն ունեն կարմրախտի դեմ պատվաստման երկու մոտեցում. պարտադիր և սելեկտիվ պատվաստում:

Երեխայի պարտադիր պատվաստումը բերում է կարմրախտի բացահայտված դեպքերի և կարմրախտով առաջացրած զարգացման բնածին արատների դեպքերի զգալի նվազմանը:

Պետք է հասնել պատվաստման բարձր մակարդակի և այն պահպանել, ինչպես նաև անհրաժեշտ է պատվաստել մանկածնման տարիքի բոլոր կանանց, ովքեր կարմրախտի նկատմամբ իմունիտետ չունեն:

Պատվաստման մասին չճշգրտված տվյալներով հղիներին պետք է առաջարկել պատվաստվել ծննդաբերելուց, վիժումից կամ արբորից հետո, երբ մոտակա 30 օրվա ընթացքում հղիանալու հավանականությունը ցածր է:

Հակամարմիններ արտադրվում են պատվաստված գրեթե բոլոր հղիների մոտ, իսկ կողմնակի երևույթները աննշան են լինում:

Հղիներին պետք չէ պատվաստել կարմրախտի դեմ, սակայն պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնել նրանց, ովքեր այնուամենայնիվ պատվաստվել են կամ հղիացել պատվաստումից հետո 3 ամսվա ընթացքում:

Տոքսոպլազմոզ

Սլայդ 10-1-60

- Հարցուցիչը՝ *Toxoplasma gondii*:
- Համեմատաբար հաճախ հանդիպող վարակ է:
 - տարածված է մանկածնման տարիքի կանանց շրջանում, տարբեր երկրներում տարբեր չափով,
 - փոխանցվում է կատուների արտաթորանքի (ֆեկալիաներ) և/կամ վարակված կաթի և/կամ մսի միջոցով:
- Ուղղաձիգ տրանսմիսիան տեղի է ունենում պլացենտայի միջով.
 - բնածին վարակի հաճախականությունը կազմում է 1/1000-1/10000 կենդանածնի նկատմամբ:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - հիդրոցեֆալիայի,
 - խորիոտեխինիտի,
 - ներզանգային կալցիֆիկատների:

Տոքսոպլազմոզը հղիության ժամանակ կարող է փոխացվել պլացենտայի միջով և առաջացնել ներարգանդային մահ, պտղի աճի զարգացման դանդաղում, մտավոր զարգացման հապաղում, լսողության արատներ, կուրություն:

Փոխանցման ռիսկը հիմնականում առցիացվում է առաջնային վարակի հետ: Հաշվետվությունների տվյալների համաձայն, հղիության ժամանակ առաջնային վարակման հաճախականությունը տատանվում է Եվրոպայում՝ 2,4-16/1000, ԱՄՆ-ում՝ 2-6/1000: Պտղի բնածին վարակի ռիսկը նվազագույնն է (10-25%), եթե մայրը վարակվում է հղիության առաջին եռամսյակում, և ամենաբարձրը՝ (60-90%)՝ երրորդ եռամսյակում: Չնայած դրան, պտղի ախտահարումը ավելի ծանր է լինում, եթե վարակում կատարվում է առաջին եռամսյակում: Հղիության ժամանակ սուր (առաջնային) *T. gondii* առաջացրած բնածին վարակի ընդհանուր ռիսկը տատանվում է 20-50%-ի սահմաններում:

Dunn D, Wallon M, Peyron F, Petersen E, Peckham C, Gilbert R. Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: risk estimates for clinical counselling. Lancet 1999;353:1829-33.

Տոքսոպլազմոզի ախտորոշումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-61

- Հաճախ անախտանիշ է ընթանում:
- Շճաբանական կոնվերսիայի հայտնաբերումը՝ տարած վարակի լավագույն ապացույցն է:
- Ուղղաձիգ տրանամիսիայի ռիսկը կախված է մոր վարակվելու ժամկետից.
 - պտուղների գրեթե 17%-ը վարակվում է մոր առաջնային վարակի դեպքում, հղիության առաջին եռամսյակում, նրանցից 14%-ի մոտ ծանր ախտահարումներ են լինում,
 - պտուղների գրեթե 65%-ը վարակվում է մոր առաջնային վարակի դեպքում, հղիության առաջին եռամսյակում, նրանցից 0%-ի մոտ ծանր ախտահարումներ են լինում:
- Սերինինգ անցկացվում է տեղային խորհրդատվության դեպքում.
 - խորհուրդ է տրվում անցկացնել համատարած սերինինգ ֆրանսիայում և Ավստրիայում:

Եթե հղիի մոտ *T. Gondii* սուր վարակի կասկած կա, անհրաժեշտ է ախտորոշումը ճշտել: Տոքսոպլազմոզը սովորաբար ախտորոշվում է վարակի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերմամբ:

IgM-ի նկատմամբ հակամարմինների բարձր պարունակությունը թույլ չի տալիս ընթացիկ վարակը տարբերել առաջներում ձեռք բերված վարակից: IgG նկատմամբ հակամարմինների բացահայտումը կիրառվում է վարակի վաղեմությունը որոշելու նպատակով՝ IgG նկատմամբ ստացված բացասական պատասխանը համակցված IgM նկատմամբ դրական պատասխանի հետ խոսում է 6 ամսից ոչ պակաս վարակման ժամկետի մասին:

Չնայած դրան, IgM նկատմամբ դրական պատասխանի բացատրումը բարդանում է նաև IgM նկատմամբ հակամարմինների առկայությամբ վարակումից հետո մինչև 18 ամիս և կեղծ-դրական պատասխանների մեծ քանակությամբ: Այս պատճառով դրական թեստերը պետք է հաստատվեն մասնագիտացված լաբորատորիաների կողմից:

Jones J., Lopez A., Wilson M. Congenital Toxoplasmosis. Am Fam Physician 2003; 67:2131-8,2145-6

Տոքսալլազնոզի բուժումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-62

- Հատուկ բուժում.
 - սպիրամիցին, ռովամիցին.
 - թանկ է և մատչելի չէ բոլոր երկրներում,
 - պիրիմետամին.
 - բարձր տոքսիկ (ֆոլաթթվի անտագոնիստ), խորհուրդ չի տրվում կիրառել հղիության մինչև 18-րդ շաբաթը:
- Չկան ապացույցներ, որ բուժումը կանխում է բնածին արատները կամ պտղի ախտահարումը:
- Կնոջը պետք չէ մեկուսացնել մյուս հղիներից:

Հղիության ժամանակ սպիրամիցինը, ռովամիցինն ու պիրիմետամինը կիրառվում են տոքսալլազնոզը բուժելու համար:

Չկան հստակ ապացույցներ, որ բուժումը կանխում է բնածին տոքսալլազնոզի կամ պտղի ախտահարումը:

Piero Olliaro. Congenital toxoplasmosis. Clin Evid 2004;12:1058–1061

Տոքսալլազնոզով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-63

- Հարուցիչ անջատում հարպտոլազերից, պորտի արյունից կամ պլազենտայից:
- Սպեցիֆիկ հակամարմինների խորհուրդ տրվող չափերը (IgM, IgG):
- Վարակի կասկածի դեպքում խորհուրդ տրվում է նույնի թաղանթի խանգարումների հետազոտություն:
- Բուժման խորհուրդ տրվող պետման.
 - պիրիմետամին + սուլֆադիազին + ֆոլաթթու
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածինը կարող է գտնվել մոր հետ համատեղ:

Պորտի արյունից, ամնիոտիկ հեղուկից կամ պլազենտայից վերցված նյութի ցանքս հնարավոր է կատարել, սակայն իրականացումը միշտ չէ, որ հնարավոր է:

Միկրոօրգանիզմների առկայությունը պլազենտայի հյուսվածքներում պտղի վարակման հստակ ապացույց է:

Բնածին տոքսալլազնոզի ախտորոշումը հաճախ հիմնված է կլինիկական տվյալների և շճաբանական թեստերի վրա: Բնածին տոքսալլազնոզը կարող է ի հայտ գալ վաղ նեոնատալ շրջանում կամ ավելի ուշ: Օբստրուկտիվ հիդրոցեֆալիայի, խորհուրդ տրվում է ներգանգային կալցիֆիկատների առկայությունը տոքսալլազնոզի դասական եռյակի ախտանիշներն են:

Կլինիկորեն ապացուցված հիվանդությանը նորածինները կարող են ունենալ տարածված (դիսսեմինացված) և ԿՆՀ կամ աչքերի մեկուսացված հիվանդություններ: Ավելի ուշ առաջացած բարդությունները բնորոշ են ԿՆՀ և աչքերի հիվանդություններին:

Նորածինների բուժման նպատակով կիրառվում է հետևյալ դեղամիջոցների համակցում. պիրիմետամին, սուլֆադիազին և ֆոլաթթվի հավելում:

Տոքսալլազնոզով վարակված մայրերից ծնված առողջ նորածինները կարող են պրեվենտիվ բուժում ստանալ, մինչև որ թեստերի արդյունքում կորոշվի հարուցիչ առկայությունը կամ 4 շաբաթվա ընթացքում:

Եթե բնածին տոքսոպլազմոզի ախտորոշումը ավելի ուշ է կայացվում, բուժումը պետք է շարունակել նույնպիսի ժամանակահատվածում, ինչպես և սուրկլինիկական ընթացքի դեպքում: Պիրիմետամինով և սուլֆադիազինով բուժում ստացող նորածիններին անհրաժեշտ է շաքարը մեկ անգամ ենթարկել արյան քննության, որոշել արյան մեջ թրոմբոցիտների քանակը, կատարել մեզի մանրադիտակային քննություն, որպեսզի ժամանակին որոշվեն բուժման հետևանքով առաջացած կողմնակի հնարավոր երևույթները:

Tricia Lacy Gomella et al. Neonatology. Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 5th Edition, Medical Publishing Division, 2004. American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for PERINATAL CARE. 5th Edition, October 2002.

Տոքսոպլազմոզի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-64

- Մանկածնման տարիքի կանանց համար նախատեսված ծրագրերը նպաստում են հղիության շրջանում առաջնային տոքսոպլազմոզի դեպքերի նվազեցմանը:
- Հղիները պետք է տեղեկացված լինեն, որ.
 - ուտելիքը պետք է պատրաստված լինի մանրակրկտորեն ջերմային մշակման ենթարկված,
 - միրգը և բանջարեղենը պետք է լավ լվացված և մաքրված լինեն,
 - ավազի կամ հողի հետ աշխատանք կատարելիս կիր պետք է ձեռնոցներ հագնի,
 - պետք է խուսափել կատունների կղանքից,
 - անհրաժեշտ է մանրակրկիտ լվանալ ձեռքերը:

Որպեսզի տոքսոպլազմոզով և այլ ինֆեկցիաներով սննդի միջոցով վարակումը կանխարգելվի, ուտելիքը պետք է պատրաստել անվտանգ ջերմաստիճանով (71°C (160°F)):

Մանկածնման տարիքի կանանց մոտ տոքսոպլազմոզի կանխարգելմանն ուղղված ուսումնական ծրագրերում պետք է ներառվեն *T. gondii* սննդամթերքից և հողից փոխանցման կանխարգելման մասին տեղեկատվություն: Կանանց կոնսուլտացիա առաջին այցի ժամանակ բուժանձնակազմի աշխատողները պետք է պատմեն կնոջը սննդի հիգիենայի պահպանման կանոնների և կատունների կղանքի միջոցով վարակի փոխանցման մասին:

Բուժանձնակազմը պետք է հղիներին ծանոթացնի երկու խնդրի հետ, որոնք կարող են առաջանալ *T. gondii*-ի շճաբանական թեստ անցկացնելուց հետո.

1. ոչ մի հետազոտությամբ հնարավոր չէ հստակ պարզել, թե երբ է տեղի ունեցել առաջնային վարակումը:

2. *T. gondii*-ի ցածր հաճախականությամբ խմբերում IgM նկատմամբ դրական պատասխանների մեծ մասը իրականում կարող է կեղծ-դրական լինել:

Մալարիա

Սլայդ 10-1-65

- Հարուցիչները՝ *Plasmodium vivax*, *P. malariae*, *P. falciparum*, և *P. ovale*-ն՝ էպիդեմիկ անբարենպաստ տարածաշրջաններում:
- Փոխանցվում է *Anopheles* տեսակի մոծակների խայթոցներով:
- Պտղին պլացենտայի միջով հազվադեպ է փոխանցվում:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - մայրական մահվան,
 - ինքնաբեր արորտի,
 - վաղաժամ ծննդաբերության,
 - ծնվելիս պտղի ցածր քաշի,
 - մեռելածնության,
 - նեոնատալ մահվան:

Մալարիան պարագիտային հիվանդություն է: Ծանր ընթացքով մալարիան հիմնականում հարուցվում է *plasmodium falciparum*-ի կողմից: Վերջին տասնամյակներում ենթադրությունն այն մասին, որ ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում մալարիա չկա, փոխվել է:

Անցյալ դարի 80-ականներից մինչև օրս երկրների քանակը, որոնցում մալարիայի դեպքեր են գրանցվել, աճել է 3-ից մինչև 10-ի:

90-ականների սկզբում մալարիայի մնացորդային օջախների գոյությունը, քաղաքական և սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի վատթարացումը, բնակչության զանգվածային միգրացիան, էքստենսիվ զարգացման նախագծերը և գործնականորեն մալարիայի հսկման և կանխարգելման ակտիվ միջոցառումների դադարումը հիվանդության փոխանցման ու տարածման համար բարենպաստ պայմաններ ստեղծեցին: Արդյունքում 1995-ից սկսած, կենտրոնական Ասիայի, Անդրկովկասի երկրներում լայնածաված համաճարակներ սկսվեցին: Ադրբեյջանը, Թուրքիան տառապում են բռնկումներից, մինևույն ժամանակ Հայաստանում, Թուրքմենստանում և Ղրղզստանում տեղի ունեցան հիվանդության ավելի փոքր ծավալներով բռնկումներ:

Մալարիայի ախտորոշումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-66

- Կլինիկական բնորոշ ախտանիշներն են.
 - դողով ուղեկցվող տենդ,
 - պրոֆուզ քրտնարտադրություն,
 - գլխացավ:
- Վերջնական ախտորոշում կայացնելու համար կիրառվում են 2 մեթոդ. մանրադիտակային և ախտորոշման էքսպրես-թեստեր:
- Վարման օպտիմալ ռազմավարության ընտրություն կատարելու նպատակով անհրաժեշտ է համապատասխան մասնագետների խորհրդատվությունը:

Սուր ընթացքով մալարիայի ախտանիշների առկայության դեպքում հղիները պատկանում են բարձր ռիսկի խմբին և պետք է ընդունեն հակամալարիային արդյունավետ դեղամիջոցներ:

Հղիության ժամանակ մալարիան հանգեցնում է նորածնի ցածր քաշի, սակավարյունության զարգացման, ցածր տարածվածություն ունեցող տարածաշրջաններում ծանր ընթացքով մալարիայի բարձր ռիսկ կա: Հիվանդության լայնորեն տարածվածությամբ տարածաշրջաններում, չնայած պտղի աճի վրա բացասական ազդեցության, մալարիան հղիության շրջանում անախտանիշ է ընթանում: Ներկայումս հղիության շրջանում կիրառվող հակամալարիային դեղամիջոցների արդյունավետության մասին տեղեկատվությունը անբավարար է, հատկապես առաջին եռամսյակում վարակված հղիների համար: Այս պատճառով բուժման վերաբերյալ խորհրդատվությունը կարող է տարբերվել ոչ հղիների բուժումից:

Օրգանոգենեզը տեղի է ունենում հիմնականում հղիության առաջին եռամսյակում, հենց այդ պատճառով էլ այս շրջանում ավելի մեծ է անհանգստությունը տերատոգեն ազդեցության վերաբերյալ, իսկ նյարդային համակարգի զարգացումը տեղի է ունենում մշտապես, ամբողջ հղիության ընթացքում:

Վերջնական ախտորոշում կայացնելու համար կիրառվում են երկու մեթոդ՝ **մանրադիտակային և ախտորոշման էքսպրես** թեստեր: Մանրադիտակային թեստն ունի առավելություններ՝ ցածր արժեքի, ինչպես նաև բարձր զգայունության ու սպեցիֆիկության պատճառով, երբ իրականացվում է լավ նախապատրաստված մասնագետի կողմից:

Ախտորոշման էքսպրես թեստերը մալարիայի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման ուղղությամբ, ընդհանուր առմամբ ավելի թանկ արժեն, սակայն դրանցից որոշ տեսակների արժեքը վերջերս նվազել է, ինչը որոշ երկրներում տնտեսապես հիմնավորված ու մատչելի է դարձնում դրանց կիրառումը:

WHO, guidelines for the treatment of Malaria, 2006, WHO/HTM/MAL/2006/1108

Մալարիայի բուժումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-67

- Բուժումը պետք է սկսել անմիջապես ախտորոշումը կայացնելուց հետո, հաշվի առնելով.
 - պլազմոդիումի տիպը,
 - դեղորայքային հնարավոր ռեզիստենտությունը,
 - հիվանդության ծանրության աստիճանը:
- Բլոբոլին per os.
 - օրական 1 անգամ, 3 օր, ԿԱՄ
- Սուլֆոդոքսին 500 մգ+ պիրիմետամին 25 մգ per os
 - միանվագ դեղաչափը (3 հարթ) բուժիտատուության պայմաններում:
- Հղիին պետք է տեղափոխել հիվանդանոց միայն ծանր դեպքերում:
- Կնոջը մյուս հղիներից մեկուսացնելու կարիք չկա:

Հղիության առաջին եռամսյակում կիրառման համար անվտանգ համարվող հակամալարիային դեղամիջոցներն են խինինը, քլորխինինը, պրոգուանիլը, պիրիմետամինը և սուլֆադոքսին-պիրիմետամինը:

Ելնելով վերը նշվածից, Խինինը համարվում է ամենաարդյունավետը և կարող է կիրառվել հղիության երեք եռամսյակների ընթացքում, ներառյալ

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

առաջինը: Իրականում կանայք հաճախ առաջին եռամսյակում չեն իմանում իրենց հղիության մասին ու դա է պատճառը, որ բազային անհրաժեշտ բուժում չեն ստանում հղիության վաղ շրջանում:

Եթե կինը հակամալարիային բուժում չի ստացել, դա դեռ հիմք չէ հղիությունն ընդհատելու համար:

Հղիության II և III եռամսյակներում արտեմիզինինի կիրառման մեծ փորձ է կուտակվել (ավելի քան 1000 ճշգրտված հղիության դեպքում):

Կողմնակի երևույթներ չեն արձանագրվել ոչ մոր և ոչ էլ պտղի համար:

Առավելությունների գոյություն ունեցող գնահատականը համեմատած հնարավոր ռիսկերի հետ վկայում է այն մասին, որ արտեմիզինինի դերիվատները պետք է կիրառվեն չբարդացած մալարիայի բուժման դեպքում, որը հարուցվել է *P. falciparum*-ով հղիության II և III եռամսյակներում, սակայն դրանք չի կարելի օգտագործել առաջին եռամսյակում այնքան ժամանակ, մինչև ավելի շատ լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալը:

Կրծքով կերակրող կանայք պետք է ստանան հակամալարիային ստանդարտ բուժում, բացառությամբ տետրացիկլինների և դիապոնի, որոնց օգտագործումը պետք է լակտացիայի շրջանում դադարեցնել:

WHO, guidelines for the treatment of Malaria, 2006, WHO/HTM/MAL/2006/1108
WHO, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care:
A guide for essential practice. Geneva, 2006.

Մալարիայով հիվանդ մորից ծնված նորածնի վարումը

Սլայդ 10-1-68

- Եթե ծննդաբերելուց առաջ կինը ստացել է հակամալարիային դեղամիջոցներ, պետք է դեղնախտի նկատմամբ հսկողություն սահմանել:
- Նեոնատալ մալարիայի նշանները հատկանշական չեն և նման են սեպսիսի նշաններին:
- Նորածնի մոտ մալարիայի ախտորոշումը ճշտելուց հետո կատարեք բուժում.
 - խինինի հիդրոքլորիդ, բացված ֆիզիոլոգիական լուծույթում, ն/ե:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածինը կարող է գտնվել մոր հետ համատեղ:

Բնածին մալարիան հազվադեպ է լինում: Կլինիկական ախտանիշները նման են նեոնատալ սեպսիսի ախտանիշներին: Մալարիայի կրծքի կաթով փոխանցման դեպքերի մասին ապացույցներ չկան: Նորածնի վարակման առավելագույն վտանգը մոծակի խայթոցն է:

Ruth A. Lawrence, Robert M. Lawrence. BREASTFEEDING.
A guide for medical profession. 6th Edition, 2005

Մալարիայի կանխարգելումը

Սլայդ 10-1-69

- Էնդեմիկ գոտիներում՝ ազգային նորմերի համաձայն, բոլոր հղիներին ցուցված է կանխարգելիչ բուժում հղիության 2-3 եռամսյակից առաջ.
 - սուլֆոդոքսին միանվագ 500 մգ + պիրիմետամին 25 մգ (3 հաբ) per os,
 - հակամոծակային ցանցի օգտագործում:
- Խուսափել էնդեմիկ գոտիներում ճանապարհորդելուց, բացառությամբ ծայրահեղ դեպքերի:
- Եթե ճանապարհորդությունն անխուսափելի է, խորհուրդ է տրվում կանխարգելիչ հատուկ միջոցներ ձեռք առնել.
- Պտղի/նորածինի համար անհրաժեշտ է.
 - մոր մոտ մալարիայի արդյունավետ բուժումը,
 - հակամոծակային ցանցի կիրառումը:

Կանխարգելումը հիմնված է հետևյալ սզրունքների վրա.

- դիէթիլ-մետատոլուամիդային ռեպելենտի կիրառմամբ մոծակի խայթոցի կանխարգելում, հակամոծակային պաշտպանիչ ցանցերի կիրառում, ինչպես նաև մարմնի մեծ մասը ծածկող հագուստ,

- վարակման հնարավոր ռիսկի գնահատական,
- հակամալարիային դեղամիջոցների կանխարգելիչ նշանակումը ռիսկի խմբերին, օրինակ պարբերաբար կանխարգելիչ միջոցառումներ կատարող հղիներին:

Կանխարգելման և ոչ մի սխեմա լիարժեք պաշտպանություն չի ապահովում: Նշանակված ցանկացած դեղամիջոցի արդյունավետություն աշխարհի տարբեր տարածաշրջաններում տարեցտարի տատանվում է, այդ պատճառով շատ կարևոր է ժամանակին թարմ տեղեկություններ ունենալ:

Համաճարակի չենթարկված երկրներից ճանապարհորդները նախքան մալարիայի ռիսկով տարածաշրջան մուտք գործելը պետք է կանխարգելիչ միջոցներ ձեռնարկեն:

WHO, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva, 2006.

Տրիխոմոնիազ

Սլայդ 10-1-70

- Հարուցիչը՝ *Trichomonas vaginalis*.
- Փոխանցվում է սեռական ճանապարհով, կարող է նպաստել ՄԻԱՎ-ի և գոնորեայի փոխանցման:
- Աշխարհում տարեկան վարակվում է գրեթե 120 մլն կին:
- Կարող է պատճառ դառնալ.
 - պտղաթաղանթների վաղաժամ պատուման,
 - վաղաժամ ծննդաբերության:
- Ախտորոշումը.
 - հեշտոցից վերցված քսուքի մանրադիտակային քննություն,
 - միկրոկենսաբանական քննություն (որի զգայունությունն ավելի մեծ է):
- Կանխարգելում.
 - խուսափել անպաշտպան սեռական հարաբերություններից, մշտապես օգտագործելով պահպանակներ:

Տրիխոմոնիազը չբուժվելու դեպքում մոր մոտ կարող է զարգանալ ուրետրիտ կամ ցիստիտ, որոնք հաճախ անախտանիշ են ընթանում:

Հղիության շրջանում տրիխոմոնիազը կարող է պտղաթաղանթների վաղաժամ պատման և վաղաժամ ծննդաբերության պատճառ դառնալ:

Տրիխոմոնոսիսների բացահայտումը նատիվ քսուքում չի ազդում վաղաժամ ծննդաբերության առաջացման հաճախականության վրա:

Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2.

Տրիխոմոնիազի ախտորոշումն ու բուժումը հղիության ժամանակ

Սլայդ 10-1-71

- Վարակված կանանց 50%-ի մոտ ախտանիշներ չեն լինում:
- Անախտանիշ ընթացող վարակի դեպքում հղիների ռուտին սկրինինգ խորհուրդ չի տրվում կատարել:
- Տրիխոմոնիազի ախտանիշներ ունեցող հղիները պետք է բուժում ստանան.
– պտղի վրա մետրոնիդազոլի տերատոգեն ազդեցության մասին ապացույցներ չկան:
- Հղիին պետք չէ տեղափոխել հիվանդանոց և մեկուսացնել մյուս հղիներից:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Նորածինը կարող է գտնվել մոր հետ համատեղ:

Անախտանիշ ընթացքով տրիխոմոնիազի բուժումը չի նպաստում վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման:

Խորհուրդ չի տրվում ռուտին սկրինինգ կատարել անախտանիշ ընթացքով տրիխոմոնիազի դեպքում:

Տրիխոմոնիազի ախտանիշներով կանանց անհրաժեշտ է բուժման նպատակով նշանակել մետրոնիդազոլ:

Բուժման խորհուրդ տրվող սխեման.

- մետրոնիդազոլ per os 2 գ, միանվագ ԿԱՄ
- մետրոնիդազոլ per os 500 մգ, օրը երկու անգամ, 7 օր:

Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-94

Վարակներ, որոնք չեն ազդում հղիության ընթացքի վրա Վազինալ կանդիդոզ

Սլայդ 10-1-72

- Հարուցիչը՝ *Candida albicans*, մարդու միկրոֆլորայի բնականոն բաղադրիչ:
- Փոխանցվում է կենսաբանական հեղուկներով կամ հիվանդի և կրողների արտադրությամբ:
- Հղիության ընթացքի և պտղի զարգացման վրա ունի աննշան ազդեցություն, սակայն մորը անհարմարավետություն է պատճառում:
- Բուժումը ցուցված է ախտանիշների առկայության դեպքում:
- Պտղի վարակում կարող է տեղի ունենալ միայն ծննդաբերական ուղիներով անցնելիս:
- Կրծքով կերակրումը հակացուցված չէ:
- Երեխան և մայրը կարող են միասին մնալ:

Ախտորոշումը դրվում է հեշտոցից վերցված քսուքի մանրադիտակային քննության հիման վրա: Ախտորոշումը ճշտելու նպատակով կատարվում է ցանքս:

Սկրինինգ անցկացնել խորհուրդ չի տրվում:

Բուժումը կարելի է անցկացնել ֆլուկոնազոլով կամ տեդային եղանակով՝ կլոտրիմոզոլով, միկոնազոլով, նատամիցինով, բետակոնազոլով, տերկոնազոլով, թիոկոնազոլով կամ նիստատինով, սակայն շատ հաճախ վարակը կրկնվում է, իսկ դեղամիջոցները թանկ են:

Կարևոր է հիշել, որ մոր կողմից per os ընդունված դեղամիջոցների ազդեցությունն անհայտ է:

Կնոջը հիվանդանոց տեղափոխելու կամ նրան մյուս հոլիներից մեկուսացնելու կարիք չկա:

Կանխարգելումը. վաղ հայտնաբերումն ու բերանի խոռոչի, կերակրափողի ու միզապարկի ցանկացած վարակի բուժումն է:

Նորածինը պետք է գտնվի մոր հետ միասին, ինչպես նաև կերակրվի մոր կաթով:

WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002.
James Chin. An official report of American Public Health Association.
Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000.

Սկրինինգի հաջող ծրագրի բնութագրերը

Սլայդ 10-1-73

- | |
|---|
| <p>Երբեք մի կատարեք սկրինինգ վարակների նկատմամբ, եթե ապացուցված չէ, որ սկրինինգն օգտավետ է.</p> <ul style="list-style-type: none"> - սկրինինգը պետք է հանրային առողջապահության խնդիր համարվի: - հիվանդության պատմությունը պետք է լավ ուսումնասիրված լինի: - սկրինինգային թեստերը պետք է ճշգրիտ և հավաստի լինեն: - սկրինինգային թեստերը և դրանց դերը հետագա ակտորոշման և բուժման համար պետք է ընդունելի լինեն: - կան համապատասխան պայմաններ բացահայտված խնդրի արդյունավետ բուժման համար: - բուժման արդյունավետությունն ապացուցված է: - սկրինինգի առավելությունները գերակշռում են ֆիզիկական և հոգեբանական վնասի հավանականությունը: - սկրինինգի առավելությունները արդարացնում են կատարված ծախսերը: |
|---|

Երբեք մի կատարեք սկրինինգ, եթե արդյունքներն անհայտ են և գործնական արժեք չունեն կամ կնոջ հետազոտության դրական պատասխանով բուժումն անհնար է պահուստների անբավարար լինելու պատճառով:

Ախտորոշում կայացնելիս պետք է օգտագործել միջազգային հանրության կողմից ընդունված սահմանումները, օրինակ, բակտերիաների առկայությունը միշտ չէ, որ վկայում է վարակի գոյության մասին: Ազգային ձեռնարկների համաձայն, տարբեր երկրներում կան սկրինինգի անցկացման տարբեր ծրագրեր:

Ավստրալիայում խորհուրդ է տրվում սկրինինգի հետևյալ ծրագիրը.

- կարմրախտի IgG,
- B հեպատիտի մակերեսային անտիգեն,
- սիֆիլիս,
- հակամարմիններ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ,
- մեզի ցանքս,
- B խմբի ստրեպտոկոկի նկատմամբ հեշտոցային/ ռեկտալ քսուք:

Հետազոտություններ, որոնք խորհուրդ չի տրվում կատարել

Ավստրալիայում որպես անտենատալ սկրինինգ.

- ցիտոմեգալովիրուս IgG և IgM.
 - շճաբացասական կանանց համար չկա արդյունավետ համապատասխան բուժում,
 - IgM-ը թարմ (առաջնային) վարակի համար հավաստի մարկեր չէ:
- տոքսոպլազմա IgG և IgM.
 - Ավստրալիայում առաջնային վարակում հղիության ժամանակ հազվադեպ է լինում,
 - IgM-ը թարմ (առաջնային) վարակի համար հավաստի մարկեր չէ,
 - ռուտին սկրինինգ խորհուրդ է տրվում անցկացնել միայն որոշ երկրներում:
- պարվովիրուս IgG.
 - մոր կամ նորածնի մոտ վարակման կամ հիվանդանալու ցածր ռիսկ,
 - համապատասխան արդյունավետ բուժում կամ շիճուկ չկա:
- C հեպատիտի վիրուս (հակամարմիններ վիրուսի նկատմամբ)
 - հազվադեպ հանդիպող, պտղին հազվադեպ փոխանցվող վարակ,
 - պատվաստման կամ բուժման սխեմաներ չկան:
- մեզլի ԴՆԹ քննություն խլամիդիաների նկատմամբ.
 - Ավստրալիայում պոպուլացիայի վարակման հաճախականությունը ցածր է:
 - ռուտին անտենատալ սկրինինգը թանկ է շատերի համար:

Gwendolyn L Gilbert. Medical Journal of Australia. 2002. 176 5: 229-236

Մեծ Բրիտանիայում խորհուրդ է տրվում սկրինինգի հետևյալ ծրագիրը.

- անախտանիշ բակտերիուրիա,
- սիֆիլիս,
- կարմրախտ,
- ՄԻԱՎ,
- HbsAg:

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press; 2003.

Եզրահանգումներ

Սլայդ 10-1-74

- Երբեք պետք է չէ բուժել հղիին.
 - բացի այն դեպքերից, երբ բուժման դրական արդյունքը հիմնավորված և սպասելի է,
 - այն մեթոդներով, որոնց օգուտն ու անվտանգությունը հղիության ժամանակ ապացուցված չեն:
- Հղիին տեղափոխել հիվանդանոց միայն այն դեպքում, եթե բուժումը անհրաժեշտ է կատարել հիվանդանոցային պայմաններում:
- Երբեք **մի մեկուսացրեք նորածինն մորից**, նրա ընտանիքի անդամներից, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կնոջ կամ նրան շրջապատող անձանց համար առկա է վարակման բարձր ռիսկ:
- Երբեք մոր վարակը կրծքով կերակրելուց հրաժարվելու պատճառ մի համարեք:

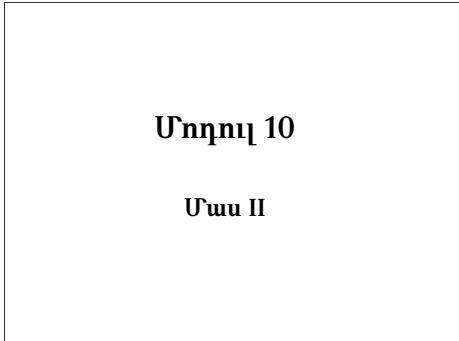
Հղիին տեղափոխել հիվանդանոց միայն այն դեպքում, երբ անհրաժեշտ է ստացիոնար բուժում, որը սակայն ինքնին ռիսկի հետ է կապված թե մոր, թե պտղի, ինչպես նաև շրջապատող անձանց համար:

- Երբեք մի անջատեք նորածինն մորից կամ այլ կանանցից, եթե նման շփումը նրա և մյուսների համար լուրջ վտանգ չի ներկայացնում:
- Երբեք մոր մոտ վարակի առկայությունը մի օգտագործեք որպես կրծքով կերակրելուց հրաժարման պատճառ, բացի այն դեպքերից, երբ նման շփումը նորածնի կյանքի համար համակցված է ռիսկի հետ:
- Եվրոպական տարածաշրջանում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների տարածվածության բարձր մակարդակը ընդգծում է այն, որ բուժաշխատողները պետք է կենսաբանական հեղուկների հետ շփման ժամանակ կիրառեն զգուշավորության ունիվերսալ մեթոդներ:
- Վարակների բուժման հարցում տարբեր երկրներում կան տարբեր նախապատվություններ. առողջապահության ոլորտում սահմանափակ պահուստների դեպքում վարակի դեմ պայքարի ունիվերսալ միջոցներ հնարավոր չէ իրականացնել: Այդ պատճառով վարակների հսկման և բուժման նկատմամբ մոտեցումները տեղային մակարդակով կտարբերվեն:

**ՎԱՐԱԿՆԵՐ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ, ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ՀԵՏԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ
Մոդուլ 10, մաս II**

Ներհիվանդանոցային վարակներ

Սլայդ 10-2-1



Մոդուլի երկրորդ մասում կքննարկվեն ներհիվանդանոցային վարակների (ՆՀՎ) առաջացման հետ կապված խնդիրները, ինչպես նաև դրանց կանխարգելման ճանապարհները:

Ներհիվանդանոցային վարակներ

Սլայդ 10-2-2

- Վարակ, որն ի հայտ է գալիս հիվանդի մոտ հիվանդանոցում, սակայն նա ընդունվել է հիվանդանոց մեկ այլ վարակի կամ հիվանդության պատճառով
ԿԱՄ
- Վարակ, որն ի հայտ է եկել հիվանդանոցում, սակայն ընդունվելիս այդ վարակը չի եղել և հիվանդը ինկուբացիոն շրջանում չի եղել, ներառյալ.
 - հիվանդանոցում եղած ժամանակ վարակումը և վարակի արտահայտումը հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո,
 - բուժհաստատության բուժանձնակազմի մասնագիտական վարակները:
- Վարակներ, որոնք ի հայտ են գալիս հիվանդանոց ընդունվելուց 48 ժամ հետո, համարվում են ներհիվանդանոցային:

ՆՀՎ-ները դասակարգվում են որպես էնդեմիկ կամ էպիդեմիկ վարակներ: Ավելի լայնորեն տարածված են էնդեմիկ վարակները: Էպիդեմիկ վարակներին բնորոշ են բռնկումներ, որոնք որոշվում են որպես վարակման դեպքերի բարձր հաճախականություն:

*Prevention of hospital-acquired infections A
PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002.*

Ներհիվանդանոցային վարակների հաճախականությունը

Սլայդ 10-2-3

- Ներհիվանդանոցային վարակներ հիվանդանոցներում զարգանում են միջինում հիվանդների 8,7%-ի մոտ:
- Աշխարհում մարդկանց 1,4 մլն-ից ավելին տառապում են ինֆեկցիոն բարդությունների պատճառով, որոնք ի հայտ են եկել հիվանդանոցում.
 - 11,8%-ը՝ Միջերկրական ծովի արևելքում,
 - 10,0%-ը՝ Հարավ-արևելյան Ասիայում,
 - 9,0%-ը՝ Խաղաղ օվկիանոսի արևմուտքում,
 - 7,7%-ը՝ Եվրոպական տարածաշրջանում:

ՆՀՎ-ները լայն տարածում ունեն աշխարհում ինչպես տնտեսապես զարգացած, այնպես էլ սահմանափակ պահուստներով երկրներում: Բուժ-հաստատություններում վարակումը մահացության և հիվանդացության կարևոր պատճառներից են:

Սա լուրջ խնդիր է ինչպես հիվանդի, այնպես էլ առողջապահական համակարգի համար:

Prevention of hospital-acquired infections. A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002.

Ներհիվանդանոցային վարակներ. աղբյուրները և փոխանցումը (1)

Սլայդ 10-2-4

- Ներհիվանդանոցային վարակներ առաջացնող բակտերիաները կարող են փոխանցվել տարբեր ճանապարհներով:
- Հիվանդի մշտապես կայուն կամ փոփոխական միջավայրը (ֆլորա).
 - Էնդոգեն վարակ:
 - Միջավայր, որը փոխանցվել է այլ հիվանդից կամ բուժաշխատողից.
 - Էկզոգեն խաչաձև վարակ:
 - Միջավայր, որը փոխանցվել է բուժհաստատության շրջակա միջավայրից.
 - շրջակա միջավայրի էնդեմիկ կամ էպիդեմիկ էկզոգեն վարակ:

ՆՀՎ հարուցող բակտերիաները կարող են փոխանցվել տարբեր ճանապարհներով:

Հիվանդի մշտական կամ տրանզիտ ֆլորա (էնդոգեն վարակ): Նորմալ ֆլորայում առկա բակտերիաները հարուցում են վարակ, քանի որ դուրս են գալիս բնական միջավայրից (օրինակ, միզուղիներից), հյուսվածքի վնասվածքի հետևանքով (վերք) կամ անտիբիոտիկների սխալ նշանակման պատճառով, որոնք հարուցում են բակտերիաների հավելյալ աճ:

Մարսողական համակարգի գրամ-բացասական բակտերիաները որովայնի վիրահատությունների կատարման ժամանակ հաճախ վիրահատական վերքերի մեջ ընկնելով կամ միզուղիների կաթտերիզացիայի պատճառով վարակի աղբյուր են դառնում:

Միջավայր, որը փոխանցվել է այլ հիվանդից կամ բուժաշխատողից (Էկզոգեն խաչաձև վարակ): Հիվանդից՝ հիվանդին բակտերիաները փոխանցվում են.

- ուղիղ շփման միջոցով (ձեռքեր, թքի կամ մարմնի այլ հեղուկների տարածում),
- օդակաթիլային ճանապարհով (խոնավ կաթիլները կամ փոշին տարածում են վարակը հիվանդից),
- բուժաշխատողների միջոցով, որոնք վարակվել են հիվանդների խնամք իրականացնելու ժամանակ (ձեռքեր, քիթ, ըմպան, հագուստ), որոնք վարակի մշտական կամ ժամանակավոր կրող են դառնում, հետագայում փոխանցելով վարակը այլ հիվանդների ուղիղ շփման ժամանակ,
- հիվանդի կողմից վարակված առարկաների միջոցով (ներառյալ սարքավորումը), բուժանձնակազմի, այցելուների ձեռքերով կամ շրջապատի առարկաներով (ջուր, այլ հեղուկներ, սննդամթերք):

Միջավայր, որը փոխանցվել է բուժհաստատության շրջակա միջավայրից (շրջակա միջավայրի էնդեմիկ կամ էպիդեմիկ Էկզոգեն վարակ): Միկրոօրգանիզմների մի քանի տեսակ լավ հարմարվում են հիվանդանոցի միջավայրին և գոյատևում.

- ջրում, խոնավ միջավայրում, երբեմն ախտահանված մթերքի կամ դեզինֆեկտանտների (*Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Mycobacterium*) վրա,
- ներքին հագուստի, սարքավորման, խնամքի առարկաների: Ճիշտ մաքրումը սովորաբար սահմանափակում է բակտերիաների ապրելու ռիսկը, քանի որ դրանց մեծ մասի կյանքն ապահովելու համար պահանջվում է խոնավություն, բարձր ջերմաստիճան, ինչպես նաև սնուցող նյութեր,
- սննդամթերքի վրա,
- մանր-դիսպերս փոշում, խորխի կաթիլներում, որն արտադրվում է խոսելիս և հազալուց (եթե բակտերիան տրամազծով փոքր է 10 սմ-ից, այն պահպանվում է օդում մի քանի ժամ և կարող է շնչառական ուղիներ ընկնել մանր-դիսպերս փոշու միջոցով):

Ներհիվանդանոցային վարակներ. աղբյուրները և փոխանցումը (2)

Սլայդ 10-2-5

- Մարդիկ մշտապես գտնվում են համաճարակաբանական պրոցեսի կենտրոնում.
 - որպես միկրոօրգանիզմների գլխավոր աղբյուր,
 - որպես գլխավոր փոխանցող, հատկապես բուժման ժամանակ,
 - որպես միկրոօրգանիզմների ռեզիպիենտ, այսպիսով դառնում են վարակի նոր աղբյուր:

Միկրոօրգանիզմների գլխավոր աղբյուրը, փոխանցողն ու ռեզիպիենտը ինքը մարդն է:

Prevention of hospital-acquired infections. A PRACTICAL GUIDE. 2nd edition, WHO, 2002.

Ներհիվանդանոցային վարակների կանխարգելումը (1)

Սլայդ 10-2-6

- Հիվանդից հիվանդին միկրոօրգանիզմների փոխանցումը սահմանափակելու նպատակով խնամքի իրականացման ժամանակ պետք է.
 - ձեռքերը լվանալ և օգտագործել ձեռնոցներ,
 - պահպանել ասեպտիկայի համապատասխան կանոնները,
 - ձեռնարկել մեկուսացնող միջոցներ,
 - կատարել վարակազերծում և ախտահանում,
 - լվանալ սպիտակեղենը:
- Շրջակա միջավայրում վարակների առկայության հսկողություն:
- Հիվանդների պաշտպանում.
 - հակամիկրոբային պատրաստուկների ռացիոնալ կիրառում, սնուցում, պատվաստում:

ՆՀՎ կանխարգելումը պահանջում է ինտեգրված ծրագրի իրականացում ու մոնիտորինգի անցկացում, որը ներառում է սլայդի վրա պատկերված հիմնական կոմպոնենտները:

Prevention of hospital-acquired infections A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002.

Ներհիվանդանոցային վարակների կանխարգելումը (2)

Սլայդ 10-2-7

- Էսդոզեն վարակների դիսկի նվազեցում.
 - ինվազիվ բուժօրոժողությունները նվազագույնի հասցնել և քարոզել հակամիկրոբային պատրաստուկների ռացիոնալ կիրառումը:
- Վարակների բացահայտում, վարակների բռնկումների որոշում և հսկողություն:
- Բուժանձնակազմի մոտ վարակների կանխարգելում:
- Հիվանդների խնամքի կատարելագործում և բուժանձնակազմի մշտապես ուսուցում:

Ինֆեկցիոն հսկման համար պատասխանատու են բոլոր բուժաշխատողները՝ բժիշկները, բուժքույրերը, թերապևտները, դեղագործները, տեխնիկական անձնակազմը և այլ անձինք:

Prevention of hospital-acquired infections A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002.

Ձեռքերի հիգիենայի կարևորությունը

Սլայդ 10-2-8

- Ներհիվանդանոցային վարակների փոխանցումը հնարավոր է նվազագույնի հասցնել ձեռքերի հիգիենայի համապատասխան պահպանումով,
ՍԱԿԱՅՆ
- Ձեռքերի լվացման որակը հաճախ անբավարար է լինում:

Ձեռքերի վրա հայտնաբերվող բոլոր բակտերիաները կարելի է բաժանել 2 խմբի. տրանզիտոր և ռեզիդենտ: Ռեզիդենտ միջավայրը գտնվում է մաշկի խոր ծածկույթների տակ, ավելի դժվար է ենթարկվում հեռացման:

Բացի այդ, ավելի քիչ հավանական է, որ ռեզիդենտ միջավայրը (օրինակ ստաֆիլոկոկերը, դիֆթերիանման բակտերիաները) կրերի ՆՀՎ-ների: Տրանզիտոր միջավայրը մաշկի վերին մասերում է գտնվում, ձեռքերի ռուտին լվացումով ավելի հեշտ է մաքրման ենթարկվում: Բուժաշխատողները հաճախ ձեռք են բերում դրանք հիվանդի կամ վարակված մակերեսների հետ շփման ժամանակ, որոնք հիվանդին մոտիկ են գտնվում:

Բուժանձնակազմի ձեռքերը ՆՀՎ-փոխանցման հիմնական բաղադրիչն են:

ՆՀՎ-փոխանցումը կարելի է նվազագույնի հասցնել, ձեռքերի հիգիենայի համապատասխան պահպանմամբ:

Prevention of hospital-acquired infections A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force October 25, 2002 / Vol. 51 / No. RR-16 Centers for Disease Control and Prevention

Ինչո՞ւ բուժաշխատողները չեն լվանում ձեռքերը

Սլայդ 10-2-9

- Ձեռքերի լվանալը շատ ժամանակ է խլում:
- Օճառ չկա (54%), սրբիչ չկա (65%):
- Ձեռքերը մանրակրկիտ ձևով մեկ անգամ լվանալը բավարար է ամբողջ օրվա համար:
- Ձեռնոցներ հագնելը կարող է փոխարինել ձեռքերի լվանալուն (հարցվածների 25%, նրանցից 50%-ը՝ բժիշկներ):
- Ձեռքեր լվանալը պարտադիր չէ, եթե երեխան անտիբիոտիկներ է ստանում:

«Ինչո՞ւ բուժաշխատողները չեն լվանում ձեռքերը» հարցը 1988թ. Wharton K.N., Karlowicz M.G.-ի կողմից հետազոտման առարկա դարձավ: Բուժաշխատողները բացատրեցին իրենց կողմից հիգիենայի կանոնները անբավարար պահպանման պատճառը հետևյալ կերպ.

