



ՄԱԿ-ի Բնակչության  
հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության  
նախարարություն



Վերարտադրողական  
առողջության, պերինատոլոգիայի,  
մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի  
հանրապետական ինստիտուտ

**ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱՆԵՈՆԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՍՏԱՑԻՈՆԱՐ  
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ  
ԵՎ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ  
ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ**

ԵՐԵՎԱՆ 2013

ՀՏԴ 618

ԳՄԴ 57.16

Մ 260

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

Այն ենթարկվել է փորձաքննության և արժանացել հավանության ծառայություն իրականացնողների, ինչպես նաև Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների, նեոնատոլոգների ասոցիացիայի կողմից:

Հաստատված է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թ. մարտի 27-ի N 762 -Ա հրամանով:

Չափորոշիչը նախատեսված է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային մանկաբարձանեոնատոլոգիական բուժօգնություն իրականացնողների համար:

Չափորոշիչում արտահայտված դրույթները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

Աշխատանքային խմբի ղեկավար՝

ՀՀ ԳԱԱ թղթակից անդամ, բ.գ.դ, պրոֆեսոր Ռ.Ա. Աբրահամյան

Աշխատանքային խմբի անդամներ՝

Լ.Ռ.Աբրահամյան	բ.գ.դ., պրոֆեսոր
Գ.Ս.Ավագյան	բ.գ.դ., դոցենտ
Ա.Կ.Բլբուլյան	բ.գ.դ., դոցենտ
Վ.Մ.Գյուլխասյան	բ.գ.թ., դոցենտ
Վ.Ֆ.Գրիգորյան	բ.գ.թ., դոցենտ
Ն.Վ.Հարությունյան	
Ա.Ս. Ջերջերյան	
Գ.Ղ.Պետրոսյան	

ISBN 978-9939-50-210-6

© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2013

## ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ 1.	Ստացիոնար ծառայության կառուցվածքը և ռեզիոնալիզացիան, բուժօգնության դասակարգումն ըստ մակարդակների.....	4
ԳԼՈՒԽ 2.	Մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային ծառայության գործունեության համար անհրաժեշտ տեխնիկական եվ մասնագիտական պահանջներ ու պայմաններ.....	7
ԳԼՈՒԽ 3.	Ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը.....	35
ԳԼՈՒԽ 4.	Ֆիզիոլոգիական ծննդաբերության հսկողության և խնամքի ժամանակակից սկզբունքները.....	51
ԳԼՈՒԽ 5.	Ֆիզիոլոգիական ծննդաբերության վարման ժամանակակից սկզբունքները.....	78
ԳԼՈՒԽ 6.	Հղիության եվ ծննդաբերության ժամանակ պտղի վիճակի հսկողություն.....	94
ԳԼՈՒԽ 7.	Հիպերտենզիվ վիճակներ հղիության ընթացքում.....	104
ԳԼՈՒԽ 8.	Հետծննդաբերական արյունահոսություններ.....	115
ԳԼՈՒԽ 9.	Ծննդաբերության խթանում.....	126
ԳԼՈՒԽ 10.	Վաղաժամ ծննդաբերություն.....	134
ԳԼՈՒԽ 11.	Պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղում.....	144
ԳԼՈՒԽ 12.	Ծնարանի նախապատրաստությունը նորածնին ընդունելուն և առողջ նորածինների խնամքի կազմակերպման ժամանակակից սկզբունքները .....	149
ԳԼՈՒԽ 13.	Նորածինների հիպոթերմիա և դրա կանխարգելումը.....	161
ԳԼՈՒԽ 14.	Զարգացման բնածին արատներ.....	166
ԳԼՈՒԽ 15.	Ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների խնամքը.....	178
ԳԼՈՒԽ 16.	Շնչառական խանգարումներ նորածնային հասակում.....	185
ԳԼՈՒԽ 17.	Ասֆիքսիա, ախտորոշումը և վարումը.....	185
ԳԼՈՒԽ 18.	Պոլիցիտեմիա, ախտորոշումը և վարումը.....	191
ԳԼՈՒԽ 19.	Հիպոգլիկեմիա, ախտորոշումը և վարումը.....	194
ԳԼՈՒԽ 20.	Իմունիզացիա.....	197
ԳԼՈՒԽ 21.	Նորածինների դուրս գրմանը ներկայացվող պահանջները..	198

**ԳԼՈՒԽ 1. ՄՏԱՑԻՈՆԱՐ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ  
ԵՎ ՌԵԳԻՈՆԱԼԻԶԱՑԻԱՆ, ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ  
ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄՆ ԸՍՏ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐԻ**

Մանկաբարձական ստացիոնարի աշխատանքի կազմակերպումը իրականացվում է միասնական սկզբունքով, համաձայն հանրապետությունում գործող օրենսդրության և ծննդատան (բաժանմունքի) մասին սույն դրույթով, ՀՀ ԱՆ հրամաններով, հրահանգներով ու ցուցումներով:

Մատուցվող ծառայությունների խնդիրներից, հիվանդների կոնտինգենտից, մատուցվող բժշկական օգնության սարքավորումներով հագեցվածությունից և մակարդակից, ինչպես նաև կադրային ներուժից կախված մանկաբարձական ստացիոնարները բաժանվում են 3 մակարդակի:

Ծննդօգնության ստացիոնար բժշկական կազմակերպությունների դասակարգումը (կառուցվածքները և գործառույթները) ըստ մակարդակների իրականացվում են համաձայն ներքոհիշյալ չափանիշների՝

**Մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնար  
բուժօգնություն իրականացող հաստատությունների  
ընթացքերը ըստ մակարդակների  
Ցանկ**

I մակարդակ	<p><b>Ա.</b> Գյուղական առողջության կենտրոններ են /աստիճանաբար ենթակա են լուծարման/:</p> <p>Պետք է ունենալ մանկաբարձական մահճակալներ, ծնարան, հետծննդյան սենյակ:</p> <p>Թույլատրվում է ֆիզիոլոգիական ընթացքով ծննդաբերություն, որը պահանջում է շտապ ծննդալուծում և ենթակա չէ տեղափոխման:</p> <p><b>Բ.</b> Դրանք ռեգիոնների (մարզերի) բժշկական կենտրոնների կազմում գտնվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքներն են և ծննդատները, որոնց գործառույթն է մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնար բուժօգնության ցուցաբերումը հատուկ հետազոտում և բուժում չպահանջող հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացքով, ցածր ռիսկի խմբին պատկանող հղիներին ու ծննդաբերներին: Անհետաձգելի դեպքերում կատարում են շտապ բժշկական միջամտություններ (կեսարյան հատում, գինեկոլոգիական վիրահատություններ): Իրականացվում է նաև գինեկոլոգիական հիվանդների ռուտին բուժում և հետազոտում:</p> <p>Կառուցվածքում պետք է ունենան մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունք, ծնարաններ, հետծննդյան սենյակ, վիրահատական բլոկ, ինտենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման սենյակ, ընդհանուր և ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիա:</p>
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>II մակարդակ</p>	<p>Այն ծննդատները և բժշկական կենտրոնների կազմում գտնվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքները, որոնք ցուցաբերում են մասնագիտական մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնություն նորմալ, միջին և բարձր ռիսկի խմբերի հղիներին, որոնց նորածինները չեն պահանջում հատուկ, նեղ մասնագիտացված հետազոտում ու բուժում:</p> <p>Այդ ծննդատները բժշկական ուսումնական հաստատությունների համար կարող են լինել կլինիկական բազա և իրենց կառուցվածքում ունենալ նեղ մասնագիտացված գինեկոլոգիական բաժանմունքներ/մահճակալներ:</p> <p>Իրականացնում են ինչպես պլանային, այնպես էլ անհետաձգելի մանկաբարձագինեկոլոգիական միջամտություններ:</p> <p>Կառուցված քում պետք է ունենա մանկաբարձական, հղիների ախտաբանության, գինեկոլոգիական բաժանմունքներ, ծնարաններ, հետծննդյան սենյակներ, վիրահատական բլոկ, մեծերի և նորածինների ինտենսիվ հսկողության ու նեղ մասնագիտական բաժիններ, կլինիկա-բիոքիմիական և ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիաներ:</p>
<p>III մակարդակ</p>	<p>Պերինատալ, մասնագիտացված գիտահետազոտական կենտրոններն ու ինստիտուտները, բազմապրոֆիլային բժշկական կենտրոնները, որոնց կազմում կան հատուկ և նեղ մասնագիտացված մանկաբարձական, գինեկոլոգիական, նեոնատոլոգիական բաժանմունքներ, որոնց գործառույթն է ապահովել բարձր մասնագիտական բուժ սպասարկում նորմալ, միջին և բարձր ռիսկի խմբի հղիներին ու նորածիններին:</p> <p>3-րդ մակարդակը պետք է ապահովվի էքստրագենիտալ, մանկաբարձական ու պերինատալ ախտաբանությամբ, ծայրահեղ ցածր քաշով և խորը անհաս նորածիններով, զարգացման արատներով կամ մահացած պտղով հղիների, ծննդաբերների բուժսպասարկումը, ինչպես նաև պետք է ունենան ժամանակակից ինտենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման, նորածինների խնամքի II էտապի, ռեպրոդուկտոլոգիայի, չրերության, օժանդակ տեխնոլոգիաների ծառայություններ, խորհրդատվական և այլ հանրապետական նշանակություն ունեցող գործառույթներ/արագ արձագանքման, կազմակերպական, ուսումնագործնական և այլն:</p>

	<p>Այս մակարդակի հաստատություններում պետք է լինեն համալսարանական ամբիոններ, հրապարակվեն դասագրքեր, մենագրություններ, ուղեցույցներ, մշակվեն ծրագրեր, անցկացվեն սեմինարներ, ուսուցողական պարապմունքներ և այլն:</p> <p>Կառուցվածքում պարտադիր է մանկաբարձական, ռիսկի խմբի, այդ թվում ինֆեկցված հղիների, գինեկոլոգիական բաժանմունքներ, վիրահատական բլոկներ, մեծերի և նորածինների հզոր ինտենսիվ թերապիայի և վերակենդանացման, այլ նեղ մասնագիտացված բաժանմունքներ, շուրջօրյա թիմային մասնագետների ապահովում, բազմապրոֆիլային լաբորատոր գործիքային ավտորոշում, կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկա և այլն:</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ԳԼՈՒԽ 2. ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՊԱՀԱՆՋՆԵՐ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ (համաձայն ՀՀ կառավարության 2005 թվականի հոկտեմբերի 13-ի N 1732-Ն որոշման)**

**74. ԾՆՆԴՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ**

**74.1. ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ**

**ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Նարկոզի ապարատ
2. Թոքերի արհեստական վենտիլյացիայի ապարատ (մեծահասակի)
3. Վիրահատական սեղաններ
4. Վիրահատական լամպեր
5. Շարժական լամպեր
6. Գինեկոլոգիական սեղաններ
7. Ռախմանովի մահճակալներ
8. Ռենտգեն ապարատ
9. Էխոսկոպ
10. Կշեռք
11. Հասակաչափ
12. Ջերմաչափ
13. Կարդիոտախոգրաֆ
14. Դոպլերոգրաֆ
15. Ավտոկլավներ
16. Ստերիլիզատորներ
17. Վիրահատական գործիքների հավաքածուներ
18. Հեգարի լայնիչների հավաքածուներ
19. Վակուում էքսկոխվատոր
20. Գինեկոլոգիական հայելիներ, բարձիչների Ֆոլկմանի գդալներ
21. Վակուում էքստրակտոր
22. Մանկաբարձական գործիքների հավաքածուներ
23. Լաբորատոր անհրաժեշտ ինվենտար՝ արյուն, մեզ և այլ կենսանյութ վերցնելու համար
24. Նորածինների ռեանիմացիոն սեղան
25. Նորածնի էլեկտրոնային կշեռքներ
26. Նորածինների փաթաթման սեղաններ
27. Կարդիոտոկոգրաֆիայի ապարատ
28. Ստերիլիզատորներ
29. Էմալապատ ամաններ՝ ստերիլիզացիայի փուլերի համար
30. Թեփուրներ

31. Էսմարխի թասեր՝ ծայրադիրներով
32. Ներարկիչներ, սիստեմաներ, շտատիվներ
33. Բժշկական լարաններ
34. Մետաղական ուրոլոգիական կատետրներ՝ կանաչի
35. Կորցանգներ տարբեր ձևերի
36. Վիրահատական մկրատներ
37. Թախտեր
38. Գրասեղաններ
39. Աթոռներ
40. Պահարաններ՝ դեղորայքի և բժշկական պարագաների համար
41. Տումբաներ
42. Մահճակալներ, այդ թվում՝ ֆունկցիոնալ
43. Սառնարաններ

#### **ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 բժշկական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 15 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ շուրջօրյա հերթապահության 1 քույրական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 15 մահճակալի հաշվով:

#### **74.2. ՀՂԻՆԵՐԻ ԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ (ԵՆԹԱԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ)**

##### **ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

Տես 74.1.

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 բժշկական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 15 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ շուրջօրյա հերթապահության 1 քույրական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 15 մահճակալի հաշվով:



## 75. ԾՆՆԴԱՏԱՆ ԸՆԴՈՒՆԱՐԱՆ

### ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ

1. Լամպ-ռեֆլեկտոր
2. Բակտերիոցիդ լամպ
3. Գինեկոլոգիական բազկաթոռ
4. Կոնքաչափ
5. Տոնոմետր
6. Ստետոֆոնենդոսկոպ
7. Մանկաբարձական ստետոսկոպ
8. Բիքսեր
9. Ձեռնոցներ
10. Էմալապատ թասիկներ, թեփուրներ
11. Կատետրներ
12. Շպատել
13. Էամարխի բաժակ՝ ծայրադիրներով
14. Ներարկիչներ
15. Պլաստմասսայե կամ էմալապատ սափոր
16. Կորնցանգ
17. Կոխերի սեղմիչներ
18. Պինցետներ
19. Գինեկոլոգիական հայելիներ
20. Սպիրտայրոց
21. Շտատիվ
22. Մկրատներ
23. Ախտահանիչ սարք
24. Ապակե սրվակներ
25. Մուգ գույնի ապակե սրվակներ
26. Անհրաժեշտ գործիքներ՝ հեմոգլոբինի և արյան խումբը որոշելու համար
27. Առանձին հավաքածու՝ անհետաձգելի ծնունդ ընդունելու համար
28. Ռետինե ժգուտ
29. Օղակաձև տակադիրներ
30. Էմալապատ դոյլեր
31. Սեղան
32. Աթոռ
33. Գրասեղաններ
34. Պահարան
35. Կշեռք
36. Հասակաչափ
37. Բժշկական թախտ
38. Ժապավեն (չափող)
39. Սառնարան

## ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

## 76. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ

### 76.1. ՕՊԵՐԱՏԻՎ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱՅԻ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ

#### ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ

1. Գերձայնային ապարատ (սոնոգրաֆ)
2. Էլեկտրոլիտների հսկողության ապարատ
3. Թթվահիմնային հավասարակշռության հսկողության ապարատ
4. Կոագուլոմետր
5. Շարժողական ռենտգեն ապարատ
6. Մեծահասակների մահճակալներ
7. Նարկոզի ապարատ
8. Թոքերի արհեստական վենտիլյացիայի ապարատներ (մեծահասակի և նորածնի)
9. Վիրահատական սեղաններ
10. Վիրահատական և շարժական լամպեր
11. Գինեկոլոգիական սեղաններ
12. Կշեռք
13. Հասակաչափ
14. Ջերմաչափ
15. Դոպլերոգրաֆ
16. Ավտոկլամներ
17. Ստերիլիզատորներ
18. Վիրահատական գործիքների հավաքածուներ
19. Հեգարի լայնիչների հավաքածուներ
20. Վակուում էքսկոխիլատոր
21. Գինեկոլոգիական հայելիներ, բարձիչներ, Ֆոլկմանի գդալներ
22. Մանկաբարձական գործիքների հավաքածուներ
23. Լապարոսկոպ
24. Հիստերոսկոպ
25. Թմբուկներ՝ ստերիլիզացիայի համար
26. Ստերիլիզատորներ
27. Թեփուրներ
28. Էսմարխի թասեր՝ ծայրադիրներով
29. Ներարկիչներ, սիստեմաներ, շտատիվներ

30. Բժշկական լարան
31. Մետաղական կատետրներ կանացի
32. Կորցանգներ /ուղիղ և ոլորված/
33. Վիրահատական մկրատներ
34. Թախտեր
35. Աթոռներ
36. Պահարաններ՝ դեղորայքի և բժշկական պարագաների համար
37. Տումբաներ
38. Մահճակալներ, այդ թվում ֆունկցիոնալ
39. Սառնարաններ

#### **ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 բժշկական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ շուրջօրյա հերթապահության 1 քույրական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

#### **76.2. ԿՈՆՍԵՐՎԱՏԻՎ /ԷՆԴՈԿՐԻՆ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱՅԻ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ**

##### **ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Գերձայնային ապարատ (սոնոգրաֆ)
2. Էլեկտրոլիտների հսկողության ապարատ
3. Թթվահիմնային հավասարակշռության հսկողության ապարատ
4. Կոագուլոմետր
5. Մեծահասակների մահճակալներ
6. Նարկոզի ապարատ
7. Շարժական լամպեր
8. Գինեկոլոգիական սեղաններ
9. Ռենտգեն ապարատ
10. Կշեռք
11. Հասակաչափ
12. Ջերմաչափ
13. Դոպլերոգրաֆ
14. Ավտոկլավներ
15. Ստերիլիզատորներ
16. Վիրահատական գործիքների հավաքածուներ

17. Հեգարի լայնիչների հավաքածուներ
18. Վակուում էքսկոխլետտոր
19. Գինեկոլոգիական հայելիներ, բարձիչներ, Ֆոլկմանի գդալներ
20. Մանկաբարձական գործիքների հավաքածուներ
21. Թմբուկներ՝ ստերիլիզացիայի համար
22. Ստերիլիզատորներ
23. Թեփուրներ
24. Էսմարխի թասեր՝ ծայրադիրներով
25. Ներարկիչներ, սիստեմաներ, շտատիվներ
26. Բժշկական լարաններ
27. Մետաղական կատետրներ՝ կանացի
28. Կորցանգներ /ուղիղ և ոլորված/
29. Վիրահատական մկրատներ
30. Թախտեր
31. Գրասեղաններ
32. Աթոռներ
33. Պահարաններ՝ դեղորայքի և բժշկական պարագաների համար
34. Տումբաներ
35. Մահճակալներ, այդ թվում՝ ֆունկցիոնալ
36. Սառնարաններ

#### **ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 բժշկական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ շուրջօրյա հերթապահության 1 քայրական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Բաժանմունքի գործունեության համար անհրաժեշտ է ժամանակակից լաբորատորիա՝ ինֆեկցիաների և հորմոնների ախտորոշման համար:

#### **76.3. ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱՅԻ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ**

##### **ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

Տես 76.2. և լրացուցիչ

1. Գինեկոլոգիական հայելիներ, բարձիչներ՝ փոքր չափերի (մանկական հասակի համար)
2. Վազինոսկոպ մանկական

### ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 բժշկական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ շուրջօրյա հերթապահության 1 քայրական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Բաժանմունքի գործունեության համար անհրաժեշտ է ժամանակակից լաբորատորիա՝ ինֆեկցիաների և հորմոնների ախտորոշման համար:

### 77. ՌԵՊՐՈԴՈՒԿՏՈՂՈՒԹՅԱՆ (ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ՝ ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ԲԵՂՄՆԱՎՈՐՈՒՄ ԵՎ ՍԵՐՄՆԱՎՈՐՈՒՄ) ԲԱԺԻՆ

#### ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ

Տես 76.2. և լրացուցիչ

1. Միանվագ օգտագործման փորձանոթներ, պիպետկաններ, ձողիկներ,
2. Պունկցիոն ասեղներ՝ ձվաբջիջ վերցնելու համար
3. Ածխաթթու գազի ինկուբատոր
4. Լամինար սեղաններ
5. Բինոկուլյար միկրոսկոպ
6. Միկրոսկոպներ՝ սպերմայի և ձվաբջջի դիտարկման համար
7. Ցենտրիֆուգաներ
8. Սպերմայի կրիոկոնսերվացիայի համար ձողիկներ
9. Ավտոմատ սարքավորում՝ սպերմայի սառեցման ձողիկներ պատրաստելու համար
10. Կրիոկոնսերվացիայի սպերմայի և ձվաբջջի պահպանման համար հեղուկ ազոտի դյուարներ
11. Սերմի մշակման, կրիոկոնսերվացիայի հատուկ միջավայրեր
12. Սերմի և ձվաբջջի պահպանման հատուկ միջավայրեր
13. Ձվաբջջի պունկցիայի համար նախատեսված գործիքների և բժշկական պարագաների հավաքածու
14. Մաղմի ներդրման բժշկական պարագաների հավաքածու

### ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 բժշկական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ շուրջօրյա հերթապահության 1 քույրական պաշտոն՝ յուրաքանչյուր 20 մահճակալի հաշվով:

Բաժանմունքի գործունեության համար անհրաժեշտ է ժամանակակից լաբորատորիա՝ ինֆեկցիաների և հորմոնների ախտորոշման համար:

## **50. ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՊԱՀԱՆՋՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

### **50.1. ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ**

#### **ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Մահճակալներ (առնվազն 6 հատ)
2. Վերակենդանացման սեղան
3. Երկարատև արհեստական շնչառության սարք (առնվազն 2 հատ)
4. Կյուվեզներ (առնվազն 4 հատ)
5. Ճառագայթային տաքացնող սարքեր
6. Ամբուի պարկեր՝ յուրաքանչյուր մահճակալի համար
7. Դիմակներ՝ ամեն Ամբուի պարկի համար
8. Արտածծիչ սարք
9. Ֆոտոթերապիայի լամպ
10. Թթվածնի և սեղմված օդի մղման համակարգ
11. Թթվածնային վրաններ, բինազալ դիմակներ և թթվածնային դիմակներ
12. Շնչական խառնուրդի խոնավացուցիչներ՝ յուրաքանչյուր մահճակալի համար
13. Ինֆուզիոն պոմպեր՝ յուրաքանչյուր մահճակալին
14. Լարինգոսկոպ (առնվազն երկուսը)
15. Կարդիոմոնիթորներ
16. Պուլսօքսիմետրեր (առնվազն երեքը)
17. Քթային CPAP
18. Ինհալացիոն սարքեր
19. Բակտերիցիդ լամպեր
20. Նորածնային կշեռք
21. Ախտահանող սարք
22. Բիքսեր
23. Տարողություններ՝ ախտահանիչ լուծույթների համար
24. Սառնարան՝ դեղորայքի պահպանման համար
25. Սառնարան՝ կթած կաթի և մանկական սննդի պահպանման համար
26. Պորտատիվ ռենտգեն ապարատ
27. Պորտատիվ գերձայնային հետազոտման սարք