- լվացող նյութերով ձեռքերի լվացումը մաշկի գրգռում ու չորություն է առաջացնում, լվացարանները տեղակայված են անհարմար տեղում, դրանք քանակությամբ քիչ են,
- բուժանձնակազմի քանակությունն անբավարար է կամ հիվանդանոցը գերլեցուն,
- հիվանդի պահաջները առավելություն ունեն,
- ձեռքերի հիգիենան պատնեշ է հիվանդի ու բժշկի հետ շփման համար,
- հիվանդից վարակվելու ռիսկը ցածր է,
- խորհրդատվության, արձանագրությունների անբավարար իմացություն,
- մոռացկոտություն,
- կողեգաները, դեկավարները նման օրինակ չեն ծառայում,
- ձեռքերի հիգիենայի նկատմամբ սկեպտիկ վերաբերմունք,
- խորհրդատվության հետ անհամաձայնություն,
- ներարգանդային վարակների մակարդակի վրա ազդող ձեռքերի հիգիենայի ուղիղ ազդեցության բարելավման մասին գիտական տեղեկատվության անբավարար քանակ:

Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21:381–6.

Ձեռքերի հիգիենայի կազմակերպում

Սլայդ 10-2-10

- Տարբեր բուժօրոժությունների ժամանակ ձեռքերը լվանալու և ախտահանելու ալգորիթմներ
- Ձեռքերը լվանալու տեղի կազմակերպում.
 - հեղուկ օճառ,
 - միանվագ օգտագործման սրբիչներ,
 - օգտագործված սրբիչների հավաքման համար նախատեսված կոնտեյներներ,
 - անտիսեպտիկները դոզատորային ամանի մեջ:
- Հիվանդասենյակներում մայրերի ձեռքերը լվանալու խնդրի լուծումը նրանց համատեղ կացության պայմաններում:
- Բուժանձնակազմի մշտապես ուսուցում ձեռքերը լվանալու տեխնիկային:

Գիտական պարբերականներում նկարագրվել են հիվանդանոցներում ձեռքերի հիգիենայի քարոզման ռազմավարությունները: Դրանք պահանջում են բուժանձնակազմի ուսուցում կամ համակարգում փոփոխության կատարում:

Որոշ ռազմավարություններ հիմնվում են համաճարակաբանական ապացույցների վրա, մյուսները՝ հեղինակների և այլ հետազոտողների փորձի, ինչպես նաև գիտելիքների ակնարկների վրա, որոնք կան տվյալ բնագավառում: Այդ ռազմավարությունները կարող են նպատակահարմար ու ընդունելի լինել մի պայմաններում, անսպատակահարմար՝ այլ պայմաններում: Մասնավորապես, լվացող նյութի փոփոխությունը նպատակահարմար է հիվանդանոցի բուժանձնակազմի մեծ զբաղվածության պատճառով և ձեռքերի մշակման ու լվանալու հետ կապված, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ ձեռքերի մշակման համար, եթե սպիրտի հիմքով լվացող նյութերը հասու չեն:

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Այս հիպեթետիկ գաղափարների և որոշ բուժհաստատությունների փորձի վրա հիմնվելով կարելի է եզրակացնել, որ բուժանձնակազմի ձեռքերը վանալու վերաբերյալ ռազմավարությունները պետք է բազմապլանային լինեն:

No. RR-16 Centers for Disease Control and Prevention

Բուժանձնակազմի ուսուցում

Մլայդ 10-2-11

- Գործնական սեմինարներ, ձեռքերը վանալու թրեյնինգներ և այլն:
- Նախագգուշացնող նշանների կիրառում և ձեռքերը վանալու մասին հիշեցումներ.
 - վազարանների մոտ ձեռքերը վանալու մասին հիշեցնող տեղեկատվության տեղադրում:
- Բուժանձնակազմի ձեռքերը վանալու ուղղությամբ պարբերաբար անցկացվող մոնիտորինգ, արդյունքների և իրավիճակի քննարկում (կա արդյոք լավացում, թե ոչ):

- Բուժանձնակազմի տարբեր խմբերի դիֆերենցված ծրագիր (սեմինարների գրաֆիկը պետք է կազմվի պահանջների հիման վրա):
- Ուսուցում աշխատանքի ընդունելիս և հետագա ուսուցում:

- Ձեռքերի հիգիենայի և մանրէազերծման ուղղությամբ արձանագրության մշակում:
- Ձեռքերի վազման գործնական սեմինարներ, թրեյնինգներ:

Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force October 25, 2002 / Vol. 51 / No. RR-16 Centers for Disease Control and Prevention

Ձեռքերը վանալու տեխնիկան (1)

Մլայդ 10-2-12

- Հանեք մատանիները, գարդերը, եղունգների վրայից՝ լաքը, քանի որ դրանք բոլորը բարդացնում են միկրոօրգանիզմները ձեռքերից վերացնելու գործընթացը:
- Ձեռքերին քսեք օճառ, նախապես թրջելով ձեռքերը հոսող գոլ ջրի տակ և շփեք դրանք 30-60 վրկ. ընթացքում:
- Սրբեք ձեռքերը թղթե սրբիչով և այն օգտագործեք ծորակը փակելու համար:

Ձեռքերն անհրաժեշտ է մանրէազերծել հիվանդի հետ անմիջապես շփումից առաջ և նրա հետ ցանկացած շփումից հետո, որով հնարավոր է ձեռքերի վարակում տեղի ունենա, այդ թվում՝ ձեռնոցները հանելուց հետո:

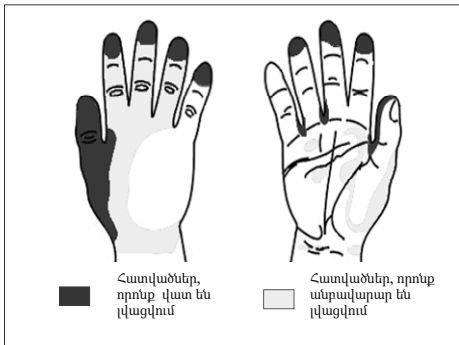
Միևնույն ժամանակ սպիրտային հիմքով լվացող նյութերը կամ գելերը օճառի և ջրի գործնական այլընտրանք են ներկայացնում, սպիրտը մաքրող նյութ չէ: Կեղտոտ կամ միկրոօրգանիզմներով կոնտամինացված ձեռքերը կարևոր է լվանալ օճառով և գոլ ջրով, այնուհետև լավ չորացնել: Ձեռքերի նախապատրաստումը բարձրացնում է մանրէազերծման արդյունավետությունը:

Ձեռքերը լավ չորացնելը կարող է բերել ձեռքերի կրկնակի վարակման, որոնք հենց նոր լվացվել էին: Խոնավ մակերեսներն ավելի լավ են նպաստում վարակի փոխանցմանը, քան չորը, բացի այդ, ձեռքերի լավ չորացնելու դեպքում մաշկը վնասման ավելի է ենթակա:

Ձեռքերը չորացնելու համար պետք է օգտագործել բարձրորակ միանվագ օգտագործման սրբիչներ: Սրբիչները պետք է գտնվեն լվացարանների մոտ, պատի մեջ հազգված կոնտեյներներում:

Ինչո՞ւ է անհրաժեշտ հատուկ տեխնիկան

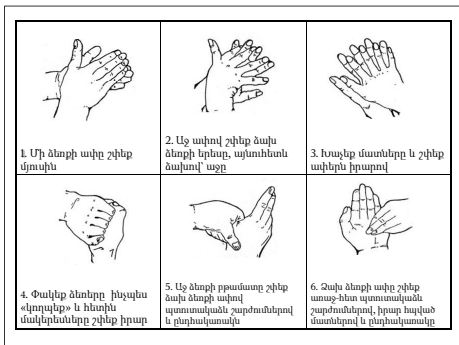
Սլայդ 10-2-13



Սլայդի վրա երանգերով առանձնացված են ձեռքերի այն հատվածները, որոնք ամենից վատ են լվացվում: Միջմատնային հատվածները, եղունգային ֆալանգաները, ափերի ծալքերը և բութ մատի երեսը:

Ձեռքերը լվանալու տեխնիկան (2)

Սլայդ 10-2-14



Պաստառի վրա ձեռքերը ճիշտ լվանալու օրինակ է բերված: Նման պաստառներ պետք է կախել յուրաքանչյուր լվացարանի կողքին:

UK's Royal College of Nursing, 2006.
 These materials are available on the Web-site:
www.rcn.org.uk/resources/mrsa/healthcaresupport/mrsa/handhygiene.php

Ձեռքերի վարակազերծումը բուժօրոժողություններ կատարելուց առաջ (1)

Սլայդ 10-2-15

Հիվանդի ռիսկի աստիճանի հետ կապված բուժօրոժողությունները կարող են տարբեր լինել:

- Վարակման նվազագույն ռիսկ.
 - չընկճված իմունային համակարգով հիվանդ,
 - հիմնական հիվանդությունը ծանր չէ,
 - ոչ ինվազիվ բուժօրոժողություն,
 - կենսաբանական հեղուկների հետ շփում չի ունենում:
- Ռուտին խնամք.
 - ձեռքերի լվացում սովորական օճառով
ԿԱՄ
 - ձեռքերի հիգիենիկ արագ մշակում սպիրիտի լուծույթով:

Հիվանդի ռիսկի աստիճանի հետ կապված բուժօրոժողությունները կարող են տարբեր լինել:

- Վարակման նվազագույն ռիսկ.
 - չընկճված իմունային համակարգով հիվանդ,
 - հիմնական հիվանդությունը ծանր չէ,

- ոչ ինվազիվ բուժօրոժողություն,
- կենսաբանական հեղուկների հետ շփում չի ունենում:
- Ռուտին խնամք.
 - ձեռքերի լվացում սովորական օճառով, կամ
 - ձեռքերի հիգիենիկ արագ մշակում սպիրիտի լուծույթով:

ՆՀՎ առաջացման դիֆերենցված ռիսկը, կապված հիվանդի և բուժօրոժողության տեսակի հետ

Վարակման ռիսկը	Հիվանդի տեսակը	Բուժօրոժողության տեսակը
Նվազագույն	չընկճված իմունային համակարգով հիվանդ, հիմնական հիվանդությունը ծանր ընթացքով չէ	ոչ ինվազիվ բուժօրոժողություն. կենսաբանական հեղուկների հետ շփում չկա

Հիգիենայի ասեպտիկայի խորհուրդ տրվող տեխնիկա.

- անտիսեպտիկ լուծույթը 3-5 գ քսել ձեռքերին և տրորելով չորացնել, պահպանել տեխնիկայի ճիշտ կանոնները (ձեռքերը չորացնել պետք չէ): Կարևոր է հետևել ժամանակին, ձեռքերը անտիսեպտիկով շփելուց հետո պետք է մնան խոնավ 15 վրկ ոչ պակաս:

Prevention of hospital-acquired infections A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002. Rotter ML, Arguments for alcoholic hand disinfection. J Hosp Infect. 2001. Aug;48 Suppl A:54-8

Ձեռքերի վարակազերծումը բուժօրոժողություններ կատարելուց առաջ (2)

Սլայդ 10-2-16

- Վարակման միջին ռիսկ.
 - վարակված կամ ռիսկի տարբեր գործոններով հիվանդներ (տարիք, նորագոյացություններ),
 - շփում կենսաբանական հեղուկների հետ,
 - ինվազիվ ոչ վիրահատական բուժօրոժողություններ (պերիֆերիկ երակային կաթետերի տեղադրում, միզային կաթետերի տեղադրում):
- Ձեռքերի ասեպտիկ լվացում՝ վարակված հիվանդի ասեպտիկ խնամք.
 - ձեռքերի հիգիենիկ լվացում անտիսեպտիկ օճառով արտադրողների հրահանգների համաձայն (օրինակ, մեկ բուպեի ընթացքում) ԿԱՄ՝
 - ձեռքերի արագ ախտահանում, ինչպես վերը նշվել էր:

- Վարակման միջին ռիսկ.
 - վարակված կամ ռիսկի տարբեր գործոններով հիվանդներ (տարիք, նորագոյացություններ),
 - շփում կենսաբանական հեղուկների հետ,

- ինվազիվ ոչ վիրահատական բուժօրոժողություններ (պերիֆերիկ երակային կաթետերի տեղադրում, միզային կաթետերի տեղադրում):
- Ձեռքերի ասեպտիկ լվացում՝ վարակված հիվանդի ասեպտիկ խնամք.
 - ձեռքերի հիգիենիկ լվացում անտիսեպտիկ օճառով արտադրողների հրահանգների համաձայն (օրինակ, մեկ բուպեի ընթացքում), կամ
 - ձեռքերի արագ ախտահանում, ինչպես վերը նշվել էր:

ՆՀՎ առաջացման ռիսկերնցված ռիսկը, կապված հիվանդի և բուժօրոժողության տեսակի հետ

Վարակման ռիսկը	Հիվանդի տեսակը	Բուժօրոժողության տեսակը
Միջին	վարակված կամ ռիսկի տարբեր գործոններով հիվանդներ (տարիք, նորագոյացություններ)	շփում կենսաբանական հեղուկների հետ կամ ինվազիվ ոչ վիրահատական բուժօրոժողություններ (պերիֆերիկ երակային կաթետերի տեղադրում, միզային կաթետերի տեղադրում):

Prevention of hospital-acquired infections A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002.

Ձեռքերի վարակազերծումը բուժօգործողություններ կատարելուց առաջ (3)

Սլայդ 10-2-17

- Վարակման բարձր ռիսկ.
 - իմունային համակարգի արտահայտված ընկճմամբ հիվանդներ (<500 լեյկոցիտ/մլ),
 - վիրահատություն կամ բարձր ռիսկի ինվազիվ բուժօգործողություններ (օրինակ, կենտրոնական երակի կաթետերի տեղադրում, ընկերքի ձեռքով հեռացում):
 - Ձեռքերը վիրահատության համար լվացում.
 - ձեռքերի և նախասուսերի լվացում անտիսեպտիկ օճառով 3-5 րոպե
- ԿԱՄ
- ձեռքերի և նախասուսերի ախտահանում վիրահատության նպատակով
 - > ձեռքերի սովորական լվացում, չորացում, ախտահանող նյութի հետագա կրկնակի օգտագործմամբ, վերջինիս ներծծում մինչև չորանալը, ժամանակը որոշված է նյութն արտադրողի կողմից:

- Վարակման բարձր ռիսկ.
 - իմունային համակարգի արտահայտված ընկճմամբ հիվանդներ (<500 լեյկոցիտ/մլ),

- վիրահատություն կամ բարձր ռիսկի ինվազիվ բուժօգործողություններ (օրինակ, կենտրոնական երակի կաթետերի տեղադրում, ընկերքի ձեռքով հեռացում):
- Ձեռքերը վիրահատության համար լվացում.
 - ձեռքերի և նախասուսերի լվացում անտիսեպտիկ օճառով 3-5 րոպե, կամ
 - ձեռքերի և նախասուսերի ախտահանում վիրահատության նպատակով:

ՆՀՎ առաջացման դիֆերենցված ռիսկը, կապված հիվանդի և բուժօգործողության տեսակի հետ

Վարակման ռիսկը	Հիվանդի տեսակը	Բուժօգործողության տեսակը
Բարձր	իմունային համակարգի արտահայտված ընկճմամբ հիվանդներ (<500 լեյկոցիտ/մլ), բազմաթիվ վնասվածքներ, ծանր աստիճանի այրվածքներ, փոխպատվաստված օրգաններ	վիրահատություն կամ բարձր ռիսկի ինվազիվ բուժօգործողություններ (օրինակ, կենտրոնական երակի կաթետերի տեղադրում, ընկերքի ձեռքով հեռացում)

Խոզանա՛կ, թե օճառ: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ ձեռքերը խոզանակով լվացող բուժանձնակազմի խմբում *S.hominis*, *S.aureus*, գրամ (-) բակտերիաների, *Candida spp.* գաղութների 2 անգամ ավելի մեծ քանակ է հայտնաբերվել:

Prevention of hospital-acquired infections. A PRACTICAL GUIDE 2nd edition, WHO, 2002. Larson E: Skin hygiene and infection prevention. Clin Infect Dis 29, 1999.

Ճեռնոցների օգտագործում

Սլայդ 10-2-18

- Վարակազերծված ձեռնոցներ.
 - վիրահատությունների համար,
 - մաշկի վրա կատարվող փոքր վիրահատությունների համար,
 - մաշկի և լորձաթաղանթների ամբողջականության խանգարումների հետ կապված բուժօգնությունների համար,
 - օրգանիզմի վարակազերծված հյուսվածքներ կամ հեղուկներ (արյուն, ողնուղեղային հեղուկ) վարակազերծված կաթնուղիների, գոնդրի և այլնի տեղադրման համար:
 - Մաքուր ձեռնոցներ.
 - այն բուժօգնությունների համար, որոնք պահանջում են օրգանիզմի հեղուկների հետ (արյուն, մեզ, ստամոքսի պարունակություն և այլն) ուղիղ շփում,
 - միկրոօրգանիզմների անտիբիոտիկանեզիստենտ շտամաներ կողմ հիվանդներին բուժօգնություններ կատարելու համար:
- Ձեռնոցներ հագնելը չի փոխարինում ձեռքերի հիգիենայի կանոնների պաշտպանումը**

Բուժաշխատողներին խորհուրդ է տրվում ձեռնոցներ օգտագործել, որպեսզի.

- նվազի հիվանդների հետ շփման ռիսկը,
- կանխվի միջավայրի փոխանցումը բուժաշխատողից հիվանդին,

- նվազեցվի բուժաշխատողների ձեռքերի խաչաձև վարակումը, որը փոխանցվում է հիվանդից հիվանդի:

Չնայած վերջերս կատարված հետազոտությունները ապացուցում են, որ ձեռնոցների որակը զգալիորեն լավացել է, ձեռնոցները հանելուց կամ փոխելուց հետո ձեռքերը պետք է լվանալ կամ մշակել անտիսեպտիկով: Չի կարելի ձեռնոցը լվանալ կամ օգտագործել կրկնակի:

Բուժաշխատողները կարող են ունենալ լատենքսի հանդեպ պերզիա. մասնագիտացված առողջության ծրագրերը պարտավոր են բացահայտել և լուծել այդ խնդիրը:

*Prevention of hospital-acquired infections. A PRACTICAL GUIDE.
2nd edition, WHO, 2002.*

Երբ է անհրաժեշտ անտիբիոտիկներով կանխարգելումը

Սլայդ 10-2-19

- Պտղաթաղանթների նախաձննդյան վաղաժամ պատռումը՝ մինչև երեխայի ծնվելը է կամ ծնվելուց առնվազն 7 օր առաջ:
- Երկարատև անջուր շրջան (>18 ժամ) հասուն հղիության դեպքում, մինչև երեխայի ծնվելը:
- B խմբի ստրեպտոկոկի նկատմամբ մեզի կամ հեշտոցի արտադրության ցանքսի դրական պատասխան ծննդաբերության ժամանակ (մինչև երեխայի ծնվելը):
- Կեսարյան հատում՝ մինչև վիրահատությունը կամ պորտի հատումից հետո:

Անհաս հղիության և երկարատև անջուր շրջանի դեպքում պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսքի ժամանակ անտիբիոտիկներով կանխարգելումը կատարվում է հետևյալ նպատակով.

- մոր վարակման հաճախականության նվազեցում,
- նորածնի վարակման կանխարգելում (թոքաբորբ, սեպսիս),

- նորածինների՝ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք տեղափոխման հաճախականության նվազեցում,

Պերինաարալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

- վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ լատենտ փուլի երկարաձգում:

Պտղաթաղանթների վաղաժամ նախաձննդյան պատճառով:

- խորհուրդ է տրվում մակրոլիդներ կիրառել, 500 մգ, յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ, կլինդամիցին 900 մգ, 8 ժամը մեկ,
- էրիտրոմիցինի կիրառման դեպքում (500 մգ, 8 ժամը մեկ) համեմատած այլ անտիբիոտիկների հետ, ավելի քիչ են լինում բարդություններ:

11 ՌՀՀ-ների մետաանալիզի տվյալներով, վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ, **ամբողջական պտղապարկի դեպքում** չապացուցվեց անտիբիոտիկների հստակ ազդեցությունը ելքի վրա պտղի և նորածնի համար, սակայն անհանգստանալու առիթ կա անտիբիոտիկների կիրառման դեպքում նեոնատալ մահվան մակարդակի բարձրանալու առումով: Այսպիսով, նման բուժումը (այսինքն անտիբիոտիկների կիրառումը) չի կարող խորհուրդ տրվել ռուտին օգտագործման համար:

Անշուր շրջանը 18 ժամ և ավելի 37-շաբաթականից մեծ հղիության դեպքում (B խմբի ստրեպտոկոկի անհայտ կարգավիճակի դեպքում)։

- պենիցիլին G պետք է ներարկվի 3 գ, միանվագ, այնուհետև՝ 1,5-ական մգ, 4 ժամը մեկ, մինչև երեխայի ծնվելը (RCOG, 2003):

Kenyon S. et al. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes (Cochrane Review), Cochrane Library, Issue 3, 2002.

King J, Flenady V. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4.

Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease.

Royal College of Obstetricians Gynaecologists.

Guideline N 36, November 2003

Անարդյունավետ գործնական աշխատանք

Սլայդ 10-2-20

- Սենյակների ռուտին ախտահանում
- Ուլտրամանուշակագույն լամպերի ռուտին կիրառում
- Հագուստի և կոշիկների ռուտին փոխում
- Ասեպտիկ վերքի վիրակապի ամենօրյա փոխում
- Վերքի վիրակապի ամենօրյա փոխում և/ե կաթետերի տեղադրման տեղում
- Հարազատների այցերի սահմանափակում
- Դիմակների և գլխարկների օգտագործում
- Սափրում վիրահատությունից առաջ

Այն սենյակներում, որտեղ հիվանդներ չեն լինում, օրինակ ադմինիստրատիվ սենյակներում, բավարար է մաքրման նպատակով օգտագործել վլացոլ նյութեր և ջուր:

Խուսափեք «լայնածավալ» մաքրումներից, դրանք կարող են ուղեկցվել խոնավության բարձր աստիճանով: Խուսափեք նաև աէրոզոլների օգտագործումից և փոշի բարձրացնելուց այնտեղ, որտեղ հիվանդներ կան:

Հետևեք հատակի մաքրման համար փայտերի, լաթերի և լուծույթների օգտագործման համապատասխան գործողություններ կատարելու տեխնիկային:

*Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities
Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices
Advisory Committee (HICPAC) U.S.
Department of Health and Human Services Centers for Disease
Control and Prevention (CDC) Atlanta, 2003.*

Մի կիրառեք ուտին ձևով հակամանրէային կամ անտիսեպտիկ տեղային քսուքները կտրվածքի տեղում և երակային կաթետերի տեղադրման տեղում (A):

Փոխեք կաթետերի տեղադրման տեղում վիրակապերը, երբ դրանք թրջվում են, թուլանում կամ կեղտոտվում, կամ եթե պետք է զննվի կաթետերի տեղադրման տեղը (A):

*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections,
CDC, August 9, 2002 / Vol. 51 / No. RR-10*

Վիրահատությունից առաջ պետք չէ սափրել մազերը, եթե դրանք կտրվածքի տեղում կամ նրա կողքը չեն խանգարում վիրահատության կատարմանը:

Կտրվածքի տեղում վիրակապ դրեք, այն կլավանա 24-48 ժամ առաջնային ձգումով: Առաջնային վիրակապը հարկավոր չէ թողնել 48 ժամից ավելի, ինչպես նաև չծածկված կարով ցնցուղ ընդունել:

*Alicia J. Mangram, MD; Teresa C. Horan, MPH, CIC et al.
GUIDELINE FOR PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION
The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee.
Infection control and hospital epidemiology1999, Vol. 20, #4:247-278*

Հարազատների այցերի սահմանափակում

Սլայդ 10-2-21

- Այցերի սահմանափակմամբ հնարավոր չէ զերծ մնալ վարակի տարածումից:
- Այցերը չեն ազդում նորածինների բակտերային կոնտամինացիայի մակարդակի վրա:

Այցերի սահմանափակման արդյունավետությունն ապացուցված չէ:

Բազմաթիվ բուժհաստատություններում հիմնավորված է այցերի սահմանափակումը վարակի տարածման պատճառով, չնայած ռետրոսպեկտիվ հսկողական խմբերում անցկացված հետազոտություններում չի բացահայտվել այցերի բացասական ազդեցությունը նորածինների մանրէային կոնտամինացիայի մակարդակի վրա:

Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3-rd ed, 2000.

Դիմակների և գլխարկների օգտագործում

Սլայդ 10-2-22

- Չկան ապացույցներ այն մասին, որ դիմակներ ու գլխարկներ հազնելը արդյունավետ է մահացության մակարդակն իջեցնելու, հիվանդանոցում գտնվող նորածինների վարակման կամ բակտերային գաղութացումը վերացնելու համար:
- Բուժանձնակազմը պետք է հատուկ կամ վարակագրորդված հագուստ հագնի միայն այն դեպքում, երբ հնարավոր է, որ մեծ քանակությամբ այրյան կամ կենսաբանական այլ հեղուկների արտադրություն լինի, ինչպես նաև ինվազիվ բուժօգործողությունների կատարման դեպքում:

Գլխարկներ և դիմակներ կրելուց պետք է հրաժարվել, զոգնոց և խալաթ հագնել կարող են միայն նրանք, ով չի ուզում կեղտոտել սեփական հագուստը նորածնի հետ շփման ժամանակ:

Բամբակե, թանգիֆե կամ թղթից պատրաստված դիմակները անարդյունավետ են: Ֆիլտրման սինթետիկ նյութերով թղթից պատրաստված դիմակները արդյունավետ պատնեշ են միկրոօրգանիզմների ներթափանցման համար: Դիմակներ կիրառվում են տարբեր իրավիճակներում: Դիմակների նկատմամբ պահանջներ ներկայացվում են կապված օգտագործման նպատակի հետ:

- Հիվանդի պաշտպանություն. բուժանձնակազմը հագնում է վիրահատարանում, ընկճված իմունային համակարգ ունեցող հիվանդի հետ շփման ժամանակ, երբ կատարվում են մարմնի խոռոչի հետ կապված բուժօգործողություններ: Նման դեպքերում բավարար է վիրահատական դիմակի օգտագործումը:
- Բուժանձնակազմի պաշտպանություն. նրանք պետք է հագնեն դիմակներ, երբ շփման մեջ են մտնում հիվանդի հետ, որը կարող է փոխանցել վարակը օդակաթիլային ճանապարհով, կամ բրոնխոսկոպիայի և նման այլ գնդուձևերի կատարման դեպքում: Այդ դեպքում բարձր արդյունավետություն ունեցող դիմակ է պահանջվում հագնել:
- Օդակաթիլային ճանապարհով վարակներ տարածող հիվանդները պետք է վիրահատական դիմակներ հագնեն, երբ գտնվում են մեկուսիչի սահմաններից դուրս:

Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում

Սլայդ 10-2-23

- Արդյունավետ է.
 - խոնավության 40-70%-ի դեպքում,
 - բաց գույնի մակերեսների վրա (աման պայմաններում մուգ գույնի մակերեսներին ողջ են մնում միկրոօրգանիզմների 10-20%-ից ավելին),
 - 2 մետր տարածության վրա:
- Սակայն.
 - վատ անցանելություն ունի փոշու, լորձի կամ ջրի միջով,
 - անարդյունավետ է բարձր խոնավության դեպքում,
 - հնարավոր են աչքերի և մաշկի այրվածքներ,
 - ունի ոռոտին կիրառում, սակայն մեծ ծախսեր է պահանջում:

Օդի մաքրման լրացուցիչ արդյունավետ միջոց է ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումը:

Նվազեցնում է օդով փոխանցվող մանրէների և վիրուսների փոխանցումը հիվանդանոցի միջանցքում, հիվանդասենյակներում, գինվորական կազարմաներում, դպրոցների դասարաններում, նվազագույն ին-

ակտիվ ազդեցություն ունի սնկերի սպորների վրա: Առողջապահական հաստատություններում կիրառվում են երկու տեսակի ուլտրամանուշակագույն լամպեր՝ ուղղված և չուղղված ճառագայթմամբ:

Պարբերաբար կիրառումը կարևոր է: Ծառայությունը սովորաբար կայանում է փոշուց մաքրման և հին լամպերը նորերով փոխարինման մեջ: Լամպերը պետք է փոխել և մաքրել արտադրողի ձեռնարկի համաձայն:

Վնասագերծման նպատակով ուլտրամանուշակագույն լամպերով համակարգեր կիրառող բուժհաստատության բուժանձնակազմը պետք է հրահանգներ անցնի հետևյալ հարցերով.

1. ուլտրամանուշակագույն համակարգերի աշխատանքի սկզբունքները (մեխանիզմը, սահմանափակումները),
2. ուլտրամանուշակագույն գերճառագայթման վտանգը,
3. լույսի զգայունություն կապված որոշակի վիճակների կամ որոշակի դեղամիջոցների կիրառման հետ,
4. գրառումների կատարման կարևորությունը:

Հիվանդներին և նրանց այցելուներին պետք է զգուշացնել համակարգի օգտագործման նպատակի մասին և նախազգուշացնել հնարավոր վտանգի մասին:

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S.

Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, 2003.

Ախտահանող նյութերի կիրառում

Սլայդ 10-2-24

- Շրջակա միջավայրի առարկաներից (պատեր, հատակ) վերցված դրական ցանրսի և ներհիվանդանոցային վարակների միջև կապ չկա:
- Խսաչան վարակումը կանխելու նպատակով մեծ մասամբ բավարար է մշտապես պահպանել մաքրությունը:
- Պատերը և հատակը պետք է պարբերաբար լվանալ մաքրող միջոցներով, սակայն ոչ վարակազերծող նյութով:
- Գործիքների, ինչպես նաև ցանկացած մակերեսների վարակազերծման նպատակով խորհուրդ չի տրվում օգտագործել վարակազերծող բարձր մակարդակի նյութեր կամ քիմիական հեղուկներ:

Դեզինֆեկտանտների ռուտին կիրառման արդյունավետությունն ապացուցված չէ:

Ապացուցված է, որ հատակի մանրէային կոնտամինացիան 2 ժամ անց վերականգնվում է, անկախ դեզինֆեկտանտի օգտագործումից:

Չպետք է օգտագործել օդային դեզինֆեկտանտները: Չկան ապացույցներ այն մասին, որ ֆորմալինի կամ ֆորմալդեհիդի փոշիացումը նվազեցնում է վարակների տարածման ռիսկը: Դեֆինֆեկտանտների փոխարեն խորհուրդ է տրվում օգտագործել օճառով մանրակրկիտ լվացում և մեխանիկական մաքրում:

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), June 2003.

Եզրահանգումներ

Սլայդ 10-2-25

- Կենսաբանական հեղուկների հետ շփման ժամանակ կիրառեք նախազգուշացնող միջոցներ:
- Մշտապես ապահովեք բուժանձնակազմի նախապատրաստումը վարակի տարածման հսկողության, ձեռքերը լվանալու և այդ պրոցեսի ուղղությամբ:
- Վարակի ժամանակին հայտնաբերման և բուժումը սկսելու նպատակով կազմակերպեք կլինիկական հսկողություն:
- Ներհիվանդանոցային վարակների հաճախականության նվազեցման նպատակով բուժհաստատությունում ապահովեք արդյունավետ գործնական աշխատանքի ներդրումը:
- ՆՀՎ-ների հարցերով բուժհաստատության նպատակաուղղված և հաջող աշխատանքի ապահովման նպատակով անհրաժեշտ է միջդիսցիպլինար համագործակցություն:

Մանկաբարձական հաստատություններում ինֆեկցիոն հսկողության հիմնական խորհրդատվություն:

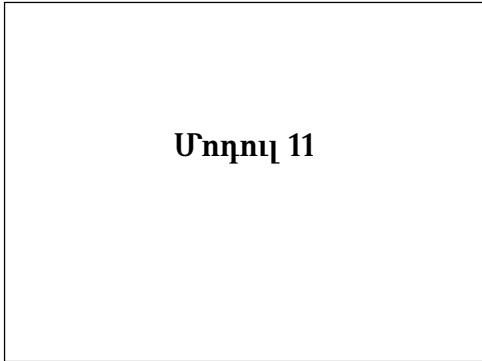
ԿՐԿՆՎՈՂ ՎԻԺՈՒՄՆԵՐ

Մոդուլ 11

Կրկնվող վիժումներ

Վիժում հասկացության սահմանումը դեռևս հակասական է

Սլայդ 11-1



Սլայդ 11-2

Սահմանումը

- Մինչև 37 շաբաթական ժամկետը հղիության ինքնաբեր ընդհատումը կոչվում է **կրելախախտ**,
- մինչև 22 շաբաթականը՝ **ինքնաբեր վիժում**:

- Հղիության ընդհատումը մինչև 22 շաբաթը ներառյալ (FIGO):
- Հղիության ընդհատումը մինչև 28 շաբաթը ներառյալ (WHO):
- Հղիության ընդհատումը մինչև 20 շաբաթը (անգլոսաքսոնյան գրականության մեջ):

Համաճարակաբանություն

Սլայդ 11-3

- Բոլոր վիժումների 40-60% վաղ վիժումներն են (մինչև 6 շաբաթ ժամկետը):
- 75%-ը անախտանիշ է:

Ենթակլինիկական անախտանիշ վիժումը (մինչև 6 շաբաթ ժամկետում) հանդիպում է բոլոր հղիությունների 40-60%-ի դեպքում: Այն կազմում է վիժումների ընդհանուր թվի 75%-ը և փաստորեն վիժումների միայն 25%-ն է ուղեկցվում ախտանիշներով:

Եթե վիժումը տեղի է ունենում հղիության I եռամսյակում, այն կոչվում է վաղ վիժում: Ուշացած անվանում են II եռամսյակում տեղի ունեցած վիժումը: Անգլոսաքսոնյան հեղինակները սովորությանին են համարում երկու կամ ավելի իրար հաջորդող վիժումները:

Վիժման հավանականությունը

Սլայդ 11-4

- Ինքնաբեր վիժումներ ունեցող կնոջ մոտ կրկին վիժելու հավանականությունը կազմում է 16%:
- Երկու վիժումից հետո այդ ռիսկը մեծանում է մինչև 25%,
- երեքից հետո մինչև 40%,
- իսկ չորս վիժումից հետո՝ 50%:

Ինքնաբեր վիժումներ ունեցող կնոջ մոտ կրկին վիժելու հավանականությունը կազմում է 16%: Երկու վիժումից հետո այդ ռիսկը մեծանում է մինչև 25%: Երեքից հետո՝ մինչև 40%, իսկ 4 վիժումից հետո՝ 50%: Այս տոկոսները 30-ով կրճատվում են, եթե 3 վիժումը տեղի է ունեցել մեկ նորմալ ծննդաբերությունից հետո:

Սովորության վիժումների էթիոպաթոզենեզը պարզաբանելու հնարավորությունը կազմում է 50-70%:

Էթիոպաթոզենեզ

Սլայդ 11-5

- գենետիկական (2-7%),
- էնդոկրին (5-10%),
- օրգանական (10-30%),
- ինֆեկցիոն (5-15%),
- աուտոիմուն (4-30%),
- էնդոցիոնալ (տոկոսով որոշված չէ):

Ինքնաբեր վիժման բարձր ռիսկի պատճառ կարող են հանդիսանալ մոր մոտ առկա որոշ պաթոլոգիաներ. շաքարային դիաբետ, կարդիոպաթիա, ծանր երիկամային անբավարարություն, կոլագենոպաթիա, էնդոմետրիոզ և այլն:

Սովորության վիժումների ավելի հաճախ հանդիպող պատճառները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի.

- ա. գենետիկական (2-7%),
- բ. էնդոկրին (5-10%),
- գ. օրգանական (10-30%),
- դ. ինֆեկցիոն (5-15%),
- ե. աուտոիմուն (4-30%),
- զ. էնդոցիոնալ (հուզական) (տոկոսով որոշված չէ):

30-50%-ի դեպքում պատճառը մնում էր անհայտ, բայց ներկայումս դրանց մեծ մասը դասում են ալոիմուն խմբին և դասակարգում են հետևյալ ձևով:

Գենետիկական պատճառներ

Սլայդ 11-6

- 4%-ի մոտ կարիոտիպի փոփոխություն^a Ինվերսիաները, տրանսլոկացիաները, քրոմոսոմների քանակի աճը, պոլիմորֆոզը:
- 3, 13 և 5 , 21 քրոմոսոմների, ինչպես նաև Ռոբերտսոնյան տրանսլոկացիաները 13, 21:

Ազգաբնակչության 4%-ն ունի կարիոտիպի փոփոխություն՝ հավասարակշռված կամ կրողի ձևով: Ինվերսիաները, տրանսլոկացիաները, քրոմոսոմների քանակի աճը, պոլիմորֆոզը հիմնական փոփոխություններն են, որոնք պատճառ են դառնում սովորության պիժումների:

Ավելի հաճախ հանդիպում են փոխադարձ 3, 13 և 5, 21 քրոմոսոմների, ինչպես նաև Ռոբերտսոնյան տրանսլոկացիաները 13, 21: Գենետիկ գործոնը կարելի է ուսումնասիրել տվյալ զույգի կարիոտիպի քննությամբ:

Էնդոկրին պատճառներ

Սլայդ 11-7

- Դեղին մարմնի անբավարարություն՝ (5-35%), որը դրսևորվում է:
 - պրոգեստերոնի քանակի նվազեցմամբ,
 - էնդոմետրիումի անբավարար պրեգրավիդար նախապատրաստմամբ,
 - ստերոիդային ռեցեպտորների զգայունության նվազեցմամբ էնդոգեն պրոգեստերոնի նկատմամբ:
- Քանի որ պրոգեստերոնի մեկանգամյա որոշումը ինֆորմատիվ չէ և պահանջվում է ինպուլսային որոշումը, որը շատ թանկ է և դժվար իրագործելի:
 - կրկնվող վիժումների ժամանակ ցուցված է դիոգնոստիկ նշանակումը:
- Դիոգնոստիկ ռեցեպտորների հանդեպ 1,5 անգամ ավելի բարձր զգայունություն ունի պրոգեստերոնի համեմատությամբ, նույնիսկ խրոնիկ բորբոքման պայմաններում:
- Անճանաչելի է հակապրոգեստերոնային հակամարմինների համար:

Գրականության մեջ դեղին մարմնի անբավարարությունն ունի շատ փոփոխական գերակշռություն (5-35%):

Դեղին մարմնի անբավարարությունը կարող է բերել պրոգեստերոնի քանակի նվազման, որն անբավարար կլինի էնդոմետրիումի համապատասխան հասունացման, ինպլանտացիայի և պլացենտացիայի համար:

Չնայած դրան որոշ հեղինակներ գտել են, որ պրոգեստերոնի շիճուկային մակարդակի և էնդոմետրիալ բիոպսիայի տվյալների կապը լիարժեք չէ, առկա է ստերոիդային ռեցեպտորների զգայունության անկում էնդոգեն պրոգեստերոնի նկատմամբ:

Դեղին մարմնի անբավարարությունը կարելի է ուսումնասիրել, մի քանի անգամ չափելով բազալ ջերմությունը և ցիկլի II փուլում պրոգեստերոնի և պրոլակտինի քանակը, կատարելով հիստերոսկոպիա և էնդոմետրիալ բիոպսիա: Քանի որ այդ ամենի որոշումը շատ դժվար է, թանկ և սակավ ինֆորմատիվ ցուցված է դիոգնոստիկ նշանակումը:

Վահանաձև գեղձի դիսֆունկցիան հաճախ դառնում է վիժման պատճառ

Սլայդ 11-8

- Վերջինիս բուժումը բարելավում է հղիության ելքը:
- Սովորույթային վիժման բուժումը՝ 10 մգ օրը 2 անգամ մինչև 20 շաբաթական հղիություն:
- Սպառնացող վիժում՝ 40 մգ միանվագ, հետագայում՝ 10 մգ ամեն 8 ժամը մեկ, մինչև ախտահիշների անհետացումը:

Ներքին սեկրեցիայի բոլոր գեղձերի, վահանաձև գեղձ, մակերիկամներ, ենթաստամոքսային գեղձի ախտաբանության ժամանակ բարձրանում է վիժման հաճախականությունը:

Արգանդի անոմալիաներ

Սլայդ 11-9

- 3%-ից մինչև 32% կարող են դառնալ կրկնվող վիժումների բնածին պատճառ.
- երկեղջյուր արգանդ,
 - արգանդի կիսատ և ամբողջական միջնապատ,
 - հիպոպլազիա:
- Ձեռքբերովի պատճառներն են.
- ֆիբրոմիոմատոզ, պոլիպներ, կպումներ և այլն,
 - պարանոցի առաջնային և երկրորդային անբավարարություն,
 - արգանդի ֆիքսված ռետրոֆլեքսիա:
- Բուժումը.**
- պարանոցի սերկլյաժ:

Արգանդի անոմալիաները կարող են լինել բնածին և ձեռքբերովի:

Բնածին պատճառներն են. արգանդի արատները, երկեղջյուր արգանդ, արգանդի կիսատ և ամբողջական միջնապատ, արտահայտված հիպոպլազիա:

Ձեռքբերովի պատճառներն են արգանդի ֆիբրոմիոմատոզը, կոնքային շրջանի ախտաբանական պրոցեսները (պոլիպներ, կպումներ և այլն), պարանոցի անբավարարությունը, արգանդի ֆիքսված ռետրոֆլեքսիան:

II եռամսյակում տեղի ունեցող վիժումների 22%-ի պատճառը արգանդի արատներն են: Վիժումները գերակշռում են արգանդի միջնապատ (20%), երկեղջյուր արգանդ (14%), զույգ արգանդ (8%) ունեցող կանանց մոտ:

Պարանոցի անբավարարությունը, որը հաճախ զուգորդվում է արգանդի այլ արատների հետ, կազմում է սովորույթային վիժումների պատճառների 13%-ը: Ըստ որոշ հեղինակների մետրոպոլիտիկան և պարանոցի կարը մասնակիորեն են լուծում արգանդի արատների պրոբլեմը:

Բնածին արատների ախտորոշումը հնարավոր է կատարել կոնքի էխոգրաֆիայով, հիստերոսալպինոգոգրաֆիայով: Ձեռքբերովի արատների ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կոնքի օրգանների էխո-հիստերոսկոպիա:

Աուտոիմուն հիվանդություններ Անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի ախտորոշման չափանիշները

Սլայդ 11-10

- Որոշ հեղինակներ նշում են սովորության վիժումների և աուտոիմուն պրոցեսների միջև առկայության միջև եղած կապը, սակայն մյուսները այն ժխտում են:
- Աուտոիմուն պրոցեսներից ամենահաճախ հանդիպող ձևը անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշն է:

Հղության պաթոլոգիա

Մորֆոլոգիապես նորմալ մեկ կամ ավելի պտուղների անբացատրելի անտենատալ մահ՝ 10 և ավելի շաբաթ ժամկետում (հաստատված ԳՁՀ կամ պաթոմորֆոլոգիական հետազոտությունը):

(8-րդ միջազգային համագումար, Ճապոնիա, Մապպորո, 1998)

Մորֆոլոգիապես նորմալ պտղով մեկ կամ ավելի վաղաժամ ծննդաբերություն (մինչև 34 շաբ.) ծանր պրեէկլամպսիայի կամ պլացենտայի անբավարարության հետևանքով:

Երեք կամ ավելի անբացատրելի ինքնաբեր վիժում մինչև 10 շաբաթական ժամկետը՝ ժխտելով անատոմիական անոմալիաները, հորմոնային խանգարումները և ծնողների քրոմոսոմային պաթոլոգիան:

Ախտորոշումը

Արյան մեջ հակակարդիոլիպինային հակամարմինների IgG և/կամ IgM միջին կամ բարձր տիտրի հայտնաբերում առնվազն 2 անգամ՝ 6 շաբաթ ընդմիջումով:

Գայլախտային հակակոագուլյանտի հայտնաբերումը արյան պլազմայում առնվազն 2 անգամ՝ 6 շաբաթ ընդմիջումով:

Անտիֆոսֆոլիպիդային սինդրոմ ախտորոշումը հավաստի է առնվազն 1 կլինիկական և 1 լաբորատոր ցուցանիշի առկայության դեպքում:

Վերջին ժամանակներս մասնագետների ուշադրությունը բևեռվել է կարդիոլիպինային հակամարմինների և լուպուս հակամակարդիչների վրա, որոնք կարող են կապված լինել սովորության վիժումների, ներարգանդային մահերի, պտղի ներարգանդային աճի դանդաղման և պրեէկլամպսիաների աճի հետ: Մանկաբարձական բարդությունների կողքին այս դեպքում նշվում են մեծ թվով զարկերակային և երակային թրոմբոզներ, ուղեղային ինֆարկտներ, կաթվածներ, թոքային հիպերտենզիա: Այս կանանց 50-60%-ի մոտ պտղի կորուստը լինում է I եռամսյակում, իսկ 30%-ի մոտ II եռամսյակում:

Աուտոիմուն պատճառներ

Սլայդ 11-11

Պաշտպանական իմունոլոգիայի դեպքում.