28. Պերիֆերիկ և կենտրոնական երակային կաթետերներ (տարբեր չափերի)
29. Պորտային, արտածման կաթետերներ (տարբեր չափերի)
30. Թիթենիկե ասեղներ (տարբեր չափերի)
31. Ստամոքսային գոնդեր (տարբեր չափերի)
32. Ինտուբացիոն խողովակներ (տարբեր չափերի)
33. Ինտուբացիոն խողովակի ուղղորդիչ
34. Ռեսպիրատոր բինազալ կաթետերներ
35. Օդատար խողովակներ
36. Ներերակային ներարկման համակարգեր (սովորական և արյան բաղադրամասերի ներարկման համար)
37. Շտատիվ
38. Պինցետներ՝ անատոմիական
39. Մկրատներ
40. Վիրաբուժական կորնցազ
41. Թեփուրներ (մեծ ու փոքր)
42. Բժշկական սրվակներ
43. Տարբեր ծավալների ներարկիչներ
44. Ջերմաչափեր
45. Պատի ջերմաչափ՝ ամեն հիվանդասենյակում
46. Նորածնային մահճակալներ
47. Բարուրասեղան
48. Բժշկական պահարան՝ դեղերի պահպանման համար
49. Բժշկական սեղան՝ դեղերի համար
50. Բժշկական սեղան՝ բժշկական գործիքների համար
51. Պահարան՝ մաքուր սպիտակեղենի համար
52. Հարմահճակալային սեղանիկներ
53. Տարողություններ՝ օգտագործված սպիտակեղենի հավաքման համար
54. Սեղաններ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար
55. Աթոռներ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար

#### **ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Բժիշկ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատող՝ համապատասխան վերապատրաստմամբ
3. Կրտսեր բուժաշխատող

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են 1 շուրջօրյա բժշկական պոստ (4,5 բժշկական պաշտոն) յուրաքանչյուր 6 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է 1 շուրջօրյա քույրական պոստ յուրաքանչյուր 3 մահճակալի հաշվով և մեկ ցերեկային բուժքույր՝ յուրաքանչյուր 6 մահճակալի հաշվով:

**50.3. ԾՆԱՐԱՆՈՒՄ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ  
ՀԱՄԱՐ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՐՏԱԴԻՐ  
ՊԱՀԱՆՋՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

**ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Վերակենդանացման սեղան՝ ճառագայթային տաքացնող լամպով
2. Ամբուի պարկ՝ դիմակներով
3. Արտածծիչ սարք
4. Արտածծիչ կաթետերներ՝ N 8 և N 10
5. Թթվածնի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ
6. Շնչառական խառնուրդի խոնավացուցիչ
7. Լարինգոսկոպ՝ նորածնային լեզվակների հավաքածուով
8. Նորածնային ինտուբացիոն խողովակների հավաքածու
9. Նորածնային կշեռք
10. Ախտահանող սարք
11. Բժշկական սրվակներ
12. Ջերմաչափ (նորածնի ջերմությունը չափելու համար՝ մինչև 25 աստիճան)
13. Պատի սենյակային ջերմաչափ
14. Պորտային զարկերակի անջատման և կապման համար նախատեսված հավաքածու
15. Տաքացուցիչ՝ ծնարանը տաքացնելու համար
16. Վերմակ՝ նորածնի և մոր համար
17. Ստերիլ տակաշորեր
18. Ստերիլ ձեռնոցներ
19. Ստետոսկոպ
20. Ժամացույց՝ վայրկենաչափով
21. Ջեռակ՝ անհրաժեշտության դեպքում նորածնին տաքացնելու համար

Նորածնի խնամքը ծնարանում ապահովում է հերթապահ նեոնատոլոգը:

**50.4. ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՍԵՆՅԱԿԻ  
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ  
ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՐՏԱԴԻՐ  
ՊԱՀԱՆՋՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

**ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Կուվեզ
2. Ամբուի պարկ՝ դիմակներով
3. Արտածծիչ սարք
4. Թթվածնի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ
5. Թթվածնի վրաններ, բինազալ կաթետերներ, թթվածնային դիմակներ



6. Լարինգոսկոպ՝ նորածնային լեզվակների հավաքածուով
7. Նորածնային ինտուբացիոն խողովակների հավաքածու
8. Շնչական խառնուրդի խոնավացուցիչներ՝ յուրաքանչյուր մահճակալին
9. Ինֆուզիոն պոմպ՝ յուրաքանչյուր մահճակալին
10. Բակտերիոցիդ լամպ
11. Նորածնային կշեռք
12. Ախտահանող սարք
13. Բիքսեր
14. Տարողություններ՝ ախտահանիչ լուծույթների համար
15. Պորտային և արտածման կաթետերներ (տարբեր չափերի)
16. Ստամոքսային գոնդեր (տարբեր չափերի)
17. Ինտուբացիոն խողովակներ (տարբեր չափերի)՝ ուղղորդիչներով
18. Օդատար խողովակ
19. Պինցետներ՝ անատոմիական
20. Մկրատներ
21. Վիրաբուժական կորնցանգ
22. Բժշկական սրվակներ
23. Ջերմաչափ (նորածնի ջերմությունը չափելու համար՝ մինչև 25 աստիճան)
24. Պատի սենյակային ջերմաչափ
25. Պուլսօքսիմետրեր
26. Ջեռուցող էլեկտրական ներքնակներ
27. Ստետոսկոպ
28. Ժամացույց՝ վայրկենաչափով
29. Ներարկիչներ՝ տարբեր ծավալի
30. Կաչող սպեղանի
31. Բժշկական պահարան՝ դեղերի պահպանման համար
32. Բժշկական սեղան՝ դեղորայքի համար

Նորածնային ինտենսիվ թերապիայի սենյակները պարտադիր են նեոնատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման լիցենզիա ունեցող այն բժշկական հիմնարկների համար, որոնք չունեն նորածնային վերակենդանացման բաժանմունք և նախատեսված են հիվանդ կամ փոքր քաշով նորածինների վիճակի կայունացման ու ժամանակավոր բուժման համար:

Նորածնային ինտենսիվ թերապիայի սենյակում չի նախատեսվում հատուկ հաստիքային կազմ, քանի որ նորածնի խնամքն ու բուժումն իրականացնում է նեոնատոլոգիական հերթապահ բուժանձնակազմը:

Նորածնային ինտենսիվ թերապիայի սենյակներում պետք է լինեն առնվազն երկու մահճակալներ, որոնցից մեկը՝ կուվեզ:

**19. ԱՌԱՋԻՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԲԱԺԱՆ-ՄՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐԻ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ (համաձայն ՀՀ կառավարության 2010 թվականի հունիսի 10-ի N 714-Ն որոշման)**

**ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Թթվածնի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ
2. Արհեստական շնչառության ստացիոնար սարքեր՝ համապատասխան աշխատանքային ռեժիմներով
3. Բազմաֆունկցիոնալ ոչ ինվազիվ հսկողության ստացիոնար մոնիթորներ՝
  - պոլիսոքսիմետրեր
  - պերիֆերիկ հեմոդինամիկ ցուցանիշներ արձանագրող՝ զարկերակային ճնշում (սիստոլիկ, դիաստոլիկ, միջին)
  - էլեկտրակարդիոմոնիթորներ

Մոնիթորները պետք է ապահովված լինեն ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ, էլեկտրասրտագրման էլեկտրոդներով, ինչպես նաև վտանգի ահազանգման ձայնային և լուսային համակարգերով:

4. Ջերմաչափեր
5. Տոնոմետրեր
6. Ֆոնենդոսկոպներ
7. Ինֆուզիոն և տրանսֆուզիոն թերապիայի իրականացման պոմպեր
8. Դեֆիբրիլյատոր՝ ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ
9. Լարինգոսկոպ՝ տարբեր մեծությամբ շեղբերով (մանկական ու մեծահասակների) և ինքնուրույն էլեկտրասնուցմամբ
10. Արտածծման էլեկտրական սարք
11. Ամբու պարկեր՝ մանկական ու մեծահասակների դիմակներով և թթվածնի աղբյուրի հետ միացման համակարգով
12. Թթվածնի խոնավացուցիչ
13. Հիվանդի տաքացման և սառեցման միջոցներ
14. Ֆունկցիոնալ մահճակալներ
15. Տրանսպորտային սայլակներ
16. Ինհալյատոր
17. Հարմահճակալային սեղանիկներ՝ հիվանդների համար
18. Մանրէասպան լամպեր (բակտերիցիդ լամպեր)
19. Աթոռներ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար
20. Աշխատանքային սեղաններ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար
21. Բժշկական պահարաններ՝ դեղորայքի և բժշկական պիտույքների համար
22. Հանդերձապահարաններ
23. Մետաղյա պահարան՝ նարկոտիկ դեղամիջոցների պահպանման համար

24. Սառնարաններ՝ դեղամիջոցների և արյան բաղադրամասերի պահպանման համար
25. Ընթացիկ ծախսվող բժշկական նյութեր՝ զարկերակային և երակային ձգալարաններ, պերիֆերիկ և կենտրոնական երակային կաթետրներ, բժշկական սպեղանի, միանգամյա օգտագործման սպիրտային գնդիկներ, միզային կաթետրներ ու մեզընդունիչներ, քիթ-ստամոքսային և բերան-ստամոքսային զոնդեր, թոքամզի խոռոչի դրենավորման դրենաժներ, պարանոցի անշարժացման օձիքներ և վերջույթների, ողնաշարի անշարժացման վակուումային բեկակալներ, օդատար ռետինե փողրակներ, ինտուբացիոն ու տրախեոտոմիկ խողովակներ, կոնիկոտոմիկ հավաքածուներ, լարինգեալ դիմակներ, համակցված փողրակներ, թթվածնի ինհալյացիայի դիմակներ և այլն
26. Վիրաբուժական գործիքների հավաքածու և վիրաբուժական կարանյութեր
27. Վիրակապանյութեր և անտիսեպտիկ լուծույթներ (մանրէագերծված թանզիֆներ, անձեռոցիկներ, բետադինի, բժշկական սպիրտի, յոդի լուծույթներ և այլն
28. Շտատիվներ

#### **ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Բժիշկներ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատողներ
3. Կրտսեր բուժաշխատողներ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 շուրջօրյա բժշկական պոստ (4,5 բժշկական պաշտոն)՝ յուրաքանչյուր 6 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ 1 շուրջօրյա քույրական պոստ՝ յուրաքանչյուր 3 մահճակալի հաշվով:

#### **19.1. ԵՐԿՐՈՐԴ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՀԱՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

##### **ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ**

1. Թթվածնի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ
2. Արհեստական շնչառության ստացիոնար սարքեր՝
  - ընդմիջվող դրական ճնշմամբ արհեստական շնչառության,
  - սինքրոնիզացված հարկադիր մեխանիկական շնչառության,
  - շնչառիչներում մշտական դրական ճնշման,

- արտաշնչման վերջում դրական ճնշման աշխատանքային ռեժիմներով
- 3. Բազմաֆունկցիոնալ ոչ ինվազիվ հսկողության ստացիոնար մոնիթորներ՝
  - պուլսօքսիմետրեր
  - պերիֆերիկ հեմոդինամիկ ցուցանիշներ արձանագրող՝ զարկերակային ճնշում (սիստոլիկ, դիաստոլիկ, միջին)
  - էլեկտրակարդիոմոնիթորներ

Մոնիթորները պետք է ապահովված լինեն ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ, էլեկտրասրտագրման էլեկտրոդներով, ինչպես նաև վտանգի ահագանգման ձայնային և լուսային համակարգերով:

4. Ջերմաչափեր
5. Ջարկերակային ճնշումը չափող ձեռքի սարք՝ տոնոմետր և ստետոսկոպ
6. Ինֆուզիոն և տրանսֆուզիոն թերապիայի իրականացման պոմպեր
7. Դեֆիբրիլյատոր՝ ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ
8. Լարինգոսկոպ՝ տարբեր մեծությամբ շեղբերով (մանկական ու
9. մեծահասակների) և ինքնուրույն էլեկտրասնուցմամբ
10. Արտածման էլեկտրական սարք Ամբու պարկեր՝ մանկական ու մեծահասակների դիմակներով և թթվածնի աղբյուրի հետ միացման համակարգով
11. Թթվածնի խոնավացուցիչ
12. Հիվանդի տաքացման և սառեցման միջոցներ
13. Ֆունկցիոնալ մահճակալներ
14. Տրանսպորտային սայլակներ
15. Ինհալյատոր
16. Հարմահճակալային սեղանիկներ՝ հիվանդների համար
17. Մանրէասպան լամպեր (բակտերիցիդ լամպեր)
18. Աթոռներ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար
19. Աշխատանքային սեղաններ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար
20. Բժշկական պահարաններ՝ դեղորայքի և բժշկական պիտույքների համար
21. Հանդերձապահարաններ
22. Մետաղյա պահարան՝ նարկոտիկ դեղամիջոցների պահպանման համար
23. Սառնարաններ՝ դեղամիջոցների և արյան բաղադրամասերի պահպանման համար
24. Ընթացիկ ծախավող բժշկական նյութեր՝ զարկերակային և երակային ձգալարաններ, պերիֆերիկ և կենտրոնական երակային կաթետրներ, բժշկական սպեղանի, միանգամյա օգտագործման սպիրտային գնդիկներ, միզային կաթետրներ ու մեզրնդունիչներ, քիթ-ստամոքսային և բերան-ստամոքսային զոնդեր, թոքամզի խոռոչի