- չկա տրոֆորլաստը ախտահարող հակամարմինների արտադրություն,
- գերակշռում են TH2 – IL-4, IL-10, IL-3, IL-5, IL-13 ցիտոկիններ,
- TH1 պատասխանը ճնշված է,
- սատուրալ քիլերները (NK բջիջները) չեն ակտիվանում,
- կոագուլյացիայի խանգարումներ (ներանոթային թրոմբոզացում) չեն նկատվում:

Աուտոիմուն վիժման ախտածագման հիմքում ընկած է պտուղ-ընկերքային հակածինների հանդեպ մայրական ոչ նորմալ պատասխանը:

Բեղմնավորման արգասիքը, ունենալով կիսով չափ հայրական ծագում, փաստորեն դիտվում է որպես ալոփոխպատվաստուկ:

Բազմաթիվ հեղինակներ գտնում են, որ HLA համակարգով զուգընկերների բարձր համատեղելիության դեպքում կարող է ավելի բարձր լինել սովորության վիժումների հաճախականությունը: Սրանք այն դեպքերն են, երբ լինում են անհայտ ծագման սովորության վիժումներ: Վերջերս հատուկ ուշադրության են արժանանում տրոֆորլաստի, լիմֆոցիտների և թրոմբոցիտների հետ կապված հակածինները (տրոֆորլաստ/լիմֆոցիտ խաչաձև փոխազդող հակածին - TLX), քանի որ նրանք կարող են ուղղակի կամ անուղղակի կերպով ազդել մոր լիմֆոցիտների ֆունկցիայի վրա: Հակածինների նման համակարգը բերում է տրոֆորլաստի և լիմֆոցիտների հետ միացող հակամարմինների արտադրության: Որոշ հեղինակներ, որպես ալոիմուն վիժման պատճառ ենթադրում են TLX-ի բաժանումը (scaring-ֆենոմեն), որի հետևանքով չեն ճանաչվում տրոֆորլաստի մեջ եղած հայրական ծագման հակածինները, որոնք կարող են ընկճել ցիտոլիտիկ բնույթի փոխազդեցությունը:

Հումորալ իմուն պատասխանի միջնորդները (մեդիատորները) նույնպես բերվել են որպես ալոիմուն սովորության վիժման պատճառ: Այս գործոնները կարող են ուղղակի կամ անուղղակի կերպով առաջացնել ցիտոտոքսիկ էֆեկտներ, որոնք MHC - պայմանավորված չեն (major histocompatibility complex - հյուսվածքային համատեղելիության գլխավոր համալիր) ախտորոշմամբ:

Ալոիմուն վիժման համար հաճախ օգտագործվող հետազոտությունն է լիմֆոցիտների խառը կուլտուրայի մեթոդը (ԽԿՄ), որով որոշվում է կոմպլեմենտ կախյալ, հակամարմիններով միջնորդված լիմֆոցիտների տոքսիկությունը (խաչասերված փորձ):

Լիմֆոցիտների ԽԿՄ-ը ցույց է տալիս մոր արյան մեջ պաշարող գործոնների բացակայությունը կամ առկայությունը, որոնք in vitro ընկճում են հոր լիմֆոցիտների պրոլիֆերացիան: Խաչասերված լիմֆոցիտների փորձը ցույց է տալիս մոր արյան շիճուկում այն հակամարմինների առկայությունը կամ բացակայությունը, որոնք կարող են ունենալ լիմֆոտոքսիկ ազդեցություն հոր լիմֆոցիտների նկատմամբ:

Բուժման բնագավառում գոյություն ունեն տարբեր մոտեցումներ, որոնց հիմնական նպատակն է մոր օրգանիզմում առաջացնել իմունիզացիա կամ օրգանիզմի իմուն պատասխանի ձևավորում: Բուժումը անց է կացվում հոր կամ ընդհանրապես դոնորական լիմֆոցիտներով:

Ինֆեկցիոն գործոններ

Սլայդ 11-12

- TORCH –ինֆեկցիաներ
- T – toxoplasmosis
- O – other (սիֆիլիս, լիստերիոզ, էնտերովիրուսներ, հեպատիտ A և B, յլամիդիաներ, գոնոռեա)
- R – rubella
- C – cytomegalovirus
- H – virus herpes simplex

TORCH-կոմպլեքսի հարուցիչները կարող են հանդիսանալ վիժման պատճառ, սակայն ոչ սովորությանին վիժումների: Չնայած դրան, որոշ ոչ վիրուսային հարուցիչներ կարող են բերել սովորությանին վիժումների. ureaplasma urealiticum, micoplasma hominis, listeria monocitogenes, chlamidia trachomatis:

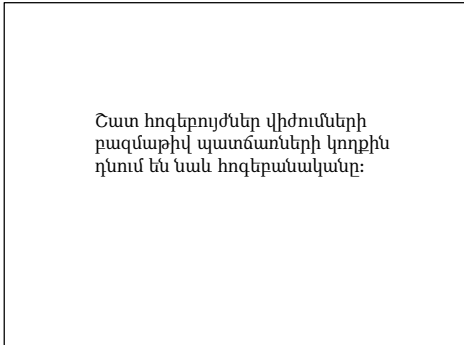
Վերջինս ամենավատնագավորն է իր արագ տարածման և անախտանիշ ընթացքի պատճառով: Սովորությանին վիժումներ ունեցող կանանց 15%-ի մոտ հայտնաբերվել են էնդոմետրիալ ինֆեկցիաներ, որոնց դեպքում դիտարկվել են հետևյալ միկրոօրգանիզմները՝ u.urealiticum և toxoplasma gondii: Էդոմետրիալ ինֆեկցիան համակցվում է պարանոցային անբավարարության հետ 8% դեպքերում, իսկ հետծննդյան տենդի հետ՝ 40% դեպքերում: Դոքսիցիկլինով բուժումը և հարուցիչների էռադիկացիան բարձրացնում է հաջորդ հղիության բարենպաստ ընթացքի հավանականությունը մինչև 85%:

TORCH-կոմպլեքսի հարուցիչները կարող են հանդիսանալ վիժման պատճառ, սակայն ոչ սովորությանին վիժումների: Որոշ ոչ վիրուսային հարուցիչներ կարող են բերել սովորությանին վիժումների. ureaplasma urealiticum, micoplasma hominis, listeria monocitogenes, chlamidia trachomatis:

Անտիբակտերիալ էթիոպաթոգենետիկ բուժումը և հարուցիչների էռադիկացիան բարձրացնում է հաջորդ հղիության բարենպաստ ընթացքի հավանականությունը մինչև 85%:

Հոգեկան գործոններ

Սլայդ 11-13

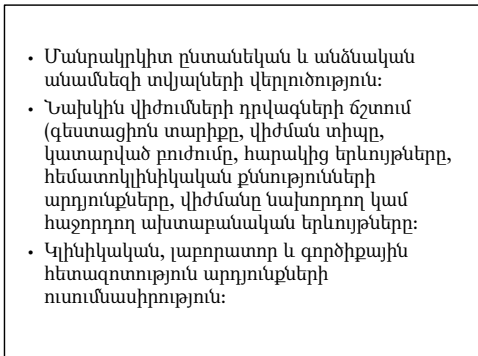


Շատ հոգեբույժներ վիժումների բազմաթիվ պատճառների կողքին դնում են նաև հոգեբանականը:

Տարբեր հեղինակներ ընդգծել են սովորության վիժում ունեցող կանանց հղիության բարենպաստ ելքը հոգեբանական աջակցության, պսիխոթերապիայի և ուշադիր խնամքի շնորհիվ, ի տարբերություն նման մանկաբարձական անամնեզ ունեցող կանանց, որոնք բուժում չեն ստացել:

Սովորության վիժում ունեցող գույգի հետազոտումը

Սլայդ 11-14



Մանրակրկիտ ընտանեկան և անձնական անամնեզի տվյալների վերլուծություն.

- նախկին վիժումների դրվագների ճշտում (գեստացիոն տարիքը, վիժման տիպը, կատարված բուժումը, հարակից երևույթները, հեմատոկլինիկական քննությունների արդյունքները, վիժմանը նախորդող կամ հաջորդող ախտաբանական երևույթները),
- կլինիկական, լաբորատոր և գործիքային հետազոտություն արդյունքների ուսումնասիրություն:

Սովորության վիժում ունեցող գույգի ախտորոշումը մինչ հղիությունը

Սլայդ 11-15

- Զույգի կարիտոպը:
- Կոնքի էխոգրաֆիա:
- Հիստերոսկոպիա՝ էնդոմետրիալ բիոպսիայով ցիկլի II փուլում:
- Հիստերոսալպինգոգրաֆիա:
- Լապարոսկոպիա (անհրաժեշտության դեպքում):

- Զույգի կարիտոպը:
- Կոնքի էխոգրաֆիա:
- Հիստերոսկոպիա՝ էնդոմետրիալ բիոպսիայով ցիկլի II փուլում:
- Հիստերոսալպինգոգրաֆիա:
- Լապարոսկոպիա (անհրաժեշտության դեպքում):

Գլուկոզայի նկատմամբ տոլերանտության թեստ (OGTT) և ինսուլինեմիայի կորը (75մգ) T3, T4, TSH, FT3, FT4 հեշտոցից, պարանոցից և արգանդից վերցված քսուքի մանրէաբանական հետազոտություն (խլամիդիա, միկոպլազմա, տրիխոմոնադներ, կանդիդա, գարդներելա, ընդհանուր հարուցիչներ), ուրինոկուլտուրա, հակակարդիոլիպինային հակամարմիններ, քիչքանակի կորիզների, ԴՆԹ-ի, մկանների, ստամոքսի լորձաթաղանթի, վահանաձև գեղձի միկրոստների, թիրեոգլոբուլինի միտոխոնդրիանների, շիճուկային իմունոգլոբուլինի, C3, C4, C3 պրոակտիվատորի, շրջանառող իմունոկոմպլեքսների հանդեպ հակամարմիններ «լուպուսանման հակամակարդիչ, TAP, PTT, ֆիբրինոգեն Կումբսի ուղղակի և անուղղակի թեստ, Դիքսոնի թեստ, եթե PLT <150.000 մմ³ VDRL պրոգեստերոնի և պրոլակտինի քանակը ցիկլի 21-րդ օրը, երկու հաջորդական ցիկլների ընթացքում սերմնահեղուկի հետազոտություն:

Բուժում

Սլայդ 11-16

- Առաջին հերթին ուղղված է հետևյալ վիճակների շտկմանը.
1. նյութափոխանակություն և էնդոկրին հոմեոստազի վերականգնում,
 2. սեռական օրգանների և միզուղիների բորբոքումների ախտորոշումը և բուժում,
 3. արգանդի միոմայի և կպումների վերացում,
 4. աուտոիմուն հիվանդություններ-սիստեմային կարմիր գայլախտ, անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի իմունակարգավորում,
 5. մարդկային իմունոգլոբուլինի, պրեդնիզոնի, դեքսամետոզոնի, ասպիրինի ցածր դոզաների կամ հեպարինի/էնոքսապարինի և ասպիրինի ցածր դոզաների համակցումը, ինչպես նաև դիդրոգեստերոնի կիրառումը:

Առաջին հերթին ուղղված է հետևյալ վիճակների շտկմանը.

1. նյութափոխանակություն և էնդոկրին հոմեոստազի վերականգնում:
2. սեռական օրգանների և միզուղիների բորբոքումների ախտորոշումը և բուժում:

3. արգանդի միոմայի և կպումների վերացում:

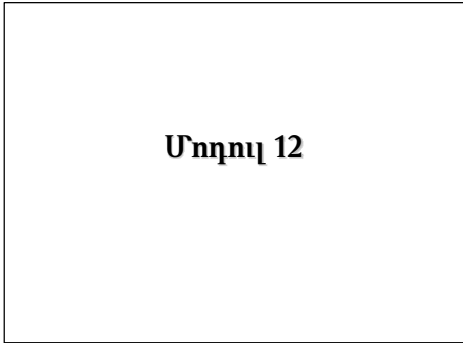
4. աուտոիմուն հիվանդություններ-սիստեմային կարմիր գայլախտ, անտի-ֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի իմունակարգավորում: Պետք է հաշվի առնել, որ վերջին տարիներին ուշադրության արժանի է դարձել մարդկային իմունոգլոբուլինի դեղանյութերի օգտագործումը (2 շաբաթը մեկ բեղմնավորման շրջանից մինչև 20-24 շաբաթական ժամկետը), որը նպատակահարմար է օգտագործել ալոիմուն վիժումների դեպքում:

Իսկ աուտոիմուն վիժման դեպքում, ընդհակառակը, հիմա արդեն տարածված է պրեդնիզոնի, դեքսամետազոնի, ասպիրինի ցածր դոզաների կամ հեպարինի/էնոքսապարինի և ասպիրինի ցածր դոզաների համակցումը, ինչպես նաև դիդրոզեստերոնի կիրառումը:

**ՊՏՂԱԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՄԻՆՉԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ
ՊԱՏՌՈՒՄ
Մոդուլ 12**

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում (ՊՄՊ)

Սլայդ 12-1



Մոդուլի նպատակը.

- ուսումնասիրել պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռման դեպքում հետազոտմանը, վարմանն ու ախտորոշմանը վերաբերող առաջարկները,
- ուսումնասիրել պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռման դեպքում վարման ժամանակ հակաբիոտիկային կանխարգելման, կարտիկոստերոիդների և տոկոլիտների կիրառման դերի, ինչպես նաև պտղաթաղանթների վաղաժամ պատվածքով հղիների ծննդալուծման օպտիմալ ժամկետի ընտրության հարցերը,
- ուսումնասիրել տեխնիկաները, որոնք թույլ են տալիս պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում բարելավել պերինատալ ելքերը,
- սովորել քննադատորեն գնահատել հասուն հղիության դեպքում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում ակտիվ և սպասողական տակտիկաների ինչպես առավելությունների, այնպես էլ թերությունների ապացույցները:

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում

Սլայդ 12-2

- Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում (ՊՄՎՊ).
 - երբ տեղի է ունենում հղիության 24-37 շաբաթ ժամկետում:
- Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում հասուն հղիության ժամանակ.
 - երբ տեղի է ունենում հղիության 37 և ավելի շաբաթ ժամկետներում:

Սլայդում պատկերված է պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման երկու տարբերակ:

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում (ՊՄՎՊ). հիմնախնդիրները

Սլայդ 12-3

- Առաջանում է բոլոր հղիությունների 2% -ի դեպքում, ՍԱԿԱՅՆ
- Հանգեցնում է.
 - 40% դեպքում վաղաժամ ծննդաբերությունների,
 - վերել ինֆեկցիայի,
 - մոր մոտ խորիոամնիոնիտի,
 - նորածինների զգալի հիվանդացության և մահացություն.
 - սեպսիսի,
 - անհասության,
 - թոքային հիպոպլազիայի:

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման հետ կապված են նորածինների մահացության 3 պատճառներ՝ անհասություն, սեպսիս և թոքային հիպոպլազիա:

Ներարգանդային վարակներով կանայք ծննդաբերում են ավելի վաղաժամ, քան նրանք, ովքեր չունեն վարակներ, իսկ սեպսիսով ծնված երեխաների մոտ մահացության մակարդակը 4 անգամ բարձր է, քան առանց սեպսիսի երեխաների մոտ: Բացի այդ, հղին ենթարկվում է խորիոամնիոնիտի զարգացման ռիսկի:

Գոյություն ունեն ապացույցներ, որոնք հաստատում են պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռման և սեռական ուղիների վերել վարակների միջև կապի առկայությանը: Մոտավորապես 1/3 հղիների մոտ պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում հարպտոլազների ցանքսը տալիս է բակտերիալային աճ: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ բակտերիաները կարող են թափանցել ամբողջական պտղաթաղանթների միջով:

Maxwell GL. Preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol Surv*, 1993, 48, 576–83.

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում (ՊՄՎՊ). ախտորոշումը

Սլայդ 12-4

- Ամենից հստակ ախտորոշումը կարելի է տալ հղիի հարցման և հայելիներով գննման հիման վրա.
 - հեշտոցի հետին կամարում, հեղուկի կուտակում կամ թափանցիկ հեղուկի առկայություն, որը հոսում է վզիկային խողովակից,
 - նիտրազինային թեստ խորհուրդ չի տրվում:
- Գերձայնային հետազոտություն.
 - օգնում է հաստատ սակավաջրության ախտորոշումը,
 - թույլ է տալիս գնահատել պտղի դիրքը և համապատասխանությունը գեստացիոն ժամկետին:
- Շատ կարևոր է ճիշտ որոշել պտղի գեստացիոն տարիքը:

Ախտորոշումը հաստատվում է հղիի անամնեզի հիման վրա (պտղաթաղանթների ինքնաբեր պատռում), որին հաջորդում է հայելիներով գննում, որի ընթացքում հատնաբերվում է հեղուկ հեշտոցի հետին կամարում կամ պտղաջրերի արտահոսք վզիկային խողովակից, նիտրազինային թեստ խորհուրդ չի տրվում:

Ախտորոշումը հաստատել օգնում է գերձայնային քննությունը, որի օգնությամբ հայտնաբերվում է սակավաջրությունը:

Հեշտոցային մատնային քննությունից պետք է հրաժարվել, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կան լուրջ կասկածներ, որ հղիի մոտ սկսվել է ծննդաբերական գործունեություն:

Հիմնավորում. գննման ժամանակ միկրոօրգանիզմները կարող են հեշտոցով թափանցել արգանդի խոռոչ, հանգեցնելով ներարգանդային վարակի զարգացման, պրոստագլանդինների արտադրման և վաղաժամ ծննդաբերության սկսման:

Մեկ ռետրոսպեկտիվ հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ այն կանանց մոտ որոնց կատարվել է հեշտոցային հետազոտություն ՊՄՎՊ և ծննդաբերական գործունեության միջև ընկած ժամանակահատվածը զգալիորեն ավելի կարճ է, քան նրանց մոտ ում համանման իրավիճակում կատարվել է միայն հայելային գննում:

Պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման հաստատման նպատակով կատարվել է մի շարք թեստերի արդյունավետության գնահատում. ամենաշատը կիրառվում է նիտրազինային թեստը, որը ցույց է տալիս pH-ի փոփոխությունները, ունի 90% զգայնություն և տալիս է 17% կեղծ-դրական արդյունքներ: Ավելի ուշ, պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման ախտորոշման համար կիրառվել են այլ թեստեր:

Ֆետալ ֆիբրոնտեխինի անալիզների զգայնությունը և ինսուլինանման աճի գործոնների մակարդակի որոշումը, որոնք վզիկային-հեշտոցային արտազա-

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

տումներում կապում են պրոտեին-1-ը կազմում են 94% և 75% համապատասխանաբար, իսկ դրանցից յուրաքանչյուրի առանձնահատկությունը կազմում է 97%:

Lewis DF et al. Effects of digital vaginal examination on latency period in preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol, 1992, 80, 630–4.

Rutanen EM, Pekonen F, Karkkainen T. Measurement of insulin-like growth factor binding protein-1 in cervical/vaginal secretions: comparison with the ROM-check Membrane Immunoassay in the diagnosis of ruptured fetal membranes. Clin Chim Acta, 1993, 214, 73–81.

Acta Obstet Gynecol Scand, 1995, 74, 118–21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).

Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.

**Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում.
վարման տակտիկան**

Սլայդ 12-5

- Սպասողական.
 - հղիության ժամկետը՝ մինչև 34 շաբաթ,
 - չկան հակացուցումներ հղիության երկարաձգման համար:
- Ակտիվ կամ սպասողական.
 - հղիության ժամկետ 34-37 շաբաթ:
- Ակտիվ.
 - հղիության երկարաձգման հակացուցումներ ցանկացած ժամկետում:

Վաղաժամ ծննդաբերության վտանգով հղիներին մնչև ծննդաբերությունը 24 մգ բետամետազոնի կամ 24 մգ դեքսամետազոնի նշանակումը 24 ժամվա ընթացքում բերում է պերինատալ մահացության մակարդակի (OP 0.60; 95%, DV 0.48-0.75), շնչառական դիսթրես համախտանիշի հաճախականության, ինչպես նաև անհաս նորածինների ներ-

փորոքային արյունազեղումների հաճախականության զգալի իջեցման:

Մյուս արդյունավետ ռազմավարությունը, որն ուղղված է հղիության այսպիսի բարդությունների ժամանակ ելքերի բարելավմանը, դա հղիի ուղեգրումն է ավելի բարձր մակարդակի բուժհաստատություն, որտեղ կան անհրաժեշտ պայմաններ անհաս նորածինների խնամքի համար:

Տոկոլիզի կիրառումը ցուցված է միայն 2 դեպքում. կորտիկոստերոիդների լրիվ կուրսի իրականացում և հղիի փոխադրում պերինատալ կենտրոն:

Շատ հետազոտություններ ցույց են տվել հղիության 34 շաբաթից փոքր ժամկետներում կոնսերվատիվ վարման առավելությունները: Հղիության 34-ից 37 շաբաթ ժամկետում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռվածքով հղիության վարման մոտեցումները մնում են վիճելի:

Ռետրոսպեկտիվ հետազոտությունների սերիան, որոնցում վերլուծվել են նորածնային ելքերը հղիության 32 շաբ. և 36 շաբ. ժամկետներում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում, ցույց է տվել, որ կրիտիկական ժամերը, որը նշանավորվում է նորածինների մահացության իջեցումով, հանդես են եկել հղիության 34 շաբաթականից: Հղիության 34 շաբ.-ից հետո ծնված երեխաների մոտ, ավելի հազվադեպ է դիտվել շնչառական դիսթրես համախտանիշ և կրճատվել է հիվանդանոցում նրանց գտնվելու ժամանակամիջոցը: Դիսթրես համախտանիշի հաճախականությունը 33 և 34 շաբաթական ժամկետներում կազմել է 22.5% և 5.8% համապատասխանաբար: 35 և 36 շաբ ժամկետում դիսթրես արձանագրվել է ծննդաբերության դեպքերի 10.4% և 1.5% համապատասխանաբար:

Կատարված հետազոտությունների տվյալները ցույց են տալիս հիմնախնդրի հետագա ուսումնասիրության և 34-37-րդ շաբաթում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում ծննդալուծման օպտիմալ ժամկետի ընտրության անհրաժեշտությունը:

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes.
Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.*

*Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth.
The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2005.*

Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3-rd edition, 2000.

Պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում. մատնային հեշտոցին քննություն

Սլայդ 12-6

- Եթե ընտրվել է սպասողական տակտիկա պետք է խուսափել մատնային քննությունից, քանի որ.
 - մեծանում է ներարգանդային ինֆեկցիայի ռիսկը,
 - բերում է պրոստագլանդինների արտադրության և վաղաժամ ծննդաբերության,
 - պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման և ծննդաբերության սկսման միջև ժամանակամիջոցը ավելի կարճ է, քան բացառապես ստերիլ հայելային դիտման ժամանակ:
- Պետք է կատարել, եթե.
 - կինը ծննդաբերության մեջ է,
 - ենթադրվում է վարման ակտիվ տակտիկա:

Մատնային հեշտոցային քննությունից պետք է հրաժարվել, բացի այն դեպքերից, երբ գոյություն ունեն լուրջ կասակծներ, որ կնոջ մոտ սկսվել է ծննդաբերություն:

Հիմնավորումը. հետազոտության ժամանակ մանրէները կարող են հեշտոցից անցնել արգանդի վզիկ, բերելով ներարգանդային վարակի, պրոստագլանդինների արտադրման և վաղաժամ ծննդաբերության սկսման: Մեկ ռետրոսպեկտիվ քննության արդյունքները ցույց են տվել, որ պտղաթաղանթների

վաղաժամ պատռման և ծննդաբերական գործունեության սկսման միջև ժամանակամիջոցը առավել կարճ է այն կանանց մոտ, ում կատարվել է հեշտոցային զննում, քան նրանց, ում համանման իրավիճակում կատարվել է բացառապես ակտիվ զննում հայելիներով:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44,
RCOG Press, November 2006.

Սպասողական տակտիկան պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման ժամանակ. միջծննդաբերական հետազոտություններ (1)

Սլայդ 12-7

- Հետազոտություն խորիզամնիոնիտի կլինիկական նշանների հայտնաբերման նպատակով, ոչ հազվադեպ, քան յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ.
 - ջերմության բարձրացումը, տախիկարդիա լեյկոցիտոզ, արգանդի ցավոտություն և հեշտոցի արտադրություն տհաճ հոտով,
 - պտղի տախիկարդիա:
- Շաբաթը մեկ անգամ քսուք հեշտոցի.
 - հայտնաբերում է B խմբի ստրեպտոկոկը, հիմք է տալիս ծննդաբերության ժամանակ հակաբիոտիկաթերապիայի անցկացմանը:
- Մոր արյան քննություն ոչ հազվադեպ, քան շաբաթը 1 անգամ:
- Սրտագրություն՝ երբ անհրաժեշտ է կանոնավոր հետևել պտղի վիճակին:

Խորիզամնիոնիտի ախտորոշման կլինիկական չափորոշիչներն են՝ մարմնի բարձր ջերմաստիճան, տախիկարդիա, լեյկոցիտոզ, արգանդի ցավոտություն և մոր մոտ հեշտոցային արտադրություն տհաճ հոտով, ինչպես նաև պտղի մոտ տախիկարդիա:

Հղիին, ստացիոնարում գտնվելու ժամանակ, պետք է պարբերաբար հետազոտել այդ ներարգանդային վարակներն հայտնաբերելու համար և բացահայտելու ցուցանիշների հնարավոր խախտումները: Մարմնի ջերմաստիճանը, մոր սրտի զարկը և պտղի սրտի հաճախականության լսում պետք է անցկացնել 4-8 ժամը մեկ (բայց ոչ հազվադեպ, քան 12 ժամը մեկ անգամ):

Խորիզամնիոնիտի կլինիկական ախտորոշիչներն են՝ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում (37.8°C -ից բարձր, մոր մոտ հեշտոցային արտադրություն տհաճ հոտով, պտղի տախիկարդիա (160 զարկից ավել 1 րոպետում): Գրականությունում խորիզամնիոնիտի ախտորոշման վերաբերյալ կան հակասական տվյալներ՝ լեյկոցիտոզի և C-ռեակտիվ սպիտակուցի բարձր մակարդակի վերաբերյալ: Քրոնիկ խորիզամնիոնիտի հայտնաբերման համար լեյկոցիտոզի զգալիությունը և կեղծ-դրական արդյունքները տատանվում են 29-47% և 5-18% սահմաններում համապատասխանաբար: C ռեակտիվ սպիտակուցի հայտնաբերման հետազոտության առանձնահատկությունը, որը կիրառվում է նույն նպատակով, կազմում է 38-55%: Չնայած հեշտոցային արտադրության ամեն շաբաթյա ցանքսը հաճախ համարվում է պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռմամբ կանանց վարման մի մասը, հետազոտության արդյունքները, որոնցում զնահատվել է տվյալ պրակտիկան, չեն հաստատում դրանց արդյունավետությունը:

Ապացուցվել է, որ պտղաջրերի և հեշտոցից արտադրության ցանքսի արդյունքները կանխատեսում են 53%-ը դրական արդյունքներ, կեղծ դրական արդյունքների հաճախականությունը կազմում է 25%: Մակայն լեյկոցիտոզի առկայությունը կարող է կլինիկորեն օգտակար լինել այն դեպքերում, երբ խորինամինիտի ախտորոշումը կասկածելի է: Առավել ևս, հեշտոցային քսուքների արդյունքների տվյալներով կարելի է հայտնաբերել վարակը, որն առաջացել է B խմբի ստրեպտոկոկից, որը կարող է ցուցանիչ հանդիսանալ ծնդաբերության ժամանակ հակաբիոտիկաթերապիայի համար:

Այն դեպքում, երբ պահանջվում պտղի վիճակի կանոնավոր հսկողության, պետք է դիտարկել պտղի մոնիտորինգի հնարավորությունը կարդիոտոկոգրաֆիայի օգնությամբ (C):

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes.
Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).
Premature rupture of membranes. Washington (DC):
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG),
1998 Jun., 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 1).
Current as of December 2004.

Մպատղական տակտիկան պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման ժամանակ. մինչծննդաբերական հետազոտություններ (2)

Սլայդ 12-8

- Պտղի բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատում և պորտալարում արյան հոսքի դոպլերոմետրիա.
 - չպետք է լինեն պտղի մոտ վարակների հայտնաբերման առաջին կարգի հետազոտությունը կամ դիագնոստիկ թեստեր
 - թույլ չեն տալիս պտղի մոտ հստակ տարբերել վարակի առկայությունը կամ բացակայությունը:
 - Ռոտին ամփոցնետեզ խորհուրդ չի տրվում
 - թույլ է տալիս վարակը հայտնաբերել մինչ նրա կլինիկական դրսևորումը.
 - մինչ մոր մոտ խորիտամնիոնիտի ախտանիշների ի հայտ գալը,
 - մինչ պտղի մոտ սեպսիսի ախտանիշների ի հայտ գալը.
- ՍԱԿԱՅՆ
- ամփոցնետեզի դերը բուժման եղբերի լավացման վերաբերյալ պահանջվում է հետագա ուսումնասիրություն:

Բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատականը և պորտալին գարկերակում արյունահոսքի դոպլերոգրաֆիան չպետք է համարվեն I կարգի հետազոտություն կամ ախտորոշիչ թեստեր պտղի մոտ վարակների հայտնաբերման համար (B):

Ենթադրություն կա, որ ներարգանդային վարակի մարկերներ են ախտաբանական ցուցանիշները, որոնք ստացվել են պտղի բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատման ժամանակ, ինչպես նաև պորտալին գարկերակում սիստոլո/դիաստոլիկ հարաբերակցության ստուգումը:

Բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատման ժամանակ կեղծ դրական և կեղծ բացասական արդյունքները, որոնք գնահատվում են որպես կլինիկական

խորհրամանիոնիտի նշան, ի հայտ են գալիս 25-80% և 2-9 դեպքերում համապատասխանաբար:

Մեկ այլ հետազոտությունում գնահատվել են պտղաջրերի և պտղի, արյան ցանքսերի դրական արդյունքները, որոնք գնահատվել են որպես ինֆեկցիայի վերջնական հաստատում: Հայտնաբերվել է որ պտղի բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատումը կամ պտղային արյունահոսքի դոպլերոմետրիկ հետազոտությունը թույլ չեն տալիս որոշել ախտահարված է արդյոք պտուղը ինֆեկցիայով:

Պտղի տախիկարդիան 20-40%-ով թույլ է տալիս կանխորոշել ներարգանդային ինֆեկցիայի առկայությունը. կեղծ-դրական արդյունքները կազմում են 3%:

Կարդիոտոկոգրաֆիան օգտակար է, քանի որ պտղի տախիկարդիան կաորդ է հանդիսանալ ինֆեկցիայի ուշ ախտանիշ: Հաճախ կիրառվում են հետևյալ հետազոտությունները խորհրամանիոնիտի կլինիկական ուսումնասիրության ժամանակ:

Չեն կատարվել ուսնդոմիզացված հսկվող հետազոտություններ, որոնց արդյունքները հաստատեցին ենթադրությունն այն մասին, որ հաճախ կատարվող բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատականը կամ դոպլերոգրաֆիան լավացնում են հղիության ելքը: Գրականության մեջ կան հավասարաչափ տվյալներ, որոնք հիմնված են այլ ոչ ինվազիվ հետազոտությունների վրա: Կարելի է եզրակացնել, որ չնայած որոշ հետազոտությունների արդյունքները վկայում են այդ թեստերի առավելությունների մասին, ընդհանուր առմամբ, նրանց արժեքը ինֆեկցիան և առողջ պտուղների ճանաչման մեջ մեծ չէ:

Blackwell SC, Berry SM. Role of amniocentesis for the diagnosis of subclinical intra-amniotic infection in preterm premature rupture of the membranes. Curr Opin Obstet Gynecol, 1999, 11, 541-47.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premature rupture of membranes. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1998 Jun., 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 1). Current as of December 2004.

Մպատղական տակտիկան պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռման ժամանակ. հակաբիոտիկային կանխարգելում

Սլայդ 12-9

- Վիճակագրորեն զգալի իջնում է հաճախականությունը.
 - խորհումսինդրոմի,
 - 48 ժամվա և 7 օրվա ընթացում երեխաների ծնվելու,
 - նորածինների մոտ վարակների,
 - նորածինների մոտ ուղեղային խանգարումների հայտնաբերումը՝ գերձայնային հետազոտությամբ մինչև դուրս գրումը:
- Չկա պերինատալ մահացության զգալի իջեցում:
- Էրիթրոմիցինը պետք է նշանակվի բոլոր կանանց.
 - 250 մգ per os յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ, ընդունման կուրսը ավստորոշման պահից՝ 10 օր **ԿԱՄ**
 - 250 մգ per os, օրական 3 անգամ, ընդունման կուրսը 7 օր + ամոքսիցիլին 500մգ per os օրը 3 անգամ ընդունման կուրսը 7 օր:
- Պենիցիլինը պետք տրվի ծնողաբերական գործունեության սկսման պահից՝ եթե B խմբի ստրեպտոկոկի նկատմամբ կատարված ցանքը դրական է:

Մետասանալիզում ընդգրկված են 22 հետազոտությունների արդյունքներ՝ մինչև հղիության 37 շաբաթը պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռումով 6000 կին:

Պարզվել է, որ հակաբիոտիկների կիրառումը՝ կապված պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման հետ, բերում է խորհումսինդրոմով հիվանդացության վիճակագրորեն հավաստի իջեցման (ՇՀ՝ 0,57; 95% ՎԻ 0,37–0,86): Նկատվել է պտղաթաղանթների պատռումից հետո 48 ժամվա ընթացքում ծնված նորածինների թվի իջեցում (ՕՓ 0,71; 95% ՎԻ 0,58–0,87) և 7 օր (ՕՓ 0,80; 95% ՎԻ 0,71–0,90): Նորածինները, որոնց մայրերը ստացել են հակաբիոտիկներ, քիչ են հակված վարակների (ՇՀ՝ 0.68, 95%, ՎԻ՝ 0.53-0.87): Դիտվել է նաև նորածինների թվի զգալի իջեցում, որոնց մոտ, մինչև դուրս գրումը գերձայնային հետազոտության միջոցով հայտնաբերվել են ցերեբրալ խանգարումներ (ՇՀ՝ 0.82; 95%, ՎԻ 0.68-0.98): Պերինատալ մահացության զգալի նվազում չի դիտվել, չնայած բուժում ստացած հղիների խմբում նվազման միտում նկատվել է:

Մետասանալիզում ընդգրկված հետազոտություններում, ուսումնասիրվել են տարբեր հակաբիոտիկների արդյունավետությունը և դրանց նշանակման տարբեր սխեմաներ:

10 հետազոտությունում կիրառվել է լայն սպեկտրի ազդեցության պենիցիլին, մոնոթերապիայի տեսքով կամ այլ պրեպարատների հետ համակցված:

5 հետազոտությունում ուսումնասիրվել է մակրոլիտների (էրիթրոմիցինի) արդյունավետությունը մոնոթերապիայի կամ այլ պրեպարատների հետ համակցված: Եվ վերջապես, 1 հետազոտությունում փորձարկվել է կլինդամիցինը և գենտամիցինը: Բուժման տևողությունը՝ 2 դեղաչափ մինչև 10 օր: Պենիցիլինի խմբի ցանկացած անտիբիոտիկի ընդունումը (բացի կո-ամոքսիլավից) կամ էրիթրոմիցինի, համեմատած պլացեբոյի հետ, բերել է պտղաթաղանթների պատռումից հետո 48 ժամվա ընթացքում երեխաների ծնվելու հաճախականության զգալի իջեցման, որոնց մոտ ֆիքսվել են արյան ցանքսի դրական արդյունքներ:

Կո-ամոքսիլավիլը պլացեբոյի համեմատ, բերել է մետուկացնող էստերոկորիտով երեխաների ծնվելու հաճախականության մեծացման: Ցույց է տրվել, որ

Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

աուգմենտինի կիրառումը 5 անգամ բարձրացնում է մեռուկացնող էստերոկոլիտի զարգացման վտանգը (ՇՀ՝ 4,60; 95% ՎԻ 1,98 - 10,72)

Եթե չկա էրիթրոմիցինի օգտագործելու հնարավորություն, կանխարգելման նպատակով կարող են կիրառվել.

- ամպիցիլին ն/ե հետո ամոքսիցիլին per os,
- ամպիլիցիլին/սուրակտամ ն/ե, հետո ամոքսիցիլին /կլավուլանատ per os:

Եթե պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռումը առաջացրել է B խմբի ստրեպտակոկը, պետք է նշանակվեն պենիցիլինի շարքի հակաբիոտիկներ:

Kenyon S. et al. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes (Cochrane Review), Cochrane Library, Issue 3, 2002.

Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1998 Jun., 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 1). Current as of December 2004.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.

Սպասողական տակտիկան պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման ժամանակ. կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական ընդունումը

Սլայդ 12-10

- Պետք է նշանակվի հղիության 24-ից 34 շաբաթների ընթացքում:
- Բերում է վիճակագրորեն հավաստի իջեցման.
 - շնչառական դիսթրես-համախտանիշի մակարդակի,
 - ներփորոքային արյունազեղումների,
 - մեռուկացնող էստերոկոլիտի:
- Չի բարձրացնում վարակների զարգացման վտանգը մոր և նորածնի մոտ:

Պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց պետք է նշանակվեն կորտիկոստերոիդներ (A):

Ռանդոմիզացված վերահսկվող 15 հետազոտությունների մետասանալիզը (1400 կանանց ընդգրկմամբ, որոնց մոտ կար պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռում) ցույց է տվել, որ կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական ընդունումն իջեցնում է շնչառական դիսթրես-համախտանիշի վտանգը (ՇՀ՝ 0.56; 95%, ՎԻ՝ 0.46-0.70), ներփորոքային արյունազեղումների (ՇՀ՝ 0.47; ՎԻ՝ 0.31-0.70) և մեռուկացնող էստերոկոլիտի (ՇՀ՝ 0.21; 95%, ՇՀ՝ 0.05-0.82) վտանգը: Չի հայտնաբերվել վարակի զարգացման վտանգ ինչպես մոր մոտ (OP 0.86; 95%; ՎԻ՝ 0.61-1.20), այնպես էլ՝ նորածնի (ՇՀ՝ 1.05; 95%, ՎԻ՝ 0.66-1.68):

Կորտիկոստերոիդներով մինչծննդաբերական թերապիան ցուցված է պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռմամբ կանանց մոտ հղիության 24-34 շաբաթական ժամկետներում:

Պերինատալ արդյունավեր բուժօգնություն և խնամք

*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).
Premature rupture of membranes. Washington (DC):
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG),
1998 Jun., 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 1). Current as of December 2004.*

*Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth.
The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2005
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes.
Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.*

Սպատղական տակտիկան պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց մոտ. պրոֆիլակտիկ տոկոլիզը

Սլայդ 12-11

- Խորհուրդ է տրվում բացառապես ակտիվ ծննդաբերական գործունեությամբ հղիների.
 - բուժօգնության առավել բարձր մակարդակի բուժհաստատություն փոխադրման նպատակով,
 - կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական ընդունման նպատակով:
- Խորհուրդ չի տրվում առանց ակտիվ ծննդաբերական գործունեությամբ հղիների.
 - չի մեծանում պտղաթաղանթների պատռման և ծննդաբերական գործունեության սկսման միջև ժամանակը,
 - չի նվազեցնում նորածինների հիվանդացությունը:

Պրոֆիլակտիկ տոկոլիզը խորհուրդ չի տրվում անցկացնել պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով հղիներին առանց արգանդային ակտիվության նշանների (A):

Տոկոլիզի հնարավորություն պետք է դիտարկել, եթե պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով հղիների մոտ դիտվում է արգանդային կծկողականության ակտիվություն և պահանջվում է հղիին ավելի բարձր մակարդակի խնամք տրամադրել կամ պահանջվում է կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական ընդունում:

Երեք ուսնդամիզացված հետազոտություններ (ընդհանուր ընտրությունը կազմել է պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով 235 կին), ցույց են տվել, որ տոկոլիզ ստացած հղիների տոկոսը, որոնց մոտ պտղաթաղանթների պատռումից հետո 10 օրվա ընթացքում ծննդաբերությունը չի սկսվել, չի եղել ավելի բարձր տոկոլիզ չստացողների համեմատ:

Վերջերս կատարված «դեպք-հսկողություն» ռետրոսպեկտիվ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ տոկոլիզը պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումից հետո չի մեծացնում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման և ծննդաբերության սկսման միջև ժամանակամիջոցը և չի իջեցնում նորածինների հիվանդացության մակարդակը:

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes.
Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.*

Պտղաթաղանթների վաղաժամ պատոման սպասողական տակտիկան. բուժական տոկոլիզ

Սլայդ 12-12

- Խորհուրդ չի տրվում, եթե.
 - 24 ժամ օգտագործումից հետո չկա հղիության հավաստի երկարաձգում,
 - չի լավացնում նեոնատար ելքերը,
 - գեստացիայի 28 շաբաթից ավել ժամկետում կանոնավոր կծկանքներ սկսելու դեպքում.
 - չի մեծացնում երեխայի ծավելու ժամանակային ինտերվալը,
 - չի նվազեցնում պերինատալ մահացությունն ու հիվանդացությունը:
- Ագրեսիվ տոկոլիզ՝ համեմատած սահմանափակ տոկոլիզի կամ նրա բացակայության հետ.
 - չի երկարաձգում ծննդաբերության սկիզբը,
 - չի նվազեցնում նորածնային հիվանդացության մակարդակը:

Ռանդոմիզացված հետազոտությունը, որում ընդգրկված են 30 կին, ցույց է տվել, որ ռիզոդրինի ն/ե ներարկումով ծննդաբերության սկիզբը կարելի է հետաձգել 24 ժամով: 24 ժամ անց հղիության տևողության հետագա տարբերություն 2 խմբերում չի արձանագրվել:

Ռանդոմիզացված հետազոտությունը, որում ընդգրկված են 109 կին, ցույց է տվել, որ պտղաթաղանթների վաղաժամ պատոման հետևանքով վաղաժամ ծննդաբերության հաճախականությունը 28 շաբաթից մեծ ժամկետում, չի տարբերվում այն խմբերում, որոնցում տոկոլիզը սկսվել է կանոնավոր կծկանքներից հետո:

Մեկ ուրիշ ռանդոմիզացված ուսումնասիրության տվյալներով, որում ընդգրկված է 79 հղի, որոնց մոտ կծկանքներն սկսվել են պտղաթաղանթների պատոմից հետո, չեն հաստատվել տոկոլիզի առավելությունները, որն անցկացվել է պտղաթաղանթների պատոման և երեխայի ծավելու միջև ժամանակային ինտերվալի մեծացման նպատակով: Տոկոլիզը չի նպաստել նաև պերինատալ մահացության և հիվանդացության իջեցմանը:

Վերջերս անցկացված «դեպք-հսկողություն» հետազոտությունում, որում ընդգրկված են 193 կին, ցույց է տրվել, որ ռուտին տոկոլիզը, որն անցկացվել է պտղաթաղանթների վաղաժամ պատոմից հետո, համեմատած սահմանափակ տոկոլիզի կամ նրա բացակայության հետ, չի հետաձգում ծննդաբերության սկիզբը և չի իջեցնում նորածինների հիվանդացությունը:

Ակնհայտ է, որ հստակ ապացույցների բացակայության դեպքում, որ տոկոլիզը պտղաթաղանթների վաղաժամ պատոման դեպքում լավացնում է նեոնատալ ելքերը, տվյալ պրոցեդուրայի անցկացումից պետք է հրաժարվել: Հնարավոր է, որ տոկոլիզը կարող է առաջացնել կողմնակի բարդություններ՝ ներարգանդային վարակի պայմաններում երեխայի ծավելու հետաձգումը, պրոստագլանդինների և ցիտոկինների արտադրության և ծննդաբերության գործունեության սկզբի հետաձգումը: Մակայն, կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական ներմուծման առավելությունները նույն չափով ակտուալ են պտղաթաղանթների վաղաժամ պատոմումով բոլոր հղիների համար, և որոշ կլինիկական հանգամանքներում ռիսկի և առավելությունների հարաբերակցությունը

կարող է հանգեցնել այն մտքի, որ նպատակահարամար է կիրառել տոկոլիզայդ նպատակով: Համանմանորեն, տոկոլիզի կիրառումը կարող է նպատակահարմար լինել, կախված անհատական հանգամանքներից կնոջն առավել բարձր մակարդակի բուժօգնություն ցույց տալու նպատակով:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.

Սպասողական տակտիկան պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման դեպքում. ամնիոինֆուզիա

Սլայդ 12-13

- Խորհուրդ չի տրվում.
 - տրանսվագինալ ամնիոինֆուզիա.
 - ամնիոինֆուզիայի ենթարկված և չենթարկված հղիների խմբերում չկան հաճախականության էական տարբերություններ կեսարյան հատումների, ըստ Արգարի սանդղակի ցածր բալերով երեխաների ծնվելու և նորածիններ մահացության մակարդակի միջև:
 - տրանսաբդոմինալ ամնիոինֆուզիա.
 - վաղածինների մահվան վտանգը թոքային հիպոպլազմայից նույն է ինչ որ ամնիոինֆուզայի բացակայության դեպքում,
 - պտղի ներարգանդային ապրելունկության տոկոսը մինչև 26 շաբաթ հղիության ժամկետն ավելի բարձր է:

Ծննդաբերության ժամանակ պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց տրանսվագինալ ամնիոինֆուզիա խորհուրդ չի տրվում (A):

Պտղաթաղանթների վաղաժամ մինչծննդաբերական պատռման դեպքում թոքային հիպոպլազիայի ժամանակ որպես կանխարգելիչ մեթոդ տրանսաբդոմինալ ամնիոինֆուզիա խորհուրդ չի տրվում (B): Տրանսվագինալ ամնիոինֆուզիան ծննդաբերության ժամանակ դարձել է վերլուծության նյութ: Վերլուծությունն ընդգրկում է մեկ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություն, որում ընդգրկված են պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով 66 կին, հղիության 26-35 շաբաթական ժամկետով: Այս կանանց ծննդաբերության ժամանակ կատարվել է ամնիոինֆուզիա: Ամնիոինֆուզիայի ենթարկված և չենթարկված կանանց խմբերում հետազոտության արդյունքներով չեն հաստատվել կեսարյան հատումների, ըստ Ապգարի սանդղակի ցածր բալերով երեխաների ծնվելու և նորածիններ մահացության մակարդակի միջև հաճախականությունների էական տարբերություններ:

Եզրակացություն. չկան բավարար ապացույցներ ամնիոինֆուզիայի կլինիկական պրակտիկայում կիրառելու արդյունավետության մասին:

24-33 շաբաթական ժամկետում պտղաթաղանթների պատռումով 65 կանանց, որոնց բաժանել են խմբերի տրանսաբդոմինալ ամնիոինֆուզիայի անցկացման համար կամ սպասողական վարման նպատակով, հետազոտման վերաբերյալ վերջերս հրատարակված տվյալները ցույց են տվել, որ նորածինների մահվան վտանգը թոքային հիպոպլազիայից 2 խմբերում էլ նույնն է:

Մեկ այլ «դեպք-հսկողություն» հետազոտությունում, որում ընդգրկված է բուժում ստացած և չստացած 24 կին, թոքային հիպոպլազիայի առաջացման տարբերություն չի դիտվել:

Մեկ այլ հետազոտությունում, որում ընդգրկված են հղիության մինչև 26 շաբաթ ժամկետով պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռումով 71 կին, համեմատած վերասկզբի խմբի հետ (64.8% համեմատած 32.3%-ի հետ, $p < 0.01$) ներարգանդային կենսունակության տոկոսը բուժում ստացած խմբում բարձր է:

Բանդումիզացված հետազոտություններից բացի, ներկայումս չկան հստակ ապացույցներ, որոնք թույլ կտան խորհուրդ տալ այս բուժումը:

Jazayeri A et al. Tocolysis does not improve neonatal outcome in patients with preterm rupture of membranes. Am J Perinatol, 2003, 20, 189–93. Fetal Diagn Ther, 2003, 18, 412–17.

How HY et al. Preterm premature rupture of membranes: aggressive tocolysis versus expectant management. J Matern Fetal Med, 1998, 7, 8–12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006

Սպասողական տակտիկան պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման դեպքում. ամբուլատոր վարում

Սլայդ 12-14

- Պետք է դիտարկել միայն.
 - մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից անհատական խիստ ընտրությունից հետո,
 - ստացիոնար հսկողությունից 48-72 ժամ անց:
- Կանանց պետք է իրազեկել.
 - խորիտամնիոնիտի նշանների և ախտանիշների մասին,
 - հանգամանքների մասին, որոնց դեպքում նրանք պետք է դիմեն բուժօգնության,
 - ամբուլատոր հաճախումների և նրանց նշանակության մասին,
 - ամբուլի ջերմաստիճանի օրը 2 անգամ չափման անհրաժեշտության մասին:
- Չեն հայտնաբերվել էական տարբերություններ.
 - խորիտամնիոնիտի,
 - շնչառական դիսթրես համախտանիշի,
 - նորածինների սեպսիսի հաճախականությունների միջև:

Պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց ամբուլատոր վարում կարող է խորհուրդ տրվել միայն մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից խիստ անհատական ընտրությունից հետո (B):

Ամբուլատոր վարման հնարավորությունը պետք է դիտարկել ստացիոնար հետազոտությունից միայն 48-72 ժամ հետո:

Հղիներին պետք է իրազեկել խորիտամնիոնիտի ախտանիշների և այն հանգամանքների մասին, որոնց դեպքում նրանք պետք է դիմեն մասնագիտական օգնության:

Կանայք, որոնց մոնիտորինգը կատարվում է տնային պայմաններում, պետք է օրը 2 անգամ չափեն մարմնի ջերմաստիճանը և իմանան վարակի զարգացման մասին վկայող ախտանիշները:

Հղիներին պետք է տեղյակ պահել ամբուլատոր կանչերի և նրանց նշանակության մասին:

Ըստ ռանդոմիզացված հետազոտության արդյունքների տնային պայմաններում հսկվող և ստացիոնարում գտնվող կանանց հղիության ժամկետը և ծննդաբերության սկզբի լատենտ շրջանը նույնն են: Չեն դիտվել էական տարբերություններ խորիամնիոնիտի, շնչառական դիսթրես համախտանիշի կամ նորածինների սեպսիսի առաջացման հաճախականության միջև: Հիվանդանոցում գտնվելուց 72 ժամ անց կանայք բաժանվել են խմբերի, և տնային ու հիվանդանոցային վարման խմբերում, 57%-ի և 74%-ի համապատասխանաբար, կատարվել է ամնիոցենտեզ և պտղաջրերի ցանքս գրամ-բացասական միկրոօգանիզմների հայտնաբերման նպատակով: Համաձայն այդ հետազոտության տվյալների, պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց տնային վարում խորհուրդ չի տրվում, բայց հարց է բարձրացվում ամբուլատոր վարման համար կանանց խիստ ընտրության վերաբերյալ:

Չկան բավարար տվյալներ, որոնք թույլ են տալիս պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց հիվանդանոցում գտնվելու փոխարեն խորհուրդ տալ տնային վարում, ցերեկային ստացիոնարում բուժում և ամբուլատոր վարում: Նպատակահարմար է նախքան տուն ուղարկելու որոշում ընդունելը կնոջը ստացիոնարում պահել 48 ժամ: Այս մետեցումը պետք է լինի անհատական և օգտագործվի միայն առանձին դեպքերում: Կանանց պետք է խորհուրդ տրվի չափել ջերմությունը 12 ժամը մեկ և հայտնաբերել վարակի զարգացման մասին վկայող ախտանիշները:

Carlan SJ et al. Preterm premature rupture of membranes: a randomized study of home versus hospital management. Obstet Gynecol, 1993, 81, 61–4.
Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006

Հղիության 34-37 շաբաթական ժամկետում պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման դեպքում հղիների վարումը

Սլայդ 12-15

- Հղիության 34 շաբաթից հետո պետք է դիտարկել ծննդալուծման հնարավորություն:
- Եթե ենթադրվում է սպասողական տակտիկա – կնոջը պետք է տեղյակ պահել.
 - խորիոամնիոնիտի բարձր վտանգի և նրա հետևանքների մասին,

համեմատած

 - կեսաբյան հատման, նորածինների շնչառական պրոբլեմների, նորածինին ինտենսիվ թերապիայի բաժին տեղափոխման ցածր ռիսկի:

34 շաբաթ ժամկետում պետք է դիտարկել ծննդալուծման անհրաժեշտության հնարավորությունը (B):

Եթե հղիության 34 շաբաթում դիտարկվում է սպասողական վարման տակտիկան, կնոջը պետք է տեղյակ պահել խորիոամնիոնիտի և նրա հետևանքների բարձր ռիսկի մասին, կեսարյան հատման, նորածինների շնչառական լուրջ խնդիրների և ինտենսիվ թերապիայի բաժին նրա տեղափոխման ցածր ռիսկի մասին:

Բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ հղիության 34 շաբաթից վաղ ժամկետներում կոնսերվատիվ վարման առավելությունները, ի տարբերություն պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման 34-37 շաբաթ ժամկետներում հղիության վարումից, դեռևս մնում են վիճելի:

Վերջերս անցկացրած հետահայաց հետազոտությունները, որում ընդգրկվել են պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռումով 430 կանայք, ցույց է տվել, որ նորածինների հիպերբիլիռոբինեմիայի և տրանզիտոր տալիսիպնտի համակցված հիվանդացությունը, եթե ծննդաբերությունը տեղի է ունեցել հղիության 34 շաբաթում կամ դրանից վաղ, համեմատած 36 շաբաթում ծննդաբերության հետ եղել է զգալիորեն բարձր:

Նորածինների ծանր հիվանդացությունը՝ շնչառական դիսթրես համախտանիշը և ներփորոքային արյունազեղումները, եթե ծննդաբերությունը տեղի է ունեցել հղիության 33 շաբաթում կամ դրանից վաղ, համեմատ 36 շաբաթում ծննդաբերության հետ եղել են ավելի բարձր: Չի դիտվել ծանր հիվանդությունների զգալի տարբերություն, եթե ծննդաբերությունը տեղի է ունեցել հղիության 34 շաբաթից մեծ ժամկետներում: Համաձայն հետազոտության հեղինակների եզրակացության, 34 շաբաթ և ավելի վաղ հղիության ժամկետում պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռվածքով սպասողական վարումն ունի սահմանափակ առավելություններ:

Հեռանկարային ռանդոմիզացված հետազոտություններում, հղիության 34-37 շաբաթում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով կանանց, սպասողական վարման խմբում ավելի հաճախ է ախտորոշվել խորիոամնիոնիտ (16%), քան այն խմբում, որում կատարվել է անհապաղ ծննդալուծում (2%, $p < 0.05$): Կոնսերվատիվ վարման խմբում նորածինների մոտ սեպսիս գրանցնել է 5% դեպքում, մինչդեռ շտապ ծննդալուծման դեպքում սեպսիս դեպք չի գրանցվել, չնայած դա վիճակագրորեն հավաստի չի եղել: Շնչառական դիսթրես-համախտանիշի ռիսկը 2 խմբերում էլ նույն է եղել:

Ռետրոսպեկտիվ հետազոտությունները, որոնցում վերլուծվել են հղիության 32-36 շաբաթական ժամկետում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում նեոնատալ ելքերը, ցույց է տվել, որ «բեկումնային կետը» (որը ցույց է տալիս նորածնային մահացության անկում) հանդիսանում է հղիության 34 շաբաթից հետո: Հղիության 34 շաբաթից հետո ծնված երեխաների մոտ հազվադեպ են դիտվել շնչական դիսպրես-համախտանիշ և կրճատվել է ստացիոնարում նրանց գտնվելու տևողությունը:

33 և 34 շաբաթում դիսթրես-համախտանիշի զարգացման հաճախականությունը եղել է 22.5% և 5.8% համապատասխանաբար: Չնայած այդ վիճակի հաճախականությունը 34 շաբաթից հետո ծննդաբերության ժամանակ եղել է ցածր, այն հանդիպել է հղիության 36 շաբաթից հետո ծնված նորածինների մոտ, 35 և 36 շաբաթում 10.4% և 1.5% դեպքում համապատասխանաբար:

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս խնդրի հետագա ուսումնասիրության և հղիության 34-37 շաբաթում կանանց ծննդալուծման օպտիմալ ժամկետը որոշելու անհրաժեշտությունը: Կան քիչ ապացույցներ առ այն, որ 34 շաբաթից հետո ակտիվ վարումը բացասաբար է անդրադառնում նորածնային ելքերի վրա:

Եղած տվյալները կասկածի տակ են դնում հղիության 34 շաբաթից հետո պտղապարկի վաղաժամ պատռման ժամանակ սպասողական վարման առավելությունները: Քիչ ապացույցներ կան, որ հղիության 34 շաբաթից հետո պտղապարկի վաղաժամ պատռման ժամանակ հղիության ակտիվ վարումը բացասաբար է ազդում նեոնատալ ելքերի վրա: Ելնելով կատարված հետազոտությունների արդյունքներից կարելի է ենթադրել, որ 34 շաբաթից հետո սպասողական վարումը բարձրացնում է խորհրամանիոնիտի ռիսկը:

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
Preterm Prelabour Rupture of Membranes.
Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006.*

Պտղաթապարկի մինչծննդաբերական պատռում հասուն հղիության ժամանակ. հիմնախնդիրները

Սլայդ 12-16

- Առաջանում է հղիության 6-19% դեպքերում:
- Բերում է.
 - մայրական և նորածնային վարակների,
 - պորտալարի արտանկման,
 - պտղին սպառնացող վիճակի և որպես հետևանք օպերատիվ ծննդալուծման,
 - ըստ Ապգարի սանդղակի նորածինների 5-րդ թույլին ցածր գնահատականի:

Հասուն հղիության ժամանակ պտղաթապարկի մինչծննդաբերական պատռում առաջանում է 6-19% դեպքերում:

Հասուն հղիության դեպքում պտղաթապարկի մինչծննդաբերական պատռման վտանգը կապված է մոր և նորածնի մոտ վարակների զարգացման վտանգի հետ, պորտալարի արտանկման, պտղի դիսթրեսի ու դրա հետ կապված օպերատիվ ծննդալուծման կամ ըստ Ապգարի սանդղակի 5-րդ թույլին ցածր գնահատականի:

Պտղի դիսթրեսը կարող է հարուցվել վերը թվարկված բարդություններով:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of Labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. 2001

Պտղապարկի մինչծննդաբերական պատման վարումը

Սլայդ 12-17

- Ծննդաբերությունը պետք է անհապաղ խթանել 24-72 ժամ հսկումից հետո, քանի որ ինքնաբերական ծննդաբերության հավանականությունը մեծ է:
- Կնոջը պետք է տրամադրվի անհապաղ խթանման կամ սպասողական տակտիկայի ընտրության հնարավորություն:
 - անհրաժեշտ է պատշաճ խորհրդատվություն տրամադրել առաջարկվող մեթոդների առավելությունների և թերությունների մասին:
- Պտղապարկի պատռումից անմիջապես հետո սպասողական վարումը չպետք է գերազանցի 96 ժամը:
 - մոր և պտղի մոտ առկա է վարակների բարձր ռիսկ:

Հասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում ծննդաբերությունը կարող է անմիջապես խթանվել կամ 24-72 ժամվա ընթացքում պետք է հսկողություն սահմանվի՝ ինքնաբերական ծննդաբերության նպատակով (A):

Հասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում (37-ից ավելի) կնոջը պետք է հղիության խթանման կամ սպասողական տակտիկայի ընտրության հնարավորություն տրվի (A):

Սպասողական տակտիկա ընտրելու դեպքում սպասել պետք է պտղապարկի պատռումից սկսած 96 ժամից ոչ ավելի (A):

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premature rupture of membranes. 1998. (ACOG practice bulletin; no. 1).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of Labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9, 2001.

Հասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի մինչծննդաբերական պատռումը. ծննդաբերության ինքնաբերական սկիզբը

Սլայդ 12-18

- 86%-ի մոտ ծննդաբերությունը սկսվում է 12-23 ժամվա ընթացքում:
- 91%-ի մոտ ծննդաբերությունը սկսվում է 24-47 ժամվա ընթացքում:
- 94%-ի մոտ ծննդաբերությունը սկսվում է 48-95 ժամվա ընթացքում:
- 6 %-ի մոտ **պտղաբերի մինչծննդաբերական արտահոսքի** պատճառով ծննդաբերությունը չի սկսվում 96 ժամվա ընթացքում:

Հասուն հղիության դեպքում պտղապարկի վաղաժամ պատռման ժամանակի վերաբերյալ համաճարակաբանական տվյալները ցույց են տալիս, որ հղիների մեծ մասի մոտ ծննդաբերական գործունեությունը սկսվում է ինքնաբերական, պտղապարկի պատռումից հետո 24 ժամվա ընթացքում:

- 86%-ի մոտ ծննդաբերություն սկսվում է 12-23 ժամվա ընթացքում:
- 91%-ի մոտ ծննդաբերություն սկսվում է 24-47 ժամվա ընթացքում:
- 94%-ի մոտ ծննդաբերություն սկսվում է 48-95 ժամվա ընթացքում:
- 6 %-ի մոտ պտղաջրերի մինչծննդաբերական արտահոսքի պատճառով ծննդաբերություն չի սկսվում 96 ժամվա ընթացքում:

Որքան պտղապարկի պատռումից մինչև ծննդաբերության սկիզբը ժամանակահատվածը մեծ է, այնքան բարձր է մոր և պտղի մոտ ինֆեկցիայի զարգացման ռիսկը:

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Induction of Labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. 2001.

Պտղապարկի մինչծննդաբերական պատռում. մատնային հեշտոցային քննություն

Սլայդ 12-19

- Ուղեկցվում է.
 - մոր մոտ էնդոմետրիտի և խորիոամնիոնիտի զարգացմամբ,
 - վարակներ նորածինի մոտ (28% համեմատած մատնային հեշտոցային քննության չենթարկված կանանց 0%-ի հետ) զարգացման վտանգի հետ:
- Պետք է իրականացվի.
 - ծննդաբերության սկզբում,
 - միայն այն դեպքերում, երբ արդյունքները կարևոր են վարման տակտիկայի ընտրության կամ փոփոխության համար:
- Մոր մոտ վարակների առաջացման առումով ներհեշտոցային հետազոտությունների քանակն ավելի ծանրակշիռ գործոն է, քան պտղաթաղանթների պատռումից հետո անցած ժամանակը:

Հասուն հղիության դեպքում պտղապարկի վաղաժամ պատռման վարման տարբեր տակտիկաների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հեշտոցի մատնային զննումը հետծննդաբերական շրջանում էնդոմետրիտի զարգացման կարևոր գործոն է:

Հղիության վաղ խթանումը, սպաստղական տակտիկայի համեմատ, կապված է էնդոմետրիտի բարձր ռիսկի հետ, քանի որ վերջին մոտեցման դեպքում հեշտոցի զննում չի արվում մինչև ծննդաբերության սկսելը (ՀՌ՝ 2,8; 95% ՎԻ՝ 1,02-7,7):

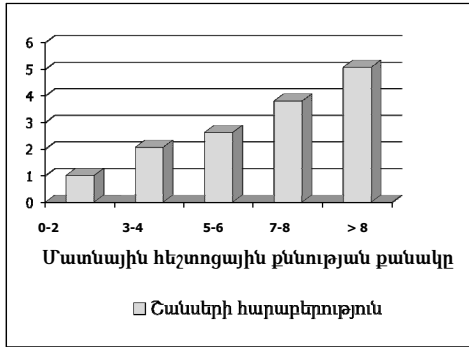
Mozurekewich E., Wolf F. Premature rupture of membranes at term: A meta-analysis of three management strategies. Obstet Gynecol 1997;89:1035-43.

Մ.Վ. Վագների և համահեղինակների արված հետազոտության մեջ ինֆեկցիա բացահայտվել է նորածինների 28%-ի մոտ (5-ից 18-ի), որոնց մայրերին հիվանդանոց ընդունվելիս հեշտոցի մատնային զննում է արվել, սակայն մատնային հետազոտության չենթարկված մայրերից ծնված 78 երեխաներից և ոչ մեկի մոտ ինֆեկցիան չի զարգացել:

MV Wagner, et al. A comparison of early and delayed induction of labour with spontaneous rupture of membranes at term. Obstetrics & Gynaecology. 1989;74:93-97

Մատնային հեշտոցային քննության քանակը և խորհումնիոնիտի հաճախականությունը

Սլայդ 12-20



Հեշտոցային զննումների և խորհումնիոնիտի զարգացման միջև ուղիղ կապ կա: 8 և ավելի զննումների դեպքում բարդության ռիսկը աճում է 5 անգամ:

Seaward PG et al International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. Am J Obstet Gynecol. 1997 Nov;177(5):1024-9.

Պտղապարկի վաղաժամ պատռումով հղիների վարումը. B խմբի ստրեպտոկոկով հարուցված ինֆեկցիայի հակաբիոտիկային կանխարգելումը

Սլայդ 12-21

- B խմբի ստրեպտոկոկներով պայմանավորված վարակի հակաբիոտիկային կանխարգելումը պետք է իրականացնել միայն ծննդաբերությունը սկսելուց հետո:
- Բոլոր հղիներին, ովքեր հանդիսանում են B խմբի ստրեպտոկոկի կրողներ:
- Եթե B խմբի ստրեպտոկոկի կարգավիճակը հայտնի չէ.
 - խորհուրդ է տրվում 18 ժամից ավելի անջուր ժամանակահատվածում:
- Եթե B խմբի ստրեպտոկոկի կարգավիճակը բացասական է.
 - խորհուրդ չի տրվում անկախ անջուր շրջանի տևողությունից և ծննդաբերության ժամանակ ոչսկի գործոններից:

Խորհուրդ չի տրվում պենիցիլինով բուժում կատարել մինչև ծննդաբերելը (B): Պենիցիլինով per os նախաձննդյան կանխարգելումը չի նվազեցնում B խմբի ստրեպտոկոկներով գաղութացումը, և հետևաբար, նման իրավիճակում բուժումը ցուցված չէ:

Պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված վարակի անտիբիոտիկներով կանխարգելման անհրաժեշտություն չկա մինչև ծննդաբերական գործունեության կայուն սկիզբը (C):

Նորածին B խմբի ստրեպտոկոկներով գաղութացումից կանխելու նպատակով մինչև ծննդաբերությունը անտիբիոտիկներ ներարկելու անհրաժեշտություն չկա: Անտիբիոտիկներով կանխարգելման հարցը անհրաժեշտ է քննարկել, եթե հղին B խմբի ստրեպտոկոկների կրող է և ծննդաբերությունը տեղի է ունենում հղիության 37-րդ շաբաթից շուտ:

Ծննդաբերության ժամանակ կանխարգելումը ցուցված է հետևյալ դեպքերում.

- նախկինում ծնվել է երեխա B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված հիվանդությամբ,
- ներկա հղիության ժամանակ առկա է B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված բակտերիուրիա,
- ներկա հղիության ժամանակ B խմբի ստրեպտոկոկների նկատմամբ դրական ցանքս (բացի պլանային կեսարյան հատման դեպքերի, ծննդաբերական գործունեության բացակայության և պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման դեպքում)
- եթե B խմբի ստրեպտոկոկների կրելու մասին կարգավիճակը հայտնի չէ (ցանքս չի արվել, արդյունքը հայտնի չէ կամ լրիվ չէ) և առկա են հետևյալ գործոններից որևէ մեկը.
 - ծննդաբերություն <37 շաբաթից շուտ,
 - անջուր շրջան >18 ժամ,
 - ծննդաբերության ժամանակ հղիի մարմնի ջերմաստիճանը >38.0°C:

Ծննդաբերության ժամանակ կանխարգելում ցուցված չէ հետևյալ դեպքերում.

- B խմբի ստրեպտոկոկների նկատմամբ ցանքսի դրական պատասխան նախորդ հղիության ժամանակ (բացի այն դեպքից, եթե ներկայիս հղիության ժամանակ նույնպես ստացվել է ցանքսի դրական պատասխան)
- պլանային կեսարյան հատում, որը կատարվում է ծննդաբերական գործունեության բացակայության կամ պտղապարկի վաղաժամ պատռման պայմաններում (անկախ B խմբի ստրեպտոկոկների ցանքսի պատասխանից)
- հեշտոցից և ուղիղ աղիքից վերցված B խմբի ստրեպտոկոկների նկատմամբ ցանքսի բացասական պատասխան ներկայիս հղիության ուշ շրջաններում, անկախ ծննդաբերության ժամանակից և ռիսկից:

Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Revised Guidelines from CDC 2002;51.

**Պտղապարկի վաղաժամ պատռումով հղիների վարումը.
B խմբի ստրեպտոկոկով չհարուցված ինֆեկցիայի
հակաբիոտիկային կանխարգելում**

Սլայդ 12-22

- Մայրերի մոտ ինֆեկցիոն հիվանդությունների վիճակագրորեն էական նվազում
 - խորհումախոնիտ
 - էնդոմետրիտ:
- Չկան վիճակագրորեն էական արդյունքներ նորածինների հիվանդացության մակարդակի մասին:
- Աննպատակ օգտագործումն արդարացված չէ.
 - պետք է հաշվի առնել հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները,
 - օգտագործումը պետք է սահմանափակված լինի, եթե հակաբիոտիկային բուժումը կլինիկորեն հաստատված չէ:

Խորիռամանիոնիտի, հետոճննդաբերական էնդոմետրիտի և նորածինների մոտ բացի B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված ինֆեկցիաների կանխարգելման նպատակով ռուտին ձևով անտիբիոտիկների ընդունման մասին հարցը մինչև այժմ պարզված չէ:

Գործնականում, սակայն, բուժաշխատողներից շատերը հասուն հղիության և պտղապարկի վաղաժամ պատռման ժամանակ ռուտին անտիբիոտիկներ են նշանակում: Բացի այդ, հղիներից շատերը պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում անտիբիոտիկներ ստանում են մինչև ծննդաբերելը, եթե բուժաշխատողին թվում է, թե անջուր շրջանը շատ է ձգձգվել: Անտիբիոտիկների նշանակման համար թույլատրելի ժամանակը և ցուցումները տարբեր են և ավելի շուտ հիմնված են ավանդաբար կիրառվող, քան ապացույցների վրա հիմնված մեթոդների վրա: Ընդունված է, որ անտիբիոտիկների ներարկումը 18 ժամ և ավելի տևող անջուր շրջանի դեպքում, անկախ B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված ինֆեկցիաներից և նրանից, թե արդյոք պտղապարկի պատռումը տեղի է ունեցել մինչև ծննդաբերության սկսվելը:

B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված ինֆեկցիաների կանխարգելման նպատակով բոլոր կանանց պտղապարկի պատռումից հետո 18 ժամ անց ռուտին անտիբիոտիկների նշանակումը ապացույցների վրա հիմնված հիմքեր չունի, նաև խորհուրդ չի տրվում, եթե B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված ինֆեկցիաների նկատմամբ հղիի կարգավիճակը բացասական է:

*Amy Marowitz, CNM; Heather Hunter, SNM Management of Ruptured Membranes at Term Journal of Midwifery & Women's Health, 2004.
<http://www.medscape.com/viewarticle/494127>*

Հասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում հղիի և պտղի վարակման ռիսկը բարձրանում է: Այն հնարավոր է նվազեցնել անտիբիոտիկների ռուտին կիրառմամբ: Սակայն, հաշվի առնելով բակտերիային ռեզիստենտության խնդրի արդիականությունը և մոր մոտ, անտիբիոտիկների ընդունման հետ կապված անաֆիլաքսիայի ռիսկը, կարևոր է հիմնավորել

անտիբիոտիկների ընդունման հարցը, հիմնվելով անտիբիոտիկաբուժման ռիսկին և առավելություններին վերաբերող ապացույցների վրա:

Տվյալ ակնարկի նպատակը դարձավ հասուն հղիության և պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում անտիբիոտիկների ռիսկի և առավելությունների հարաբերակցությունը, ինչպես մոր, այնպես էլ պտղի համար:

Տվյալ ակնարկը հիմնաված է երկու հետազոտության տվյալների վրա, որոնցում ներգրավվել էին 838 կին:

Անտիբիոտիկների կիրառումը վիճակագրորեն հանգեցնում է մոր ինֆեկցիոն հիվանդացության զգալի նվազմանը (խորիռամնիոնիտ կամ էնդոմետրիտ)՝ ՀՌ՝ 0,43 (95% ՎԻ՝ 0,23-0,82), բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը=25 (95% ՎԻ՝ 14-100): Նորածինների վերաբերյալ ծննդաբերության ելքի առումով վիճակագրորեն զգալի տարբերություններ չեն նկատվել:

Եզրակացություն. տվյալ հետազոտության արդյունքներից գործնական հստակ խորհուրդատվություն կատարել հնարավոր չէ: Պատճառը ստացված տվյալների անբավարար լինելն է կամ կասկածելի հավաստիությունը:

Անտիբիոտիկների ռուտին կիրառմամբ արդյունավետությունը հասուն կամ գրեթե հասուն հղիության և պտղապարկի վաղաժամ պատռման դեպքում գնահատելու համար անհրաժեշտ է հետագա ՌՀՀ-ների անցկացումը:

*Flenady V, King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term
The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 1.*

B խմբի ստրեպտոկոկով հարուցված ինֆեկցիայի հակաբիոտիկային կանխարգելումը առաջարկվող սխեմաները (1)

Մլայդ 12-23

- Պենիցիլին G, սկսած 5 մլն ՄՄ ն/ե դեղաչափից, ապա 2,5 մլն ՄՄ ն/ե 4 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը
ԿԱՄ
- Ամպիցիլին, սկսած 2 գ ն/ե, ապա 1գ ն/ե 4 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:
- Պենիցիլին 3գ ն/ե ծննդաբերության սկսվելուց անմիջապես հետո, ապա 1,5գ 4 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:
- Ամպիցիլին 2գ ն/ե 6 ժամը մեկ
ԿԱՄ
- Պենիցիլին G 2մլն ՄՄ ն/ե ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:

Խորհուրդ է տրվում՝ պենիցիլին G, սկսած 5 մլն ՄՄ ն/ե դեղաչափից, ապա 2,5 մլն ՄՄ ն/ե 4 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:

Ալտերնատիվ սխեման. ամպիցիլին, սկսած 2 գ ն/ե, ապա 1գ ն/ե 4 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:

Խորիռամնիոնիտի բուժման ժամանակ կարող են կիրառվել լայն սպեկտրի անտիբիոտիկներ, ներառյալ B խմբի ստրեպտոկոկների նկատմամբ ակտիվ անտիբիոտիկները:

Անաֆիլակտիկ ռեակցիայի առաջացման ռիսկը գնահատելու համար անհրաժեշտ է պարզել պենիցիլինի նկատմամբ ակերզիայի առկայությունը:

Պենիցիլինի նկատմամբ պերգիայով բարձր ռիսկի խմբին պատկանող հղիներին պենիցիլինի ներարկման դեպքում անմիջապես զարգանում է անաֆիլակտիկ ռեակցիա, ընդհուպ մինչև շուրջ, բարձր ռիսկի խմբին են պատկանում նաև ասթմայով և այլ հիվանդություններով հղիները: Նման հղիներին բետասադրենոբրոկատորներ ներարկելու դեպքում անաֆիլակսիան հատուկ վտանգ է սպառնում և ավելի վատ է բուժման ենթարկվում:

Եթե հնարավոր է լինում լաբորատոր թեստերի անցկացումը, անաֆիլակսիայի զարգացման բարձր ռիսկ ունեցողների համար պետք է որոշել B խմբի ստրեպտոկոկների զգայունությունը կլինդամիցինի և էրիթրոմիցինի նկատմամբ:

Էրիթրոմիցինի նկատմամբ կայունությունը միշտ չէ, որ համակցվում է կլինդամիցինի նկատմամբ կայունությամբ:

Էրիթրոմիցինի նկատմամբ պարզված կայունության և կլինդամիցինի նկատմամբ զգայունության դեպքում անգամ հղիի մոտ կարող է լինել կլինդամիցինի նկատմամբ թաքնված կայունություն:

Անամնեզում պենիցիլինի նկատմամբ պերգիա ունեցող հղիներին (բացի անմիջապես զարգացող գերզգայունության ռեակցիայից) նախընտրելի է նշանակել ցեֆազոլին, քան վանկոմիցին:

Խորհուրդ է տրվում ներարկել պենիցիլին 3 գ, ն/ե, որքան հնարավոր է շուտ, նախքան ծննդաբերությունը, այնուհետև՝ 1,5 գ, 4 ժամը մեկ, մինչև երեխայի ծնվելը:

Եթե բացակայում են վարակի նշանները և հղիությունը 37 շաբաթ է կամ ավելի.

- եթե անջուր շրջանը շարունակվում է 18 ժամից ավելի, նորածնի B խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված վարակի կանխարգելման համար, մորը ներարկել անտիբիոտիկներ.
 - անպիցիլին 2գ ն/ե 6 ժամը մեկ ԿԱՄ
 - պենիցիլին G 2մլՆ ՄՄ ն/ե ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը,
- եթե ծնվելուց հետո վարակի նշաններ չկան, անհրաժեշտ է անտիբիոտիկի ներարկումը դադարեցնել:

*Centers for Disease Control and Prevention.
Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease.
Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Revised Guidelines from CDC 2002;51.*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) PREVENTION OF EARLY ONSET
NEONATAL GROUP B STREPTOCOCCAL DISEASE.
Guideline No. 36. November 2003*

*Managing Complications in Pregnancy and Childbirth
A guide for midwives and doctors. WHO, 2005.*

Բ խմբի ստրեպտոկոկով հարուցված ինֆեկցիայի հակաբիոտիկային կանխարգելման համար առաջարկվող սխեմաները (2)

Սլայդ 12-24

- Պենիցիլինին նկատմամբ պերգիայի դեպքում
 - հիվանդները, ովքեր ընդգրկված չեն անաֆիլակտիկ ռեակցիայի զարգացման բարձր ռիսկային խմբերում:
 - ցեֆազոլին, սկսած 2գ ն/ե, ապա 1գ ն/ե 8 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:
 - հիվանդները, որոնք ընդգրկված են անաֆիլակտիկ ռեակցիայի զարգացման բարձր ռիսկային խմբերում:
 - կլինդամիցին, 900 մգ ն/ե 8 ժամը, մեկ մինչև երեխայի ծնվելը
- **ԿԱՄ**
 - էրիտրոմիցին, 500 մգ ն/ե 6 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:
- Բ խմբի ստրեպտոկոկային վարակներ, որոնք կայուն են կլինդամիցինի կամ էրիտրոմիցինի կամ կայունությունը հայտնի չէ.
 - վանկոմիցին 1գ ն/ե 12 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:

- Պենիցիլինին նկատմամբ պերգիայի դեպքում.
 - հիվանդները, ովքեր ընդգրկված չեն անաֆիլակտիկ ռեակցիայի զարգացման բարձր ռիսկային խմբերում:

- ցեֆազոլին, սկսած 2գ ն/ե, ապա 1գ ն/ե 8 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:
- հղիները, որոնք ընդգրկված են անաֆիլակտիկ ռեակցիայի զարգացման բարձր ռիսկային խմբերում.
 - կլինդամիցին, 900 մգ ն/ե 8 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը, կամ
 - էրիթրոմիցին, 500 մգ ն/ե 6 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:
- Բ խմբի ստրեպտոկոկային վարակներ, որոնք կայուն են կլինդամիցինի կամ էրիտրոմիցինի նկատմամբ կամ կայունությունը հայտնի չէ.
 - վանկոմիցին 1գ ն/ե 12 ժամը մեկ մինչև երեխայի ծնվելը:

Պենիցիլինի նկատմամբ պերգիայով հղիներին պետք է նշանակել կլինդամիցին՝ ն/ե 900 մգ, 8 ժամը մեկ: Անհրաժեշտ է իմանալ, որ այս դեղաչափերը հիմնված են ոչ թե ապցույցների, այլ ավանդական մեթոդների վրա:

*Centers for Disease Control and Prevention.
Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease.
Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)
Revised Guidelines from CDC 2002;51.*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)
PREVENTION OF EARLY ONSET NEONATAL
GROUP B STREPTOCOCCAL DISEASE.
Guideline No. 36. November 2003*

Պտղապարկի մինչծննդաբերական պատման ակտիվ վարումը

Սլայդ 12-25

- Ծննդաբերության անհապաղ խթանում օքսիտոցինի միջոցով:
- Հեշտոցային E2 պրոստագլանդինները գելի, դեղահաբերի կամ մոմիկների տեսքով.
 - հեշտոցային պրոստագլանդինների կիրառման արդյունքում.
 - խորիոամնիոնիտ ավելի հաճախ է առաջանում, քան օքսիտոցինի անմիջապես ներարկման դեպքում,
 - խորիոամնիոնիտ հազվադեպ է առաջանում, քան սպատոդական տակտիկայի դեպքում:

Գերհասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի մինչծննդաբերական պատման դեպքում գոյություն ունի վարման մի քանի մեթոդ. օքսիտոցինի օգնությամբ ծննդաբերության անհապաղ խթանում, կոնսերվատիվ վարում (կամ օքսիտոցինով ծննդաբերության ուշացած խթանում), կամ E2 պրոստագլանդինների հեշտոցային (կամ

ներպարանոցային) կիրառում գելի, մոմիկների կամ հաբերի տեսքով: Պրոստագլանդինների հեշտոցային կիրառումը համեմատած օքսիտոցինի անհապաղ ներարկման հետ (ՇՀ՝ 1,55, 95% ՎԻ՝ 1,09-2,21), բերում է խորիոամնիոնիտի հաճախականության բարձրացմանը, սակայն համեմատած կոնսերվատիվ վարման հետ, խորիոամնիոնիտ ավելի հազվադեպ է առաջանում (ՇՀ՝ 0,68, 95% ՎԻ՝ 0,51-0,91). Օքսիտոցինով ծննդաբերության անհապաղ խթանումն իջեցնում է խորիոամնիոնիտի (ՇՀ՝ 0,67, 95% ՎԻ՝ 0,52-0,85 և էնդոմետրիտի հաճախականությունը (ՇՀ՝ 0,71, 95% ՎԻ):

Mazurekewich E., Wolf F. Premature rupture of membranes at term: A meta-analysis of three management strategies. Obstet Gynecol 1997;89:1035-43.

Պտղապարկի մինչծննդաբերական պատման վարում. ակտիվ, թե՛ սպատոդական տակտիկա

Սլայդ 12-26

- Չկան հաճախականությունների վիճակագրորեն էական տարբերություններ.
 - կեսարյան հատումների
 - նորածինների մոտ վարակների,
 - հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ վիրահատական միջամտության:
- Սպատոդական մոտեցումը կարող է բերել.
 - մոլ մոտ վարակի հաճախականության ավելացման.
 - խորիոամնիոնիտի,
 - էնդոմետրիտի,
 - երեխաները հազվադեպ են տեղափոխվում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք:
- Կանայք ծննդաբերության խթանումն ավելի դրական են ընդունում, քան սպատոդական վարումը:
- Տեսեռական գնահատականը.
 - ակտիվ վարումը քիչ ծախսատար է:

Վարման 3 սխեմաների մետաանալիզը Նպատակը. համեմատել կեսարյան հատումների, էնդոմետրիտի, խորիոամնիոնիտի և նորածինների մոտ ծանր ինֆեկցիաների հաճախականությունը պտղապարկի մինչծննդաբերական պատմումով բարդացած գերհասուն հղիության ժամանակ, որոնց վարումն իրականացավ է օքսիտոցինի միջոցով ծննդաբերության խթանմամբ:

Նպատակը. համեմատել կեսարյան հատումների, էնդոմետրիտի, խորի-
ռամսիոնիտի և նորածինների մոտ ծանր ինֆեկցիաների հաճախականությունը
հասուն հղիության ժամանակ, որը բարդացել է պտղապարկի վաղաժամ պատ-
ռումով, որոնց վարումը իրականացվել է օքսիտոցինային խթանմամբ, եղել է
կոնսերվատիվ կամ կատարվել է հեշտոցային (կամ հետաձգված խթանումով
օքսիտոցինով), կամ E2 պրոստագլանդինների հեշտոցային (կամ ներպարանո-
ցային) կիրառում գելի, մոմիկների կամ հաբերի տեսքով:

Նկարագրությունը. մետաանալիզի մեջ ներառվել են 23 հետազոտություն,
ընդհանուր ընտրանքը կազմել է 7493 կին:

Տվյալներ են ստացվել մոր խորիռամսիոնիտով և էնդոմետրիտով հիվանդա-
ցության, նորածինների ինֆեկցիոն հիվանդությունների, ինչպես նաև կեսա-
րյան հատումների կատարման մասին: Մետաանալիզ արվել է երեք միջամտու-
թյան կտրվածքներով: Գնահատվել է միավորված (pooled) հարաբերական ռիս-
կը (ՀՌ): Բոլոր խմբերում կեսարյան հատումների կատարման կամ նորածիննե-
րի մոտ ինֆեկցիաների զարգացման վերաբերյալ վիճակագրորեն զգալի տար-
բերություններ չեն նկատվել:

Պրոստագլանդինների հեշտոցային կիրառումը համեմատած օքսիտոցի-
նային խթանման հետ, բերում է խորիռամսիոնիտի հաճախականության աճին
(ՇՀ՝ 1,55, 95% ՎԻ՝ 1,09-2,21), սակայն խորիռամսիոնիտ ավելի քիչ է առաջանում,
քան կոնսերվատիվ բուժման դեպքում (ՇՀ՝ 0,68, 95% ՎԻ՝ 0,51-0,91): Օքսիտոցի-
նով անմիջապես խթանման դեպքում խորիռամսիոնիտ (ՇՀ՝ 0,67, 95% ՎԻ՝ 0,52-
0,85), ինչպես նաև էնդոմետրիտ (ՇՀ՝ 0,71, 95% ՎԻ՝) ավելի քիչ է զարգանում:

Եզրակացություն. Կոնսերվատիվ վարման դեպքում մոր մոտ ինֆեկցիաներ
ավելի քիչ են զարգանում, քան օքսիտոցինով անհապաղ խթանման կամ պրոս-
տագլանդիններով խթանման ժամանակ:

*Mazurekewich E., Wolf F. Premature rupture of membranes at term:
A meta-analysis of three management strategies.
Obstet Gynecol 1997;89:1035-43.*

Ստորև բերվում է Քոքրեյնի համագործակցության վերջերս կատարված հա-
մակարգային ակնարկը: Ակնարկում ներառվել են 12 հետազոտություն:

Ընդհանուր ընտրանքը կազմել է 6814 կին: Հետազոտությունների պայման-
ների համաձայն պլանավորվել է օքսիտոցինով կամ պրոստագլանդիններով
խթանում: Մեկ հետազոտության մեջ կիրառվել է հոմեոպատիկ *Caulophyllum*
դեղամիջոցը:

Ընդհանուր առմամբ խմբերի միջև, որոնք ստացել են պլանավորված բու-
ժում և սպասողական տակտիկայով վարման ժամանակ, ծննդալուծման մեջ
տարբերություններ չեն բացահայտվել: Կեսարյան հատման հարաբերական
ռիսկը (ՀՌ) կազմել է 0,94, 95% ՎԻ՝ 0,82-1,08 (12 հետազոտություն, 6814 կին):
Հեշտոցային ծննդաբերությունների ժամանակ օպերատիվ միջամտությունների

ՀՌ՝ 0,98, 95% ՎԻ՝ 0,84–1,16 (7 հետազոտություն, 5511 կին): Խորիոամնիոնիտ ինչպես և էդոմետրիտ (ՀՌ՝ 0,30, 95% ՎԻ՝ 0,12–0,74; 4 հետազոտություն, 445 կին) զարգացել է համեմատաբար քչերի մոտ պլանավորված բուժման խմբում համեմատած սպասողական տակտիկայի հետ (ՀՌ՝ 0,74, 95% ՎԻ՝ 0,56 – 0,97; 9 հետազոտություն, 6611 կին): Նորածինների ինֆեկցիոն հիվանդությունների միջև տարբերություններ չեն եղել (ՀՌ՝ 0,83, 95% ՎԻ՝ 0,61–1,12; 9 հետազոտություն, 6406 նորածին): Սակայն պլանավորված վարումից հետո (համաձայն հետազոտությունների պայմանների) սպասողական տակտիկայի խմբի համեմատ ավելի քիչ նորածիններ են տեղափոխվել նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք (ՀՌ՝ 0,72, 95% ՎԻ՝ 0,57–0,92, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը=20 երեխա, 5 հետազոտություն, 5679 նորածին):

Մեկ հետազոտությունում նշվել է, որ, համաձայն հետազոտությունների պայմանների, զգալիորեն ավելի շատ հղիներ, որոնց նկատմամբ կլիրառվել է պլանավորված վարում, իրենց փորձը դրական են ընդունել, քան նրանք, որոնց նկատմամբ կլիրառվել է սպասողական տակտիկան (ՇՀ «կարծիք» «ամեն ինչ վատ է» 0.45, 95% ՎԻ՝ 0.37–0.54; 5031 կին):

Հետազոտության հեղինակների եզրակացությունները. պլանային վարումը (օքսիտոցինի և պրոստագլանդինների կլիրառմամբ) նվազեցնում է մայրական ինֆեկցիոն հիվանդությունների ռիսկը՝ առանց կեսարյան հատումների հաճախականության, հեշտոցային ծննդաբերության դեպքում մանկաբարձական միջամտությունների աճի:

Պլանային վարումից հետո ավելի քիչ նորածիններ են տեղափոխվել նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք, թեև ինֆեկցիոն հիվանդացության մակարդակով էական տարբերություններ չեն գրանցվել: Քանի որ պլանային և սպասողական վարումների միջև էական տարբերություններ կարող են չլինել, հղիները տեղեկացված պետք է լինեն և որոշում ընդունելու նպատակով ստանան անհրաժեշտ տեղեկատվություն:

Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1.

Հասուն հղիության դեպքում պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման վերաբերյալ (TERMPROM)՝ լայնածավալ, բազմակենտրոն, միջազգային ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտություն

Հետազոտության մեջ մասնակցել են հասուն հղիությամբ, պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով 5041 հղի:

Նրանք ռանդոմիզացվել են խմբերի՝ օքսիտոցինով ծննդաբերության խթանմամբ, E2 գել պրոստագլանդինով խթանմամբ և մինչև 4 օր սպասողական վարումով, հետագա խթանմամբ օքսիտոցինային կամ, բարդությունների

առաջացման դեպքում, հեշտոցային պրոստագլանդիններով ուսումնասիրվող առաջնային ելքը՝ նեոնատալ ինֆեկցիա:

Ուսումնասիրվող երկրորդային ելքերը՝ կեսարյան հատման անհրաժեշտություն և հղիի կողմից բավարարվածություն:

Արդյունքները. նեոնատալ ինֆեկցիայի և կեսարյան հատման հաճախականությունը ուսումնասիրվող խմբերում հավաստիորեն չէին տարբերվում: Նեոնատալ ինֆեկցիայի հաճախականությունը կազմել է 2% օքսիտոցինով խթանման խմբում, 3%՝ պրոստագլանդիններով խթանման խմբում, 2,8%՝ սպասողական վարման՝ հետագա օքսիտոցինով խթանումով խմբում, և 2,7%՝ սպասողական վարման՝ հետագա պրոստագլանդիններով խթանումով խմբում:

Կեսարյան հատման հաճախականությունը տատանվում էր 9,6–10,9%-ի սահմաններում. խորհրամանիտի կլինիկական նշաններն ավելի քիչ են եղել օքսիտոցինով անհապաղ խթանման խմբում համեմատած սպասողական վարման խմբի հոտ (+ օքսիտոցին) (4,0% 8,6 %-ի դիմաց, $p < 0.001$), ինչպես նաև հետծննդաբերական տենդ (1,9% 3,6%-ի դիմաց, $p = 0.008$): Խթանման խմբի կանանցից ավելի քիչ բացասական կարծիքներ կային վարման տակտիկայի վերաբերյալ, համեմատած սպասողական տակտիկայի խմբի հետ:

Եզրակացություն. հասուն հղիությանը և պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումով հղիների մոտ օքսիտոցինով և E2 պրոստագլանդիններով խթանումը ուղեկցվել է նեոնատալ վարակի և կեսարյան հատումների նույն հաճախականությամբ: Օքսիտոցինի ն/ե խթանումը ուղեկցվել է մայրական ինֆեկցիայի նվազմամբ համեմատած սպասողական տակտիկայով վարման խմբի հետ: Հղիները խթանումը ավելի դրականորեն էին ընդունում, քան սպասողական տակտիկան:

Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, Wang EE, Weston JA, Willan AR.
Induction of labour compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term.
TERMՃՐՊՕ Study Group. *N Engl J Med.* 1996 Apr 18;334(16):1005-10.

Տստեսական գնահատական. արժեքի առումով վիճակագրորեն զգալի տարբեր են օքսիտոցինով խթանման և մյուս մեթոդներով վարման ձևերը: Բացահայտվել է, որ օքսիտոցինով խթանումը համակցված է ավելի քիչ ծախսերի հետ, քան հղիության վարման մյուս մեթոդները:

Induction of labour versus expectant management for prelabour rupture of the membranes at term: an economic evaluation Amiram Gafni, PhD; Ron Goeree, MA; Terri L. Myhr et al, *Canadian Medical Association Journal* DEC. 1, 1997; 157:11.