դրենավորման դրենաժներ, պարանոցի անշարժացման օձիքներ և վերջույթների, ողնաշարի անշարժացման վակուումային բեկակալներ, օդատար ռետինե փողրակներ, ինտուբացիոն ու տրախեոտոմիկ խողովակներ, կոնիկոտոմիկ հավաքածուներ, լարինգեալ դիմակներ, համակցված փողրակներ, թթվածնի ինհալյացիայի դիմակներ և այլն

25. Վիրաբուժական գործիքների հավաքածու և վիրաբուժական կարանյութեր
26. Վիրակապանյութեր և անտիսեպտիկ լուծույթներ (մանրէագերծված վիրակապեր, անձեռոցիկներ, բետադինի, բժշկական սպիրտի, յոդի լուծույթներ և այլն)
27. Շտատիվներ
28. Բազմաֆունկցիոնալ շարժական ոչ ինվազիվ հսկողության մոնիթորներ՝ պուլսօքսիմետրիա, էլեկտրասրտագրություն, սրտային զարկերի հաճախականություն, զարկերակային ճնշում (սիստոլիկ, դիաստոլիկ, միջին)
29. Էլեկտրապերֆուզորներ՝ ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ
30. Շարժական ռենտգեն սարք
31. Հակապատկելախոցային ներքնակներ
32. Մանկական ընդհանուր անզգայացման սարք
33. Շարժական թթվածնի բալոններ՝ իրենց ռեդուկտորներով

Վերակենդանացման բաժանմունքը կարող է գործել այն լիցենզավորված բուժհաստատություններում, որոնք իրականացնում են շուրջօրյա լաբորատոր, ֆունկցիոնալ և ճառագայթային ախտորոշիչ բժշկական օգնության ու սպասարկման տեսակներ և ապահովված են էլեկտրաէներգիայի վթարային գեներատորով:

#### ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Բժիշկ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին 5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման ատկայության դեպքում
2. Միջին բուժաշխատող
3. Կրտսեր բուժաշխատող

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 շուրջօրյա բժշկական պոստ (4,5 բժշկական պաշտոն)՝ յուրաքանչյուր 6 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանձնակազմի պաշտոնը սահմանվում է՝ 1 շուրջօրյա քույրական պոստ՝ յուրաքանչյուր 3 մահճակալի հաշվով, և մեկ ցերեկային բուժքույր՝ յուրաքանչյուր 6 մահճակալի հաշվով:

## 19.2. ԵՐՐՈՐԴ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

### ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ

1. Թթվածնի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ
2. Արհեստական շնչառության ստացիոնար սարքեր՝
  - ընդմիջվող դրական ճնշմամբ արհեստական շնչառության
  - սինքրոնիզացված հարկադիր մեխանիկական շնչառության
  - շնչուղիներում մշտական դրական ճնշման
  - շնչուղիներում երկփուլ դրական ճնշման
  - արտաշնչման վերջում դրական ճնշման աշխատանքային ռե-  
ժիմներով
3. Բազմաֆունկցիոնալ ոչ ինվազիվ հսկողության ստացիոնար մոնի-  
թորներ՝
  - պոլսոքսիմետրեր
  - պերիֆերիկ հեմոդինամիկ ցուցանիշներ արձանագրող՝  
զարկերակային ճնշում (սիստոլիկ, դիաստոլիկ, միջին)
  - էլեկտրակարդիոմոնիթորներ՝ երկու արտածումներով
  - կապնոգրաֆներ

Մոնիթորները պետք է ապահովված լինեն ավտոնոմ էլեկտրասնուց-  
մամբ, էլեկտրասրտագրման էլեկտրոդներով, ինչպես նաև վտանգի ահա-  
զանգման ձայնային և լուսային համակարգերով:

4. Ջերմաչափեր
5. Ջարկերակային ճնշումը չափող ձեռքի սարք՝ տոնոմետր և ստետոս-  
կոպ
6. Ինֆուզիոն և տրանսֆուզիոն թերապիայի իրականացման պոմպեր
7. Դեֆիբրիլյատոր՝ ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ
8. Լարինգոսկոպ՝ տարբեր մեծությամբ շեղբերով (մանկական ու  
մեծահասակների) և ինքնուրույն էլեկտրասնուցմամբ
9. Արտածման էլեկտրական սարք
10. Ամբու պարկեր՝ մանկական ու մեծահասակների դիմակներով և  
թթվածնի աղբյուրի հետ միացման համակարգով
11. Թթվածնի խոնավացուցիչ
12. Հիվանդի տաքացման և սառեցման միջոցներ
13. Ֆունկցիոնալ մահճակալներ
14. Տրանսպորտային սայլակներ
15. Ինհալյատոր
16. Հարմահճակալային սեղանիկներ՝ հիվանդների համար
17. Մանրէասպան լամպեր (բակտերիցիդ լամպեր)
18. Աթոններ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար

19. Աշխատանքային սեղաններ՝ բժիշկների և բուժքույրերի համար
20. Բժշկական պահարաններ՝ դեղորայքի և բժշկական պիտույքների համար
21. Հանդերձապահարաններ՝ բուժանձնակազմի համար
22. Մետաղյա պահարան՝ նարկոտիկ դեղամիջոցների պահպանման համար
23. Սառնարաններ՝ դեղամիջոցների և արյան բաղադրամասերի պահպանման համար
24. Ընթացիկ ծախսվող բժշկական նյութեր՝ զարկերակային և երակային ձգալարաններ, պերիֆերիկ և կենտրոնական երակային կաթետրներ, բժշկական սպեղանի, միանգամյա օգտագործման սպիրտային գնդիկներ, միզային կաթետրներ ու մեզրնդունիչներ, քիթ-ստամոքսային և բերան-ստամոքսային զոնդեր, թոքամզի խոռոչի դրենավորման դրենաժներ, պարանոցի անշարժացման օձիքներ և վերջույթների, ողնաշարի անշարժացման վակուումային բեկակալներ, օդատար ռետինե փողրակներ, ինտուբացիոն ու տրախեոտոմիկ խողովակներ, կոնիկոտոմիկ հավաքածուներ, լարինգեալ դիմակներ, համակցված փողրակներ, թթվածնի ինհալյացիայի դիմակներ և այլն
25. Վիրաբուժական գործիքների հավաքածու և վիրաբուժական կարանյութեր
26. Վիրակապանյութեր և անտիսեպտիկ լուծույթներ (մանրէազերծված վիրակապեր, անձեռոցիկներ, բետադինի, բժշկական սպիրտի, յոդի լուծույթներ և այլն)
27. Շտատիվներ
28. Բազմաֆունկցիոնալ շարժական ոչ ինվազիվ հսկողության մոնիթորներ՝ պուլսօքսիմետրիա, էլեկտրասրտագրություն, սրտային զարկերի հաճախականություն, զարկերակային ճնշում (սիստոլիկ, դիաստոլիկ, միջին)
29. Էլեկտրապերֆուզորներ՝ ավտոնոմ էլեկտրասնուցմամբ
30. Շարժական ռենտգեն սարք
31. Հակապառկելախոցային ներքնակներ
32. Մանկական ընդհանուր անզգայացման սարք
33. Շարժական թթվածնի բալոններ՝ իրենց ռեդուկտորներով
34. Սեղմված օդի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ
35. Վակուումի կենտրոնացված համակարգ
36. Էլեկտրաէներգիայի վթարային գեներատոր
37. Էլեկտրասրտագրության սարք
38. Ֆիբրոբրոնխոսկոպ
39. Տրանսպորտային շարժական արհեստական շնչառության սարքեր՝
  - ընդմիջվող դրական ճնշմամբ արհեստական շնչառության
  - ինքրոնիզացված հարկադիր մեխանիկական շնչառության
  - շնչուղիներում մշտական դրական ճնշման

- արտաշնչման վերջում դրական ճնշման աշխատանքային  
ռեժիմներով
- 40. Արհեստական շնչառության ոչ ինվազիվ սարքեր
- 41. Բազմաֆունկցիոնալ ինվազիվ հսկողության մոնիթորներ՝ ավտո-  
նոմ էլեկտրասնուցմամբ և վտանգի ահազանգման ձայնային ու լու-  
սային համակարգերով
- 42. Շարժական ուլտրաձայնային հետազոտության սարք
- 43. Հեմոդիալիզի ապարատ
- 44. Էքսպլեն-լաբորատորիա (բիոքիմիական, ընդհանուր կլինիկական,  
սերոլոգիական անալիզներով)

#### **ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Բժիշկ՝ համապատասխան հետդիպլոմային կրթության և վերջին  
5 տարվա ընթացքում վերապատրաստման առկայության դեպ-  
քում
2. Միջին բուժաշխատող
3. Կրտսեր բուժաշխատող
4. Ինժեներ-տեխնիկ

Բժշկական պաշտոնները սահմանվում են՝ 1 շուրջօրյա բժշկական պոստ  
(4,5 բժշկական պաշտոն)՝ յուրաքանչյուր 6 մահճակալի հաշվով:

Միջին բուժանճակագմի պաշտոնը սահմանվում է՝ 1 շուրջօրյա քույրա-  
կան պոստ՝ յուրաքանչյուր 3 մահճակալի հաշվով, և մեկ ցերեկային բուժ-  
քույր՝ յուրաքանչյուր 3 մահճակալի հաշվով:

Սահմանել, որ վերակենդանացման երրորդ մակարդակի բաժանմուն-  
քը կարող է գործել այն լիցենզավորված բազմապրոֆիլ բուժհաստատու-  
թյուններում, որոնք իրականացնում են շուրջօրյա լաբորատոր, ֆունկ-  
ցիոնալ ու ճառագայթային ակտորոշիչ (կոմպյուտերային տոմոգրաֆիկ,  
անգիոգրաֆիկ, ուլտրաձայնային, դոպլերոգրաֆիկ, էնդոսկոպիկ, լապա-  
րոսկոպիկ և այլն) բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներ: Հա-  
մապատասխան սարքավորումների բացակայության կամ անսարքության  
դեպքում բուժհաստատությունը պարտավոր է անհետաձգելի բուժօգնու-  
թյան արտագնա բրիգադների միջոցով ապահովել հիվանդների անվտանգ  
տեղափոխումն այլ լիցենզավորված բուժհաստատություններ՝ անհրաժեշտ  
հետազոտությունների անցկացման կամ բուժման համար:



### ԳԼՈՒԽ 3. ԾՆՆՊՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՂԵԳՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