Եզրակացություն

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում (1)

Սլայդ 12-27

- Սպատղական վարում խորհուրդ է տրվում, եթե հղիությունը 34 շաբաթից փոքր է, կամ եթե չկան հղիության երկարաձգման հակացուցումներ:
- Մատնային հեշտոցային հետազոտությունը չպետք է կիրառվի այն կանանց նկատմամբ, որոնց մոտ ծննդաբերություն չի սկսվել և չի նախատեսվում ծննդաբերության անհապաղ խթանում:
- Անտիբիոտիկների ընդունումը ծննդաբերությունը երկարաձգելու և պերինատալ ելքերը բարելավելու համար պետք է նշանակվեն համաձայն ընդունված արձանագրությունների:

Ներկայացված են պտղապարկի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման դեպքում վարման հիմնական առաջարկները:

Եզրակացություն

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում (2)

Սլայդ 12-28

- Կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական ընդունում պետք է նշանակվի հղիության 24-ից 34 շաբաթ ժամանակահատվածում:
- Տոկոլիտիկների ընդունման կարճատև կուրս ցուցված է մորը ավելի բարձր մակարդակի բուժօգնության հաստատություն տեղափոխելու նպատակով, ինչպես նաև կորտիկոստերոիդների և անտիբիոտիկների ընդունման համար:
- Տոկոլիտիկների ընդունման կուրսի երկարաձգում խորհուրդ չի տրվում:

Ներկայացված են պտղապարկի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման դեպքում վարման հիմնական առաջարկները

Եզրակացություն

Պտղապարկի մինչծննդաբերական պատռում (1)

Սլայդ 12-29

- Ծննդաբերությունը կարող է խթանվել անհապաղ կամ կնոջը կարելի է հետևել 24-72 ժամ, քանի որ ինքնաբեր ծննդալուծման հավանականությունը մեծ է:
- Մատնային հեշտոցային հետազոտությունը չպետք է կիրառվի այն կանանց նկատմամբ, որոնց մոտ ծննդաբերություն չի սկսվել և չի նախատեսվում ծննդաբերության անհապաղ խթանում: Գերադասելի է հայելիների օգնությամբ դիտումը:

Ներկայացված են հասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի մինչծննդաբերական պատռման դեպքում վարման հիմնական առաջարկները:

Եզրակացություն

Պտղապարկի մինչծննդաբերական պատռում (2)

Սլայդ 12-30

- B խմբի ստրեպտոկոկներով պայմանավորված վարակի հակաբիոտիկային կանխարգելումը պետք է իրականացնել միայն ծննդաբերությունը սկսելուց հետո:
- B խմբի ստրեպտոկոկներով չպայմանավորված վարակի հակաբիոտիկային կանխարգելումը պետք է սահմանափակվի և կիրառվի միայն այն դեպքերում, եթե կա հակաբիոտիկներով բուժման կլինիկական ցուցում:
- Շնորհիվ օբսիտոցինի ծննդաբերության անհապաղ խթանման ժամանակ զգալի նվազում է խորիտամնիոնիտի զարգացման հաճախականությունը, քան հեշտոցային պրոստագլանդինների և սպաստղական վարման ժամանակ:

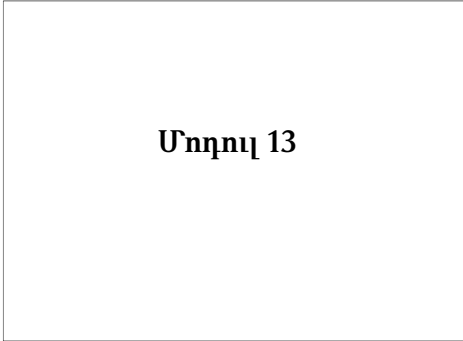
Ներկայացված են գերհասուն հղիության ժամանակ պտղապարկի մինչծննդաբերական պատռման դեպքում վարման հիմնական առաջարկները:

ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Մոդուլ 13

Վաղաժամ ծննդաբերություն

Սլայդ 13-1



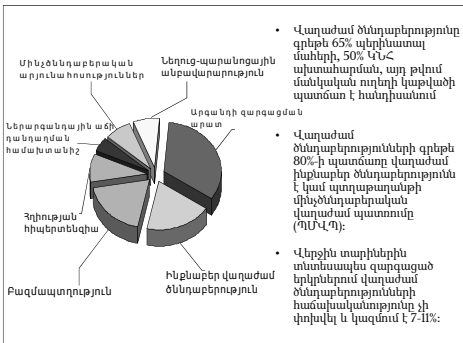
Մոդուլի նպատակը.

- վաղաժին երեխաների պերինատալ արդյունքները բարելավելու համար ուսումնասիրել և կարողանալ ճիշտ կիրառել մանկաբարձական տեխնոլոգիաները,

- հասկանալ, թե ինչու վաղաժամ ծննդաբերության վաղ ախտորոշման և կանխարգելման մեթոդների արդյունավետությունը շատ ցածր է,
- քննադատորեն գնահատել սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ տոկոյիտիկ պրեպարատների օգտագործումը,
- հասկանալ, թե ինչու է խորհուրդ տրվում օգտագործել կորտիկոստերոիդներ,
- հասկանալ, ցածր քաշով նորածինների բժշկական օգնության հիմնարար սկզբունքները:

Վաղաժամ ծննդաբերություն (1)

Սլայդ 13-2



Վաղաժամ ծննդաբերությունը 65% նորածնային մահացության և 50% մանկական հասակում նյարդաբանական խանգարումների պատճառ է:

Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերությունը կամ պտղաթաղանթի մինչ-ծննդաբերական վաղաժամ պատռումը 80% վաղաժամ ծննդաբերության

պատճառ են դարձել: Վաղաժամ ծննդաբերությունների թիվը վերջին տասնամյակներում չի փոխվել:

Վաղաժամ համարվում են մինչև 37 շաբաթական ժամկետը ծննդաբերությունները: Հղիության նվազագույն ժամկետ չի սահմանված: Սովորաբար դա ծննդաբերությունն է հղիության 29-րդ շաբաթից սկսած, երբ պտղի քաշը 500 գրամ և ավելի է:

Ծննդաբերությունը վաղաժամ է համարվում.

- 22 մինչև 37 ամբողջական շաբաթ ժամանակահատվածում ընկած ծննդաբերությունը,
- Կլինիկորեն փաստագրված արգանդի կրճատումները (4՝ 20 րոպեի ընթացքում կամ 8՝ 60 րոպեի ընթացքում) և
 - պտղապարկի պատռվածք,
 - չվնասված պտղապարկ և արգանդի վզիկի ավելի քան 2 սմ բացվածք,
 - չվնասված պտղապարկ և արգանդի վզիկի ավելի քան 80% հարթեցում
 - չվնասված պտղապարկ և արգանդի վզիկի կառուցվածքային դինամիկ փոփոխություններ:

Information and Statistics Division. Scottish stillbirth and infant death report 1996.

Edinburgh: NHS in Scotland, 1997.

Janet Tucker. Epidemiology of preterm birth. BMJ 2004,329:675-678

Parry G, et al. Lancet 2003, 361, 1789-91.

Andrew H Shennan. Recent developments in obstetrics. Clinical review.

BMJ, 2003, 327, 604-608.

Վաղաժամ ծննդաբերություն (2)

Սլայդ 13-3

- Վերջին 10 տարիների ընթացքում.
 - ծնվելիս 1000-1500 գ քաշով նորածինների մահացությունը 50%-ից նվազել է մինչև 5%,
 - ծնվելիս 500-1000 գ քաշով նորածինների մահացությունը 90%-ից նվազել է մինչև 20%:
- Զարգացած երկրներում պերինատալ մահերի 50-60%-ը բաժին է ընկնում ծնվելիս 1000 գրամից պակաս քաշով նորածիններին (բոլոր ծննդաբերությունների 1%-ից ավելի թիվ):

Չնայած 37 շաբաթական բոլոր ծննդաբերությունները համարվում են վաղաժամ, սակայն, ամենամեծ նորածնային հիվանդացության և մահացության պատճառ են 32 շաբաթականները՝ (բոլոր ծննդաբերությունների 2%):

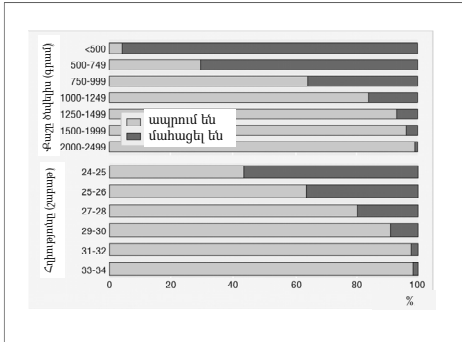
Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. Births: Final data for 2001.

National Vital Statistics Report, 2002,51(2). National Center for Health Statistics.

Goldenberg RL. Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. 2002.

Մահացությունը, քաշը ծնվելիս և հղիության ժամկետը

Սլայդ 13-4



Սլայդում ներկայացված են 2002 թվականի ԱՄՆ առողջապահության վիճակագրության ազգային կենտրոնի տվյալները:

National Vital Statistics Report. USA National Center for Health Statistics. 2002, 51(2). Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. Births: Final data for 2001.

Ինչն է նպաստել մահացության և հիվանդացության նվազմանը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ

Սլայդ 13-5

- Պերինատալ օգնության տեղայնացում (ռեգիոնալիզացիա):
- Կորտիկոստերոիդների նախաձննդյան օգտագործումը:
- Ծննդաբերության ժամանակ հակաբիոտիկների օգտագործումը:
- 1960թ.-ից սկսած նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքների ստեղծումը:
- Թոքերի օդափոխության մեթոդների կատարելագործումը:
- Մուրֆակտանտային պրեպարատների օգտագործումը:
- Բարելավված նեոնատալ խնամքը:

Գոյություն ունի վաղաժամ ծննդաբերության անբարենպաստ արդյունքների հաճախականության նվազեցման ռազմավարության երկու կատեգորիա. առաջինն ուղղված է կանխելու կամ հետաձգելու վաղաժամ ծննդաբերությունը, իսկ երկրորդը՝ պտղի չհասունացման հետ կապված

հիվանդացության ու մահացության կանխարգելմանը: Նշված կատեգորիաներից առավել հաջողվածը պերինատալ խնամքի տեղայնացումն է, ինչն ապահովում է վաղաժին/անհաս նորածինների անհրաժեշտ խնամքը, սարքավորումներով և վերապատրաստված անձնակազմով ապահովված նորածնային ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներում:

Արդյունավետ նորածնային միջամտությունների թվին են պատկանում նաև արհեստական օդափոխության բարելավված մեթոդները, էկզոգեն-սուրֆակտանտ բուժումը, հակաբիոտիկներով բուժումը և հեղուկի հաշվեկշռի ու էլեկտրոլիտների պատշաճ վերահսկողություն:

Արդյունավետ մանկաբարձական բուժգործողությունները ներառում են կորտիկոստերոիդների պրենատալ օգտագործում, պտղի թոքերի հասունացման և հակաբիոտիկների ինտրանատալ նշանակում նորածնային սեպսիսի նվազեցման համար:

Ըստ բուժհաստատությունների մակարդակի վաղ նորածնային մահացությունն ու քաշը ծնվելիս

Սլայդ 13-6

Բուժհաստատության մակարդակը		500-749		750-999		1000-1499	
Քանակը	Մեկաբերությունների թիվը	Մեկաբերությունների թիվը	Վաղ նեոնատալ մահացություն %	Մեկաբերությունների թիվը	Վաղ նեոնատալ մահացություն %	Մեկաբերությունների թիվը	Վաղ նեոնատալ մահացություն %
A	4	58	86	93	11	190	5
B	4	27	148	33	152	90	0
C	4	31	226	51	59	112	54
Ընդամենը	12	116	138	177	51	392	18

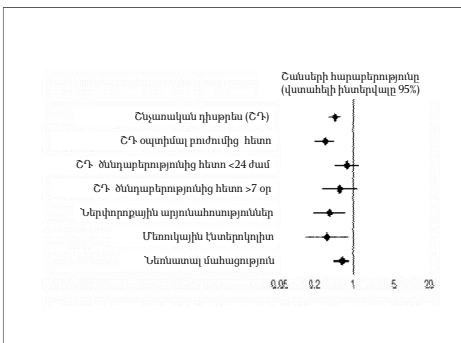
Այդուսակում բերված է վաղածին երեխաների ապրելունակության տարբերությունը՝ կապված առողջապահական հաստատության մակարդակի հետ:

Ծննդաբերության ժամանակ 500-750գ քաշով երեխաների վաղ նորածնային մահացությունը երրորդ մակարդակի ծննդատներում (պերինատալ կենտրոն - A), կազմում է 86%, երկրորդ մակարդակի ծննդատներում (B)՝ 148% և 226%, եթե օգնությունը տրամադրվել է առաջին մակարդակի ծննդատանը (C): Ծննդաբերության ժամանակ 1000-1500գ քաշ ունեցող երեխաների նորածնային մահացության մակարդակների տարբերությունը 10 անգամ ավելի է. երրորդ մակարդակի հաստատություններում 5% և 54% առաջնային մակարդակում:

National Vital Statistics Report. US National Center for Health Statistics. 2002,51(2).

Վաղածան ծննդաբերությունների ժամանակ կորտիկոստերոիդների օգտագործումը

Սլայդ 13-7



Սլայդում ցույց է տրված վաղածան ծննդաբերությունների ժամանակ գլյուկոկորտիկոիդների օգտագործման բարենպաստ հետևանքների ապացույցը:

Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. The Cochrane Database Syst Rev, 2003,

Հակաբիոտիկներ

Սլադ 13-8

- B խմբի ստրեպտոկոկների պատճառով առաջացած վաղ նեոնատալ սեպսիսի ռիսկի հիմնական գործոնը վաղաժամ ծննդաբերությունն է:
- Ծննդաբերության ժամանակ B խմբի ստրեպտոկոկների նկատմամբ ակտիվ անտիբիոտիկ կանխարգելիչ նշանակումը զգալիորեն նվազեցնում է անհաս երեխաների հիվանդացությունը:
- Անտիբիոտիկներով կանխարգելումը նվազեցնում է նեոնատալ մահացությունը, թեև արդյունքն այնքան էլ արտահայտիչ չէ:

Նորածինների մոտ հաճախ ծանր վարակների պատճառ է դառնում B խմբի ստրեպտոկոկը (կյանքի առաջին 7 օրերին): B խմբի ստրեպտոկոկներով վարակների տարածումը Մեծ Բրիտանիայում կազմում է 0,5/1000:

B խմբի ստրեպտոկոկով պայմանավորված վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ և վարակների հաստատված ռիսկի գործոններով բոլոր կանանց առաջարկվում է ինտրանատալ հակաբիոտիկային կանխարգելումը:

- B խմբի ստրեպտոկոկ նախորդ երեխայի մոտ,
- B խմբի ստրեպտոկոկային վարակ, որը հայտնաբերվել է այս հղիության ընթացքում,
- վաղաժամ ծննդաբերություն,
- երկարատև անջուր շրջան,
- ծննդաբերության ընթացքում տենդ:

B խմբի ստրեպտոկոկով պայմանավորված հակաբիոտիկային ինտրանատալ վարակների կանխարգելման արդյունավետությունը կազմում է 80%:

B խմբի ստրեպտոկոկով պայմանավորված վարակների պատճառով ժամանակին ծնված երեխաների մահացությունը Մեծ Բրիտանիայում կազմում է 6, վաղաժամ ծնված նորածիններինը՝ 18%: Սակայն ինտրանատալ հակաբիոտիկային կանխարգելումը թույլ չի տալիս խուսափել մահացության բոլոր դեպքերից: Նույնիսկ ճիշտ բուժման դեպքում որոշ նորածինները մահանում են այս վարակից, հատկապես երբ այս հիվանդություն սկսվել է մինչև ծնունդը:

Եթե ենթադրենք, որ B խմբի ստրեպտոկոկի պատճառով առաջացած նորածնային մահացության վրա հակաբիոտիկային կանխարգելման ազդեցությունը հավասարգոր է B խմբի ստրեպտոկոկով հարուցված հիվանդությանը, ապա B խմբի ստրեպտոկոկի պատճառով մեկ նորածնային մահվան կանխարգելման համար անհրաժեշտ է, որպեսզի ինտրանատալ հակաբիոտիկային բուժում ստանա 7000 վարակված կին, որի համար կպահաջվի առնվազը 24000 կնոջ ենթարկել սկրինինգի:

Առաջարկվող սխեմաներից մեկը.

- 3 գ բենզիլպենիցիլին անմիջապես ծննդաբերության սկսվելու պահին և հետո 4 ժամը մեկ, 1,5 գ մինչև ծննդաբերության ավարտը (չափաբաժինը ավանդույթի արդյունք է, այլ ոչ հետազոտությունների):

Գոյություն ունի հակաբիոտիկների օգտագործման մեկ այլ սխեմա.

- 2,4 գ բենզիլպենիցիլինը անմիջապես ծննդաբերության սկսվելու պահին և հետո 4 ժամը մեկ 1,2 գ մինչև ծննդաբերության ավարտը,
- 5 գ բենզիլպենիցիլինը անմիջապես ծննդաբերության սկսվելու պահին և հետո 4 ժամը մեկ 2,5 գ մինչև ծննդաբերության ավարտը,

Գրամ բացասական միկրոօրգանիզմներով հնարավոր ռիսկայնության պատճառով հարուցված վաղ նորածնային սեպսիսի զարգացման դեպքում ազդեցության լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ չպետք է օգտագործվեն:

*Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG).
Prevention of yearly onset neonatal group B streptococcal disease.
RCOG Press, November 2003, Guideline No. 36.*

Ինչպե՞ս կանխարգելել վաղածամ ծննդաբերությունը

Սլայդ 13-9

- Որոշել ռիսկի խմբերը:
- Ձեռնարկել կանխարգելիչ միջոցառումներ:
- Վաղածամ ծննդաբերության սպառնալիքի վաղ ակտորոշում:
- Հնարավոր վաղածամ ծննդաբերության կանխարգելում:

Անցկացվել ու շարունակում են անցկացվել վաղածամ ծննդաբերության հաճախականության և հետևանքների նվազեցմանն ուղղված մի շարք կանխարգելիչ և բուժական միջոցառումներ: Արդյո՞ք հասնում են նրանք նպատակին

Գոյություն ունի արդյո՞ք վաղածամ ծննդաբերության սպառնալիքի բուժում:

Ի՞նչ է վաղածամ ծննդաբերության վտանգը: Ինչպե՞ս այն տարբերել նորմալ ծննդաբերությունից և հղի կնոջ ֆիզիոլոգիական վիճակից (Բրեգսթոն-Հիքսի կծկանքներ): Այս հարցերը մասնակիցների կողմից կքննարկվեն այս պարապմունքի ընթացքում:

Վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկի գործոնները

Սլայդ 13-10

- Տարիքը 16 և ավելի փոքր:
- Սոցիալական ցածր կարգավիճակ:
- Քաշ-հասակային ցածր ցուցանիշ:
- Ծխելը:
- Անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություն:
- Բազմապտուղ հղիություն:
- Նեղուցապարանոցային (խտմիկո-ցերվիկալ) անբավարարություն:
- Արգանդի այստաբանություն:
- Վարակ:

Վաղաժամ ծննդաբերություններն անամնեզում հանդիսանում են անհաս երեխայի ծննդի ամենակարևոր ռիսկի գործոններից մեկը՝ ռիսկը կազմում է 14,3% վաղաժամ ծննդաբերության մեկ դեպքի առկայության դեպքում և 28%, երբ վաղաժամ ծննդաբերության դեպքերն անամնեզում երկուսն են:

Մյուս ռիսկային գործոններն են՝ գերշրջությունը, հեշտոցային այրունահոսությունը առաջին եռամսյակում, ծննդաբերությունների միջև ընկած կարճ ժամանակահատվածը, բռնություններն ընտանիքում և այլն: Ցավոք, այս գործոններից շատերը չեն կարող ճշգրիտ կանխատեսել վաղաժամ ծննդաբերության զարգացումը, որովհետև նրանք ունեն ցածր զգայնություն (35-60%) և կանխատեսման ցածր արժեք (35-60%):

*Edwin Chandrachan, Sabaratnam Arulkumaran.
Recent advances in management of preterm labor.
J Obstet Gynecol India Vol. 55, No. 2:
March/April 2005 Pg 118- 124*

Ի՞նչ է կիրառվել վաղաժամ ծննդաբերությունը կանխելու համար

Սլայդ 13-11

- Բարելավված նախածննդյան խնամք.
- մինչև ծննդաբերությունը այցերի թվի ավելացում,
- անկողնային ռեժիմ,
- հոգեբանական և սոցիալական աջակցություն,
- սննդակարգեր,
- սեռական ակտիվության արգելումը,
- հոսպիտալացում «ճգնաժամային ժամկետներում»,
- կանխարգելման նպատակով նշանակում.
 - > տոկոլիտիկների,
 - > մագնեզիումի սուլֆատի,
 - > կալցիումի պատրաստուկներ,
 - > պրոգեստագեններ և այլն:

Վաղաժամ ծննդաբերությունները նվազեցնելու համար առաջարկվել են տարբեր միջամտություններ՝ անկողնային ռեժիմ, հոսպիտալացում «ճգնաժամային ժամկետներում», բարոթերապիա, պլազմոֆերեզ և այլն:

Ցավոք, այս միջամտություններից ոչ մեկի արդյունավետությունը կլինիկական հետազոտություններով չապացուցվեց: Բազմակենտրոն ուսնդումի-զացված վերահսկվող հետազոտությունը (*Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, 2001*)

համեմատեց նախաձննդային խնամքի ստանդարտ մոդելը նորի հետ, որն ընդգրկում է մայրական և նորածնային խնամքի բարելավված արդյունքներով արդյունավետ տեխնոլոգիաներ ու ավելի քիչ այցելություններ բժշկին: Առաջնային արդյունքներն ընդգրկել են՝ ծնվելուց ցածր քաշ (<2500 գ), պրե-էկլամսիա/էկլամսիա, ծանր հետձննդաբերական սակավարյունություն (հեմոգլոբինի մակարդակը <90 գ/լ) և բուժման ենթարկված միզուղիների վարակ: Գնահատվել է բուժօգնության որակն ու շահավետությունը: Ըստ նոր մոդելի (n=12568) կանայք բժշկի հաճախել են 5 անգամ ըստ ստանդարտ մոդելի (n=11958) 8-ի փոխարեն: Խմբերն ունեին ծնվելուց ցածր քաշի նույն տոկոսային հարաբերությունը (նոր մոդելը 7,68% ստանդարտ մոդելի 7,14% համեմատ, տոկոսային տարբերությունը 0,96 [95% ՎԻ -0,01 1,92-ի համեմատ]), հետձննդաբերական սակավարյունությունը (7,59% և 8,67%, 0,32) և բուժման ենթարկված միզուղիների վարակ (5,95% և 7,41%, -0,42 [-1,65 և 0,80]):

Չի ապացուցվել, որ անկողնային ռեժիմն օգնում է նվազեցնել վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականությունը:

Ստանդարտ օգնություն ստացած բարձր ռիսկայնությամբ կանանց համեմատ, հղիության ընթացքում բարելավված սոցիալական աջակցություն ստացածներն ունեին մեղեաձնության, նորածնային մահացության, վաղաժամ ծննդաբերության, ցածր քաշով նորածինների և ըստ Ապգարի սանդղակի ցածր միավորներով նորածինների նույն գործակիցը:

Ենթադրվում է, որ էներգետիկ հավասարակշռված և սպիտակուցներով հարուստ սնունդը նվազեցնում է գեստացիոն տարիքում անհաս երեխաների ծննդի հաճախականությունը, և կարող է նվազեցնել պերինատալ մահացության մակարդակը: Այն ակնհայտ ազդեցություն չունի հղիության ժամկետի վրա: Հանրային առողջության ծրագրերը, որոնք առաջարկում են սննդային հավելումներ, չպետք է հիմնվեն այն նախադրյալների վրա, որ դրանք իջեցնում են վաղաժամ ծնունդների գործակիցը:

Հիմնվելով ունեցած հետազոտությունների վրա, սեռական ակտիվության արգելումը որպես վաղաժամ ծննդադեղության կանխարգելիչ միջոց, անհիմն է:

Հղիության ընթացքում անկողնային ռեժիմը կամ հոսպիտալացումը հղի կանանց և նրանց ընտանիքներին կարող է մեծ ֆինանսական և սոցիալական դժվարությունների առաջ կանգնեցնել: Մինչծննդաբերական հոսպիտալացումը հաճախ կործանարար և սթրեսային փորձ է, այդ թվում կնոջ առանձնացումն ընտանիքից, երբ նրանց մեծ մասն ավելի շատ խնամքի կարիք ունի: Ավելին, այս քաղաքականության ընդունումը բերում է առողջապահության ծառայությունների ծախսերի զգալի ավելացման:

Շատ բժիշկ խորհրդատուներ բետամիմետիկ պրեպարատներ են նշանակում, որպեսզի վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկայնությամբ կանանց մոտ կանխեն արգանդի կծբանքները: Բետամիմետիկների օգտագործումը կան-

խարզելիչ նպատակներով չի նվազեցրել վաղաժամ ծննդաբերության, ցածր քաշով երեխաների ծնունդի կամ պերինատալ մահացությունների ռիսկը:

Ուսումնասիրվել է մագնեզիումի ավելացրած չափաբաժնի ազդեցությունը վաղաժամ ծննդաբերության հաճախականության վրա, սակայն ստացված արդյունքները համոզիչ չեն:

Կալցիումի ավելացումը նույնպես չի ազդում վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկայնության իջեցման վրա:

17a-հիդրօքսիպրոգեստերոն կապրոնատի կանոնավոր ներմկանային ներարկումը կարող է իջեցնել վաղաժամ ծննդաբերության հաճախականությունը և բարձր ռիսկայնությամբ կանանց վաղաժամ ծննդաբերություն, սակայն այն չի նվազեցնում պերինատալ մահացության և հիվանդացության մակարդակը:

Murray W. Enkin et al,
A guide to effective care in pregnancy and childbirth.
Oxford University Press. 3rd edition. 2000

Villar J, Ba'aqueel H, Piaggio G.
WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet, 2001 May, 19, 357, 1551-64.

Բարելավված մինչծննդաբերական (նախածննդյան) խնամք

Սլայդ 13-12

- 11 ուսումնասիրված կլինիկական հետազոտություններ (ՌԿՀ) Եվրոպայում, ԱՄՆ-ում, Լատինական Ամերիկայի երկրներում.
– վաղաժամ ծննդաբերության բարձր ռիսկայնություն, յուրաքանչյուր ՌԿՀ-ում 150-2200 մասնակից:
- **Եզրահանգում.** վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականության նվազման առումով նախածննդյան ուժեղացված և ավանդական խնամքի միջև հավաստի տարբերություններ չկան:

Հինգ կենտրոնների միջամտության և վերահսկման խմբերից (2395 կին) պատահականորեն ընտրվել են վաղաժամ ծննդաբերության բարձր ռիսկայնությամբ հղի կանայք:

Վերապատրաստված անձնակազմը միջամտության խմբի կանանց տեղեկացրել է, թե ինչպես ճանաչել վաղաժամ ծննդաբերության վաղ նշանները և նրանցից ցանկացածի ի հայտ գալու պարագայում տեղեկացնել աշխատակազմին: Ամեն շաբաթ (20-ից մինչև 24 շաբաթական հղիություն) կանայք գինեկոլոգիական քննություն են անցել: Քանի որ, հետազոտության մեջ ներգրավված կանանց վրա կլինիկական տարբեր հատվածներում վաղաժամ ծննդաբերության մակարդակի վրա միջամտությունն ունեցել է տարբեր ազդեցություն, երբեմն հակառակ, որպես արդյունքների տարբերության

հնարավոր բացատրություն վերլուծությունը կենտրոնացած էր հղիների ռիսկի և տվյալ տեսակի խնամքի գնահատմանը:

Արդյունքները. միջին հաշվով բոլոր կլինիկական հատվածներում դիտարկված ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերությունների մակարդակը, միջամտության խմբում ավելի ցածր չէր քան վերահսկման խմբում (16,1% և 15,4% < 37 շաբաթական հղիության համար, 11,9% և 10,9% < 36 հղիության շաբաթվա համար):

Տարբեր կենտրոններում կար ծրագրի արդյունքների զգալի տարբերություն ($p < 0,01$ վիճակագրական չափանիշի միատարության համար): Կենտրոնների միջև միջամտության արդյունքների տարբերությունը մասամբ պայմանավորված էր ոչ միայն հղիների խմբերի առանձնահատկություններով ($p < 0,01$ վիճակագրական չափանիշի միատարության համար): Գործընթացի միակ միջանկյալ չափանիշը, որը տարբեր հիվանդանոցներում տարբեր էր, վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի հետ կապված հիվանդանոց տեղափոխելու հաճախականությունն է: Հոսպիտալացման բարձր մակարդակը կլինիկական տարբեր հատվածներում, միջամտության խումբը վերահսկողության խմբի հետ համեմատած, միջամտությունը բացասական ազդեցություն ունի արդյունքի վրա:

Եզրակացություն. քանի որ, վաղաժամ ծննդաբերության կանխման ծրագիրը չի ցուցաբերել նշանակալի օգտակարություն և որոշ արդյունքների պատճառները պարզ չեն, նրա օգտագործումը չի կարող առաջարկվել:

Depp R et al. Collaborative Group on Preterm Birth Prevention. Am J Obstet Gynecol, 1993, 169, 352-366.

Արգանդի պարանոցին կանխարգելիչ կարի տեղադրում

Սլայդ 13-13

- Մեթոդն արդյունավետ է անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություններ ունեցած կանանց վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականություն նվազեցման համար (արգանդի պարանոցի վիճակը չի գնահատվել).
 - սակայն մեկ վաղաժամ ծննդաբերություն կանխարգելելու համար կարը պետք է դնել 24 հղիի,
 - չի նպաստում պերինատալ մահացության նվազեցմանը:
- Չկան բավարար քանակությամբ տվյալներ արգանդի կարճացված պարանոցին կար դնելու մասին (ընդամենը 2 ոչ ծավալուն ՌՀՀ՝ 35 և 113 հղի):

Արգանդի պարանոցին կարով խմբում արձանագրվել է 33 շաբաթական ժամկետով ծննդաբերության ավելի քիչ դեպք (83 (13%) 110 հետ համեմատած (17%), $p = 0,03$):

Այս տարբերությունն ակնհայտ էր նեղուցապարանոցային անբավարարության նշաններով ծննդաբերությունների ժամանակ (արգանդի վզիկի լայնացում առանց ցավերի և պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական պատովածք):

Նկատվել է համապատասխան տարբերությունը ծննդաբերությունների հաճախականության և ծնվելիս պտղի շատ ցածր քաշի միջև (63 (10%) համեմատած 86 (13%), $p = 0,05$):

Վիժումների, մեռելաձնության կամ նորածնային մահացության (55 (9%) ընդհանուր հաճախականության տարբերությունը համեմատած 68 (11%)) հետ հստակ չէր և վիճակագրորեն ոչ ստույգ: Արգանդի պարանոցին կանխարգելիչ կարի տեղադրումը կապված է շահագրգռված բժշկական միջամտությամբ և հիպերթերմիայի կրկնապատկված ռիսկի հետ:

Այնուամենայնիվ, արգանդի պարանոցի կարում պետք է առաջարկել բարձր ռիսկայնությամբ խմբի հղիներին, օրինակ, ուլքեր անամնեզում ունեցել են հղիության 37 շաբաթում ավարտված երեք կամ ավելի հղիություն:

Մեկ փոքր Ռ-ՀՀ (35 հղի, հղիության 27 շաբաթ տևողությամբ) ուսումնասիրել է արգանդի կարճ վզիկով (որոշված ներհեշտոցային գերձայնային հետազոտությամբ) հղիների մոտ կարի տեղադրում + անկողնային ռեժիմ համեմատած միայն անկողնային ռեժիմը հետ:

Կարի տեղադրումը արդյունավետ էր մինչև 34 շաբաթ (0/19 [0%] և 7/16 [44%] բուժման կարիք ունեցող կանանց թիվը՝ 3) վաղաժամ ծննդաբերությունների կրճատման, բայց ոչ նորածնային մահացության մակարդակի իջեցման համար: Մեկ այլ Ռ-ՀՀ (113 հիվանդ, հղիությունը 16-24 շաբաթ, արգանդի կարճ վզիկ) չի հայտնաբերել կարի տեղադրման արդյունաբերությունը վաղաժամկետ ծննդաբերության արդյունքի վրա:

*MRC/RCOG Working party on cervical cerclage.
Final report of the Medical Research Council/Royal
College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre
randomised trial of cervical cerclage.
Br J Obstet Gynaecol, 1993, 100, 516–523.*

Բակտերիալ վագինոզն ու վաղաժամ ծննդաբերությունը

Սլայդ 13-14

- Բակտերիային վագինոզը (ԲՎ) մեծացում է վաղաժամ ծննդաբերությունների վտանգը
- 15 Ռ-ՀՀ-ի համակարգային վերլուծությունը ցույց տվեց, որ անախտանիշ ԲՎ-ով բոլոր հղիների սկրինինգն ու բուժումը չի նվազեցնում.
 - վաղաժամ ծննդաբերությունների վտանգը,
 - պտղաթաղանթների նախածննդյան վաղաժամ պատռման (ՊՆՎՊ) վտանգը:

ՍԱԿԱՅՆ

- 5 Ռ-ՀՀ-ի համալիր վերլուծությունը ցույց տվեց, որ.
 - հղիության մինչև 20 շաբաթն իրականացրած բուժումը վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը մինչև 37-րդ շաբաթ կարող է նվազեցնել 37 %-ով:

15 Ռ-ՀՀ սիստեմատիկ վերլուծությունը, որոնք ընդգրկում են 5888 հղիների, հաստատեց, որ հղիության ընթացքում բակտերիային վագինոզի բուժման համար հակաբիոտիկաբուժումն արդյունավետ է ($\text{OR } 0,17, 95\% \text{ ՎԻ } 0,15$ մինչև $0,20, 10$ հետազոտություն, 4357 կին):

Ընդհանուր վերլուծություն. 15 ՌՀՀ- վերլուծության համաձայն, ԲՎ բուժումը չի ուղեկցվում վաղաժամ ծննդաբերությունների՝ մինչև 37-րդ շաբաթը (ՇՀ 0,91, 95% ՎԻ 0,78 մինչև 1,06) և պտղապարկի մինչծննդաբերական պատուվածքի (ՇՀ 0,88, 95% ՎԻ 0,61 մինչև 1,28) ռիսկի հավաստի նվազեցմամբ:

Սակայն **համալիր վերլուծությունը** ցույց տվեց, որ հղիության մինչև 20-րդ շաբաթն իրականացրած բուժումը վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկը կարող է նվազեցնել մինչև 37-րդ շաբաթը (ՇՀ 0.63, 95% ՎԻ 0.48 մինչև 0.84, 5 հետազոտություն, 2387 կին):

Անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերությամբ կանանց մոտ բակտերային վագինոզի բուժումը չի կանխել կրկնվող վաղաժամ ծննդաբերության զարգացումը (ՇՀ 0,83, 95% ՎԻ 0,59 մինչև 1,17), սակայն այն կարող է արդյունավետ լինել պտղապարկի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատուվածքի վտանգի նվազեցման համար (ՇՀ 0,14, 95% ՎԻ 0,05 մինչև 0,38) և ցածր քաշով երեխաների ծվելու վտանգը կանխելու համար (ՇՀ 0,31, 95% ՎԻ 0,13 մինչև 0,75) (2 հետազոտություն, 144 կին):

Ախտաբանական հեշտոցային ֆլորայով կանանց մոտ (միջանկյալ ֆլորա կամ բակտերային վագինոզ) բուժումը կարող է վաղաժամ ծննդաբերության վտանգն իջեցնել մինչև 37 շաբաթ (ՇՀ 0.51, 95% ՎԻ 0.32 մինչև 0.81, 2 հետազոտություն, 894 կին):

Կլինդամիցինը վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը չի նվազեցնում մինչև 37 շաբաթ (ՇՀ 0.80, 95% ՎԻ 0.60 մինչև 1.05, 6 հետազոտություն, 2406 կին):

Եզրակացություն. հղիության ժամանակ հակաբիոտիկներով բուժումը բերում է բակտերային վագինոզի իռադիկացիայի: Այս համակարգված վերլուծությունը ապացույցներ չի տրամադրում այն մասին, որ անախտանիշ ԲՎ-ով բոլոր հղիների սկրինինգն ու բուժումը կկանխի վաղաժամ ծննդաբերությունն ու դրա հետևանքները: Սակայն կան ապացույցներ, որ հղիության մինչև 20 շաբաթն իրականացրած բուժումն արդյունավետ է վաղաժամ ծննդաբերությունները կանխելու համար:

*McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A.
Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.*

Վաղաժամ ծննդաբերության վաղ ախտորոշում (1)

Սլայդ 13-15

- Մինչ ծննդաբերությունը բժշկի յուրաքանչյուր այցի ժամանակ արգանդի պարանոցի հաստնության աստիճանի որոշում համեմատած միայն նրա ցուցանիշների հետ.
 - մեկ ՌՀՀ, 5440 հղի, Եվրոպա:
- Վաղաժամ ծննդաբերություններ 6,7% և 6,4% համապատասխանաբար:

ՌՀՀ-ի որոնք անցկացվել են 7 եվրոպական երկրներում, համեմատում են երկու քաղաքականություն՝ անցկացնել արգանդի վզիկի հետազոտություն բժշկի յուրաքանչյուր մինչ-ծննդաբերական այցերի ժամանակ (2803 կին) և հնարավորության սահմաններում, արգանդի վզիկի հետազո-

տության անցկացումից հրաժարում (2799): Հեշտոցային հետազոտությունների միջին թիվը փորձարարական խմբում կազմել է 6, վերահսկողական խմբում՝ 1: Փորձարարական խմբում տեղի է ունեցել 6,7% վաղաժամ ծննդաբերություն (<37 շաբաթ) և 6,4%-ը՝ վերահսկողական խմբում (վտանգի հարաբերակցությունը 1,05 [95% ՎԻ 0,85-1,29], աննշան): Ծնվելուց ցածր քաշի մակարդակը փորձարարական խմբում կազմել է 6,6%, վերահսկողականում՝ 7,7% (աննշան): Երկու խմբերում էլ նկատվել է պտղապարկի պատվածք՝ համապատասխանաբար 27,1% և 26,5%:

Տվյալ հետազոտության ընթացքում այս երկու խմբերի միջև վաղաժամ ծննդաբերության և վաղաժամ մինչև ծննդաբերություն պտղաջրերի արտահոսքի հաճախականության վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել:

Buekens P et al. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. Lancet, 1994, 344, 841-4.

Վաղաժամ ծննդաբերության վաղ ախտորոշում (2)

Սլայդ 13-16

- Վաղաժամ ծննդաբերությունների համար կանխարգելիչ մեծ արժեք ունեցող ուղղորդված արդյունք.
 - արգանդի պարանոցի երկարության չափում ներհեշտոցային ԳՁՀ միջոցով,
 - հեշտոցային արտադրության մեջ ֆետալ ֆիբրոնեկտինի մակարդակի որոշում:
- Սակայն հետազոտությունների արդյունքները ցույց չտվեցին, որ այս տեղեկությունը զգալիորեն նպաստում է պերինատալ ելքերի բարելավմանը:
- Խորհուրդ չի տրվում վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկի գործոնների որոշման նպատակով առողջ հղիներին ենթարկել թեստավորման:

Հղիության 22 շաբաթից հետո հեշտոցային արտադրությունում ֆետալ ֆիբրոնեկտինի գոյությունը վաղաժամ ծննդաբերության կանխատեսման հստակ գործոն է:

40 հետազոտությունների մետա-անալիզը բացահայտեց ֆիբրոնեկտինի նկատմամբ բացասական թեստի կանխատեսող մեծ արժեքը: 1-2 շաբաթվա ընթացքում վաղաժամ ծննդաբերությունների կանխատեսման թեստի զգայունությունը կազմել է 89%, իսկ 3 շաբաթվա կանխատեսման համար՝ 92%:

Վաղաժամ ծննդաբերությունների հայտնաբերման համար մեծ կանխատեսողական արժեք ունի, նույնիսկ ցածր ռիսկայնությամբ խմբերում, ներհեշտոցային գերձայնային հետազոտության միջոցով արգանդի կարճ վզիկի հայտնաբերումը: Երբ արգանդի վզիկի երկարությունը հղիության 28 շաբաթում <26 մմ, <22 մմ և <13 մմ վաղաժամ ծննդաբերությունների հարաբերական վտանգը համապատասխանաբար կազմում է 9,57, 13,88 և 24,94 է: Երբ արգանդի վզիկի երկարությունը <15 մմ է, գոյություն ունի հղիության 32 շաբաթում ծննդաբերության 50%-ոց վտանգ:

Leitch H, Kaider A. Fetal fibronectin – how useful is it in the prediction of preterm birth? BJOG, 2003, 10 suppl, 20, 66-70.

Հակաբիոտիկների օգտագործումը վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի դեպքում

Սլայդ 13-17

- Նպաստում է հղիության ժամկետի երկարացմանը:
 - Նվազեցնում է մոր վարակման հաճախականությունը:
 - Նվազեցնում է նորածինների մեռուկացնող էնտերոկոլիտի հաճախականությունը:
- ՍԱԿԱՅՆ**
- Չի ազդում շնչառական դիսթրես համախտանիշի (ՌԴՀ) և նեոնատալ սեպսիսի հաճախականության վրա:
 - Բարձրացնում է պերինատալ մահացությունը:

Ապացուցված է որ, վարակը կարևոր դեր ունի վաղաժամ ծննդաբերությունների զարգացման համար: Կարծիք կա, որ վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկի հղիներին հակաբիոտիկների նշանակումը կարող է նվազեցնել վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը:

Քոքրեյնի տվյալների բազայում պարունակվող 10 ՌՀՀ վերլուծությունը ցույց տվեց հակաբիոտիկների ազդեցությամբ հղիության վիճակագրորեն հավաստի երկարաձգում (5,4 օր), մոր վարակման (ՇՀ 0,59, 95% ՎԻ 0,36՝ 0,97) և նորածինների մոտ մեռուկացնող էնտերոկոլիտի հաճախականությանը նվազեցում (ՇՀ 0,33, 95% ՎԻ 0,13՝ 0,88).

Հակաբիոտիկների նշանակումը չի ազդում նորածնային հիվանդացության մակարդակի վրա (շնչառական դիսթրես-համախտանիշ, նորածնային սեպսիս), սակայն զգալիորեն բարձրացնում է պերինատալ մահացության մակարդակը (ՇՀ 3,36, 95% ՎԻ 1,21 – 9,32). Վերլուծության հեղինակները խորհուրդ չեն տալիս վաղաժամ ծննդաբերության վտանգով հղիների հակաբիոտիկների աննպատակ նշանակում:

Kenyon SL et al. Broad-spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: The ORACLE II randomised trial. *Lancet*, 2001, 357, 989-94.
King J, Flenady V. Antibiotics for preterm labour with intact membranes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2002, Issue 3.

Հակաբիոտիկների օգտագործումը պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատուման դեպքում

Սլայդ 13-18

- Հավաստիորեն երկարացնում է ծննդաբերության լատենտ փուլը:
- Նվազեցնում է նեոնատալ վարակի հաճախականությունը:
- Նվազեցնում է մոր վարակների հաճախականությունը:
- Նվազեցնում է սուրֆակտանտի և թթվածնաբուժման անհրաժեշտությունը:
- Նվազեցնում է, ԳՉՀ ժամանակ հայտնաբերված, նորածնի ԿՆՀ այտաբանությունների թիվը:
- Անոքսիկալը էրիտրոմիցինի համեմատ հավաստիորեն բարձրացնում է մեռուկացնող էստերոկոլիտի տոկոսը:

13 Ռ-ՀՀ համակարգված վերանայումը ցույց է տալիս, որ պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատուման (ՊՄՎՊ) ժամանակ հակաբիոտիկների կանխարգելիչ նշանակումը (նաև էրիթրոմիցին, ամոկսիցիլին, բենզիլպենիցիլին, ամպիցիլին, պիպերացիլին կամ կլինդամիցին) մոր մոտ բերում են հետծննդաբերական

վարակների հաճախականության վիճակագրորեն հավաստի նվազեցմանը (ՇՀ 0,85, 95% ՎԻ 0,76 – 0,96): Հակաբիոտիկների օգտագործումը զգալի կրճատել է 48 ժամվա ընթացքում (ՇՀ 0,77, 95% ՎԻ 0,72 – 0,83) և պտղաջրերի հետացումից 7 օր հետո (ՇՀ 0,88, 95% ՎԻ 0,84 – 0,92) ծնված երեխաների թիվը: Հակաբիոտիկների օգտագործումը հավաստի նվազեցրել է նեոնատակ վարակների՝ ներառյալ թոքաբորբը (ՇՀ 0,67, 95% ՎԻ 0,52 – 0,85), դրական հեմոկոյուտորանների հաճախականությունը (ՇՀ 0,75, 95% ՎԻ 0,60 – 0,93) և թթվածնաթերապիայի կարիք ունեցող երեխաների թիվը (ՇՀ 0,88, 95% ՎԻ 0,81 – 0,96):

Մակրոլիդները (էրիթրոմիցին) գերադասել են ավելի լայն սպեկտրի ազդեցության հակաբիոտիկներից, քանի որ նույն արդյունավետության պայմաններում նրանք ավելի քիչ բարդություններ են առաջացնում: Օրինակ, ամոկսիկլավի օգտագործումը 5 անգամ բարձրացրել է մեռուկացնող էստերոկոլիտի զարգացումը (ՇՀ 4,60, 95% ՎԻ 1,98 – 10,72):

Այս տվյալները բավարար են ՊՄՎՊ-ի ժամանակ հակաբիոտիկների օգտագործումն արդարացնելու համար:

Ավելի ուշ իրականացրած 22 հետազոտության համակարգված վերլուծության արդյունքները, որում ընդգրկված են 6000 կին և նրանց երեխաները

ՊՄՎՊ-ի ժամանակ հակաբիոտիկների նշանակումը պայմանավորված է խորիոամնիոնիտի զարգացման հաճախականության վիճակագրորեն զգալի իջեցման հետ (հարաբերական ռիսկը (ՀՌ) 0,57, 95% վստահելի

ինտերվալը (ՎԻ)՝ 0,37 մինչև 0,86): Հակաբիոտիկների ազդեցությամբ նվազել է 48 ժամվա և 7 օրվա ընթացքում ծնված երեխաների թիվը (ՀՌ՝ 0,80, 95% ՎԻ՝ 0,71 մինչև 0,90):

Նվազել են նորածնային հիվանդացության հետևյալ ցուցանիշները՝ նորածնային վարակը (ՀՌ՝ 0,68, 95% ՎԻ՝ 0,53 մինչև 0,87), սուրֆակտանտաների օգտագործումը (ՀՌ՝ 0,83, 95% ՎԻ՝ 0,72 մինչև 0,96), թթվածնով բուժումը (ՀՌ՝ 0,88, 95% ՎԻ՝ 0,81 մինչև 0,96) և գերձայնային հետազոտությամբ հայտնաբերված ուղեղային անոմալիաները, (ՀՌ՝ 0,82, 95% ՎԻ՝ 0,68 մինչև 0,98). Կո-ամոնկսիլավն ասոցիացվում է նորածնային մեռուկացնող էստերեկոլիտի զարգացման բարձր ռիսկայնության հետ (ՀՌ՝ 4,60, 95% ՎԻ՝ 1,98 մինչև 10,72).

ՊՄՎՊ-ի ժամանակ հակաբիոտիկների օգտագործումը կախված է ծննդաբերության հետաձգման և նորածնային հիվանդացության հիմնական մարկերների իջեցման հետ: Այս տվյալները հաստատում են անտիբիոտիկների նպատակային օգտագործումը ՊՄՎՊ-ի ժամանակ: Որքան քիչ է տեղեկատվության առկայությունը, այնքան դժվար է որոշել թե ինչ հակաբիոտիկ է պետք նշանակել: Պետք է խուսափել վաղաժամ ծննդաբերության վտանգով կանանց կո-ամոնկսիլավ նշանակել, քանի որ բարձր է նորածնային մեռուկացնող էստերեկոլիտի վտանգը: Ելնելով ունեցած հաստատված տվյալներից, էրիտրոմիցինը լավագույն տարբերակն է:

Արդյունավետ է արդյո՞ք տոկոլիզը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ (1)

Սլայդ 13-19

- 17 ՌՀՀ համակարգային վերլուծությունը (2284 հղի)՝ տոկոլիզ և պլացերո կամ առանց բուժման.
 - բերում է վաղաժամ ծննդաբերությունների թվի նվազմանը 24 ժամ հետո, 48 ժամ հետո և 7 օրից,

ՍԱԿԱՅՆ

- չի նվազում ծննդաբերությունների թիվը մինչև 30, 32 կամ 37 շաբաթ:

17 ՌՀՀ (2284 կին) համակարգված վերլուծությունը համեմատել է վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ տոկոլիզի կիրառումը բետամիմետիկների, (ամենատարածված տոկոլիտիկների), մագնեզիումի սուլֆատի, ինդոմետացինի և ատոսիբանի (օքսիտոցինի անտագոնիստ) օգտագործումը

պլացերոյի հետ կամ բուժման բացակայության խմբերում: Ընդհանուր առմամբ տոկոլիզը բերում է վաղաժամ ծննդաբերությունների թվի վիճակագրորեն հավաստի կրճատման՝ 24 ժամ (ՇՀ՝ 0,47, ՎԻ՝ 0,29-0,77), 48 ժամ (ՇՀ՝ 0,57, ՎԻ՝ 0,38-0,83) և 7 օր (ՇՀ՝ 0,60, ՎԻ՝ 0,38-0,95): Սակայն, այն չի բերում ծննդաբերությունների թվի հավաստի կրճատման՝ մինչև հղիության 30 շաբաթ (ՇՀ՝ 1,33, ՎԻ՝ 0,53-3,33), մինչև՝ 32 շաբաթ (ՇՀ՝ 0,81, ՎԻ՝ 0,61-1,07) և մինչև՝ 37

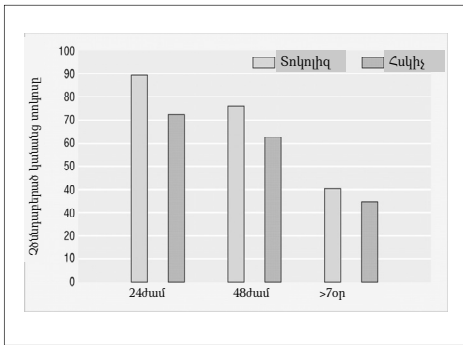
Պերինատալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

շաբաթ (ՇՀ՝ 0,17, ՎԻ՝ 0.02-1.62): Տոկոլիտիկները չեն իջեցնում պերինատալ մահացությունը (ՇՀ՝ 1,22, 95% ՎԻ՝ 0,84-1,78), անհաս երեխաների շնչատական դիսթրես համախտանիշի (ՇԴՀ) ծանր հիվանդությունը (ՇՀ 0,82, 95% ՎԻ 0,64-1,07) և ներփորոքային արյունահոսության հաճախականությունը (ՇՀ 0,73, 95% ՎԻ 0,46-1,15):

Gyetvai K et al. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. Obstet Gynecol, 1999, 94, 869-77

Արդյունավետ է արդյո՞ք տոկոլիզը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ (2)

Սլայդ 13-20



Գրաֆիկում ցույց է տրված տոկոլիզի կիրառման կապը վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականության մակարդակի իջեցման միջև՝ 24 ժամ հետո, 48 ժամ հետո և 7 օր հետո:

Gyetvai K et al. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. Obstet Gynecol, 1999, 94, 869-77.

Արդյունավետ է արդյո՞ք տոկոլիզը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ (3)

Սլայդ 13-21

ՉԻ ԱՋԳՈՒՄ.

- պերինատալ մահացության վրա,
- վաղածնության հետ կապված հիվանդացության վրա,
- ներգանգային արյունազեղումների վրա:

Տոկոլիտիկները չիջեցրին պերինատալ մահացությունը (ՇՀ 1,22, 95% ՎԻ 0,84-1,78), վաղածին երեխաների շնչատական դիսթրես համախտանիշի (ՌԴՀ) ծանր հիվանդացությունը (ՇՀ 0,82, 95% ՎԻ 0,64-1,07) կամ ներփորոքային արյունազեղումները (ՇՀ 0,73, 95% ՎԻ 0,46-1,15):

Gyetvai K et al. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. Obstet Gynecol, 1999, 94, 869-77.

Հանձնարարակներ տոկոլիտիկների օգտագործման վերաբերյալ

Սլայդ 13-22

- Չկան համոզիչ ապացույցներ, որ տոկոլիտիկները լավացնում են պերինատալ ելքերը:
- Այնուամենայնիվ, տոկոլիտիկներ պետք է օգտագործել այն դեպքում, երբ ժամանակի շահումը թույլ կտա միջոցներ ձեռնարկել, օրինակ, կորտիկոստերոիդների օգտագործում և հղիի տեղափոխում 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն:

Տոկոլիտիկ պրեպարատների օգտագործման վերաբերյալ հիմնական հանձնարարակները:

*Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG).
Tocolytic drugs for women in preterm labour.
RCOG Press, October 2002, Clinical Guideline
No. 1(B).*

Տոկոլիտիկի ընտրությունը

Սլայդ 13-23

- **Բետա-միմետիկներ.**
 - չեն ազդում պերինատալ մահացության և հիվանդացության, ՇԴՀ-ի տոկոսի և վաղածնության վրա: (170-ՀՀ, 2408 հղի)
- **Մագնեզիումի սուլֆատ.**
 - բուժման դեպքում ավելանում է նախածննդյան և նորածնային մահացությունը 5% (18/340), պլացենտայի դեպքում՝ 2% (6/387) համեմատությամբ: (7 Ռ-ՀՀ, 727 նորածին)
- **Ինդոմետացին.**
 - ոչնչով չի տարբերվում պլացենտայից: (3 Ռ-ՀՀ, 100 հղի)

Տասնմեկ հետազոտություն, որում ընդգրկված են 1320 կին, համեմատել են բետա-միմետիկների օգտագործումը պլացենտայի հետ:

Բետա-միմետիկների օգտագործումն իջեցրել է 48 ժամվա ընթացքում ծննդաբերած վաղածամ ծննդաբերությամբ կանանց թիվը (հարաբերական վտանգը (ՀՎ) 0,63, 95% ՎԻ 0,53 մինչև 0,75), սակայն 7 օրվա ընթացքում ծննդաբերությունների թվի նվազում չի նկատվել: Պերինատալ (ՀՌ՝ 0,84, 95% ՎԻ՝ 0,46 մինչև 1,55, 7 հետազոտություն, n = 1332) կամ նորածնային (ՀՌ՝ 1,00, 95% ՎԻ՝ 0,48 մինչև 2,09, 5 հետազոտություն, n = 1174): Բետամիմետիկները ոչ մի առավելություն չունեն մահացությունների հաճախականության իջեցման համար: Ցույց չի տրվել ազդեցությունը նորածինների ՇԴՀ հաճախականության վրա (ՀՌ՝ 0,87, 95% ՎԻ՝ 0,71 մինչև 1,08, 8 հետազոտություն, n = 1239):

Ըստ մի քանի հետազոտության արդյունքների ոչ մի տարբերություն չհայտնաբերվեց, մասնավորապես, մանկական ուղեղային կաթվածի, մանկական մահացության և մեռուկացնող էստերոկոլիտի հաճախականության մեջ:

Բետամինտիկների օգտագործման դադարեցումը կապված էր կողմնակի ազդեցությունների, կրծքի ցավերի, շնչահեղձության, տախիակարդիայի, դողի, գլխացավերի, հիպոկալեմիայի, հիպերգլիկեմիայի, սրտխառնոցի կամ փսխումների, քթի մեջ արտադրությամբ լցվածության, պտղի տախիկարդիայի հետ:

Հինգ հետազոտություններում համեմատվել է ռիտոդրինի օգտագործումը այլ բետամինտիկների հետ ($n = 948$), իսկ մեկում՝ հեքսոպրեմալինը՝ սալբուտամոլի հետ ($n=140$): Հետազոտությունները փոքր էին և ոչ որակյալ, որպեսզի որևէ կախվածություն նկարագրվի:

23 հետազոտության վերլուծությունը, որում ընդգրկված են 2000 կին, ցույց տվեցին, որ միայն ինը հետազոտություն կարելի է համարել որակյալ:

Մագնեզիումի սուլֆատ ստացած խմբում հսկիչ խմբի հետ համեմատելիս չեն նկատվել տարբերություններ 48 ժամվա ընթացքում ծննդաբերության վտանգների միջև (ՇՀ՝ 0,85, 95% ՎԻ՝ 0,58-1,25, 11 հետազոտություն, 881 կին): Մագնեզիումի սուլֆատի օգտագործումը վաղաժամ ծննդաբերության (<37 շաբաթ) կամ շատ վաղ (<34 շաբաթ) վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի նվազեցման վերաբերյալ դրական արդյունքներ չի տվել: Մագնեզիումի սուլֆատով բուժվածների մոտ երեխաների (պտղի կամ երեխայի) մահվան վտանգն ավելի մեծ էր (ՇՀ՝ 2,82, 95% ՎԻ՝ 1,20-6,62, 7 հետազոտություն, 727 երեխա): Մեկ հետազոտության մեջ գրանցվել էր պտղի երկու մահացության դեպք, երկուսն էլ բուժում են ստացել մագնեզիումի սուլֆատով:

Մնացած 6 հետազոտությունում մահվան դեպք չի գրանցվել: Վեց հետազոտությունից ստացված տվյալներում ցույց չէր տրված մանկական մահացության ընդհանուր մակարդակի տարբերությունը: Մագնեզիումի սուլֆատի օգտագործումը ոչ մի բարենպաստ ազդեցություն չի ունեցել նորածնային հիվանդացության մյուս ցուցանիշների ռիսկի վրա: Ուղեղային կաթվածի զարգացման վտանգի աննշան իջեցում գրանցվել է՝ 18 ամիսների ընթացքում, հետագա դիտումների ժամանակ (ՇՀ՝ 0,14, 95% ՎԻ՝ 0,01-2,60, 1 հետազոտություն, 99 երեխա):

Եզրակացություն. Ծննդաբերության հետաձգման կամ վաղաժամ ծննդաբերության կանխման համար մագնեզիումի սուլֆատն արդյունավետ չէ, և նրա օգտագործում բերում է մանկական մահացության աճի: Հետագա փորձարկումները պետք է լինեն բարձր որակի և բազմաքանակ, որպեսզի հնարավոր լինի գնահատել հիվանդացության և մահացության մակարդակը, համեմատել տարբեր դեղաչափերի սխեմաները և տալ տեղեկություններ երեխայի նյարդային համակարգի զարգացման վիճակի մասին:

*S. Anotayanonth et al. Betamimetics for inhibiting preterm labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 4.
C.A. Crowther et al. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour.*

Նիֆեդիպինը մյուս տոկոլիտիկների հետ համեմատած

Սլայդ 13-24

- Համակարգված գնում (12 Ռ-ՀՀ, 1029 հղի).
 - արդյունավետ է հղիությունը ավելի քան 24 ժամով երկարաձգելու համար,
 - նվազեցնում է մեռուկացվող էստերոկոլիտի հաճախականությունը,
 - նվազեցնում է ՇԴՀ-ի դեպքերի հաճախականությունը,
 - նվազեցնում է ներփորոքային արյունազեղումների հաճախականությունը,
 - բետա-միմետիկների հետ համեմատած կողմնակի երևույթները զգալիորեն քիչ են,
 - չի մեծացնում պերինատալ մահացությունը:

Մեկ համակարգված վերլուծություն (12 Ռ-ՀՀ, 1029 կին) վաղաժամ ծննդաբերությունների համար օգտագործվող կալցիումի խողովակների պաշարիչների համեմատել է այլ տոկոլիտիկների հետ (հիմնականում բետամիմետիկները):

Կալցիումի պաշարիչները նվազեցրել են այն կանանց թիվը, որոնք ծննդաբերել են բուժումը սկսելուց 7 օրվա ընթացքում (ՇՀ 0,76, 95% ՎԻ 0,60 մինչև 0,97) և մինչև հղիության 34 շաբաթը (ՇՀ 0,83, 95% ՎԻ 0,69 մինչև 0,99): Համեմատած մյուս տոկոլիտիկների հետ, կալցիումի խողովակների պաշարիչների օգտագործումը նվազեցրել է այն կանանց թիվը, ովքեր խնդրել են դադարեցնել բուժումը կողմնակի ազդեցությունների պատճառով (ՇՀ՝ 0,14, 95% ՎԻ՝ 0,05 մինչև 0,36), ՇԴՀ-ի ՇՀ՝0,63, 95% ՎԻ՝ 0,46 մինչև 0,88), մեռուկացնող էստերոկոլիտի (ՇՀ՝ 0,21, 95% ՎԻ՝ 0,05 մինչև 0,96), ներփորոքային արյունահոսություն (ՇՀ՝ 0,59 95% ՎԻ՝ 0,36 մինչև 0,98) և նորածնային դեղնախտի (ՇՀ՝ 0,73, 95% ՎԻ՝ 0,57 մինչև 0,93) հաճախականությունը:

Չի հայտնաբերվել պերինատալ մահացությունների մակարդակ հավաստի տարբերություն (10 Ռ-ՀՀ, 810 նորածին: 13/400 [3%] կալցիումի խողովակների պաշարիչներով 7/410 [2%] և այլ տոկոլիտիկներով բուժման դեպքում, ՇՀ՝ 1,65, 95% ՎԻ՝ 0,74 մինչև 3,64): Ամենամեծ հետազոտությունում դեղաչափի ընդունման սխեման հետևյալն էր՝ 10 մգ ենթալեզվային օգտագործում, յուրաքանչյուր 15 րոպե մեկ, մինչև կծկանքների դադարելը, ապա, կախված արգանդի կծկողական ակտիվությունից, այնուհետև 60-160 մգ/օրը նիֆեդիպինի դանդաղ ներարկում:

King JF et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. In: The Cochrane Library, 2003, Issue 1.

Ատոսիբանը մյուս տոկոլիտիկների հետ համեմատած

Սլայդ 13-25

- Ատոսիբանը բետա-միմետիկների հետ համեմատած.
 - հղիության վիճակագրորեն հավաստի երկարաձգում է առաջացնում ավելի քան 24 ժամով,
 - նման ազդեցություն ծննդաբերությունը 48 ժամով, և 7 օրով երկարաձգման դեպքում,
 - կողմնակի երևույթների զգալի ցածր մակարդակ,
 - մեծացնում է 1500 գրամից պակաս բաշով ծնված նորածինների թիվը:
- Անհրաժեշտության դեպքում կիրառելի տոկոլիտիկ.
 - շտրիկ արդյունավետության և կողմնակի երևույթների փոքր հաճախականության ատոսիբան և նիֆեդիպին կիրառելն ավելի նախընտրելի է:

Տոկոլիդ գրանցվել է 92% (12/13) կանանց մոտ, ովքեր ստացել են ատոսաբին (օքսիտոցինի անտագոնիստ) և 100% (13/13) նրանց մոտ՝ ովքեր ստացել են հեքսոպրենալին:

Տախիկարդիա զարգացել է ատոսաբին ստացած 1/13 կնոջ մոտ և 10/13 հեքսոպրենալին ստացածների մոտ:

Բարձր ճնշում գրանցվել է ատոսաբին ստացած 1/13 կնոջ մոտ և հեկսոպրենալին ընդունած 3/13 կնոջ մոտ: Միայն 10/13 կնոջ մոտ, ովքեր ընդունել էին հեքսոպրենալին նկատվել են սրտի ուժեղ խփոցներ: Ատոսաբին ընդունած խմբում արգանդի կրճատումները վերսկսվել են 8 (±3) րոպե հետո և 14 (±4) րոպե հետո՝ հեկսոպրենալին ընդունած խմբում (P < 0.001):

Ատոսաբինը և հեկսոպրենալինն ունեն նույն արդյունավետությունը ծննդաբերական կծկանքները դադարեցնելու համար: Ատոսաբին ընդունած կանայք ավելի չափավոր կողմնակի բարդություններ էին ունեին, քան հեքսոպրենալին ստացածները: Ծննդաբերական կծկանքներն ավելի արագ վերսկսվել են ատոսաբին ստացածների խմբում: Հաշվի առնելով մոր համար ատոսիբանի կողմնակի երևույթների ցածր հաճախականությունը, այն կարող է պտղի դիսթրեսի դեպքում մոր մոտ առաջացած սուր ինտրանատալ տոկոլիդի բուժման այլընտրանք լինել:

Romero R. et al. An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue. Am J Obstet Gyneco, 2000, 182, 1173–1183.

Ծավալուն բազմակենտրոն հետազոտության ժամանակ ատոսաբինը (օքսիտոցինի անտագոնիստ) համեմատել են երեք բետա-միմետիկների հետ (733 կին): Ատոսաբինով բուժված հղիների, որոնք չեն ծննդաբերել 48 ժամ հետո (317/361 (88%) և 7 օր հետո (ՇՀ՝ 1,03, 95% ՎԻ՝ 0,95–1,11), և բետամիմետիկներով տոկոլիդի ենթարկված (ՇՀ՝ 0,99, 95% ՎԻ՝ 0,94–1,04), միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի նկատվել: Պերինատալ մահացության մակարդակի միջև տարբերություն չկար (ՇՀ՝ 0,53, 95% ՎԻ՝ 0,20–1,40): Մակայն, ատոսաբինով բուժման ժամանակ կողմնակի բարդությունների՝ կրծքի ցավերի (1%՝ ատոսաբինի և 5%՝ բետամիմետիկների դեպքում), սրտի բարախումներ (համապատասխանաբար 2% և 16%), տախիակարդիայի, (6%

և 76%), հիպոտոնիա (3% և 6%), շնչահեղձության (0,3% և 7%), սրտխառնոց (12% և 16%), փսխումներ (7% և 22% համապատասխանաբար), գլխացավեր (10% և 19%) հաճախականությունը զգալիորեն փոքր է:

*Worldwide Atosiban versus Betamimetics Study Group.
Effectiveness and safety of the oxytocin antagonist
atosiban versus beta-adrenergic agonists in
the treatment of preterm labour. BJOG, 2001, 108, 133–42.*

Վեց հետազոտություն (1695 կին) ընդգրկվել են մետա-անալիզում: Ատոսաբինը համեմատած պլացեբոյի հետ, չի նվազեցրել վաղաժամ ծննդաբերությունների թիվը և չի լավացրել նորածնային ելքերը:

Հետազոտություններից մեկում (583 երեխա), պլացեբոյի հետ համեմատ, 12 ամսական երեխաների մահացության թիվն ավելի քան ատոսաբինից անել է հարաբերական ռիսկը (ՀՌ՝ 6,15, 95% ՎԻ՝ 1,39 մինչև 27,22): Սակայն, ռանդոմիզացված հետազոտություններից մեկում ատոսաբին ընդունած ավելի շատ կանայք են ընդգրկվել հղիության մինչև 26 շաբաթական ժամկետը: Ատոսաբինի ընդունման արդյունքը երեխաների ցածր քաշն էր ծնվելիս (քաշի միջին տարբերությունը 138,31 գ, 95% ՎԻ՝ 248,76 մինչև 27,86) և դեղամիջոցի առաջացրած կողմնակի բարդությունների ռեակցիան մոր վրա (ՀՌ՝ 4,02, 95% ՎԻ՝ 2,05 7,85, 2 հետազոտության համեմատ, 613 կին):

Բետա-միմետիկների հետ համեմատած, ատոսաբինի ընդունումը մեծացրել է 1500 գ քաշով ծնված երեխաների թիվը (ՀՌ՝ 1,96, 95% ՎԻ՝ 1,15 3,35, 2 հետազոտություն համեմատ, 575 երեխա): Մայրերի մոտ ատոսաբինից առաջացած դեղի հանդեպ ռեակցիան ավելի քիչ էր, որպեսզի պահանջվեր դադարեցնել բուժումը (ՀՌ՝ 0,04, 95% ՎԻ՝ 0,02 մինչև 0,11, բուժման կարիք ունեցող հիվանդների թիվը՝ 6, 95% ՎԻ՝ 5 մինչև 7, 4 հետազոտություն, 1035 կին):

Հեղինակների եզրակացությունը. այս վերլուծությունը չհաստատեց ատոսաբինի առավելությունը բետա-միմետիկների նկատմամբ կամ տոկոլիզիկ արդյունավետությունը պլացեբոյի նկատմամբ կամ նորածնային ելքերի: Երեխաների մահացության դեպքերի անը պլացեբո-հսկողական հետազոտությունում նախազգուշացնում են զգուշանալ: Վերջերս կատարված քոչ-րեյնյան վերլուծությունում խոսվում է այն մասին, որ կայցիումային խողովակների պաշարիչները (հիմնականում նիֆեդիպինը) բերում են նորածնային ելքերի ավելի լավ արդյունքների և մոր մոտ ավելի քիչ կողմնակի բարդությունների քան բետա-միմետիկները: Սակայն մինչ օրս չի անցկացվել նիֆեդիպինը պլացեբոյի հետ ռանդոմիզացված համեմատական հետազոտություն: Անհրաժեշտ է հետազայում լավ պլանավորել տոկոլիտիկներով բուժման ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունները:

*Papatonis D et al. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour.
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 4.*

Եթե տոկոլիտիկ օգտագործումն արդյունավետ է, պետք է արդյոք այն շարունակել

Սլայդ 13-26

- Համակարգված վերլուծություններում չկան բավարար քանակությանը ապացույցներ այն մասին, որ բետամինտիկները (11 ՌՀՀ, 661 հղի), մագնեզիումի սուլֆատը (2 ՌՀՀ, 303 հղի) կամ աջակցող այլ բուժումը (12 ՌՀՀ, 1500 հղի) կանխարգելում է վաղաժամ ծննդաբերությունը կամ դրա հետևանքները:
- Աջակցող բուժման և պլացենտի կամ բուժման քաղցկալայության դեպքում տարբերություններ չեն հայտնաբերվել:
 - վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականության,
 - պերինատալ մահացության կամ հիվանդացության:
- Առաջին անգամ վաղաժամ ծննդաբերության հաջողված բուժում անցկացնելուց հետո խորհուրդ չի տրվում տոկոլիտիկներով աջակցող բուժում անցկացնել:

12 ՌՀՀ համակարգված վերլուծությանը (1590 կին) պարզվեց, որ վաղաժամ ծննդաբերությունների տոկոլիտիկ բուժման առաջին հաջողված աջակցող բուժումը, չի նվազեցնում վաղաժամ ծննդաբերությունների կրկնվելու հաճախականությունը (ՇՀ 0,81, 95% ՎԻ 0,64-1,03) և չի բարելավում պերի-

նատալ մահացության ելքերն ու ծանր հիվանդացությունը: Այսպիսով, հետազոտության արդյունքները չեն հաստատում առաջարկությունները, վաղաժամ ծննդաբերությանն աջակցող տոկոլիտիկներով առաջին հաջողված բուժումից հետո, նրանց հետագա կիրառման դեպքում բարեհաջող ելքերի վերաբերյալ:

Efficacy of maintenance therapy after acute tocolysis: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol, 1999, 181, 484–90.

11 ՌՀՀ-ում ընդգրկվել է տոկոլիտիկ ուսումնասիրության արդյունքները: Նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք ընդունված բետամինտիկ ընդունած հիվանդների համեմատությունը պլացենտի հետ (ՀՌ՝ 1,29, 95% ՎԻ՝ 0,64 մինչև 2,60, մեկ ՌՀՀ, 140 կանանց ընդգրկումով տեղբուսալի-նի հետազոտություն) կամ մագնեզիումով (ՀՌ՝ 0,80, 95% ՎԻ՝ 0,43 մինչև 1,46, մեկ ՌՀՀ՝ 137 կին) չի գրանցել:

Չորս ՌՀՀ-ում, որոնցից երկուսը համեմատում են ռիտոդրինը պլացենտի/առանց բուժման խմբի հետ, իսկ 2-ը՝ տեղբուսալինը, չկար վաղաժամ ծննդաբերությունների (37 շաբաթից փոքր) մակարդակների զգալի տարբերություն պլացենտի/առանց բուժման հետ (ՀՌ՝ 1,08, 95% ՎԻ՝ 0,88 մինչև 1,32, 384 կին): Բետամինտիկների և պլացենտի/առանց բուժման կամ այլ տոկոլիտիկների պերինատալ մահացության ելքերի և հիվանդացության վրա ազդեցության տարբերություն չի արձանագրվել: Որոշ կողմնակի բարդություններ, ինչպիսին տախիկարդիան է, ավելի հաճախ արտահատվում էին այն խմբերում, որոնք բետամինտիկներ էին ընդունել, քան այն խմբերում՝ որտեղ պլացենտ էր նշանակվել, կամ ոչ մի բուժում չի նշանակվել, կամ այլ տոկոլիտիկներ էին նշանակվել:

Հեղինակների եզրակացությունը. ըստ հետազոտության արդյունքների, վաղաժամ ծննդաբերության սպառնալիքը կանխելուց հետո, աջակցող

բուժման նպատակով, նպատակահարմար չէ դեղահաբերի տեսքով բետամիմետիկների ընդունումը:

*J.M. Dodd, C.A. Crowther, M.R. Dare, P. Middleton.
Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour.
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 4.*

Աջակցող մագնեզիումային բուժումը տոկոլիզի տեսակներից մեկն է, որը կիրառվում է սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում: Դրա նպատակն է կանխարգելել հետագա վաղաժամ ծննդաբերության սկսվելը:

Վերլուծության մեջ ընդգրկվել են 3 հետազոտություն, որոնց մասնակցել է 33 կին, սակայն հետազոտությունները ցածրորակ էին, քանի որ դրանցում չեն անցկացվել երեխաների երկարաժամկետ դիտարկումներ: Մագնեզիումային աջակցող բուժումը համեմատած պլացեբոյի կամ առանց բուժման, կամ այլընտարանքային բուժման (ոքիտոդրին կամ տերբուտալին) հետ, չի գրանցվել տարբերություն վաղաժամ ծննդաբերության հաճախականության կամ պերինատալ մահացության մակարդակի միջև: Վաղաժամ ծննդաբերությունների (մինչև 37 շաբաթ) հարաբերական վտանգը (ՀՎ) մագնեզիումի պլացեբոյի կամ առանց բուժման հետ համեմատելիս կազմում է 0,85, 95% վստահելի ինտերվալ այլընտարանքային բուժման հետ համեմատած մագնեզիումինը կազմում է. ՎԻ՝ 0,47 մինչև 1,51, և 0,98, 95% ՎԻ՝ 0,56 մինչև 1,72: Պերինատալ մացության հարաբերական վտանգը համեմատած պլացեբոյի կամ առանց բուժման, կամ այլընտարանքային բուժման հետ մագնեզիումով բուժման դեպքում կազմում է 5,00, 95% ՎԻ 0,25 մինչև 99,16: Մագնեզիումի պրեպարատներ ընդունած կանայք հազվադեպ էին գանգատվում սրտի բաթախումներից կամ տախիկարդիայից, քան այլընտարանքային բուժում ստացածները (ՀՌ՝ 0,22, 95% ՎԻ՝ 0,11 մինչև 0,44), բայց շատ ավելի հաճախ տառապում էին փորլուծությունից (ՀՌ՝ 10,67, 95% ՎԻ՝ 3,35 մինչև 33,99):

Չկան բավարար ապացույցներ, որ բացահատեն վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման համար մագնեզիումային աջակցող թերապիայի և պլացեբոյի կամ առանց բուժման, կամ այլընտարանքային բուժման (ոքիտոդրին կամ տերբուտալ) միջև տարբերությունները:

*Crowther CA, Moore V.
Magnesium for preventing preterm birth
after threatened preterm labour.
The Cochrane Database Syst Rev, 2006, Issue 4.*

Ապացուցված չէ արդյունավետությունը և խորհուրդ չի տրվում աննպատակ կիրառել

Սլայդ 13-27

- Վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում էպիգիտոտոմիա:
- Պտղի չափազանց փոքր քաշի դեպքում կեսարյան հատում:

Անցկացված հետազոտությունները (6 ՌՀՀ, 122 կին) չհաստատեցին ավանդական ընտրովի մարտավարության հետ համեմատած կեսարյան հատման ազդեցությունը ցածր քաշով ծնված երեխաների պերինատալ մահացության և հիվանդացության թվի նվազեցման վրա:

Ինտուրացիայի անհրաժեշտությունը ՇՀ՝ 0,58, 95% ՎԻ՝ 0,26 մինչև 1,31:

Ahn MO, Cha KY, Phelan JP. The low birth weight infant: is there a preferred route of delivery? Clin Perinatol, 1992, 19, 411-423.

Grant A, Penn ZJ, Steer PJ. Elective or selective caesarean delivery of the small baby? A systematic review of the controlled trials. Br J Obstet Gynaecol, 1996, 103, 1197-1200.

Եզրահանգումներ՝ միջոցառումների արդյունավետությունը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ (1)

Սլայդ 13-28

- Արդյունավետ է.
 - վաղաժամ ծննդաբերությունների դեպքում կորտիկոստերոիդների օգտագործումը:
- Ավելի շուտ արդյունավետ են.
 - պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատուման (ՊՄՎՊ) դեպքում անտիբիոտիկների կիրառումը,
 - իստմիկոցերվիկալ վտանգով կանանց արգանդի պարանոցին կանխարգելիչ կարի տեղադրումը:

Վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ մանկաբարձական տեխնոլոգիաների արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ:

Եզրահանգումներ՝ միջոցառումների արդյունավետությունը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ (2)

Սլայդ 13-29

- Ունեն և դրական և բացասական ազդեցություն.
 - սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերությունների դեպքում տոկոլիտիկների օգտագործումը:
- Հնարավոր է, արդյունավետ չէ.
 - ուժեղացված նախաձննդյան խնամքը:
- Ավելի շուտ անարդյունավետ է կամ վնասակար.
 - անտիբիոտիկների օգտագործումը ամբողջական պտղապարկի դեպքում վաղաժամ ծննդաբերությունների բուժումը:

Վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ մանկաբարձական տեխնոլոգիաների արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ:

Կորտիկոստերոիդների նախաձննդյան կիրառում (1)

Սլայդ 13-30

- Ժամանակակից մանկաբարձության մեջ նշանակալի հայտնագործություններից մեկը նախաձննդյան շրջանում կորտիկոստերոիդների նշանակումն է՝ ՇԴՀ-ի և անհաս նորածինների մահվան ռիսկը նվազեցնելու նպատակով:
- Վաղածնության ժամանակ ՇԴՀ-ն ամենատարածված նեոնատալ հիվանդությունն է:
- Հենց այս պատճառով էլ նեոնատալ շրջանում ապրելունակության մեծացումը զգալիորեն կախված է ՇԴՀ-ի արդյունավետ բուժումից:

ՇԴՀ վաղածնության առավել լուրջ հետևանքն է և նորածնային հիվանդացության, մահացության հիմնական պատճառը: Այս բարդությունը շեշտակի բարձրացնում է նորածնային ինտենսիվ բուժման արժեքը:

Զարգացած երկրներում այս հիվանդության տարածվածությունը կազմում է բոլոր ծնունդների մոտավորապես 0,5-1,0%, սակայն զարգացող երկրներում այն հասնում է 2-3% մահացության մեծ ելքերով: ԱՄՆ-ում 2000թ. ավելի քան 21000 նորածին տատապում էին ՇԴՀ-ով:

Վաղաժամ ծննդաբերությունը նորածնային մահացությունների պատճառներից մեկն է՝ 5%-ից 9%.

- մինչև 32-րդ շաբաթը ծնված նորածինների մահացությունը կազմում է 5-9 %,
- մինչև 28-րդ շաբաթը ծնված նորածնային մահացությունն աճում է 25-40 %:

Չնայած 1970 և 1980թթ. նորից անցկացրած ուսումնասիրված հետազոտությունների, և 1987թ. կատարված ուսումնասիրված հետազոտությունների վերլուծությանը, որոնք ապացույցներ են ներկայացնում հոգուտ անտենատալ կորտիկոստերոիդային բուժման, սակայն մանկաբարձները չեն շտապում կիրառել այս բուժումը:

Այս դժվարության պատճառը խնդրի թյուրըմբռնումն է: Բացատրություններից մեկն այն է, որ կորտիկոստերոիդների անտենաստալ կիրառումը դեղագործական ոչ մի ընկերության կողմից չի գովազդվում:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգները կարող են օգտվել ոչ պաշտոնական վերլուծությունների արդյունքներից, որոնցում նշվում է որ, կորտիկոստերոիդների արդյունավետությունն ապացուցված է կանանց և երեխաների միայն փոքր ենթախմբերի համար:

Լիզգինսի (1972 թ.) հետազոտության հրապարակման նման ուշացումը և փրկարար այս բուժման տարածման (1990 թ.) միջև հապաղումը դարձավ Քոքրանի գրադարանի հետ համագործակցության շարժիչ ուժը:

20 տարիների ընթացքում տվյալների բազայի ընդլայնումը վստահելի հետազոտությունների արդյունքներով, որոնցում ընդգրկված են ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտությունների արդյունքները, ՇԴՀ-ի զարգացման վտանգն ու մահացությունների թիվը ակնհայտորեն նվազում էր, իսկ վստահության ինտերվալը յուրաքանչյուր հետազոտության արդյունքի հետ աճում՝ կազմելով է 95 %:

(Cochrane Review) In:
The Cochrane Library, 2004, Issue 4.

Կորտիկոստերոիդների նախաձննդյան կիրառում (2)

Սլայդ 13-31

- Նախաձննդյան վարման ժամանակ 24 մգ բետամետազոնի կամ 24 մգ դեքսամետազոնի ներարկումը կանանց, ում մոտ կանխատեսվել է վաղաժամ ծննդաբերություն, ուղեկցվել է զգալի նվազմամբ.
 - նեոնատալ մահացության,
 - շնչառական դիսթրես համախտանիշի,
 - ներփոքրային արյունազեղումների,
 - մեռուկացնող էտերոկոլիտի,
 - համակարգային վարակների կյանքի առաջին 48 ժամվա ընթացքում:

Մետասանալիզում ընդգրկված է 21 հետազոտություն (3885 կին, 4269 նորածին)։

Կորտիկոստերոիդներով բուժումը չի ավելացնում մոր մահացության, խորիոամնիոնիտի կամ հետծննդաբերական սեպսիսի վտանգը:

Կորտիկոստերոիդներով անտենաստալ բուժման հետ է կապված մահացության ընդհանուր մակարդակի (ՀՌ՝ 0,69, 95% ՎԻ՝ 0,58 մինչև 0,81, 18 հետազոտություն, 3956 նորածին), ՇԴՀ (ՀՌ՝ 0,66, 95% ՎԻ՝ 0,59 մինչև 0,73, 21 հետազոտություն, 4038 նորածին), ցերեբրովոսկուլյար արյունազեղումների (ՀՌ՝ 0,54, 95% ՎԻ 0,43 մինչև 0,69, 13 հետազոտություն, 2872 նորածին), մեռուկացնող էտերոկոլիտի (ՀՌ՝ 0,46, 95% ՎԻ 0,29 մինչև 0,74, 8 հետազոտություն, 1675 նորածին), թոքերի արհեստական օդափոխության (ՀՌ՝ 0,80, 95% ՎԻ 0,65 մինչև 0,99, 2 հետազոտություն, 277 նորածին) և կյանքի

առաջին 48 ժամում համակարգային վարակների (ՀՌ՝ 0,56, 95% ՎԻ 0,38 մինչև 0,85, 5 հետազոտություն, 1319 նորածին) մակարդակի իջեցումը:

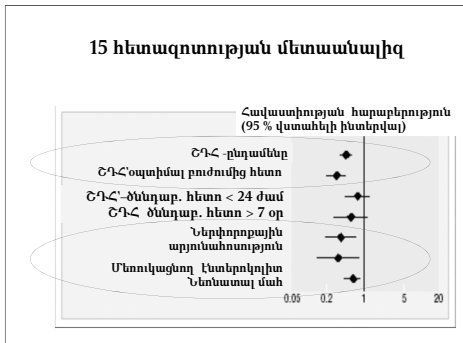
Կորտիկոստերոիդների անտենատալ կիրառումն արդյունավետ է նաև պտղապարկի վաղաժամ պատման և հղիության հիպերտենզիվ խանգարումներով հղիների համար: Այս վերլուծությունում բերված ապացույցները հաստատվում են վաղաժամ ծննդաբերության սպառնալիքով կանանց մոտ պտղի թոքերի ներարգանդային հասունացման համար կորտիկոստերոիդներով մինչծննդաբերական բուժման տվյալներով:

Կորտիկոստերոիդներով նախածննդյան բուժման միանվագ կուրսը վաղաժամ ծննդաբերությունների համար պետք է դիտարկել ռուտին, որոշակի բացառություններով: Անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ՝ ծննդաբերության և մինչև երեխայի ծնունդը տարբեր ժամանակահատվածների համար կորտիկոստերոիդների օպտիմալ դեղաչափի մասին (կորտիկոստերոիդների օգտագործման անհնարինությունը 48 ժամվա ընթացքում), նրանց ազդեցությունը բազմապտուղ հղիության ժամանակ, հեռահար հետևանքները սեռական հասունացման շրջանում:

D Roberts, S Dalziel. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth.

Կորտիկոստերոիդների նախածննդյան կիրառումը և պերինատալ արդյունքը

Սլայդ 13-32



Այս սլայդում ցույց են տրված կորտիկոստերոիդների անտենատալ կիրառման ազդեցությունները վաղածին երեխաների պերինատալ ելքերի վրա:

95% վստահության ինտերվալի 5 թիվը գտնվում է հորիզոնական գծի սահմաններից դուրս, ինչն էլ համապատասխանում է արդյունքի բացակայությանը: Սա նշանակում է, որ պլացեբոյի հետ համեմատած կորտիկոստերոիդներն իրոք հավաստիորեն նվազեցնում են նորածնային մահացությունների և ՇԴՀ զարգացման, ներփորոքային արյունահոսությունների և մեռուկացող էստրոկոլիտի վտանգը:

Կորտիկոստերոիդների օգտագործումը հղիության 24-28 շաբաթում

Սլայդ 13-33

- ՇԴՀ նվազման փոքր արդյունավետություն, սակայն.
 - նվազում է հաճախականությունը.
 - > ներփորոքային ծանր արյունազեղումների,
 - > մետոկացնոդ էստերոկոլիտի 41%-ով,
 - > զարկերակային բաց ծորանի,
 - սուրֆակտանտով հետագա բուժման արդյունքների լավացում և վերջինիս կիրառման հաճախականության նվազում:

Կորտիկոստերոիդների կիրառումը հղիության 24-28 շաբաթում ունի փոքր արդյունավետություն, չնայած որ նվազեցնում է ՇԴՀ-ի մակարդակը, սակայն վտանգ կա ներփորոքային արյունահոսությունների, մետոկացնոդ էստերոկոլիտի (41%-ի համար), զարկերակային բաց ծորանի:

Հետազոտությունները ցույց տվեցին սուրֆակտանտով հետագա բուժման բարելավում և դրա կիրառման հաճախականության կրճատում [ՇՀ՝ 0,41 (0,18-0,89)]: Դեռևս չկան հավաստի տվյալներ, որ կորտիկոստերոիդներով անտենատալ կանխարգելումը նվազեցնում է բրոնխոլոգիկ դիսպլազիայի հաճախականությունը:

The Cochrane Library, 2004, Issue 4.

Կորտիկոստերոիդների օգտագործումն ու հետահար անբարենպաստ հետևանքները

Սլայդ 13-34

- Կորտիկոստերոիդների կանխարգելիչ օգտագործումը վաղաժամ ծննդաբերությունների ժամանակ անբարենպաստ ազդեցություն չի ունեցել ոչ մոր, և ոչ էլ երեխայի համար:
- 3 մեծ հետազոտություններում, որտեղ կորտիկոստերոիդների միանվագ օգտագործումից հետո իրականացվել է երեխայի հսկողություն, ներառյալ մինչև 12 տարեկան դառնալը, նրանց նյարդահոգեկան զարգացման վրա բացասական ազդեցություն չի հայտնաբերվել:

Կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժումը չի մեծացնում մահվան, խորիոամնիոնիտի կամ հետծննդաբերական սեպսիսի վտանգը մոր մոտ:

Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 4.