#### 3.1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն կարգով կարգավորվում են ծննդօգնության իրականացման համար ուղեգրման հետ կապված հարաբերությունները՝ կախված հղի կնոջ/ծննդաբերի առողջական վիճակից, էքստրագենիտալ և մանկաբարձական ախտաբանության բնույթից ու ծանրության աստիճանից:
2. Սույն կարգը հիմնված է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ նորմալ ու բարդացած ծննդաբերությունների սահմանումների և երաշխավորությունների վրա:
3. Սույն կարգի հիմնական նպատակներն են.
  - բժշկական կազմակերպության մակարդակին և հնարավորություններին համապատասխան ծննդաբերների ընդունելիությունը ու բժշկական օգնության ռացիոնալ կազմակերպումը,
  - ծննդօգնության մատչելիության և որակի բարձրացումը,
  - մայրական և նորածնային հիվանդացության ու մահացության իջեցումը,
  - մարզային ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական հոսքերի ավելացումը,
  - Կենդանածնության և մեռելածնության, ծննդաբերությունը հղիության 22 շաբաթական ժամկետից անցման Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության երաշխավորությունների ներդրման արդյունավետության ապահովումը:
  - Ծննդօգնության (պերինատալ բժշկական օգնության) ռեգիոնալիզացիան, որը պահանջում է նորմալ ընթացող հղիների և ծննդաբերների բժշկական օգնության տրամադրման իրականացում տեղերում, իսկ ելնելով ախտաբանության բնույթից և ծանրության աստիճանից՝ ուղեգրում նեղ մասնագիտացված 3-րդ մակարդակի բժշկական կազմակերպություն:
4. Այն դեպքերում, երբ մարզերում փաստացի բնակվող, նորմալ ընթացքով հղիությամբ, առանց շեղումների, առողջ ծննդաբերը դիմում է ոչ իր բնակության վայրի տարածքային ծննդօգնության բժշկական կազմակերպություններ, Երևանի կամ այլ մարզի ծննդօգնության բժշկական կազմակերպություններ, ապա ծննդալուծումը կատարվում է ՀՀ առողջապահության կողմից սահմանված կարգով, բացառությամբ սույն հրամանի հավելված 1-ով և 2-ով սահմանված բժշկական ցուցումներով 3-րդ մակարդակի բժշկական կազմակերպություններ ռիսկի խմբի ուղեգրված հղիների/ծննդաբերների, անհետաձգելի իրավիճակների, մոր և պտղին վտանգ սպառնացող, նորմալ կամ բարդացած ծննդաբերական գործունեությամբ դեպ-

քերի, ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ հղիի նախածննդյան հսկողությունը իրականացվել է իր բնակության վայրից դուրս այլ վարչական տարածքների (Երևան/մարզեր) ծննդօգնության բժշկական կազմակերպություններում վճարովի հիմունքներով և տրամադրվել է հավաստագիր:

### **3.2. ՆՈՐՄԱԼ ԵՎ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ԾՆՆԴՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐԸ**

1. Ծննդօգնության ոլորտում ուղեգրումը պետք է կատարվի ելնելով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ծննդաբերությունների բնույթի, ինչպես նաև ծննդօգնություն իրականացնող կազմակերպությունների մակարդակների դասակարգումից,
  - ծննդաբերություն համարվում է նորմալ, եթե տեղի է ունենում 38-41 շաբաթական ժամկետում, գլխային առաջադրությամբ բնական ուղիներով, առանց որևէ միջամտությամբ, որի համար չի պահանջվում լրացուցիչ որևէ այլ հետազոտության և ախտորոշիչ մեթոդի կիրառում ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում,
  - ծննդաբերություն համարվում է բարդացած, որը տեղի է ունենում 22 շաբաթից մինչև 37 շաբաթական կամ 42 և ավելի շաբաթական ժամկետում որի դեպքում առկա է մանկաբարձական, սոմատիկ օրգանների (էքստրագենիտալ) կամ պտղի ներարգանդային ախտաբանություն, որոնք պահանջում են նեղ մասնագիտական խորհրդատվություն, լրացուցիչ հետազոտություն և միջամտություն ծննդաբերության կամ հետծննդյան շրջանում:
2. Ուղեգրումը պետք է կատարվի համապատասխան մակարդակի ծննդօգնության ստացիոնար բժշկական կազմակերպություններ, սահմանված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2008 թվականի մայիսի 21-ի N 695-Ա հրամանով, ելնելով բնակության վայրից, սպասվող ծննդաբերության, մանկաբարձապերինատալ և էքստրագենիտալ ախտաբանության բնույթից,
  - I Ա մակարդակի ծննդօգնության բժշկական կազմակերպություն՝ գյուղական առողջության կենտրոնները են, ուր ուղեգրվում և ընդունվում են հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացքով, սկսված նորմալ ծննդաբերությամբ, կրկնածին ծննդաբերները, որոնց դեպքում պահանջվում է շտապ ծննդալուծում և որոնք ենթակա չեն տեղափոխման:
  - IԲ մակարդակի՝ ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունները դրանք մարզերի բժշկական կենտրոնների կազմում գտնվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքները և

ծննդատներն են, ուր ուղեգրվում/ընդունում են ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիներին ու ծննդաբերներին և որոնք, ինչպես նաև նրանց նորածինները չեն պահանջում հատուկ հետազոտում և բուժում:

- II մակարդակի՝ ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունները դրանք ինքնուրույն իրավաբանական անձ հանդիսացող ծննդատները և բժշկական կենտրոնների կազմում գտնվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքներ են, ուր ուղեգրվում և ընդունվում են նորմալ և ցածր ռիսկի խմբի հղիները/ծննդաբերները, ինչպես նաև այն հղիները/ծննդաբերները, որոնք և որոնց նորածինները չեն պահանջում հատուկ, նեղ մասնագիտացված հետազոտում ու բուժում, չունեն ծանր, էքստրազենիտալ կամ մանկաբարձապերինատալ և նեոնատալ ախտաբանություններ:
- III մակարդակի ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունները դրանք պերինատալ, մասնագիտացված գիտահետազոտական կենտրոններ ու ինստիտուտներ են. ինչպես նաև բազմապրոֆիլային բժշկական կենտրոնների մանկաբարձագինեկոլոգիական ստորաբաժանումներ, ուր հետազոտման, բուժման և/կամ ծննդալուծման նպատակով ուղեգրվում և ընդունվում են բարդացած մանկաբարձագինեկոլոգիական անամնեզով, ծանր էքստրազենիտալ ու մանկաբարձական/պերինատալ ախտաբանությամբ ծննդաբերները, ինչպես նաև ծննդաբերները՝ խորը անհաս և/կամ ցածր քաշով սպասվող նորածիններով, որոնք և/կամ նրանց նորածինները պահանջում են նեղ մասնագիտական, հատուկ հետազոտում և բուժում:

### 3.3. ՀՂԻՆԵՐԻ/ԾՆՆԴԱԲԵՐՆԵՐԻ ՈՒՂԵԳՐՄԱՆ

#### ԶԱՓՈՐՈՇԻՉՆԵՐԸ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ

#### ՏՐԱՄԱԳՐՈՒՄԸ ԸՍՏ ԾՆՆԴՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐԻ

1. Հղիության նորմալ ընթացք ունեցող, առանց մոր և պտղի կողմից ուղեկցող հիվանդության յուրաքանչյուր հղի /ծննդաբեր, անկախ Հայաստանի Հարապետությունում իր պաշտոնական հաշվառման վայրից, կարող է ուղեգրվել ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն իր մշտական բնակության վայրի տարածքային ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն, իսկ Երևան քաղաքի դեպքում՝ Երևանում գործող ցանկացած ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն:
2. Հղիների/ծննդաբերների ուղեգրումն իրականացվում է ելնելով բնակության վայրից, ծննդաբերության բնույթից և բժշկական կազմակերպության մակարդակից

- տվյալ մարզի տարածքում փաստացի բնակվող, հղիության նորմալ ընթացքով, առանց բարդությունների, առողջ ծննդաբերները ուղեգրվում են տարածքային մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն,
- նորմալ, ցածր ռիսկի խմբի հղիները/ծննդաբերները և նրանց նորածինները, որոնք չեն պահանջում հատուկ նեղ մասնագիտական հետազոտում և բուժում, ուղեգրվում են II մակարդակի բժշկական կազմակերպության,
- ռիսկի խմբի հղիները/ծննդաբերները, բարդացած մանկաբարձագինեկոլոգիական անամնեզով, տարբեր էքստրագենիտալ և մանկաբարձապերինատալ ախտաբանությամբ տառապող ծննդաբերները, սպասվող խորը անհաս կամ ցածր քաշով նորածինները, որոնք պահանջում են նեղ մասնագիտացված, հատուկ հետազոտում, բուժում և ծննդալուծում, անկախ պաշտոնական հաշվառման և բնակության վայրից, ուղեգրվում են III մակարդակի ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն,
- մայրական և նորածնային մահացության իջեցման նպատակով բարձր ռիսկի խմբի հղիները/ծննդաբերները՝ մանկաբարձական և էքստրագենիտալ ծանր ախտաբանությամբ, 22-37 շաբաթական ժամկետում փոքր քաշով, ներարգանդային աճի դանդաղման համախտանիշով, սպասվող ծանր ասֆիքսիայով ծնվող նորածինները, որոնք պահանջում են բարձր որակավորմամբ, թիմային սկզբունքով, շուրջօրյա ռեժիմով աշխատող բժշկական անձնակազմի կողմից ախտորոշման և բուժման նպատակով բժշկական բարձր տեխնոլոգիաների օգտագործում, բժշկական օգնության իրականացում ըստ ախտաբանության բնույթի և ծանրության աստիճանի, ուղեգրվում են III մակարդակի ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն, որտեղ առկա է համապատասխան ենթակառուցվածքներ, կադրային և սարքավորումային հագեցվածություն ու լաբորատոր-գործիքային ընդլայնված հետազոտությունների հնարավորություններ, այդ թվում սպեցիֆիկ և այլ պերինատալ ինֆեկցիաներով (ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ, տուբերկուլոզ, վիրուսային վարակներ՝ կարմրախտ, ջրծաղիկ և այլն հեպատիտներ A, B, C, և դրանցով պայմանավորված մահացած պտուղներ, պտղի զարգացման արատներ 22 շաբ. և ավելի) ախտաբանությամբ տառապող նեղ մասնագիտական օգնության կարիք ունեցող հղիները, ծննդաբերները ուղեգրվում են Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ՝ որտեղ ապահովում են նաև ախտա-

բանա-մորֆոլոգիական, միկրոբիոլոգիական, գենետիկական հետազոտությունները: (Հրաման Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 31.06.2008թ, թիվ 1055-Ա) (ցանկը ներկայացված է հավելված 2-ում):

3. Հղիության բնականոն ընթացք ունեցող ծննդաբերների համար փաստացի բնակության վայրի տարածաշրջանային ստացիոնար ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն պլանային ուղեգրման և ընդունվելու համար հիմք են հանդիսանում՝
  - ծննդօգնության պետական հավաստագիրը, փոխանակման քարտը կամ տարածքային նախաձեռնության բժշկական օգնություն իրականացնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական հաստատության բժշկի ուղեգիրը և քաղվածքը:
  - անհետաձգելի իրավիճակներում ընդունելության համար հիմք է հանդիսանում նաև ծննդաբերի ինքնուրույն դիմելը, շտապ օգնության ուղեգիրը, ինչպես նաև ընդունարանի կամ հերթապահ բժշկի գրառումը:
4. Մարզերից 3-րդ մակարդակի ծննդօգնություն բժշկական կազմակերպություն պլանային ծննդալուծման համար հիմք են հանդիսանում՝
  - Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կամ մարզպետարանի ուղեգիրը, ներկայացնելով նաև «Ծննդօգնության պետական հավաստագիրը ու փոխանակման քարտը,
  - տարածքային նախաձեռնության բժշկական օգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպության ուղեգիրը՝ հաստատված տնօրենի կողմից, որպես ռիսկի խմբի հղի/ ծննդաբեր, ունենալով իրենց հետ «Ծննդօգնության պետական հավաստագիր և փոխանակման քարտը.
  - անհետաձգելի դեպքերում, մարզերից 3-րդ մակարդակի ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություն, ինչպես նորմալ, այնպես էլ ռիսկի խմբի հղիների/ծննդաբերների ընդունելության համար հիմք են հանդիսանում հղիության և ծննդաբերական գործունեության ընթացքում ծագած ախտաբանությունների կապակցությամբ տարածքային նախաձեռնության բժշկական օգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպության ուղեգիրը, ինքնուրույն դիմելը, շտապ օգնության ուղեգիրը, ընդունարանի կամ հերթապահ բժշկի գրառումը:
5. Այն բոլոր դեպքերում, երբ ծննդաբերը դիմում է մանկաբարձապերինատալ բարդության աստիճանին չհամապատասխանող IU, IF, II մակարդակի բժշկական կազմակերպություն, վիճակի գնահատումից և ախտորոշումից հետո, տվյալ բժշկական կազմակերպությունը կազմակերպում է ուղեգրում /փոխադրում III մակարդակի բժշկա-

կան կազմակերպություն՝ կատարելով գրառում համապատասխան բժշկական փաստաթղթերում:

- Անհետաձգելի իրավիճակներում բարդության աստիճանին չհամապատասխանող բժշկական կազմակերպություն դիմելիս անհրաժեշտ է հղիի/ ծննդաբերի համար իրականացնել վիճակը կայունացնող անհետաձգելի բժշկական օգնություն, զուգահեռաբար կազմակերպել խորհրդատվություն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գլխավոր մանկաբարձ-գինեկոլոգի/անեսթեզիոլոգի/նեոնատոլոգի հետ և նախապատրաստել փոխադրում ավելի բարձր մակարդակի նեղ մասնագիտական բժշկական կազմակերպություն:
- Այն դեպքերում, երբ I, II մակարդակի բժշկական հաստատություններից անհնար է տեղափոխել III մակարդակի բժշկական հաստատություն, ապա պետք է տեղում իրականացնել անհրաժեշտ բժշկական օգնություն, մասնագետների հրավիրում, ծննդալուծում, ինտենսիվ թերապիա, վերակենդանացում, ինչպես մորը, այնպես էլ նորածնին, որից հետո, անհրաժեշտության դեպքում, տեղափոխել նեղ մասնագիտական բժշկական կազմակերպություն:

**ՀՂԻՆԵՐԻ /ԾՆՆ-ԳԱԲԵՐՆԵՐԻ ՈՒՂԵԳՐՄԱՆ ԵՎ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ՝ ԸՍՏ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆՆԵՐԻ**

II Ա մակարդակ՝ նորմալ ընթացքով ծննդաբերություն, որը պահանջում է շտապ ծննդալուծում և ենթակա չէ տեղափոխման:

IԲ մակարդակ	II մակարդակ	III մակարդակ
1. Տվյալ բնակավայրում փաստացի բնակվող հղիության նորմալ ընթացքով հղիները/ծննդաբերները	1. Տվյալ բնակավայրում փաստացի բնակվող նորմալ և ցածր ռիսկի հղիները/ծննդաբերները	1. Տվյալ տարածաշրջանում փաստացի բնակվող նորմալ ցածր, ռիսկի հղիները/ծննդաբերները որոնց մոտ սպասվում է նորմալ ծննդաբերություն
2. Ծննդաբերություն և թեթև ատոփճանի անեմիա (100 գ/լ և ցածր)	2. Թեթև աստիճանի խրոնիկական հիպերտենզիա մինչև 20 շաբաթական հղիությունը, դիաստոլիկ արյան ճնշումը 90մմ.ս և ավելի	2. Հղիության հիպերտենզիա՝ թեթև, միջին և ծանր աստիճանի, դիաստոլիկ արյան ճնշումը 110 մմ ս.ս և ավելի, հղիության առաջին շաբաթներում
3. Ծննդաբերություն թուրքի դեպքում	3. Մասնակի առաջադիր պլացենտա՝ նորմալ տեղակայված պլացենտայի վաղաժամ շերտագատում ՆՏ-ԳՎՇ), երբ չկա արյունահոսություն, խանգարված չէ հեմոդինամիկան, էրիթրոցիտների քանակը և HB-ն նորմալ են	3. Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիա, արյան զարկերակային ճնշումը 170/110 մմ ս.ս և բարձր 20 շաբաթական հղիությունից հետո, պրոտեինուրիա 3գ/լ
4. Ծննդաբերություն առաջին աստիճանի ճարպակալման դեպքում	4. չկա արյունահոսություն, խանգարված չէ հեմոդինամիկան, էրիթրոցիտների քանակը և HB-ն նորմալ են	4. Էկլամպսիա, ցեցումներ
5. Ծննդաբերություն վեգետոանոթային դիստոնիայի դեպքում	5. Պտղի ոչ ճիշտ առաջադրություն	5. Էկլամպսիկ կամ կոնստոզ այլ վիճակներ
6. Ծննդաբերություն հղիությամբ պայմանավորված թեթև այտուցների դեպքում	6. Հատուն ծննդաբերություն և սնտական ճանապարհով փոխանցվող որոշ խրոնիկ ինֆեկցիաներ (կանաչիկ, տրիխոմոնիա, հերպես), որոնք ախտորոշված են	6. HEEP հասնիստանիշ
7. Նորմալ ընթացքով հղիության կտրժ կծկանքներ 38 շաբաթական ժամկետից բարձր	7. Պտղի ոչ ճիշտ առաջադրություն	7. Առաջադիր պլացենտա, նորմալ տեղակայված պլացենտայի վաղաժամ շերտագատում մասնակի կամ արյան կորուստով, որոնք կարող են ուղեկցվել կոագուլոպաթիայով և կամ/հեմոդինամիկ խանգարումներով (HB 90գ/լ պակաս)և պահանջում արյան և փոխարինիչների փոխներարկում
8. Վաղաժամ ծննդաբերություն 36-ից բարձր ժամկետում (քաշը 2200-ից բարձր)	8. Հատուն ծննդաբերություն և սնտական ճանապարհով փոխանցվող որոշ խրոնիկ ինֆեկցիաներ (կանաչիկ, տրիխոմոնիա, հերպես), որոնք ախտորոշված են	8. Արգանդի սպառնացող կամ սկսվող պատուվածք
9. Թեթև աստիճանի պրեէկլամպսիա, դիաստոլիկ ճնշումը 90 մմ ս.ս		

<p><b>IF- մակարդակ</b></p>	<p><b>II մակարդակ</b></p>	<p><b>III մակարդակ</b></p>
<p>10. Ծննդաբերություն նեղ կրնքի ժաման, առանց ուղեկցող հիվանդության</p>	<p>նախածնյան շրջանում և չեն ուղեկցվում պտղի ներաբ- գանդային վարակածու- թյամբ ու ակտաբանությամբ</p>	<p>9. Արգանդի պարանոցի նորագոյացություն և ծննդաբերություն</p>
<p>11. Ծննդաբերություն՝ արգանդի պա- րանոցի կոնիզացիայից և կուա- գուլացիայից հետո</p>	<p>7. Ծննդաբերություն հղիությանը ընթացքում պայմանավորված թեթև այտուցներ</p>	<p>10. Արյան համակարգի ակտահարումներ և մակարդելիություն իջեցում, (պրոթրոմբին ինդեքս 80%-ից, ֆիբրինոգենը 150-ից, թրոմ- բինային ժամանակը 8 վրկ. ցածր) կուա- գուլացիայի պրոնահոություններ, ծննդա- բերություն և վաղ հետծննդյան շրջանում</p>
<p>12. Ծննդաբերություն՝ ՍՃՓՀ որոշ հիվանդությունների (բացա- ռությամբ սակցիֆիկ ինֆեկ- ցիաների), որոնք չեն ուղեկցվում պտղի ներարգանդային ակտա- բանությամբ</p>	<p>8. Բազմապտուղ հղիություն, (պտղի քաշը 2500.0 և ավելի), առանց բարդությունների, եթե կա 24 ժամյա նեոնա- տալոգիական ծառայություն</p>	<p>11. Վարածան ծննդաբերություն 22-ից մինչև 34 շաբաթական ժամկետը (պտղի քաշը 500-2000գ.)</p>
<p>13. Ծննդաբերություն՝ արգանդի պարանոց կոնիզացիայից և կուագուլացիայից հետո</p>	<p>9. Ծննդաբերություն՝ արգանդի պարանոց կոնիզացիայից և կուագուլացիայից հետո</p>	<p>12. Խորիոանմիոնիտ ծննդաբերության ըն- թացքում (երկար անջուր շրջան, բարձր ջերմություն, էյկոցիտոզ)</p>
<p>14. Ծննդաբերություն՝ արգանդի պարանոց կոնիզացիայից և կուագուլացիայից հետո</p>	<p>10. Rh բացասական այրունով ծննդաբերություն, երբ սիս- ռը հավասար է 0-ի, չկա իզոի- մունիզացիա և պտղի ներար- գանդային ակտահարում</p>	<p>13. Rh բացասական և այլ իզոիմունիզացիա, որոնք ուղեկցվում են ինունկոնֆիկտով և պտղի ներարգանդային ակտահարությամբ</p>
<p>15. Սպի արգանդի վրա մեկ կեսարյան հատումից հետո, որն անցել է առանց բարդու- թյունների և չունի ուղեկցող հիվանդություններ</p>	<p>11. Սպի արգանդի վրա մեկ կեսարյան հատումից հետո, որն անցել է առանց բարդու- թյունների և չունի ուղեկցող հիվանդություններ</p>	<p>14. Պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում, երբ պտղի քաշը զգալի հետ է մնում (3-4 շաբ.) գեստացիոն հասակից՝ նորմալ քաշից, պտղի ներարգանդային մահ և գար- գացման արտաներ</p>
<p>16. Պտղի ներարգանդային ակտահարություն, փաթեթում մարմնի կամ պարանոցի շուրջը, երկար, կարճ պորտային զարկերակ</p>	<p>11. Պտղի ներարգանդային ակտահարություն</p>	<p>15. Պորտային զարկերակի ակտահարություն, փաթեթում մարմնի կամ պարանոցի շուրջը, երկար, կարճ պորտային զարկերակ</p>
<p>17. Ծննդաբերություն՝ բազմապտուղ հղիու- թյամբ 2 և ավելի, պտուղների քաշը 500.0 և ավելի, նորածինների ինտենսիվ թերա- պիայի ապահովում</p>	<p>11. Ծննդաբերություն՝ բազմապտուղ հղիության 2 և ավելի, պտուղների քաշը 500.0 և ավելի, նորածինների ինտենսիվ թերա- պիայի ապահովում</p>	<p>16. Պտղի ոչ ճիշտ դիրք և դրություն, որն ուղեկցվում է պտղի հիպոքսիայով</p>



IԲ մակարդակ	II մակարդակ	III մակարդակ
		<p>18. Կրկնակի սայի արգանդի վրա (1 և ավելի) (կոստրվատիվ միումէկտոմիայից և արգանդի թափածակումից, արգանդի վզիկի կոնիզացիայից և կոագուլյացիայից հետո),</p> <p>19. Դյուդի ներարգանդային ասֆիքսիա, ինֆեկցվածություն</p> <p>20. Վաղածամ ծննդաբերություն՝ նորածնի ծայրահեղ ցածր քաշով՝ 500-1000 գ, որը պահանջում է 2-րդ էտապի խնամք</p> <p>21. Ծննդաբերության երակների վարիկոզ հիվանդությամբ (սեռական օրգանների փոքր կոնքի, ստորին վերջույթների մակերեսային և խորանիստ անոթների վարիկոզ լայնացում) թրոմբոֆլեբիտի երևույթներով, թրոմբոզներ</p> <p>22. Ծննդաբերություն խաշոր և գիզանա պտղով (պտղի քաշը 4000.0 և ավելի) ու ուղեկցվող հիվանդություն</p> <p>23. Կրկնակի, եռակի կեսարյան հատում՝ էլեկտրիկ կամ պլանային, կապված գենիտալ, էքստրագենիտալ ցուցումների հետ</p> <p>24. Մանկաբարձական ծանր ախտաբանություններ, որոնք պահանջում են ինտենսիվ թերապիայի ու վերակենդանացման միջոցառումներ և շտապ ծննդալուծում</p> <p>25. Ծննդաբերությունը՝ էքստրագենիտալ/ախտաբանություններով հղիների մոտ, որոնք պահանջում են նեղ սոմատիկ մասնագետների մասնագիտական խորհրդատվություն, նրանց կողմից նշանակված լրացուցիչ հետազոտություն և բուժում, կապված սոմատիկ ախտաբանության հետ (շաքարային դիաբետ, սիրտ-անոթային, միզասեռական, աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություններ, կողմագենոզներ, էպիլեպսիա, ներվային սխտեմի խանգարումներն այն)</p>