Կորտիկոստերոիդների պրենատալ կիրառումը նվազեցնում է ՇԴՀ-ի զարգացման (բուժման կարիք ունեցողների թիվը 11, 95% ՎԻ 9՝16), սուրֆակտանտների օգտագործումը (բուժման կարիք ունեցողների թիվը 9, 95% ՎԻ 5՝

62), միջփորոքային արյունազեղումները (բուժման կարիք ունեցողների թիվը 9, 95% ՎԻ՝ 6՝ 19) և նորածնային մահացության մակարդակը (բուժման կարիք ունեցողների թիվը 23, 95% ՎԻ՝ 16-42): Բետամետազոնով բուժման միազամյա պերինատալ կուրսի դեպքում մոտակա և հեռահար կողմնակի բարդություններ չկան:

1970-ականներին իրականացրած հետազոտություններում հետևել են կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժում ստացած երեխաների զարգացմանը՝ մինչև նրանց 12 տարեկան դառնալը: Երեխաների շարժողական ունակությունների, խոսքի, հիշողության, կոգնիտիվ ունակության, ուսման առաջադիմության բացասական արդյունքներ հետազոտություններում չեն հայտնաբերվել:

Նյարդահոգեբանական զարգացման անբարենպաստ հեռահար հետևանքների հավանականությունն ուսումնասիրելու համար առաջարկվել է կորտիկոստերոիդներ օգտագործել կենդանիների վրա: Այդ փորձերում օգտագործվել են մարդու վրա կատարված կլինիկական փորձարկումներում օգտագործած դեղաչափը 10 անգամ գերազանցող դեղաչափ: Պարզվեց, որ դեղաչափերը երեխաների նյարդա-հոգեբանական զարգացման վրա հեռահար ազդեցություն չեն թողնում: Անտենատալ կորտիկոստերոիդների հեռահար ազդեցությունը երեխաների աճի և սեռական հասունացման վրա լիովին ուսումնասիրված չէ:

*US National Institute of Health (NIH) Consensus Statement.
Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes.
February 28-March 2, 1994, volume 12, Number 2.*

Կլինիկական ցուցումներ (1)

Սլայդ 13-35

- Կորտիկոստերոիդներով բուժման ենթակա են 24-34 շաբաթական ժամկետով վաղաժամ ծննդաբերության սպառնալիքով բոլոր հղիները:
- Կորտիկոստերոիդներով նախածննդյան բուժման որոշումը պետք է ընդունվի անկախ պտղի սեռից, ազգությունից կամ սուրֆակտանտով բուժման մատչելիությունից:
- Եթե հղին տոկոլիտիկներով բուժման կարիք ունի, ապա կորտիկոստերոիդներով նախածննդյան բուժումը պետք է անցկացնել զուգահեռաբար:

Հակացուցումների բացակայության պայմաններում հղիության 24-34 շաբաթական ժամկետով վաղաժամ ծննդաբերության սպառնալիքով բոլոր կանանց, պտղի թոքերի հասունացման համար խորհուրդ է տրվում կիրառել կորտիկոստերոիդներով բուժում:

Կորտիկոստերոիդների համատարած կիրառումը հղիության 34 շաբաթից հետո գիտականորեն հիմնավորված չէ: Սակայն պարզ է, որ հղիության 35 կամ 36 շաբաթում ծնված երեխաների մի մասի մոտ կարող է շնչառական դժվարեւ առաջանալ: Եթե կլինիկական վիճակը կամ ամնիոտիկ հեղուկի հետազոտությունը մատնանշում են թոքերի արտահայտված անհասունու-

թյուն, ապա կորտիկոստերոիդներով բուժման կուրսի նշանակումը կարող է հիմնավորված համարվել:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ որոշ պտուղների հղիության մինչև 24 շաբաթը և 34 շաբաթից հետո այս դեղամիջոցները կարող են օգտակար լինել, երբ առկա է ծննդաբերությունը սկսվելու մեծ հավանականություն:

Մեծ մասամբ հղիության այսպիսի փոքր ժամկետում պտուղն ավելուների կառուցվածքային անհասության պատճառով օգուտ չի ստանում: Սակայն, հաշվի առնելով այն, որ ներկայումս հղիության 22-23 շաբաթում ծնվածներից կենդանի են մնում ոչ բոլորը, ապա հարց է առաջանում, թե կորտիկոստերոիդները ինչպիսի վնաս են հասցնում այդ պտղին (անկենսունակ): Նման դեպքերում ենթադրվում է, որ նման բուժումը կարող է օգնել ապրելու այն անհաս երեխաներին, որոնց մոտ կառուցվածքային հասունությունը թույլ է տալիս արձագանքել այսպիսի բուժմանը:

*NIH Consensus Statement.
Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes.
February 28-March 2, 1994, Volume 12, Number 2.*

Կլինիկական ցուցումներ (2)

Սլայդ 13-36

- Բարդացած հղիության դեպքում, երբ ծննդաբերությունը կարող է տեղի ունենալ մինչև 34-րդ շաբաթը, խորհուրդ է տրվում կորտիկոստերոիդների նախաձեռնողյան կիրառում, եթե չկա անխուսափելի ծննդաբերության վտանգը կամ դրա նշանները ապա նման բուժումը կարող է վատ ազդել մոր վիճակի վրա:

Մոր համար բարձր ռիսկի պայմաններում (բարձր ԶՃ, շաքարախտ) կորտիկոստերոիդների անտենատալ նշանակման արդյունավետության գնահատման վերաբերյալ չկան բավարար տվյալներ:

Այս գործոնների անբարենպաստ ազդեցությունների ապացույցների բացակայության պատճառով, հավանաբար, նպատակահարմար կլինեն այդ կանանց բուժումն իրականացնել նույն կերպ, ինչպես վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի դեպքում:

Պտղի բարձր ռիսկի պայմաններում (բազմապտուղ հղիություն, ներարգանդային զարգացման հապաղում, այտուց) այդ հիվանդներին նպատակահարմար է բուժել նույն կերպ, ինչպես վաղաժամ ծննդաբերության վտանգով մյուս կանանց:

Քանի որ, հայտնի է ծննդաբերությունից 24 ժամ առաջ կորտիկոստերոիդներով բուժման առավելությունը (տրածնային մահացություն, ՇԴՀ-ի զարգացման հաճախականության և ներփորոքային արյունազեղումների

նվազում), եթե ծննդաբերությունը անխուսափելի չէ, ապա խորհուրդ է տրվում կորտիկոստերոիդների անտենատալ կիրառում: Եվ, քանի որ անհնար է ճշգրիտ որոշել ծննդաբերության ժամը, ապա ստերոիդների առաջին չափաբաժնի նշանակման համար ոչ մի հակացուցում չկա:

Ռանդոմիզացված մեկ հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայով հղիների մոտ կորտիկոստերոիդների անտենատալ կիրառումը նվազեցնում է ՇԴՀ զարգացման (ՇՀ՝ 0,5 ՎԻ՝ 0,37-0,83), ներփորոքային արյունահոսության (ՇՀ՝ 0,35, ՎԻ՝ 0,15-0,85), զարկերակային բաց ծորանի վտանգը (ՇՀ՝ 0,27, ՎԻ՝ 0,08-0,95) և նորածնային մահացությունը: Այս առավելությունները չեն ուղեկցվում մոր համար ռիսկի բարձրացմամբ:

*Amorim MM, Santos LC, Faundes A.
Corticosteroid therapy for prevention of respiratory distress syndrome in severe preeclampsia. Am J Obstet Gynecol, 1999*

Հաշվի առնելով նորածինների մոտ ՇԴՀ զարգացման բարձր ռիսկը, կորտիկոստերոիդներով անտենատալ վարումը կարող է և պետք է իրականացվել շաքարային դիաբետով հղիներին՝ համարժեք գլիկեմիկ հսկողության պայմաններում:

Կորտիկոստերոիդների օգտագործումը պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատուման (ՊՄՎՊ) դեպքում

Սլայդ 13-37

- 15 վերահսկողական հետազոտությունների մետանալիզը (2001), որոնցում ներգրավված են ՊՄՎՊ-ով ավելի քան 1400 հղի, հաստատեց, որ նախածննդյան շրջանում ստերոիդների կիրառումը նվազեցնում է վտանգը.
 - ՇԴՀ-ի,
 - ներփորոքային արյունահոսության,
 - մտուկացնող էստրոկոլիտի,
 - ՉԻ ՄԵԾԱՑՆՈՒՄ վարակի ՎՏԱՆԳԸ ոչ մոր, ոչ պտղի համար:
- Նախածննդյան շրջանում կորտիկոստերոիդներով բազմաթիվ կուրսերի անցկացումը.
 - մեծացնում է կլինիկական խորիոամնիոնիտի ռիսկը,
 - չի նվազեցնում ՇԴՀ-ի դեպքերի թիվը:

Չնայած այն բանին, որ կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժումն ակնհայտորեն նվազեցնում է շնչառական դեպրեսիա համախտանիշի, ներփորոքային արյունազեղումների և նորածնային մահացության վտանգը, սակայն դեռ կան հարցեր որոնք վերջնականապես բացահայտված չեն:

Առաջինը դա վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ պտղաջրերի մինչծննդաբերական արտահոսքի դեպքում կորտիկոստերոիդների օգտագործման հնարավորությունն է:

1994 թ. ԱՄՆ-ի մանկաբարձ-գինեկոլոգների կոլեգիայի մանկաբարձական կոմիտեն հավանություն տվեց Առողջապահության ազգային ինստիտուտի բոլոր առաջարկած ցուցումներին, բացառությամբ կոստիկոստերոիդների ներարկումը, հղիության 24-ից մինչև 32 շաբաթական ժամկետը,

պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռվածքով հղիների համար:

Մտացվել են հակասական տվյալներ, շնչառական դեսպրես համախտանիշի կանխարգելման համար, պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռվածքով կանանց մոտ (հղիության ժամկետը 24-32 շաբաթ), կորտիկոստերոիդների ներարկման արդյունավետության մասին, հատկապես ծնվելուց շատ փոքր քաշով երեխաների խմբում: Մինևույն ժամանակ կասկածները խորացան վարակների զարգացման հավանականության պատճառով: Կարևոր է նշել, որ հետազոտությունները, որոնցում ստացվել էին հակասական տվյալները, անցկացվել են այն ժամանակ, երբ հակաբիոտիկների ներարկումը Բ խմբի ստրեպտոկոկներով հարուցված վարակների կանխարգելման, կամ հղիության ժամկետի երկարաձգման համար ստանդարտ պրակտիկայում ընդունված չէին:

1995թ. անցկացված մետասանալիզում գնահատվում էին վարակների այն դեպքերը, որոնց մասին տեղեկացվում էր 4 ռանդոմիզացված հետազոտություններում, որն ուսումնասիրում էր կորտիկոստերոիդների անտենտալ օգտագործման հնարավորությունը պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռվածքով կանանց համար: Հայտնաբերվել էր շնչառական դեսպրես համախտանիշի հաճախականության հավաստի նվազեցում բուժում անցած երեխաների մոտ (ՇՀ 0,44, 95% ՎԻ 0,32-0,60), մինչդեռ ազդեցությունը նորածնային վարակների վերաբերյալ վիճակագրորեն հավաստի չէին: ՇՀ-ն կազմում էր 0,82; 95%-անոց ՎԻ դեպքում, որը 0,42 մինչև 1,60 էր:

Այս մետասանալիզում նորածնային մահացության բացահայտ իջեցումը մեկ երրորդով վիճակագրորեն հավաստի չէ (ՇՀ 0,68, 95% ՎԻ 0,43-1,07): Հետազոտողները նաև նշել են, որ պտղաթաղանթի պատռվածքից հետո ժամանակահատվածի տևողությունը չի ազդում ելքի վրա: Նրանք եզրակացրին, որ գոյություն ունեցող տվյալների համաձայն կորտիկոստերոիդների ներարկումը բարենպաստ ազդեցություն է թողնում պտղաթաղանթների պատռվածքի ժամանակ:

*Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review),
The Cochrane Library, 2004, Issue 4.*

ՊՄՎՊ-ին նվիրված 318 կանանց Օկլենդյան հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին կորտիկոստերոիդների օգտագործման ժամանակ ՇԴՀ վտանգի նվազման միտում, սակայն այդ միտումը չհասավ վիճակագրական հավաստիության:

Ազդեցությունը նորածնային մահվան, ներփորոքային արյունազեղումների, նորածնային կամ մայրական վարակների առաջացման վրա աննշան էր: Համադրելով 15 հետազոտության արդյունքները, որոնցում ընդգրկված էր պտղապարկի պատռվածքով >1400 կին, հաստատեցին, որ կորտիկոստե-

րոհիդները նվազեցնում են դիստրես համախտանիշի (ՀՌ՝ 0.56, 95% ՎԻ՝ 0.46-0.70) և մեռուկացնող էստերոկոլիտի (ՀՌ՝ 0.21, 95% ՎԻ՝ 0.05-0.82) վտանգը: Կորտիկոստերոիդների օգտագործումը կարող է նաև նվազեցնել նորածնային մահացության (ՀՎ 0.68, 95%, ՎԻ՝ 0.43-1.07) վտանգը և կարծես թե չի մեծացնում վարակների առաջացման վտանգը ոչ մոր (ՇՀ՝ 0.86, 95%, ՎԻ՝ 0.61-1.20), և ոչ էլ երեխայի մոտ (ՀՌ՝ 1.05, 95% ՎԻ՝ 0.66-1.68): Պտղապարկի պատռվածքից հետո ընկած ժամանակահատվածը չի ազդում ելքերի վրա:

Ունեցած տվյալները խոսում են այն մասին, որ պտղապարկի պատռվածքի ժամանակ կորտիկոստերոիդների օգտագործումը բարենպաստ ազդեցություն ունի: Հետևաբար այս հարցին վերաբերող հետագա հետազոտություններն արդարացված չեն:

*Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC.
Do antenatal corticosteroids help in the setting
of preterm rupture of membranes?
Am J Obstet Gynecol, 2001, 184 (2), 131-139.*

Իրականացվել են հետազոտություններ միապտուղ հղիություններ ՊՄՎՊ-ով հղիներներին կորտիկոստերոիդների բազմակի կուրսի կիրառման օգուտներն ու վտանգները պարզելու համար: Հետադարձ գնահատվել են հղիության և նորածնային ելքերը միապտուղ հղիությամբ այն կանանց շրջանում, ովքեր պտղաջրերի մինչծննդաբերական արտահոսքի պատճառով, հղիության 24-32 շաբաթում հայտնվել են հիվանդանոցում:

Հիվանդներին բաժանել են 3 խմբի ըստ կորտիկոստերոիդներ անտենատալ ազդեցության՝ 1-ին խումբ՝ կորտիկոստերոիդներ չեն ստացել, 2-րդ խումբ՝ միանվագ բուժման կուրս ստացածներ, 3-րդ խումբ՝ բազմակի բուժման կուրս ստացածներ:

Բազմակի վերլուծությունները ցույց տվեցին, որ կորտիկոստերոիդների կրկնվող կուրսերը կապված են կլինիկական խորիոամնիոնիտի հետ (հավանականության հարաբերությունը 13.15, $p < 0.05$), իսկ որևէ էական կապ ՇԴՀ-ի կորտիկոստերոիդների կրկնվող կուրսերի միջև չի հայտնաբերվել (հավանականության հարաբերությունը = 0.28, $p = 0.06$):

Եզրակացություն. կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժման կրկնվող կուրսերը ՊՄՎՊ-ով հիվանդների մոտ բարձրացնում են խորիոամնիոնիտի, և կարծես թե չի նվազեցնում ՇԴՀ-ի և մյուս նորածնային հիվանդացության վտանգը:

*Yang SH, Choi SJ, Roh CR, Kim JH. Multiple courses of antenatal corticosteroid therapy in patients with preterm premature rupture of membranes.
J Perinat Med, 2004, 32(1), 42-8.*

Կորտիկոստերոիդներով բուժման սխեմա

Սլադ 13-38

- Բուժումը բաղկացած է.
 - 24 ժամը մեկ, 12 մգ բետամետազոնի (ԲՄԶ) 2 չափաբաժնի ներմկանային ներակում ԿԱՄ
 - 12 ժամը մեկ, 6 մգ 4 չափաբաժին դեքսամետազոն:
- Crowley-ի մետասանալիզի արդյունքների համաձայն, հիդրոկորտիզոնը ավելի քիչ արդյունավետ է, քան բետամետազոնը կամ դեքսամետազոնը, այդ պատճառով ներկայումս խորհուրդ **չի տրվում** այն օգտագործել:

24 ժամը մեկ 12 մգ բետամետազոնի 2 չափաբաժնի ներմկանային ներակումը կամ 12 ժամը մեկ 6 մգ 4 չափաբաժին դեքսամետազոնի ներարկումը ցույց է տվել իր արդյունավետությունը:

Չնայած նշանակման այսպիսի սխեման ընտրվել է կամայականորեն, հետագայում պարզ դարձավ, որ այսպիսի սխեմաները պտղին հասցնում են կորտիզոլի հարուցած ֆիզիոլոգիական սթրեսների (որն ի հայտ է գալիս բուժում չանցած շնչառական դիսթրես համախտանիշով վաղաժամ ծննդաբերությունից հետո):

Դեղամիջոցների այսպիսի սխեմաների նշանակման արդյունքը 75% կորտիկոստերոիդային ռեցեպտորների առկայությունն է, որոնք պետք է ապահովեն անտենատալ կորտիկոստերոիդային միջնորդավորված ռեակցիայի հավանական առավելագույն ինդուկցիան է պտղի թիրախ-օրգանների վրա: Մեծ կամ փոքր չափաբաժինները չեն մեծացնում կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժման առավելությունը և նույնիսկ կարող են մեծացնել կողմնակի բարդությունները:

*NIH Consensus Statement.
Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes.
February 28-March 2, 1994, Volume 12, Number 2.*

Միայն բետամետազոնը և դեքսամետազոնը վերը նշված սխեմայով ներարկման դեպքում արդյունավետ ազդեցություն են թողել շնչառական դեպրես համախտանիշի զարգացման հաճախականության նվազման վրա և կողմնակի բարդություն չեն առաջացրել նորածինների մոտ:

Հիդրոկորտիզոլի կիրառմամբ երկու հետազոտության ընթացքում ստացվել են իրար հակասող արդյունքներ: Crowley-ի մետասանալիզից բացառվել են այն հետազոտությունները, որոնցում օգտագործվել է մեթիլպրեդնիզոլոն, քանի որ այդ ստերոիդը պլացենտայի միջով չի հասնում պտղին:

*Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review).
The Cochrane Library, 2004, Issue 4.*

Բետամետազոնը (BTM) դեքսամետազոնի (DXM) հետ համեմատած

Սլայդ 13-39

- ԲՄՋ և ԴՄՋ մինչծննդաբերական օգտագործման մետա-անալիզը ցույց տվեց, որ ներփորոքային լեյկոմալացիայի վտանգի նվազումը համեմատած ստերոիդների չօգտագործման հետ վտանգի աստիճանով չէին տարբերվում:
- Նտոնատալ մահացության վիճակագրորեն նշանակալի նվազում նկատվել է միայն ԲՄՋ կիրառման դեպքում:
- ԴՄՋ կիրառումը ԲՄՋ-ի համեմատ մեծ վտանգ է հայտնաբերվել.
 - ներփորոքային արյունահոսության,
 - վաղածին նորածինների ծանր ռետինոպաթիայի:

Նորածինների ընդհանուր թիվը՝ 3600 համապատասխանում էր բոլոր չափանիշներին: Անտենատալ ստերոիդների չօգտագործման համեմատությունը դեքսամետազոնի և բետամետազոնի օգտագործման հետ ներփորոքային պերիվետրիկուլիացիայի վտանգի իջեցման միտում էր նկատվել, սակայն վտանգի տարբերությունը

ԲՄՋ և ԴՄՋ օգտագործման միջև չի բացահայտվել: Դեքսամետազոնը, համեմատած ստերոիդներով անտենատալ բուժման բացակայության հետ, իջեցնում է ներփորոքային արյունահոսությունը:

Բետամետազոնը, համեմատած ստերոիդներով անտենատալ բուժման բացակայության հետ, նվազեցնում է ներփորոքային արյունազեղումների և նորածնային մահերի վտանգը: Դեքսամետազոնը համեմատած բետամետազոնի հետ վիճակագրորեն ակնհայտ մեծացնում է նորածնային մահերի թիվը: Բետամետազոնով բուժումը համեմատած դեքսամետազոնով բուժման հետ բացահայտվել է ներփորոքային արյունազեղումների և անհաս նորածինների ծանր ռետինոպաթիայի մեծ վտանգի միտում:

Բետամետազոնը համեմատած դեքսամետազոնի հետ նվազեցնում է նորածնային մահացության վտանգը, ինչպես նաև նորածնային անբարեհաջող մյուս ելքերը:

Նորածինների համար գերադասելի է ստանալ բետամետազոն (առկայության դեպքում), քան դեքսամետազոն:

*Ben H. Lee et al.
Adverse Neonatal Outcomes Associated With Antenatal Dexamethasone Versus Antenatal Betamethasone.
PEDIATRICS, May 2006, Vol. 117, No. 5, pp. 1503-1510.*

Վերջերս հարց բարձրացվեց կլինիկական պրակտիկայում իդիալական կորտիկոստերոիդի օգտագործման մասին: Ի վերջո, կոնկրետ դեղամիջոցի ընտրությունը պետք է հիմնված լինի արդյունավետության կոնկրետ արդյունքների, արժեքի, օգտագործման մատչելիության, կողմնակի ազդեցությունների և անվտանգության տվյալների վրա:

Որոշ տվյալներ մատնանշում են բետամետազոնի և դեքսամետազոնի ակնհայտ տարբերության բացակայությունը: Այդ իսկ պատճառով այն

հարցին, թե մանկաբարձ-գինեկոլոգը ով դեքսամետազոն է օգտագործում պետք է սկսի օգտագործել բետամետազոն պատասխանն է «ԱՅՈ»-ն: Առաջարկվող դեղամիջոցը դանդաղ ներծծվող բետամետազոնի ացետատային և ֆոսֆատային աղի խառնուրդ է:

Rayburn WF, Christensen HD, Gonzalez CL.
A placebo-controlled comparison between betamethasone and dexamethasone for fetal maturation: differences in neurobehavioral development of mice offspring.

Am J Obstet Gynecol, 1997, 176, 850–1.
Baud O, Foix-Helias L, Kaminski M, et al.
Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. N Engl J Med, 1999, 341, 1190–6.

Դեքսամետազոնի հաբերի տեսքով ընդունման համեմատությունը ներմկանային ներմուծման հետ

Սլայդ 13-40

- Ռանդոմիզացված հետազոտությունը դեքսամետազոնը (ԴՄՋ) հաբերի տեսքով ընդունման համեմատությունը վերջինիս մկանային ներարկման հետ ուղեկցվում էր.
 - ներփորոքային արյունահոսությունների (10,1% համեմատած 2,4%-ի հետ) հաճախականության աճով,
 - սեպսիսի (10,1% համեմատած 1,2%-ի հետ) հաճախականության աճով:
- Մեռուկացնող էստերոկորտիկոի կամ նեոնատալ մահացության հաճախականության վիճակագրական տարբերություն չի նկատվել:

Պատահական ընտրության մեթոդով ընտրվել են 170 կին և 188 պտուղ: Խումբը, որը դեղամիջոցն ընդունել է ներմկանային և հաբերի տեսքով, հիվանդանոց են ընդունվել հղիության նույն ժամկետով (29,9 շաբաթ և 29,2 շաբաթ համապատասխանաբար) և կորտիկոստերոիդների ներարկման նույն միջավայրով և ծննդաբերության

սկզբի նույն գործունեությամբ (9,5 և 10 օր համապատասխանաբար): Դեղորայքը ներմկանային և դեղահաբերի տեսքով ընդունած խմբերում շնչառական դիսթրես համախտանիշի հաճախականության տարբերություն չի նկատվել (34,3% և 29,8%): Նորածնային սեպսիսի տոկոսը (10,1% և 1,2%, P = 0.01) և ներփորոքային արյունազեղումները (10,1% և 2,4%, P = 0,04) ավելի բարձր էին դեղորայքը դեղահաբերի տեսքով ընդունածների մոտ: Վիճակագրական տարբերություն մեռուկացնող էստերոկորտիկոի կամ նորածնային մահացության միջև չկար:

<34 շաբաթում ծննդաբերած 112 կանանց ենթախմբի տվյալների վերլուծությունը շնչառական դիսթրես համախտանիշի զարգացման առումով վիճակագրական տարբերություն խմբերի միջև չբացահայտեց: Սակայն դեքսամետազոնը դեղահաբերի տեսքով ընդունածների մոտ նկատվել է սեպսիսի (15,9% և 1,6%, P = 0.009) և ներփորոքային արյունազեղումներով (15,9% և 3,3%, P =0.03) դեպքերի ավելացում:

Դեղորայքի նշանակումը դեղահաբերի տեսքով ավելացնում է նորածնային հիվանդացությունը, օգուտի հստակ դրսևորումների չեն արձանագրվել, և դեռ չի կարող կլինիկաներում օգտագործվել որպես պտղի թոքերը հասունացնող միջոց:

Egerman RS et al. A randomized, controlled trial of oral and intramuscular dexamethasone in the prevention of neonatal respiratory distress syndrome. Am J of Ob Gyn, November 1998, 179, 1120-1123.

Կորտիկոստերոիդների մեկ կամ մի քանի կուրսերի համեմատություն

Սլայդ 13-41

- 90-ականներին կորտիկոստերոիդի կրկնվող չափաբաժինների նշանակումը յուրաքանչյուր 7-10 օրը մեկ, մինչև հղիության 34 շաբաթը կատարվում է ուտին:
- Ռանդոմիզացված հետազոտությունների արդյունքները չհաստատեցին նախածննդյան շրջանում կրկնակի դեղաչափերով կորտիկոստերոիդներով բուժման անվտանգությունը:
- Ռետրոսպեկտիվ դիտողական հետազոտությունների արդյունքները վկայում են մոր և պտղի համար հնարավոր անբարենպաստ արդյունքի մասին:

Չնայած, վաղաժամ ծննդաբերության բարդություններից խուսափելու համար, կորտիկոստերոիդների մեկ անտենատալ կուրսի առավելությանն անվիճելի է, սակայն այս պրեպարատի երկարատև բուժումն որոշակի անհանգստություն է առաջացնում:

Այս անհանգստությունը գալիս է կլինիկական պրակտիկայից՝ կորտիկոստերոիդների կրկնվող չափաբաժինների նշանակում յուրաքանչյուր 7-10 օրը մեկ մինչև հղիության 34 շաբաթը: Այսպիսի մոտեցումը տարածում էր գտել 90-ական թվականներին և հիմնված էր ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտությունների վրա, ըստ որի նորածինների մոտ, ովքեր ծնվել են մորը 7 օր կորտիկոստերոիդներով բուժելուց հետո, շնչառական դիսթրես համախտանիշի զարգացման հաճախականության իջեցում չի նկատվել:

Հղիների կորտիկոստերոիդների մեկ անտենատալ կուրսով բուժումը զգալիորեն նվազեցնում է նորածնային մահացությունն ու հիվանդացությունը: Հաճախ նշանակվում են բազմանգամյա շաբաթական կուրսեր: Սակայն, անտենատալ կորտիկոստերոիդների կրկնվող կուրսերի անվտանգությունն ու արդյունավետությունը վատ է ուսումնասիրված:

Անցկացվել են հետադարձ հետազոտություններ, որոնցում ընդգրկված էին 609 մայր և 713 նորածին, որոնք անցել են կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժման 1-ից 12 կուրս: Հղիության ≤ 34 շաբաթում ծնված 609 միապտուղ անհաս և 2010 բազմապտուղ հղիությամբ ≥ 35 շաբաթում ծնված 134 նորածնի տվյալները հետազոտվել են առանձին:

Արդյունքները. շնչառական դիսթրես համախտանիշի հաճախականությունը բուժման մեկ կուրսի դեպքում կազմել է 45% և 35% բուժման բազմակի կուրս անցած խմբերում ($P = 0,005$, $\text{OR} < 0,44$, 95% ՎԻ 0,25-0,79): Բուժման բազ-

մակի կուրս անցած խմբում զարկերակային բաց ծորանով թիվն ավելի փոքր էր (20% և 13%, $P = 0,016$): Մինչև հիվանդանոցից դուրս գրվելը նորածնային մահացության և հիվանդացության հաճախականությունները նույնն էին:

Բուժման բազմակի կուրս անցած խմբում, հղիության նույն ժամկետի և պրենեկլամպսիայի նույնանման ճնշումներով, ծնվելիս նկատվել է $0,46 \pm 0,19$ սմ-ով ($P = 0,013$) գլխի շրջագծի փոքրացում:

Խմբերում նորածինների քաշը նույնն է եղել:

Երեխաները, որոնք ծնվել են հղիության ≥ 35 շաբաթում, բազմապտուղ հղիությունից ծնվածները և երեխաները, ովքեր ծնվել են կորտիկոստերոիդների վերջին չափաբաժնի ընդունման >7 օր ժամանակահատվածում, անկախ բուժման կուրսից, ունեցել են նույն ելքերը:

Մայրերի մոտ, ովքեր անցել են բուժման բազմակի կուրս, ի տարբերություն բուժման մեկ կուրսի անցածների հետծննդաբերական էնդոմետրիտի դեպքերն ավելի հաճախ են նկատվել ($P = 0,013$), չնայած որ նրանց մոտ երկարատև անջուր շրջանով դեպքերն ավելի քիչ են (24% և 33%, $P = 0,06$), և կեսարյան հատումների թիվը նույնն է:

Միապտուղ հղիության վաղածին երեխաների, ովքեր ծնվել են կորտիկոստերոիդների վերջին չափաբաժնի ներարկումից հետո մեկ շաբաթվա ընթացքում: Կորտիկոստերոիդներով բազակի բուժման անտենատալ կուրսը համեմատած մեկ անգամյա կուրսի հետ բերում է շնչառական դիսթուես համախտանիշի հաճախականության զգալի նվազման: Կզերակշռի արդյոք բազմակի բուժման պոտենցիալ արդյունքը նրա հետ կապված վտանգներին ցույց կտա ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը:

ABBASI S et al. Effect of single versus multiple courses of antenatal corticosteroids on maternal and neonatal outcome. Am J of Ob Gyn, 2000, vol. 182, #5, pp. 1243-1249.

Կորտիկոստերոիդների կրկնակի չափաբաժինների հավանական վնասը

Սլայդ 13-42

Մոր համար	Պտղի կամ նորածնի համար
<ul style="list-style-type: none"> Գիլեմիկ վտանգի փոփոխություն Հեղուկի կանգ (տոկոլիտիկների համակցությամբ) Թոքերի այտուց Ոսկրերի ռեգորթոզիայի տրանզիտոր ուժեղացում/օստեոպորոզ Հիպերտոնիայի վատթարացում Սեպսիսի և այլ վարակների վտանգի մեծացում 	<ul style="list-style-type: none"> Մահացության բարձր ռիսկ (≥ 3 կուրս) Գլխուղեղի զարգացման խանգարում/պահվածքային խտրիների ռիսկի մեծացում Պտղի ներարգանդային աճի դադարում Պտղի հիպոֆիզարմակերիկամային համակարգի ընկճումում Տրանզիտոր հիպերտոֆիկ կարդիոմիոպաթիա Սեպսիսի վտանգի մեծացում, որն հետ կապված նեոնատալ մահացության բարձրացում

Կորտիկոստերոիդների անտենատալ օգտագործումը տոկոլիտիկների հետ համատեղ մոր մոտ թոքերի այտուց կարող է առաջացնել: Այս բարդությունը հաճախ ասոցիացվում է մայրական վարակի, հեղուկի կանգի և բազմապտուղ հղիության հետ:

Միայն կորտիկոստերոիդների անտենատալ կիրառման դեպքում թոքերի այտուցի դեպքեր չեն նկատվել: Երբ կորտիկոստերոիդներն օգտագործվում են անհաս պտղի, պտղաջրերի մինչծննդաբերական արտահոսքի, վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ, ապա մոր վարակման վտանգը կարող է մեծանալ: Բացի այդ, չկան վկայություններ այն մասին, որ կորտիկոստերոիդներով նորածնային բուժումը դժվարացնում է վարակների ախտորոշումը մոր մոտ:

Շաքարախտով հիվանդ հղիներին կորտիկոստերոիդներ նշանակելիս, կարող է դժվարանալ գլիկեմիայի հսկողությունը, այսինքն անհրաժեշտություն կառաջանա կարգավորել ինսուլինի չափաբաժինը: Այն նույն կերպ կարող է ազդել հղիության շաքարախտի սկրինինգի վրա: Կնոջ ծանր կլինիկական վիճակը, որն անխուսափելիորեն կրերի վաղաժամ ծննդաբերության, պտղի համար կորտիկոստերոիդների ընդունման առավելագույն արդյունավետության հասնելու համար ծննդաբերության հետաձգումը կարող է վատացնել մոր կլինիկական վիճակը:

Ենթախմբի առաջին ռանդոմիզացված փորձերի վերլուծությունը ենթադրեց, որ կորտիկոստերոիդների անտենատալ նշանակումը կարող է հիպերտոնիայով հիվանդ հղիի պտղի մահվան պատճառ դառնալ: Հետագա հետազոտությունները չհաստատեցին նման արդյունքներ: Սակայն ստացվեցին տվյալներ մոր մոտ երկարաժամկետ անբարենպաստ արդյունքների մասին:

Վարակները և մակերիկամի ֆունկցիայի ընկճումն այն անբարենպաստ արդյունքներն են, որոնք առավել մեծ անհանգստություն են առաջացնում: Բուժում անցած նորածնի մոտ մինչ այժմ ներկայացված ապացույցները ցույց չեն տալիս վարակների հաճախականության աճի և մակերիկամի ֆունկցիայի կլինիկորեն ակնհայտ ընկճում, ինչպես նաև ցույց են տալիս կորտիկոստերոիդների անտենատալ օգտագործումը դադարեցնելուց հետո մակերիկամի ֆունկցիայի արագ վերականգնում:

Որոշ հետազոտություններ կենդանիների վրա թույլ են տալիս ենթադրել, որ կորտիկոստերոիդներով անտենատալ բուժումը կարող է նպաստել հեպոքսիաների նկատմամբ օրգանիզմի հարմարվողականության խանգարմանը: Այլ հետազոտությունները կենդանիների վրա ցույց տվեցին, որ կորտիկոստերոիդները այն չափաբաժիններով, որոնք օգտագործվում են մարդու անտենատալ բուժման ժամանակ, ապահովում են գլխուղեղի պաշտպանությունը հիպօքսիկ-իշեմիկ վնասվածքներից: Այս ասպարեզում անհրաժեշտ է ունենալ մարդկանց վրա հետազոտությունների ավելի շատ տվյալներ:

*NIH Consensus Statement.
Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes.
February 28-March 2, 1994, Volume 12, Number 2.*

Կորտիկոստերոիդների կրկնվող կուրսեր

Սլայդ 13-43

- Կարող են նվազեցնել ՇԴՀ-ի հաճախականությունն ու ծանրության աստիճանը,

ՍԱԿԱՅՆ

- չեն նվազեցնի մահացությունը,
- կապված են նորածնի 10 պերցենտիից ցածր քաշով ծնվելու հետ,
- ավելացնում են պսիխոմոտոր զարգացման հետ մալու վտանգը և ավելացնում պահվածքային խնդիրները:

Կենդանիների վրա կատարված և կլինիկական փորձերի արդյունքում ստացված տվյալները հարց բարձրացրին անտենատալ կորտիկոստերոիդների կրկնվող կուրսի անվտանգության մասին:

Ազդեցությունը մոր վրա. վարակների ավելացում և հիպոթալամուս-հիպոֆիզար-մակերիկամային առանցքի ընկճում: Ազդեցությունը պտղի վրա. սոմատիկ աճի և ուղեղի աճի անկում, մակերիկամների ֆունկցիայի ընկճում, նորածնային սեպսիսը, թոքերի քրոնիկ հիվանդություն և մահացություն:

Գոյություն ունեցող տվյալներում չի հայտնաբերվել հաստատուն ազդեցությունը ներփորոքային արյունահոսությունների հաճախականության վրա: Չնայած մանկական ուղեղային կաթվածի դեպքերի հաճախականության ավելացում չի նկատվել, սակայն երեխաների նյարդաբանական զարգացման հետագա դիտումները ցույց են տալիս նյարդային համակարգի զարգացման արատ և վարքագծային պրոբլեմներով դեպքերի ավելացում:

*NIH Consensus Statement.
Antenatal corticosteroids revisited: repeat courses.
August 17-18, 2000, 1-10.*

Բուժման մեկանգամյա կուրսի դեպքում շնչառական դիսթրես համախտանիշի հաճախականությունը կազմում է 45% և 35% բուժման մի քանի կուրս անցած խմբերում ($P = 0,005$, ՇՀ 0,44, 95% ՎԻ՝ 0,25-0,79): Նորածինների մահացության և հիվանդացության մակարդակը մինչև հիվանդանոցից դուրս գրվելը նույնն է:

Կորտիկոստերոիդների օգտագործմամբ բուժման մի քանի կուրս անցած խումբը մեկանգամյա կուրս անցած խմբի հետ համեմատած, միապտուղ հղիությունից ծնված երեխաների մոտ, որոնք ծնվել էին կորտիկոստերոիդի վերջին չափաբաժինը ստանալուց հետո մեկ շաբաթվա ընթացքում, նկատվել է շնչառական դիսթրես համախտանիշի դեպքերի զգալի նվազում:

Դա կախված էր ծնվելիս գլխի շրջագծի փոքրացման և մոր մոտ էնդոմետրիտի դեպքերի ավելացման հետ: Հետագա ուսումնասիրված վերահսկվող հետազոտություն անցկացնելուց հետո կորոշվի, արդյոք կգերակշռի

կորտիկոստերոիդներով բուժման մի քանի կուրսի անցկացման հարաբերական օգուտը՝ ռիսկի գործոններին:

ABBASI S et al. Effect of single versus multiple courses of antenatal corticosteroids on maternal and neonatal outcome. Am J of Ob Gyn, 2000, vol. 182, #5, pp. 1243-1249.

Ամենամեծ հետազոտության հեղինակները եկել են այն եզրակացության, որ նպատակահարմար չէ վաղաժամկետ ծննդաբերության բարձր ռիսկայնությամբ հղիների շաբաթական բուժման կուրսեր նշանակել:

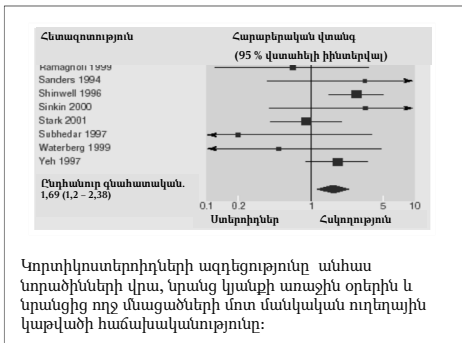
Հղիների կորտիկոստերոիդների բազմապատիկ անտենատալ ներարկույմը կարող է իջեցնել նորածինների թոքերի հիվանդության ծանրությունը:

Վաղաժամ ծննդաբերության բարձր ռիսկայնությամբ հղիների մոտ նորածինների թոքերի հիվանդության կանխարգելման համար բազմապատիկ կորտիկոստերոիդներով բուժման կուրսի առաջարկման առավելությունների և վտանգի մասին քիչ տվյալներ կան:

Crowther C.A., Harding J. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, Issue 4.

Կորտիկոստերոիդների օգտագործումը հետծննդաբերական շրջանում (1)

Սլայդ 13-44



9 հետազոտությունում, ուր ամփոփված են նախկինում ստերոիդներով բուժում ստացածներից կենդանի մնացած երեխաների հետահար արդյունքները, նշված է, որ այդ երեխաների հետագա հետազոտության արդյունքում հայտնաբերվեցին որոշ նյարդաբանական բացասական հետևանքներ՝ զարգացման ուշացում,

մանկական ուղեղային կաթված և շեղումներ նյարդաբանական թեստի արդյունքներից: Մակայն, բոլոր չորս ուսումնասիրությունում, որտեղ արդյունքը կարող էր որոշվել, կարևոր նեյրոսենսոր խանգարումների հաճախականությունն առանձնապես չէր ավելացել: Առանձին երկու ուսումնասիրություններում մանկական ուղեղային կաթվածի և նյարդաբանական թեստի արդյունքներից շեղումների դեպքերի հաճախականությունը զգալիորեն ավելացել էր: Ավելին, մահացության դեպքերի կամ լուրջ նեյրոսենսոր խանգարումների հաճախականությունը էապես չէր ավելացել:

Քսանմեկ ունդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունում 3072 գրանցված մասնակիցներով, կատարվել է վերլուծություն: Այս հետազոտությունների մետաանալիզը ցույց է տվել վաղ էքստուրացիայի առավելությունը թոքերի քրոնիկ հիվանդությունների զարգացման (ինչպես 28 օր, այնպես էլ 36 շաբաթ), մահվան կամ թոքերի քրոնիկ հիվանդություն (28 օր և 36 շաբաթ), զարկերակային բաց ծորանի և վաղածինների լուրջ ռետինոպատիայի վտանգի նվազումն համար:

Չկան ոչ մի էական տարբերություններ՝ մասնավորապես նորածնային և հետագա մահերի, վարակների, ծանր ներփորոքային արյունահոսությունների, պերիվենտրիկուլար լեյկոգլիկեմիայի, մեռուկացնող էնտերոկոլիտի կամ թոքային արյունազեղումների հաճախականությունների միջև: Կարևոր անբարենպաստ հետևանքները դրանք ստամոքս-աղիքային արյունահոսություններն ու աղիների պերֆորացիան է, ինչպես նաև հիպերգլիկեմիայի և հիպերտոնիայի աճի վտանգը:

Halliday HL et al. Early postnatal (<96 hours) corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 4.

Կորտիկոստերոիդների օգտագործումը հետծննդաբերական շրջանում (2)

Սլայդ 13-45

- Թոքերի քրոնիկ հիվանդության կամ մահվան երբով անհաս նորածիններին, ում արվել է թոքերի արհեստական օդափոխություն, յուրաքանչյուր **11 դեպքի համար** մենք կունենանք.
 - ուղեղային կաթված **18 դեպքով ավելի**,
 - աղիքների պերֆորացիա **4,4 դեպքով ավելի**:

Ստացվել են բրոնխ-թոքային դիսպլազիայի կամ, այսպես կոչված, թոքերի քրոնիկական հիվանդության կանխարգելման համար հետծննդյան վաղ շրջանում կորտիկոստերոիդների օգտագործման բացասական ազդեցության վերաբերյալ սպառնիչ տվյալներ:

Հետծննդաբերական շրջանում ստերոիդների օգտագործումն իրոք նպաստում է բրոնխ-թոքային դիսպլազիայի հաճախականության նվազեցմանը և նույնիսկ ազդում է մահացության վրա:

Մակայն թոքերի քրոնիկ հիվանդության կամ երեխաների մահացության յուրաքանչյուր 11 դեպքին, ովքեր ենթարկվել են թոքերի մեխանիկական օդափոխության, բաժին է ընկնում մանկական ուղեղային կաթվածով ավելի քան 18-ով և աղիների պերֆորացիայով 4.4-ով ավելի դեպք:

Այսպիսի մտահոգությունը ապահովվում է Քոքրեյնի համակարգված վերլուծությամբ, որը վիճակագրորեն ներկայացնում է ծնունդից անմիջապես

հետո մի քանի օր կորտիկոստերոիդներով բուժում ստացած անհաս երեխաների մոտ մանկական ուղեղային կաթվածի հաճախականության զգալի աճ՝ համեմատած նմանատիպ երեխաների հետ, ովքեր չեն ստացել այդպիսի բուժում:

Halliday HL et al.
Effect of corticosteroids given in the first few days after birth in preterm infants on incidence of cerebral palsy in survivors. The Cochrane Database Syst Rev, 2004, Issue 1.

Ցածր քաշով նորածինների խնամքի դժվարությունները

Սլայդ 13-46

- Փոքր քաշով նորածին («փոքր երեխա»)՝
 - հիվանդանալու կամ մահվան վտանգն ավելի մեծ է, քան 2500 գ քաշով ծնվածներինը,
 - պահանջվում է ավելի շատ խնամք և հսկողություն, քան 2500 գրամից ավել քաշով ծնվածների համար,
 - ավելի երկար կման ծննդատանը, քան 2500 գրամից ավել քաշով ծնված նորածինը և ավելի հաճախ այլ ստացիոնար տեղափոխման անհրաժեշտություն կառաջանա:

2500 գ-ից ավելի քաշ ունեցող երեխաների հետ համեմատած ցածր քաշով նորածինների մոտ հիվանդությունների զարգացման ռիսկն ավելի մեծ է, սակայն կարևոր է հիշել, որ ոչ բոլոր ցածր քաշով երեխաներն են հիվանդ:

Նրանցից շատերը պարզապես «փոքր» են և միայն այդ պատճառով համապատասխան խնամքի կարիք ունեն: Նման խնամք կարող է ապահովվել մոր/ընտանիքի կողմից:

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: WHO, Geneva, 2006

Ցածր քաշով նորածինների խնամքը ծնվելուց հետո (1)

Սլայդ 13-47

- Նախազգուշական միջոցների պահպանում:
- Վերակենդանացման միջոցառումների պատրաստ լինել:
- Խորը անհաս նորածինների պորտի գերսեղման հապաղում:

Ի տարբերություն նորմալ քաշով նորածինների, ցածր քաշով նորածինն ծննդաբերական սենյակում ինտենսիվ խնամք ավելի հաճախ է անհրաժեշտ:

Չնայած ՇԴՀ-ի կանխարգելման գործում պլացենտային տրանսֆուզիային (կամ պորտալարի սեղմման ուշացում) դերի վերաբերյալ կատարված փոքրաթիվ հետազոտություններին, որը կարող է կապված լինել էկզոգեն սուրֆակտանտի լայն կիրառման հետ, նվազում է պորտալարի սեղմման ուշացումով անհաս երեխաներին արյան փոխներարկում կատարելու անհրաժեշտությունը:

Գոյություն ունեցող տվյալները ցույց են տալիս, որ անհաս նորածինների մոտ պորտալարի սեղմումը պետք է ուշացնել նվազագույնը 30–45 վայրկյանով (այդ ընթացքում պետք է դադարի ֆետոպլացենտար արյան շրջանառությունը), որը թույլ կտա մասնակի փոխներարկում կատարել և կարող է նվազեցնել ՇԴՀ ծանրությունը: Բացի այդ դա կարող է պահպանել զարկերակային ճնշումը, բարելավել երկաթի պաշարը, բարձր մակարդակի վրա պահպանել հեմատոկրիտը և նվազեցնել արյան փոխներարկման անհրաժեշտությունը:

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential Practice. WHO, Geneva, 2006

Ցածր քաշով նորածինների խնամքը ծնվելուց հետո (2)

Սլայդ 13-48

- Հիպոթերմիայի կանխարգելում.
 - ծնարանում կամ վիրահատարանում օդի ջերմաստիճանը 25°C-ից ոչ պակաս,
 - տաք բարուրով մանրակրկիտ շփել, խոնավ բարուրը փոխել,
 - անմիջապես դնել նորածինն մոր կրծքին,
 - ստուգել նորածնի արտի խիտոցն ու շնչառությունը, քսնի դեռ նա մոր կրծքին է,
 - հագցնել նորածնին գլխարկ և գուլպաներ,
 - ծածկել մորը և նորածնին տաք վերնակով.
 - > յուրաքանչյուր 15 րոպեն մեկ երեխայի մարմնի ջերմաստիճանի հսկողություն աահմանել, շոշափել սրունքները, եթե դրանք սառն են, չափել մարմնի ջերմաստիճանը,
 - > նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը չափել ծնվելուց հետո 30-րդ րոպեին և 2 ժամ անց,
 - ապահովել կրծքով վաղ կերակրումը (ծննդաբերելուց հետո 1-2 ժամվա ընթացքում):

Ձերմային շղթան պետք է սկսվի մինչծննդաբերական շրջանում: Ծննդաբերական հիվանդասենյակը պետք է լինի համապատասխան ջերմաստիճանի, ոչ պակաս քան 25°C: Եթե սպասվում է վաղաժամ ծնունդ, այդ դեպքում համարժեք է համարվում նվազագույնը 28°C ջերմաստիճանը:

Ծննդաբերական հիվանդասենյակը չպետք է քամու հոսանքի տակ լինի: Չորացնելուց հետո երեխային դնում են մոր կրծքին «մաշկը մաշկին» շփման համար: Մեծ քանակությամբ ջերմության կորուստ տեղ է ունենում նորածնի գլխամաշկի միջոցով (գլուխը կազմում է երեխայի մարմնի 25%), հետևաբար երեխայի գլուխը պետք է ծածկված լինի մանկական գլխարկով, իսկ եթե գլխարկ չկա, ապա գլուխը կարելի է ծածկել խանձարուրով: Մորը և մանկանը պետք է ծածկել տաք վերնակով:

Երբ երեխան պատրաստ լինի, ապա անհրաժեշտ է սկսել առաջին կրծքով կերակրումը: Դա սովորաբար տեղի է ունենում կյանքի առաջին ժամին և օգնում է երեխային կալորիաների օգտագործման միջոցով վերահսկելու ջերմափոխանակությունը: «Մաշկը մաշկին» մարմնական շփու-

մից հետո երեխային պետք է պատշաճ ձևով հագցնել: Չպետք է պինդ բարուրել, և մոր հետ թողնել նույն սենյակում: Եթե երեխային անհրաժեշտ է լրացուցիչ օգնություն, այդ թվում վերակենդանացում, ջերմության կորուստը կանխելու համար ապա պետք է օգտագործել ջեռուցիչներ: Նորածիններին տեղափոխելիս անհրաժեշտ է տաք պահել (տեղափոխել տաքացվող ինկուբատորով, տաքացվող մահճակալով, կամ տաք վերմակի մեջ փաթաթված):

*Thermal Protection of the newborn: a practical guide.
WHO, Geneva, 1997*

Ցածր քաշով նորածինների խնամքը ծնվելուց հետո (3)

Սլայդ 13-49

- Ծննդաբերության առաջին ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր 15 րոպեն մեկ գնահատել շնչառությունը և մաշկի գույնը, այնուհետև՝ յուրաքանչյուր 30 րոպեն մեկ.
 - լսել արտաշնչման ժամանակ հոգոցի առկայությունը,
 - հաշվել շնչառության հաճախականությունը, հաշվել, եթե <30-ից կամ >60-ից մեկ րոպեում,
 - հետևել կրծքավանդակի հեշտ ճկվող հատվածների ծանր ներքաշմանը,
 - հսկել քթանցքերի փքումը:
- Հիպոգլիկեմիայի կանխարգելում.
 - սկսել կրծքով կամ արհեստական կերակրում ծնվելուց 1-2 ժամ անց,
 - սկսել գլուկոզայի ն/ե ներարկումը, եթե կերակրումն անհնար է:

Նույնիսկ առողջ երեխան հետծննդյան առաջին երկու ժամերի ընթացքում ուշադիր գննման կարիք ունի: Երեխային գննելու համար կարիք չկա դադարեցնել «մաշկը մաշկին» շփումը: Ծնչառության հաճախականությունը կարելի է հաշվել երեխայի մեջքին հետևելով:

Արտաշնչման տնքոցը հեշտ է լսել, պետք է նաև ստուգել երեխայի մաշկի գույնը:

Անութի ջերմաստիճանը չափվում է այն ժամանակ, երբ երեխան գտնվում է մոր հետ «մաշկը մաշկին» շփման մեջ: Անհրաժեշտ է երեխայի ջերմաստիճանը վերահսկել յուրաքանչյուր 15 րոպեն մեկ, հպվելով նրա ոտնաթաթերին, և եթե նրանք շոշափելուց սառն են, անհրաժեշտ է չափել երեխայի անութի ջերմաստիճանը: Չափեք երեխայի ջերմաստիճանը ծնվելուց 30 րոպե և 2 ժամ հետո:

Գնահատեք շնչառությունն ու դեմքի գույնը, ձեռքեր և ոտքերը 1-2 օրվա ընթացքում կարող են մնալ ցիանոտիկ (կապտագույն):

Հիպոգլիկեմիան ցածր քաշով երեխաների մոտ շատ տարածված է՝ 15% անհաս և 70% նորածինների մոտ. Այն զարգանում է գլիկոզենի սահմանափակ պաշարի պատճառով, որը հաճախ առաջանում է երեխայի մինչծննդաբերական շրջանում:

Եզրահանգումներ (1)

Սլադ 13-50

- Տոկոլիտիկները պետք է կիրառել այն դեպքերում, երբ ժամանակի շահումը թույլ կտա կատարել արդյունավետ միջոցառումներ (օրինակ՝ կորտիկոստերոիդների նշանակում կամ տեղափոխում):
- Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման (ՊՄՎՊ) և վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում անտիբիոտիկների նշանակումը հավաստիորեն երկարացնում է ծննդաբերության լատենտ փուլը, նվազեցնում նեոնատալ սեպսիսի հաճախականությունը, նորածնի՝ թթվածնաբուժության պահանջը, ԿՆՀ ախտաբանությունների հաճախականությունը:

Եթե կնոջ մոտ ծննդաբերական կծկանքներ են սկսվել, ապա այս դեպքում խելամիտ է տոկոլիտիկների օգնությամբ հետաձգել ծննդաբերությունը մինչև նրան պերինատալ կենտրոն տեղափոխելը:

Մինչև նրան պերինատալ կենտրոն տեղափոխելը պետք է սկսել կորտիկոստերոիդների ներարկումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հղիության տարիքն անցել է այն փուլը, որ հազիվ թե ՇԴՀ-ի հետ կապված բարդություններ կարող է առաջանալ:

Murray W. Enkin et al.
A guide to effective care in pregnancy and childbirth,
Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

Պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման (ՊՄՎՊ) դեպքում հակաբիոտիկների կանխարգելիչ օգտագործումը կարող է վիճակագրորեն հանգեցնել մոր հետծննդյան վարակվածության հաճախականության զգալի նվազեցման: Հակաբիոտիկների օգտագործումը զգալիորեն նվազեցնում է պտղաջրերի հեռացումից 48 ժամ և 7 օր հետո ծնված երեխաների թիվը: Հակաբիոտիկների օգտագործումը զգալիորեն նվազեցնում է նորածնային վարակների հաճախականությունը, այդ թվում թոքերի բորբոքումը, պոզիտիվ հեմոկուլտուրաները, ինչպես նաև թթվածնային բուժման կարիք ունեցող նորածինների թիվը:

Մակրոլիդների շարքի հակաբիոտիկների օգտագործումը (երիթրոմիցին) լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներից նախընտրելի է, քանի որ նույնատիպ ազդեցության դեպքում էրիթրոմիցինը ավելի քիչ բարդություններ է առաջացնում: Օրինակ, ամոկսիկլավի օգտագործումը էստերոկոլիտի մեռուկացման վտանգը մեծացնում է 5 անգամ:

Պտղաթաղանթի մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռման (ՊՄՎՊ) հատկանիշների առկայությունը բավական է հակաբիոտիկների նշանակման համար:

Kenyon SL et al. *Broad-spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: The ORACLE I randomised trial. Lancet, 2001, 357, 979-88.*
Kenyon S, Boulvain M. *Antibiotics for preterm premature rupture of membranes. In: The Cochrane Library, 2002, Issue 2.*

Եզրահանգումներ (2)

Սլայդ 13-51

- Հղիության 24-34-րդ շաբաթում վաղաժամ ծննդաբերության վտանգով բոլոր հղիներին անհրաժեշտ է կանխարգելիչ բուժում կորտիկոստերոիդներով.
 - 2 դեղաչափ 12 մգ բետամետազոն (BTM) ներմկանային, յուրաքանչյուր 24 ժամը մեկ ԿԱՄ
 - 4 դեղաչափ 6 մգ դեքսամետազոն (DXM) ներմկանային, յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ:
- Վաղաժամ ծննդաբերությունն ընդունելու տեղը պետք է նախապես պատրաստված և սարքավորումներով հագեցված լինի, իսկ օդի ջերմաստիճանը պետք է լինի 28°C:

Վերջապես, պտղի թոքերի հասունացման համար կորտիկոստերոիդների մինչծննդաբերական կիրառումը լավ ուսումնասիրված պերինատալ միջամտություններից է:

Չնայած նրան, որ կորտիկոստերոիդներով մինչծննդաբերական բուժումը կարող է տարբերվել՝ կախված հղիության տարիքից, հիմնականում այսպիսի բուժումն իրոք բերում է ՇԴՀ զարգացման, ներփորոքային այրունագեղումների և նորածնային մահացության վտանգի նվազեցմանը: Բուժման մեկ կուրսի ճիշտ անցկացման դեպքում բացակայում են տվյալներ պտղի համար, ինչպես անմիջական, այպես էլ հեռանկարային անբարենպաստ արդյունքները:

*NIH Consensus Statement.
Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes.
February 28-March 2, 1994, Volume 12, Number 2.*

Առանձնահատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել.