IԲ մակարդակ	II մակարդակ	III մակարդակ
		<p>26. Ծննդաբերություն մեծահասակ կանանց և դեռահասաների մուտ, ծննդաբերություն վերադարձված կանանց օժանդակ տեխնոլոգիաների միջոցով զարգացած հիվանդությունների դեպքում</p> <p>27. Ծննդաբերություն սեռական օրգանների վերականգնողական, ուղիղ աղիք հեշտոցային, միզապարկ հեշտոցային խտրակների վիրահատություններից հետո</p> <p>28. Ծննդաբերություն բնական ճանապարհով սեռական ճանապարհով փոխանցվող ինֆեկցիաների առկայության և այն դեպքերում երբ դրանք ուղեկցվում են պտղի ներարգանդային վարակվածությամբ և պետականությամբ,</p> <p>29. Սպեցիֆիկ և այլ պերինատալ ինֆեկցիաներով (ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ, տուբերկուլոզ, վիրուսային վարակներ՝ կարբոպիտ, ջրծաղիկ և այլն հեպատիտներ A, B, C, մահացած պտուղներ, պտղի զարգացման արատներ 22 շաբ. և ավելի) պետականությամբ տատապող նեղ մասնագիտական օգնության կարիք ունեցող հղիների, ծննդաբերների ուղեգրումը իրականացնել վերադարձվողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտում ապահովելով ավտոբանա-մորֆոլոգիական, միկրոբիոլոգիական, գենետիկական հետազոտությունները:</p> <p>(Հրաման Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 31.06.2008թ. թիվ 1055-Ա)</p>

#### **ԳԼՈՒԽ 4. ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԾՆՆԻԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՀՄԱՈՂՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԽՆԱՄՔԻ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ**

1. **Արձանագրության անվանումը.** Ֆիզիոլոգիական ծննդաբերություն
2. **Կոդ (կոդեր) ըստ ՀՄԳ-Մ՝ 080** ինքնաբեր ծննդաբերություն՝ ծոճրակային առաջադրությամբ
3. **Բժշկական օգնության ցուցաբերման մակարդակը՝** մանկաբարձական ստացիոնար
4. **Սահմանումը**

Ֆիզիոլոգիական ծննդաբերությունը հղիության 37-42 շաբաթական մեկ պտղով ծննդաբերությունն է, որը սկսվել է ինքնաբերաբար, սկզբում ցածր ռիսկով, առանց բարդությունների, որի ընթացքում երեխան ծնվում է ինքնուրույն՝ գլխային առաջադրությամբ: Ծննդաբերությունից հետո ծննդկանը և նորածինը գտնվում են բավարար վիճակում:

Ֆիզիոլոգիական ծննդաբերության ժամանակ բժշկական օգնություն ցուցաբերելու նպատակը կնոջ և նորածնի անվտանգության ապահովումն է և ֆիզիոլոգիական գործընթացին հնարավորինս նվազագույն միջամտությունը:

5. **Դասակարգում՝** չկա
6. **Առաջնային կանխարգելում՝** չի կատարվում
7. **Ախտորոշման չափանիշները.**

Գանգատներ և անամեզ՝ որովայնի ստորին մասում կծկանքային ցավեր:

Ընդհանուր հետազոտություն. մանկաբարձական արտաքին զննման ժամանակ արգանդի կանոնավոր կծկումների առկայություն և պտղի բավարար վիճակ:

Հեշտոցային զննման ժամանակ՝արգանդի պարանոցի բացվածք:

#### **8. Հիմնական ախտորոշիչ միջոցառումները**

##### **8.1 Պտղի սրտի աշխատանքի լսում (նորման՝110-160 հարված րոպե)**

- առաջին շրջանի սկզբում ոչ պակաս, քան յուրաքանչյուր 30 րոպեն մեկ, ակտիվ փուլում՝ ամեն 15 րոպեն մեկ, կծկանքների ավարտից հետո մեկ րոպե տևողությամբ,
- ճիգերի ընթացքում՝ ամեն 5 րոպեն մեկ կամ ամեն ճիգից հետո,
- կարդիոտոկոգրաֆիայի (ԿՏԳ) ռուտին կիրառումը բոլոր ծննդկանների նկատմամբ արդարացված չէ, հատկապես՝ ցածր ռիսկի խմբերին պատկանող ծննդաբերների նկատմամբ, քանի որ «կեղծ դրական» արդյունքների տոկոսը մեծ է, հետևաբար՝ աճում է պերինատալ ելքերը չբարելավող միջամտությունների հաճախականությունը:

- 8.2 Ծննդաբերության դինամիկան գնահատելու համար հեշտոցային զննում՝** ակտիվ փուլում իրականացվում է ոչ շուտ, քան 4 ժամ անց (արգանդի պարանոցի բացման միջին արագությունը՝ 1 սմ/ժ., նվազագույն ընդունելի ցուցանիշը՝ 0.5 սմ/ժ.)
- 8.3 Երկունքի ցավերի գնահատումը՝** 10 բույսի ընթացքում 2 կծկումից ոչ պակաս՝ 20 վայրկյան և ավելի տևողությամբ:
- 8.4. Անոթազարկի ստուգում՝** ամեն 30 բույսն մեկ:
- 8.5 Զարկերակային ճնշման (ԶՃ) ստուգում՝** ոչ պակաս քան ամեն 4 ժամը մեկ (բացառությամբ հատուկ դեպքերի՝ հիպերտենզիա)
- 8.6 Մարմնի ջերմաստիճանի չափում՝** ոչ պակաս, քան ամեն 4 ժամը մեկ անգամ:
- 8.7 Միզարտադրության հաճախականությունը և ծավալը՝** կնոջ ինքնահսկմամբ (հարկավոր է առաջարկել հաճախակի միզել):
- 8.8. Ծննդաբերության երրորդ շրջանի վարման մեթոդի քննարկում ծննդկանի հետ՝** ներկայացնել նրան երրորդ շրջանի վարման ակտիվ և սպասողական ռազմավարության պոտենցիալ առավելությունների ու թերությունների վերաբերյալ գրավոր և բանավոր լիակատար տեղեկատվություն:
- 8.9. Լաբորատոր հետազոտություններ՝** արյան խմբի և ռեզուս-պատկանելիության որոշում:

**Ծննդաբերության ամբողջ ընթացքում բուժաշխատողները հղիին, նրա ընտանիքի անդամներին կամ ազգականներին պետք է ցուցաբերեն հոգեհուզական, հոգեբանական և ֆիզիկական լիարժեք օգնություն:**

## **9. Վարման ռազմավարությունը Ընդունարան**

Ընդունարանում պետք է լինի սենյակ, որտեղ կապահովվի գաղտնիությունը հղիին բաժանմունք ընդունելու ժամանակ: Անամնեզի և անհրաժեշտ բժշկական փաստաթղթերի լրացման ժամանակ այդ սենյակում կողմնակի անձինք չպետք է լինեն, այդ թվում՝ ծննդկանի ընդունմանը չմասնակցող բուժանձնակազմը:

Ծննդաբերին ընդունում է ընդունարանի հերթապահ մանկաբարձը, որը տեղյակ է բաժանմունքում ծննդաբերությունների վարման հիմնական սկզբունքներին, նա առաջարկում է որևէ մտերիմ մարդու (կնոջ ընտրությամբ) մասնակցել ծննդաբերությանը:

Վարակի (ինֆեկցիայի) ակնհայտ ախտանշանների առկայությունը կարող է առիթ լինել ծննդաբերությանը աջակցողի մասնակցելուն մերժելու համար՝ պատճառների պարտադիր պարզաբանմամբ: Ոչ մի լրացուցիչ հետազոտություն աջակցողի համար չի պահանջվում կատարել:

Ուղեկցողին, ծննդաբերությանը մասնակցողին առաջարկվում է մնալ սեփական հագուստով: Ծննդկանին նույնպես խորհուրդ է տրվում մնալ սե-

փական հագուստով և փոխնորդ կոշիկներով: Կարելի է հղիին առաջարկել ցնցուղ ընդունել:

Գնահատվում է ծննդաբերի ընդհանուր վիճակը, չափվում է ծննդկանի մարմնի ջերմությունը, անոթազարկը (պուլս), ԶՃ-ն, կատարվում է ընդհանուր մանկաբարձական զննում, լրացվում է ծննդաբերության պատմությունը:

Ընդունարանի մանկաբարձուհին պետք է ծանոթացնի ընտանիքի անդամներին ծնարանի հերթապահ մանկաբարձուհու հետ, որը խորհրդատվություն է տրամադրում հղիին և նրա ընտանիքի անդամներին ծննդաբերության ժամանակ զուգընկերոջ դերի, ծննդաբերության առաջին և երկրորդ շրջաններում հղիի դիրքերի, նրա սննդի և հեղուկների ընդունման, ցավերի կարգավորման, ծննդաբերության երրորդ շրջանի վարման եղանակների մասին:

Անհատական ծննդաբերական հիվանդասենյակում կահավորումը պետք է նման լինի տան կահավորմանը:

Անհատական ծնարան-սենյակում պահպանվում են անձնական գաղտնիությունը:

### **Անհատական ծննդաբերական հիվանդասենյակի անհրաժեշտ իրերն ու պարագաները**

1. սովորական կամ բազմաֆունկցիոնալ մահճակալ (տրանսֆորմեր)' մաքուր անկողնային սպիտակեղենով,
2. ստետոսկոպ,
3. ծննդաբերության ընդունման և նորածնի վերակենդանացման հավաքածուներ (տես ստորև՝ օգնություն երկրորդ շրջանում)
4. բարուրելու համար մեկ սեղան՝ տաքացնելու հնարավորությամբ կամ ճառագայթային ջերմությամբ
5. մշակվող մակերեսներով 2 աթոռ-բազկաթոռ
6. 1 կողասեղան
7. նորածնի համար 1 էլեկտրոնային ջերմաչափ
8. սենյակում օդի ջերմաստիճանը չափող 1 ջերմաչափ
9. կշեռք (անհրաժեշտության դեպքում կարելի է տեղափոխել սայլակով)
10. կախիչ միանվագ օգտագործման սրբիչի համար
11. հեղուկ օճառի տարա
12. հականեխիչ լուծույթի տարա
13. պատի ժամացույց՝ վայրկյանաչափի սլաքով
14. պատուհանների՝ վարագույրներ կամ շերտավարագույրներ
15. շվեդական պատ՝ (ըստ հնարավորության)
16. սինթետիկ, մշակմանը ենթակվող 1գորգ (1,5x1,5, 1,5x2.0)
17. ռետինե մեծ գնդակ
18. պատերին՝ դիտանյութեր ծննդաբերության ժամանակ աջակցման, անձնակազմի՝ ձեռքերը լվանալու տեխնիկայի վերաբերյալ:

Ծննդաբերության նախապատրաստվող ծննդաբերին ծնարանում ընդունում է հերթապահ մանկաբարձուհին, որը պարտավոր է ներկայանալ, ծանոթացնել ծննդաբերության վարման հիմնական սկզբունքներին, առաջարկել ծննդաբերությունը անցկացնել զուգընկերոջ ներկայությամբ, չափել մարմնի ջերմաստիճանը, անոթազարկը, ԶՃ-ն, ծննդաբերության սկզբից սկսած կազմել պարտոգրամա (ծննդագիր՝ ծննդաբերության ընթացքի գրաֆիկական նկարագրություն):

Ծննդաբերության ընթացքի գնահատումը իրականացվում է ըստ պարտոգրամայի: (Պարտոգրամայի լրացման կանոնները բերվում են 2-րդ հավելվածում):