1. հատուկ ջերմային պաշտպանությանը (ջերմաստիճանը ծննդաբերության սենյակում, ջեռուցման համար մարտկոցների առկայությունը, տաք բարուրների, հագուստի, տեղափոխման պատրաստակամություն),
2. ծննդաբերությանը նեոնատոլոգի (եթե դա հնարավոր է) կամ էլ առավել հմուտ մասնագետի ներկայություն,
3. սարքավորումների, նյութերի և դեղամիջոցների առկայություն «ընդլայնված» վերակենդանացման համար:

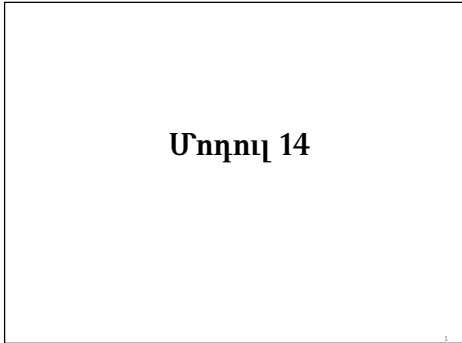
*Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care:
a guide for essential Practice. WHO, Geneva, 2006.*

Վաղաժամ ծնված երեխաների խմբում պերինատալ արդյունքները բարելավող առավել արդյունավետ նորածնային տեխնոլոգիաները համարվում են ծախսատար: Մանկաբարձականը, ի տարբերություն, քիչ ծախսատար, արդյունավետ, անփոխարինելի և հիմնական նորածնային ծառայություններ ցածրարժեք տեխնոլոգիաների և կազմակերպական միջոցառումների զուգակցությամբ, կարող են զգալիորեն բարելավել ցածր քաշով երեխաների խնամքի արդյունքները:

**ՀԵՏԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԴԵՊՐԵՍԻԱՆԵՐ.
ՈՂԲԵՐԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԿՈՐՈՒՍՏՆԵՐ
Մոդուլ 14**

Հետծննդաբերական դեպրեսիաներ. ողբերգություններ և կորուստներ

Սլայդ 14-1



Մոդուլի նպատակը.

- սովորել հետծննդաբերական դեպրեսիայի ժամանակ կնոջը անհատական օգնություն տրամադրել:
 - սովորել բացահայտել, հիվանդ նորածնի ծնունդին կամ երեխայի մահվանը ծնողների անհապաղ և մասնակի հոգեբանական ռեակցիաները,
- սովորել աջակցություն ցուցաբերել հիվանդ նորածնի ծնողներին և օգնել նրանց ուժ գտնելու, որպեսզի ապահովեն երեխային անհրաժեշտ խնամք:
 - սովորել օգնություն տրամադրել մահացած նորածնի ծնողներին, որպեսզի հաղթահարեն դժբախտությունը:

Ֆիզիոլոգիական փոփոխությունները հետծննդաբերական շրջանում

Սլայդ 14-2

- Հետծննդաբերական շրջանը երջանկության և էնդոցինալ վերելքի շրջան է: Սակայն այս ընթացքում հնարավոր են ցանկացած տիպի սթրեսային իրավիճակներ:
- Որոշ մայրերի մոտ, հատկապես երիտասարդների, ծննդաբերությունից հետո կարող է դիտվել կարճատև հոգեբանական և ֆիզիկական անհավասարակշռություն, որ կոչվում է «մանկական» կամ «հետծննդաբերական» մելամաղձոտություն:
- Որոշ կանանց մոտ այխտանիշերը վառ են արտահատված կամ շարունակվում են:
- Այս վիճակը կոչվում է «հետծննդաբերական դեպրեսիա»:

Չնայած երեխայի ծնունդի առաջին օրերը ավանդաբար համարվում են համատարած երջանկության շրջան, սակայն այդ ժամանակահատվածն ունի իր մութ կողմերը: Այդ օրերին, և նույնիսկ շաբաթներ շարունակ, որոշ մայրեր իրենց ընդհանրապես երջանիկ չեն համարում:

Հետծննդյան շրջանը հուզական և հոգեբանական խանգարումների զարգացման խոցելի շրջան է:

Տրամադրության անկում երեխայի ծննդից հետո

Սլայդ 14-3

- Առնվազն կանանց կեսը, հատկապես առաջնածինները, ծննդաբերությունից հետո ունենում են տրամադրության կտրուկ անկումներ, որոնք կոչվում են «մանկական» կամ «հետծննդաբերական» մելամաղձոտություն.
- կանայք մեկ երջանիկ են, մեկ էլ՝ պատրաստ լացելու,
- կանայք կարող են զգալ ճշվածություն, նրանց դժվար է կենտրոնանալ, կորցնում են ախորժակը կամ չեն կարող քնել, նույնիսկ եթե երեխան քնած է,
- այս ախտանիշերն առաջանում են ծննդաբերությունից 3-4 օր հետո և կարող են պահպանվել մի քանի օր:
- Այս «մելամաղձոտությունը» հետծննդաբերական վաղ շրջանում համարվում է սովորական երևույթ և անցնում է 10 օրվա ընթացքում:

Շատ կանայք (26%-ից մինչև 85%) «հետծննդաբերական թախիծ» են զգում, որը բնութագրվում է դեպրեսիայի թույլ ախտանիշներով՝ լավկանությամբ (հաճախ առանց որևէ պատճառի), անհանգստությամբ, տրամադրության անկմամբ, բարձր դյուրագագացությամբ և հոգնածությամբ:

Այդ մելամաղձությունը սովորաբար իր զագաթնակետին է հասնում հետծննդյան չորրորդ-հինգերորդ օրը, և կարող է ձգվել մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր, և անցնում է ծննդաբերությունից 10 օր հետո:

C. Neill Epperson. Postpartum Major Depression: Detection and Treatment. American Family Physician, 15 April, 1999.

Հետծննդաբերական դեպրեսիայի և պսիխոզի տարածվածությունը

Սլայդ 14-4

- Յուրաքանչյուր 1000 կենդանի ծննդի հաշվարկով.
 - 100-150 կնոջ մոտ առաջանում է հետծննդաբերական դեպրեսիա,
 - 1-2 կնոջ մոտ զարգանում է հետծննդաբերական փսիխոզ:
- ԱՀԿ-ի գնահատմամբ, 2020 թվականին աշխարհում անժամանակ մահացության և անաշխատունակության հիմնական պատճառների շարքում դեպրեսիան կգրավի երկրորդ տեղը:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կանխատեսումների, 2020թ. աշխարհում անժամանակ մահացության և անաշխատունակության հիմնական պատճառների շարքում դեպրեսիան կգրավի երկրորդ տեղը:

Թեև դեպրեսիան խոր տառապանք է պատճառում, այն հաճախ թերագնահատում են: Դեպրեսիան կարող է անդրադառնալ մարդու կյանքի բոլոր կողմերի վրա՝ նրա զգացմունքների, մտքերի և գործունեության:

Հատուկ ուշադրության է արժանի հետծննդաբերական դեպրեսիան, քանի որ այն լայն տարածում ունի և առաջանում է մոր, նրա երեխայի և ընտանիքի կյանքի ճգնաժամային պահին:

Հետծննդաբերական դեպրեսիաների տարածվածությունը գնահատվել է լայնածավալ հետազոտությունների արդյունքում:

Կանանց 4,5 -28%-ը ունենում են հետծննդյան դեպրեսիա: Հիմնական խումբն ընդգրկում է 10-15%, ընդ որում ըստ մետա-անալիզի արդյունքների, տարածվածության գործակիցը 13% է (O'hara M.U., Svein A.M., 1996.): Գոյություն ունի ապացույց, որ չնայած հետծննդաբերական դեպրեսիայի տարածվածությունը շատ քիչ է տարբերվում այլ ժամանակահատվածում առաջացած դեպրեսիայի տարածվածությունից, սակայն վաղ հետծննդաբերական շրջանում գոյություն ունի դեպրեսիայի առաջացման բարձր ռիսկ (երեք անգամ բարձր է հետծննդյան առաջին հինգ օրը):

Սահմանում

Սլայդ 14-5

- Հետծննդաբերական դեպրեսիա.
 - ցանկացած թեթև և միջին ծանրության ոչ հոգեբանական դեպրեսիվ խանգարում, որն առաջանում է ծննդաբերությունից հետո մեկ տարվա ընթացքում: Որոշ դեպքերում հիվանդությունը կարող է սկսվել մինչև ծննդաբերությունը:
- Հետծննդաբերական փսիխոզը.
 - տրամադրության խանգարումն է, որն ուղեկցվում է իրականության հետ կապի կորստով, ցնորքներով, մտքի ծանր խանգարումներով և վարքի պաթոլոգիաներով:

«Հետծննդաբերական դեպրեսիան» բժշկական տերմին է, որը ժամանակահատվածով կապված է երեխայի ծննդի հետ և պատկանում է լուրջ դեպրեսիոն դրվագի (էպիզոդի):

Երբ բժիշկը փորձում է որոշել՝ երևույթը դեպրեսիայի նշան, թե նորմալ հետծննդաբերական ռեակցիա է, ապա պետք հաշվի առնի իրավիճակը: Կնոջ հյուծվածության աստիճանը և նրա դյուրագրգռությունը նորմա կարող է լինել միայն այն ժամանակ, երբ երեխան երկու շաբաթական է և նրան պետք է հաճախ կերակրել, բայց ոչ այն դեպքում, երբ երեխան 4 ամսական է և նա խորը քնում է ամբողջ գիշեր:

Կնոջ ունակությունը հաղթահարել այս իրավիճակը, նույնպես կարող է խոսել ախտաբանական իրավիճակի մասին:

Էներգիայի կորուստը և թուլությունը հաճախ անքնության արդյունք են: Սակայն, եթե կնոջ մոտ հետծննդաբերական շրջանում, դիտվում է էներգիայի բացակայություն, կամ որ կինը հաճախ կորցնում է մտքի թելը կամ մեծ ջանքեր է գործադրում որոշում ընդունելու համար, ապա դա դուրս է նորմայի սահմաններից:

Ռիսկի գործոններ

Սլայդ 14-6

- Համակարգված դիտարկումները բացահայտվել են հետծննդաբերական դեպրեսիաների առաջացման (ավել կամ պակաս չափով) ռիսկի հետևյալ գործոնները.
 - հոգեբանական պաթոլոգիայի առկայությունը հիվանդության պատմությունում և հոգեբանական խանգարումները հղիության ընթացքում,
 - անբավարար սոցիալական աջակցությունը,
 - վատ հարաբերությունները ընտանիքում,
 - վերջին բացասական իրադարձությունները կյանքում:
- Գտնվել է փոքր կապ դեպրեսիայի և ծննդաբերության բարդությունների, ընտանիքի ցածր եկամտի, ցածր մասնագիտական կարգավիճակի միջև:

Կան ապացույցներ, որ հետծննդաբերական դեպրեսիաների առաջացման ռիսկի գործոնները չեն տարբերվում հետծննդաբերական շրջանին չվերաբերող դեպրեսիաների ռիսկի այլ գործոններից:

Սլայդում թվարկված գործոններից բացի, կոհորտային և «դեպրվերահսկում» հետազոտություններով բացահայտվել են ռիսկի հետևյալ գործոնները՝ ծնողների դաստիարակությունը, չալանավորած հղիությունը, անգործությունը, կրծքով կերակրելուց հրաժարվելը, մինչև ծննդաբերությունը տարած սթրեսը, վահանաձև գեղձի անտենատալ շրջանում ֆունկցիայի խանգարումները, բարդությունները հաղթահարելու ունակությունը, երկարատև անպտղությունը, հոր դեպրեսիան, էմոցիոնալ անհավասարակշռությունը և մելանխոլիան հղիության ընթացքում, սոցիալական օժանդակության ցածր որակը, երկու և ավելի երեխաների առկայությունը:

Բուժաշխատողների դերը հետծննդաբերական դեպրեսիայի կանխարգելման և բուժման գործում (1)

Սլայդ 14-7

- Մինչծննդաբերական շրջանում.
 - նշեք հետծննդաբերական դեպրեսիայի և պսիխոզի զարգացման հոգեւոցիալական և կենսաբանական ռիսկի գործոնները,
 - հղիին և նրա գուզընկերոջը տեղեկատվություն տրամադրեք հետծննդաբերական տրամադրության խանգարումների և փսիխոզի մասին:

Հետծննդաբերական դեպրեսիաների կանխատեսման նպատակով սկրինինգ մեթոդներ են մշակվել դեռ մինչև ծննդաբերությունը:

Դրանք հիմնված են հետծննդաբերական դեպրեսիաների զարգացման հայտին ռիսկի գործոնների վրա, սակայն դրանցից շատերը պատշաճ գնահատականի չեն արժանացել զգայունությունը, առանձնահատկությունը և կանխատեսող արժեքները որոշելու համար:

Չկան նաև տվյալներ այն մասին, որ մինչև ծննդաբերությունը սկրինինգի պարբերաբար անցկացումը նպաստում է հետծննդաբերական դեպրեսիաների կանխատեսմանը:

Չնայած հետծննդաբերական շրջանում փսիխոզի բարձր ռիսկի կանանց հայտնաբերման համար սկրինինգի մշակված հատուկ մեթոդներ չկան, բավական լուրջ ապացույցներ կան այն մասին, որ ռիսկի գործոնները հեշտությամբ հայտնաբերվում են և կանխագուշակման աստիճանը բարձր է:

Բուժաշխատողների դերը հետծննդաբերական դեպրեսիայի կանխարգելման և բուժման գործում (2)

Սլայդ 14-8

- Հետծննդաբերական շրջանում.
 - հիշեք, որ նորմալ զգացական փոփոխությունների ետևում կարող են թաքնված լինեն դեպրեսիայի ախտանիշեր, կամ էլ փոփոխությունները սխալմամբ մեկնաբանվեն որպես դեպրեսիա,
 - նկատի ունեցեք, որ հետծննդաբերական հիվանդանայակում մնալու տևողության նվազեցումը, հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո, մեծացնում է հետծննդաբերական պսիխոզի զարգացման հավանականությունը:

Չնայած շատ կանայք դեպրեսիայի մեջ են ընկնում ծննդաբերությունից անմիջապես հետո, սակայն շատերը վիատության մեջ են ընկնում մի քանի շաբաթ կամ ամիս հետո: Երեխայի ծնվելուց հետո 6 ամսվա ընթացքում առաջացած դեպրեսիան կարող է դիտարկվել որպես հետծննդաբերական:

Հետծննդաբերական դեպրեսիայի ախտանիշերը

Սլայդ 14-9

- Հետաքրքրության կամ հաճույքի կորուստը կանթից
- Ախորժակի կորուստ
- Գործելու համար էներգիայի և շարժառիթի բացակայություն
- Քնելու դժվարություն կամ անհանգիստ քուն
- Քնի տևողության ավելացում
- Լակլանություն
- Ջգացում, որ կյանքն անիմաստ է
- Մնայելության զգացում, հուսահատություն կամ չափազանցված մեղքի զգացում
- Անհանգստություն, զրգրվածություն կամ տագնապ
- Քաշի անհասկանալի ավելացում կամ նվազում
- Ինքնասպանության մտքեր
- Երեխային վնաս պատճառելու վայսի զգացում

Հետծննդաբերական դեպրեսիաների՝ քիչ թե շատ ծանր դեպքերի և այլ ժամանակ առաջացած դեպրեսիաների ուսումնասիրությունները հավասարապես են հետաքրքրություն են ներկայացնում:

Քիչ վկայություններ կան հետծննդաբերական դեպրեսիայի և ծննդաբերության հետ կապ չունեցող դեպրեսիաների ախտանշանների բնույթի տարբերության մասին:

Հետծննդաբերական շրջանում դեպրեսիայի ախտորոշման ժամանակ վտանգ կա, որ նորմալ էմոցիոնալ փոփոխությունները կարող են սխալմամբ

դիտվել որպես դեպրեսիա, կամ հակառակը՝ նրանց ետևում կարող են թաքնված լինել դեպրեսիայի ախտանիշեր:

Սովորաբար հայտնաբերվում են դեպրեսիայի վեգետատիվ նշանները, ինչպիսիք են՝ ախորժակի կորուստը, քնի խանգարումը:

Հաղորդվում է նաև հոգեւտմատիկ նշանների մասին՝ գլխացավ, ասթմաթիկ նշաններ, մեջքի ցավեր, հեշտոցային արտադրություն և որովայնային ցավեր:

Հոգեբանական ախտանշանները (որոնք ամենից դժվար է հայտնաբերել) կարող են ներառել ֆիքսված գաղափարներ՝ վախ երեխայի կամ իր համար, ինքնասպանության մտքեր և այլն:

Ամենաուժեղ արձագանքը կարող է լինել ակնհայտ հակակրանքը երեխայի հանդեպ:

Հարցեր, որոնք կօգնեն բուժաշխատողներին բացահայտել հետծննդաբերական դեպրեսիաները

Սլայդ 14-10

- Վերջերս ինչպե՞ս եք ձեզ զգում:
- Ինչպե՞ս եք այժմ գնահատում ձեր էներգիան, սովորականի հետ համեմատած: Արդյո՞ք զգում եք հոգնածություն:
- Ինչպե՞ս եք քնել:
- Հաճույք ստանո՞ւմ եք այն զբաղմունքից, որը ձեզ սովորաբար ուրախություն է պարգևել:
- Ձեզ համար հե՞շտ է կենտրոնանալը (օրինակ, գիրք կարդալուց կամ հեռուստացույց դիտելուց):

Բուժաշխատողներին անհրաժեշտ է հնարավորինս շուտ ախտորոշել հետծննդաբերական դեպրեսիան, որպեսզի ժամ առաջ ձեռնամուխ լինեն անհատական օգնություն տրամադրելուն և կտջը բուժելուն:

Բուժման սկզբունքները

Սլայդ 14-11

- Հետծննդաբերական դեպրեսիա.
 - հետծննդաբերական դեպրեսիան, ինչպես ցանկացած այլ դեպրեսիա, պետք է բուժել, սակայն հակադեպրեսանտների ընդունման ժամանակ լրացուցիչ պետք է հաշվի առնել կրծքով կերակրելու և հետծննդաբերական շրջանի առանձնահատկությունները:
- Հետծննդաբերական փսիխոզ.
 - հետծննդաբերական փսիխոզը, ինչպես ցանկացած հոգեկան խանգարում, պետք է բուժել, սակայն դեղորայքային բուժման ժամանակ լրացուցիչ պետք է հաշվի առնել կրծքով կերակրելու և հետծննդաբերական շրջանի առանձնահատկությունները:

Զբուժվելու դեպքում հետծննդաբերական դեպրեսիան կարող է ձգձգվել և վնասակար ազդեցություն ունենալ մոր և երեխայի հարաբերությունների, ինչպես նաև երեխայի ճանաչողական և էմոցիոնալ զարգացման վրա: Այնուամենայնիվ, ինչպես դեղորայքային, այնպես էլ հոգեւտմատիկ բուժման դեպքում արդյունքը դրական է:

Դեղորայքային և ֆիզիկական բուժում

Հորմոնային բուժում. հորմոնային բուժումը շատ բանավեճերի առիթ է դարձել, սակայն ապացույցները դրա վնասակարության մասին շատ սահմանափակ են: Հետծննդաբերական դեպրեսիայի բուժման ժամանակ հնարավոր չէ ապացուցել բնական կամ սինթետիկ պրոգեստերոնի արդյունավետությունը:

Կրկնակի կույր ուսումնասիրությամբ վերահսկվող հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ միջին և ծանր բնույթի հետծննդաբերական դեպրեսիաների բուժման ժամանակ տրանսդերմալ ներարկվող էստրոգենը (պրոգեստերոնի հետ) ավելի արդյունավետ է, քան պլացեբոն:

Սակայն դրա օգտագործումը սահմանափակ է կողմնակի ազդեցությունների պատճառով (հատկապես՝ էնդոմետրիոմի հիպերպլազիայի և թրոմբոզների առաջացման պատճառով):

Հակադեպրեսանտներ. հետծննդաբերական դեպրեսիայի հակադեպրեսանտներով բուժման ուսումնասիրությամբ վերահսկողական հետազոտությունը, անցկացված Միչիգանի հանրային հիվանդանոցում, ցույց տվեց, որ ֆլուքսետինը համակցված առնվազն մեկ փուլ մոդիֆիկացված ճանաչողական վարքագծային թերապիայի հետ, հետծննդաբերական մեղմ դեպրեսիայով կանանց բուժման ժամանակ, բարենպաստ ազդեցություն է ունեցել:

ԱՄՆ-ում անցկացված «դեպր-վերահսկողություն» մեթոդով հետազոտության տվյալները, խոսում են այն մասին, որ հետծննդաբերական դեպրեսիաների բուժման ժամանակ արդյունավետ են ինչպես սերոտոնինի հետադարձ գրավման ընտրողական ինհիբիտորները, այնպես էլ տրիցիկլիկ անտիդեպրեսանտները: Հետազոտությունների արդյունքները խոսում են այն մասին, որ սերոտոնինի հետադարձ գրավման ընտրողական ինհիբիտորները հետծննդաբերական դեպրեսիաներով ծննդկանների համար պակաս արդյունավետ չեն, քան այլ խմբի հիվանդների համար:

Ֆիզիոթերապիա և ֆիզիկական վարժություններ. հետծննդաբերական դեպրեսիայի էլեկտրոշոկային բուժման մասին ոչ մի տվյալ չի բացահայտվել: Կան հստակ ապացույցներ, որ ֆիզիկական վարժությունները կրճատում են դեպրեսիայի մակարդակը բնակչության շրջանում, սակայն ֆիզիկական վարժությունների դերը հետծննդաբերական դեպրեսիաների դեպքում ուսումնասիրված չի:

Հետծննդաբերական պսիխոզի սպեցիֆիկ բուժման արդյունավետության մասին կան սահմանափակ տեղեկություններ: Քանի որ, հետծննդաբերական պսիխոզն ունի աֆեկտիվ բնույթ, ապա աֆեկտիվ պսիխոզի բուժման մեթոդները հավասարապես հարմար են նաև դրա բուժման համար:

Հոգեւոցիալական օգնություն

Սլայդ 14-12

- Խորհրդատվություն և հոգեթերապիա:
- Սոցիալական աջակցություն:
- Ընտանիքին ուղղված աջակցություն:

Հետծննդաբերական դեպրեսիայի բուժման ժամանակ հոգեւոցիալական օգնության դերի հաստատումը հիմնված է «խոսակցական» (խորհրդատվություն, հոգեթերապիա) բուժման արդյունքների վրա:

Մի շարք հետազոտությունների ընթացքում ուսումնասիրվել է հետծննդաբերական դեպրեսիաների բուժման ժամանակ լրացուցիչ թերապիայի դերը, այդ թվում՝ մերսում, մանկական մերսում և թուլացում:

Ուսումնասիրությունների ընթացքում դիտարկվել են դեպրեսիայի մեջ գտնվող մոր և նրա երեխայի փոխհարաբերությունները:

Հրապարակված ուսումնասիրությունների մեծ մասը նկարագրական և դիտողական բնույթի են: Մի քանի ուսումնասիրություններում վերահսկվող հետազոտությունների մեթոդիկայի թերությունները և ընտրության փոքր քանակը սահմանափակում են եզրահանգումները:

Խորհրդատվություն հետծննդաբերական դեպրեսիաների դեպքում (1)

Սլայդ 14-13

- Խորհրդատվությունը կնոջը հնարավորություն է տալիս մեծ ռեսուրսներով և բարեկեցության մեծ զգացումով ուսումնասիրել, հասկանալ ապրելակերպը:
- Չիրահանգող խորհրդատվությունը (կարծիքները լսել առանց արտահայտությունների կամ ցուցումների), որին բուժաշխատողները վերապատրաստվում են 6-8 դասընթացի ընթացքում, համեմատած խնամքի ընդունված կարգի հետ դեպրեսիաների հաճախ-կանությունը նվազեցնելու ավելի արդյունավետ միջոց է:

Խորհրդատվությունը սխտեմատիկ պրոցես է, որը հնարավորություն է տալիս մարդկանց մեծ ռեսուրսներով և բարեկեցության մեծ զգացումով ուսումնասիրել, հասկանալ ապրելակերպը:

Շնորհիվ խորհրդատվության մարդիկ ձեռնամուխ են լինուկ կոնկրետ պրոբլեմների լուծմանը և լուծում դրանք (որոշումներ կայացնել, հաղթահարել ճգնաժամը, բարելավել հարաբերությունները ուրիշների հետ):

Խորհրդատվություն հետծննդաբերական դեպրեսիաների դեպքում (2)

Սլայդ 14-14

Հանձնարարեր մայրերին.

- Հոգ տանել երեխայի մասին, հետաձգելով մյուս բոլոր գործերը
- Բացատրել ընտանիքի անդամներին, թե ինչ է տեղի ունենում կտոջ հետ
- Ստեղծել այնպիսի պայմաններ, որտեղ երեխան կլինի ուշադրության կենտրոնում
- Հաճախ հավել երեխային
- Մտածել երեխայի մասին
- Հաճախ դուրս գալ տնից, ֆիզիկական վարժություններ կատարել
- Լավ սնվել
- Հետևել իրեն
- Սկսել կամ շարունակել անձնական օրագրի վարումը
- Եթե վերը թվարկված միջոցները չեն օգնում, այնուք է դիմել բժշկին

Խորհրդատվության հիմնական նպատակը պետք է կենտրոնացնել երեխայի խնամքի, ընտանեկան հարաբերությունների և կանացի բարեկեցության վրա:

Ընտանեկան հարցերով գործնական խորհրդատվություն

Սլայդ 14-15

- **Խորհրդատվություն զույգերին.**
– դաստիարակության կամ ծնողական հմտությունների ձևավորման մասին անհատական կամ խմբակային խորհրդատվություն:
- **Փոխհարաբերությունների վերաբերյալ խորհրդատվություն.**
– խորհրդատվություն մոր և երեխայի հարաբերությունների որակի վերաբերյալ:
- **Մանկական մերսում.**
– խորհրդատվություն, որը մեծ ուշադրություն է դարձնում ամբողջ ընտանիքով երեխայի մերսման դասընթացներին այցելությանը:

Մի շարք ուսումնասիրություններ, նվիրված մոր և զուգընկերոջ, և մորը մանկան հետ համատեղ խորհրդատվությանը, նկարագրում են դրական արդյունքներ:

Համատեղ խորհրդատվություն զույգերին

Հետազոտությունները վկայում են, որ այն զույգերի մոտ, ովքեր մասնակցում են ուսուցմանը կամ ծնողական հմտությունների ձևավորման մասին անհատական կամ խմբակային խորհրդատվություններին, նվազում է ընկճվածության համախտանիշը և դրական է ազդում առողջության ընդհանուր իրավիճակի վրա:

Փոխհարաբերությունների վերաբերյալ խորհրդատվություն

Մոր դեպրեսիոն վիճակը կարող է բացասաբար ազդել մոր և երեխայի միջև հարաբերությունների որակի վրա:

Ուսումնասիրությունները վկայում են, որ հետծննդաբերական դեպրեսիայով կանանց հետ տարված աշխատանքը, որի նպատակն է սովորեցնել երեխաների հետ շփման տարբեր եղանակներ, կարող է դրական ազդել մոր և երեխայի միջև հարաբերությունների լավացմանը:

Մանկական մերսում

Ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մանկական մերսումներին հաճախելը դրական է ազդում ինչպես մոր և երեխայի շփումների վրա, այնպես էլ մեղմացնում է մոր դեպրեսիայի ախտանիշները:

Ծնողների ռեակցիան լուրջ հիվանդությանը կամ բնածին արատով երեխայի ծննդի դեպքում

Սլայդ 14-16

- Վիշտ, շոկ, խուճապ, հերքում, մեղավորություն ու զայրույթ:
- Ընդունում և հաղթահարում:
- Հիվանդ կամ հաշմանդամ սրբածնի խնամքի հետ կապված մտավայխություններ:
- Հոգեկան և ֆիզիկական մեկուսացում երեխայից, նույնիսկ ավելի շուտ, քան բժիշկները կկորցնեն հույսը, որ երեխան կապրի:
- Ավելի հեռավոր ազդեցություններ. լարվածություն, հիշողության խանգարում, ախորժակի կորուստ, քնի խանգարում, կենտրոնանալու անկարողություն:

Երբ ծնվում է լուրջ հիվանդություններով կամ բնածին արատներով նորածին, ծնողները վերապրում են վշտի և կորստի խորը զգացողություն: Այս անսպասելի վիճակին ծնողների առաջին արձագանքը ցնցումն ու խուճապն է:

Նրանց մոտ կարող է առաջանալ այսպիսի մտքեր և զգացմունքներ, ինչպես «Ես չեմ կարող հոգ տանել լուրջ հիվանդ երեխայի մասին» և նույնիսկ մերժման զգացում՝ «Դա իմ երեխան չէ»:

Այս նախնական փուլից հետո, գալիս է ճանաչման փուլը, իսկ հետո հնազանդության, երբ ծնողները սկսում են ընդունել իրականությունը և հաղթահարել իրավիճակը:

Որոշ դեպքերում ծնողները չեն կարող հարմարվել իրավիճակին և մշտապես վշտի մեջ են: Այս դեպքում բուժաշխատողները կանոնավոր կերպով պետք է շփվեն մոր և ընտանիքի հետ, քննարկեն նրանց հետագա անելիքները երեխայի խնամքի համար: Բացի վշտի և հիասթափության զգացողությունից, ծնողներին դժվար է տեսնել իրենց երեխայի ֆիզիկական թերությունները: Դա չի նշանակում, որ մորը պետք է բաժանել երեխայից: Շատ կարևոր է հաստատել և պահպանել սերտ շփում երեխայի մոր և ընտանիքի հետ:

Բուժաշխատողների աջակցությունը կարող է օգնել ծնողներին ամրապնդել իրենց հարաբերությունները երեխայի հետ:

Օգնություն լուրջ հիվանդություններով կամ բնածին արատով ծնված երեխայի ծնողներին

Սլայդ 14-17

- Թույլ տվեք ծնողներին շփվել երեխայի հետ և խրախուսեք այդպիսի շփումը
- Պատրաստ եղեք պատասխանել ծնողների հարցերին:
- Պատրաստ եղեք կրկնել ինֆորմացիան կամ բազմիցս պատասխանել նույն հարցերին:
- Պատրաստ եղեք ցատումի և հուսախաբության բնկումների դրսևորմանը՝ ուղղված դեպի բուժաշխատողները:
- Ծնողներին տվեք հիվանդ երեխայի լուսանկարը:

Լուրջ հիվանդություններով կամ բնածին արատներով ծնված երեխայի ծնողները կարող են զարմանալ իմանալով երեխայի հավանական մահվան մասին, և որպես հետևանք հոգեպես և ֆիզիկապես մեկուսանալ երեխայից, նույնիսկ ավելի շուտ, քան բժիշկները կկորցնեն հույսը, որ երեխան կապրի:

Բուժաշխատողներին անհրաժեշտ է շատ ծանրակշիռ մոտենալ այն հարցին, թե ինչ են խոսում ծնողների ներկայությամբ, որոնց երեխան կարող է մահանալ, քանի որ ցանկացած ժամանակավրեպ կանխորոշում, բուժաշխատողի չմտածված խոսք, և նույնիսկ երեխայի ախտորոշման հետ կապված պատահական նկատողություն կարող է բերել ծնողների մեկուսացմանը երեխայից:

Ծնողների ռեակցիան երեխայի մահվանը (1)

Սլայդ 14-18

- Ծնողները հուսով են, որ նրանք առողջ երեխա կունենան:
- Սակայն, եթե այդ հույսերը չեն արդարանում, ծնողները կարող են.
 - շոկ զգալ,
 - զգալ կորուստը,
 - դադարել վստահել բժշկությանը,
 - կասկածի տակ դնել առողջ երեխա ունենալու իրենց ունակությունը:

Հաճախ մահացած երեխայի ծնողները տոգորված են անհանդուրժողականությամբ և զայրույթով, և նրանք կարող են մեղադրել բուժաշխատողներին:

Նման ռեակցիան պայմանավորված է նրանով, որ մահը վրա է հասել անսպասելի, և իրավիճակը բարդանում է տեղի ունեցած դժբախտության «գիտական բացատրության» բացակայության պատճառով: Ծնողները փորձում են գտնել մահվան պատճառները:

«Դատարկ ձեռքեր». դա հաջորդ ծանր համախտանիշն է, որն ի հայտ է գալիս քարացման վիճակից դուրս գալուց հետո: Մորը նույնիսկ կարող է թվալ, թե երեխայի լացի ձայն է լսում:

Նորմալ շիման բացակայություն. ըստ որոշ տվյալների հայրերն ավելի արագ են դուրս գալիս հոգեկան ցնցումից, քան մայրերը: Որն էլ նրանց հարաբերություններում խնդիրների առաջացման պատճառ է դառնում:

Ծնողների ռեակցիան երեխայի մահվանը (2)

Սլայդ 14-19

- Վշտի տարբեր փուլեր:
- Ուժեղ ցանկություն մահվան պատճառների մասին ստանալ պատասխաններ ու բացատրություններ:
- Տեսողական կամ լսողական պատրանք (օրինակ՝ մահացած երեխայի լացի ձայն):
- Բացասական զգացմունքները դեպի մյուս երեխաները:
- Հուսահատություն և զարմանք լակտացիայի հայտնվելու դեպքում:
- Մայրության թերաժեքության զգացում:
- Խնդիրներ գույգերի միջև (օր.՝ սեռական հարաբերություններում կամ շփումներում):

Սլայդում բերված են ծնողների ռեակցիայի հիմնական հատկանիշները:

Օգնություն ծնողներին, ովքեր կորցրել են երեխային (1)

Սլայդ 14-20

- Կենսապահովման սարքավորումներն անջատելուց հետո թույլ տվեք ծնողներին գրկել երեխային:
- Առաջարկեք ծնողներին պահել որոշ իրեր, որոնք կհիշեցնեն իրենց երեխային:
- Կազմեք հատուկ հաստատությունների ցանկ, ուր կարող եք ուղարկել ընտանիքին:
- Ապահովեք մորը լիարժեք հետծննդաբերական խնամքով:

Ընտանիքները, որտեղ երեխան ծնվել է հիվանդ կամ մահացել է, կարիք ունեն մասնագետի օգնության: Բուժաշխատողները շատ բան կարող են անել, որպեսզի օգնեն այդ ընտանիքներին հաղթահարելու դժբախտությունը:

Օգնություն ծնողներին, ովքեր կորցրել են երեխային (2)

Սլայդ 14-21

- Տեղեկացրեք կնոջը խնամք տրամադրող մյուս աշխատակիցների մասին:
- Կատարեք դիախեռնում և արդյունքների մասին տեղյակ պահեք ծնողներին:
- Ներգրավեք ծնողներին թաղման միջոցառումներին և աջակցություն ցույց տվեք կրանց:
- Մի խրախուսեք նոր հղիություն, քանի դեռ բավականին ժամանակ չի անցել, որպեսզի ծնողները կարողանան սգալ երեխայի կորուստը:

Կարևոր է օգնել կապ հաստատել ծնողներին և հիվանդ երեխայի միջև, և թույլ տալ մորը, եթե նա կամենում է, կուրծքը կթել:

Նաև, կարևոր է թույլ տալ ծնողներին տեսնել իրենց մահացած երեխային, ինչպես նաև ժամանակ տրամադրել գրուցելու և լսելու ծնողներին:

Կորուստը հաղթահարելու, նորմալ կյանքի վերադառնալու գործընթացը սկսելու համար աջակցությունն ընտանիքին օգնության կարևորագույն մասն է:

Օգնություն ծնողներին, ովքեր կորցրել են երեխային (3)

Սլայդ 14-22

- Բժշկական հակացուցումների բացակայության դեպքում մորը դուրս գրեք հիվանդանոցից:
- Եթե ոչ, թույլ տվեք հարազատներին առաջին գիշերը մնալ հիվանդանոցակում:
- Հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում ապահովեք համապատասխան խորհրդատվական աջակցությամբ:

Մահացած երեխայի ծնողներին տրամադրվող օգնության որակը կախված է բժշկական հաստատությունում գոյություն ունեցող համապատասխան ծառայությունից, ուր դիմել են ծնողները:

Մահվան գրանցում և հուղարկավորության կազմակերպում

Սլայդ 14-23

- Որպեսզի ընտանիքին տրամադրվի որակյալ օգնություն, կարևոր է, որ դուք ունենաք ճշգրիտ տեղեկություններ այս կարգի մասին:
- Նյութական աջակցությունը նման օժանդակության անհրաժեշտ մաս է:
- Պատրաստեք մահվան գրանցման և հաշվառման գործընթացը նկարագրող նյութը և հուղարկավորության անցկացման կարգը:

Սլայդում բերված են ստացիոնար բաժանմունքում մահացած երեխաների ընտանիքներին օգնություն տրամադրելու հիմնական հանձնարարականները:

Հոգեբանական օգնություն և աջակցություն

Սլայդ 14-24

- Հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում ապահովեք կնոջն անհրաժեշտ աջակցությամբ:
- Կանանց կոնսուլտացիա փոխանցեք կարևոր տեղեկությունները:
- Ապահովեք որակյալ խորհրդատվական ծառայությունների տրամադրում:
- Ներգրավեք որակյալ հոգեբանի:

Ծննդատանը հաստատել այնպիսի մթնոլորտ, որ հնարավոր լինի իրականացնել հիվանդի և բուժաշխատողի միջև անձնական զրույցները, ինչը կնպաստի հիվանդի ինքնահարգմանը և հետծննդյան դեպրեսիաների ու տագնապի ախտանիշների թուլացմանը:

Բողոքների և քաղաքացիական հայցերի կանխման համար խուսափեք հետևյալ 10 գործողությունից

Սլայդ 14-25

- Երբեք...
 - մի մեղադրոք կնոջը կամ ընտանիքին,
 - մի փորձեք ապացուցել ձեր անմեղությունը,
 - մի փորձեք խուսափել հարցերից,
 - տեղեկություն մի տվեք, որում դուք վստահ չեք,
 - մի ստեք կնոջը կամ ընտանիքին,
 - մի հետաձգեք օգնությունը, որը կարող էք տրամադրել անհապաղ,
 - պատասխանների համար ուրիշի մոտ մի ուղարկեք,
 - մի խուսափեք մոր հարազատներից,
 - մի տրամադրեք սխալ կամ հակասական տեղեկատվություն,
 - մի հրաժարվեք օգնել կնոջը կամ նրա ընտանիքին:

Բողոքների և քաղաքացիական հայցերի կանխման համար բուժաշխատողներին խորհուրդ է տրվում օգտվել «10 երբեք» կանոնից:

Պերինասրալ արդյունավետ բուժօգնություն և խնամք

Դրանք հիմնական հանձնարարականներն են, որոնց պետք է հետևի բուժ-աշխատողը հետծննդյան դեպրեսիայով տառապող կանանց հետ շփվելիս, ինչպես նաև այն կանանց հետ, որոնց երեխաները ծնվել են լուրջ հիվանդություններով կամ զարգացման արատով, կամ էլ մահացել են ծննդաբերական բաժանմունքում:

Եզրահանգում

Հետծննդաբերական դեպրեսիաներ և կորուստներ

Սլայդ 14-26

- Կանանց 10-15% ունենում է հետծննդաբերական դեպրեսիա:
- Ծննդաբերած կինը շրջապատի օգնության կարիքն ունի:
- Վաղ ախտորոշիչ հետծննդյան դեպրեսիան, որպեսզի տրամադրեք անհրաժեշտ անհատական աջակցություն և բուժում:
- Պաթոլոգիական ռեակցիաները կանխելու համար կարևոր է տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն հիվանդության կամ մահվան պատճառների մասին:
- Լուրջ հիվանդություններով, զարգացման անոմալիաներով ծնված կամ մահացած երեխաների ծնողներին անընդհատ հոգեբանական աջակցությունը նույնքան կարևոր է:
- Երկու ծնողների հետ էլ շփվեք, դա կօգնի ամրապնդել նրանց հարաբերությունները և կկանխի թյուրիմացություններն ու մեկուսացվածությունը:



«Անտարես» հրատարակչատուն
Երևան 0009, Մաշտոցի 50^ա/1
Հեռ.՝ +(374 10) 58 10 59, 56 15 26
Հեռ./ֆաքս՝ +(374 10) 58 76 69
antares@antares.am
www.antares.am