### **Մնունդը և հեղուկների ընդունումը**

Ծննդաբերության առաջին փուլում ծննդկանին առաջարկվում է օգտագործել թեթև սնունդ և հեղուկներ:

### **Ծննդաբերական (երկունքի) ցավեր**

Ծննդաբերության ժամանակ բուժանձնակազմի հիմնական խնդիրներից է օգնել ծննդկանին հաղթահարել ցավը: Ցավի զգացողության նվազեցմանը կարելի է հասնել դեղորայքային ցավազրկող մեթոդների օգնությամբ, սակայն ավելի կարևոր է և անվտանգ ոչ դեղորայքային մեթոդների կիրառումը (ցնցուղ, լոզանք, երաժշտություն, ակուպունկտուրա, մերսում, հատուկ շնչառական վարժություններ՝ թուլացմանը (ռելաքսացիային) զուգահեռ): Բուժանձնակազմը պարտավոր է կնոջը և նրա ընտանիքի անդամներն հոգեբանական աջակցություն ցուցաբերել, տրամադրել տեղեկություններ ծննդաբերության վերաբերյալ (հավելված 3):

Ծննդաբերության ժամանակ ցավազրկում կիրառվում է միայն խորհրդատվությունից հետո՝ դրանք են,

- ռեգիոնար ցավազրկում,
- ազոտի ենթօքսիդ,
- օպիատներ:

### **Հղիի դիրքերը ծննդաբերության ժամանակ**

Մանկաբարձուհին օգնում է կնոջը հարմար դիրք ընդունել:

### **Օգնություն ծննդաբերության երկրորդ շրջանում**

Մանկաբարձուհին պարտավոր է՝

- պատրաստ վիճակում ունենալ անհրաժեշտ սարքավորումները, կարգի բերել նորածնի վերակենդանացման համար տեղ (ապահովել անհրաժեշտ ջերմություն, թթվածինը, ստուգել շնչապարկի և դրա 2 դիմակների առկայությունը, պատրաստել էլեկտրաքարշիչը (բացակայության դեպքում՝ տանձիկը), նորածնի բարուրաշորերը, գլխարկը և գուլպաները):

- պատրաստել ծննդաբերության տեղը՝ դասավորել մաքուր խանձարուրներ կամ միանվագ օգտագործման փաթեթ այն տեղում, որը կինն ընտրել է ծննդաբերության համար, տաքացնել խանձարուրները, որոնցով մաք-

րելու են նորածնին, պատրաստել ծննդաբերության համար անհրաժեշտ գործիքները, այդ թվում՝ պորտային զարկերակը կտրելու համար մկրատ:

Երեխայի ծնունդը կարող է տեղի ունենալ կնոջ կողմից ընտրած ցանկացած դիրքում: Մեջքին պառկած դիրքը ցանկալի է: Ճիգերը կարգավորում է ինքը ծնողկանը: Դրանց ժամանակ հարկավոր է իրականացնել պտղի սրտի զարկերի աուսկուլտացիա՝ ոչ պակաս, քան ամեն 5 րոպեն մեկ:

Եթե պտղին վտանգ է սպառնում, իրականացվում է շեքի հատում՝ էպիգլոտոմիա (շեքը նախապես մշակվում է հականեխիչով և կատարվում է անզգայացում):

Պտղի գլխի դուրս գալուց հետո հարկավոր է ստուգել՝ արդյո՞ք պորտային զարկերակը փաթաթված է: Պինդ փաթաթվածության դեպքում հարկավոր է կտրել պորտային զարկերակը երկու սեղմակների միջև, ոչ պինդ փաթաթվածության պարագայում՝ թուլացնել պորտային զարկերակը և սպասել հաջորդ ճիգին:

### **Ծննդաբերության երրորդ շրջանի ակտիվ վարում**

Երրորդ շրջանի ակտիվ վարումը 2-2.5 անգամ նվազեցնում է հետծննդային արյունահոսությունների հնարավորությունը:

1. Պտղի ծնվելուց հետո հարկավոր է շոշափել հղիի որովայնը՝ արգանդում ևս մեկ պտղի առկայությունը որոշելու համար, երկրորդ պտղի բացակայության դեպքում հղին ազդրի շրջանում ներմկանային ներարկել 10 միավոր օքսիտոցին, պտղի ծնվելուց հետո առաջին րոպեի ընթացքում:
2. Պորտային զարկերակի վերահսկվող ձգում (տրակցիա):

Սեղմակով սեղմել պորտային զարկերակը շեքին հնարավորինս մոտ: Մեկ ձեռքով պահել սեղմված պորտային զարկերակը և սեղմակի ծայրերը: Մյուս ձեռքը անմիջականորեն դնել կնոջ ցայքին և պահել արգանդը՝ հեռացնելով այն պորտային զարկերակի վերահսկվող ձգման ժամանակ: Դա հնարավորություն կտա խուսափել արգանդի շրջումից:

Թեթևակի ձգել պորտային զարկերակը և սպասել արգանդի ուժեղ կրճատմանը (սովորաբար 2-3 րոպե հետո): Երբ կզգաք, որ արգանդը կրճատվել է, կամ պորտային զարկերակը երկարել է, զգուշորեն դեպի ձեզ քաշեք պորտային զարկերակը՝ պլացենտայի դուրս բերելու համար: Եթե դա տեղի չի ունենում առաջին ճիգի ընթացքում, թուլացրեք ձգումը: Զգուշորեն բռնեք պորտային զարկերակը և սպասեք արգանդի հերթական կրճատմանը: Արգանդի հաջորդ կրճատման ժամանակ կրկնեք պորտային զարկերակի ձգումը՝ հակառակ կողմը տանելով արգանդը: Երբեք չձգեք պորտային զարկերակը դեպի ձեզ՝ առանց արգանդը մյուս ձեռքով հակառակ կողմը տանելու՝ ցայքոսկրից վերև:

Պլացենտայի դուրս գալուց հետո այն պահեք երկու ձեռքով և զգուշորեն շրջելով՝ մինչև պտղաթաղանթների դուրս գալը: Ուշադիր զննեք պլացենտան՝ համոզվելու համար, որ այն ամբողջական է:

3. Պլացենտայի դուրս գալուց հետո գնահատեք արգանդի տոնուարը և մերսեք որովայնային առաջային պատը մինչև արգանդի կրճատումների ի հայտ գալը:

Ստուգեք արգանդի տոնուարը հետծննդային առաջին մեկ ժամվա ընթացքում ամեն 15 րոպեն մեկ, երկրորդ ժամվա ընթացքում՝ ամեն 30 րոպեն մեկ: Անհրաժեշտության դեպքում կատարեք արգանդի մերսում:

Ծնունդից հետո մանկաբարձուհին գնահատում է նորածնի վիճակը: Եթե նորածնի վիճակը լավ է (նորածինը շնչում է կամ ճշում, ունի լավ տոնուս), նորածնին տաք, մաքուր բարուրաշորով չորացնելուց հետո դնում են մոր որովայնին՝ մաշկը-մաշկին շփման համար, 2 ժամ տևողությամբ: Նորածնին հագցնում են մաքուր գլխարկ և գուլպաներ, ծածկում չոր ու մաքուր խանձարուրով և ծածկոցով: Պորտային զարկերակը կտրվում է ախտահանված գործիքներով բարբախի (պոլիսացիայի) դադարից հետո՝ պտղի ծնվելուց 30 վայրկյան հետո՝ ոչ շուտ:

Արգանդի պարանոցի գնման ցուցումներ՝

- արյունահոսություն,
- գործիքային ծննդաբերություն,
- արագ կամ սրընթաց ծննդաբերություն:

Անհրաժեշտության դեպքում ծննդաբերական ուղիների փափուկ հյուսվածքների պատվածքները կարվում են տեղային ցավազրկման պայմաններում (նախընտրելի է լիդոկաինը) ներծծվող սինթետիկ կարանյութով:

Առաջին աստիճանի պատվածքների մեծ մասը բուժվում է առանց կարեր դնելու:

### **Նորածնի նախնական խնամքը**

Առաջին 2 ժամվա ընթացքում նորածինը մոր հետ մաշկը-մաշկին մշտական շփման մեջ է գտնվում (հրականացվում է ծնունդն ընդունած մանկաբարձուհու կողմից կամ մանկական բուժքրոջ հետ համատեղ):

30 րոպե անց էլեկտրոնային ջերմաչափով չափվում է նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը, նաև՝ ծնունդից հետո երկրորդ ժամվա վերջում: Նորածնի և մոր այք-այք շփումից հետո նորածնի այքերին կանխարգելման նպատակով ծնվելուց մեկ ժամ հետո քսուք է քսվում (տետրացիկլին կամ 1%-անոց էրիտրոմիցին):

Պորտային զարկերակին դրվում է պլաստիկից սեղմակ կամ ռետինե օղակ, որը սեղմվում է պորտի օղակից 0,3սմ հեռավորության վրա: Ախտահանված մկրատով պորտային զարկերակի մնացորդը կտրվում է՝ սեղմակի վերին ծայրից 0.3-0.5 սմ հեռու:

Նորածնին պինդ բարուրել խորհուրդ չի տրվում:

Նորածնին կշռում և չափում են ծնունդից հետո երկրորդ ժամվա վերջում՝ պահպանելով ջերմային պաշտպանության բոլոր կանոնները: Խորհուրդ չի տրվում նորածնին լողացնել, անհրաժեշտության դեպքում նրան կարելի է լողացնել ծնվելուց հետո 6 ժամ անց՝ ոչ շուտ:



Նեոնատոլոգի գնումը խորհուրդ է տրվում իրականացնել երկու ժամ անց, որից հետո նորածնին հազցնում են չոր և մաքուր շապիկ ու սողաշոր:

Երկու ժամ անց, եթե մոր մոտ բարդությունները բացակայում են, նրան նորածնի հետ միասին տեղափոխում են հետծննդային բաժանմունք:

### **13. Հիմնական դեղամիջոցների ցուցակը**

Օբսիտոցին՝ 10 միավոր, 1%-անոց տետրացիկլինի կամ էրիտրոմիցինի քսուր (աչքի)

### **14. Լրացուցիչ դեղամիջոցների ցուցակ՝ չկա:**

### **15. Բուժման արդյունավետության չափանիշներն են՝ առողջ նորածնի ծնունդը, հետծննդաբերական շրջանի բարդությունների բացակայությունը:**

### **Օգտագործված գրականության ցանկ**

1. Recommendations for the Evaluation and Management of Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program.- 2002, p.9
2. PRODIGY Guidance - Nausea and Vomiting in Pregnancy
3. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guidelines #120, 2.002, p. 1-7
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
5. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
6. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, Издание «ГЭОСТАР-МЕД», 2003
7. Health Care Guideline: Management of Labor. Institute for clinical system improvement. First Edition, October, 2005.

**Պարտոգրամա**

Միակ փաստաթուղթն է, որում նկարագրվում է նորմալ (ֆիզիոլոգիական) ծննդաբերության ընթացքը: Սկսում են լրացվել, երբ հղին ընդունվում է ստացիոնար՝ «Ծննդաբերություն» ախտորոշմամբ:

**Լրացման կարգը**

**Տեղեկատվություն ծննդաբերի մասին՝** անուն, ազգանուն, հայրանուն, հղիությունների և ծննդաբերությունների թիվը, ծննդաբերության պատմության համարը, ամսաթիվը և ծնարան տեղափոխվելու ժամանակը, հարպտոլային ջրերի արտահոսքի ժամանակը: Պտղի սրտի զարկերի հաճախությունը գրանցվում է ամեն կես ժամը մեկ (լսվում՝ ամեն 15 րոպեն մեկ), նշվում է կետիկով:

**Հարպտոլաչրեր.** ամփոփիկ հեղուկի գույնը նշվում է յուրաքանչյուր հեշտոցային զննման ժամանակ՝

I – պտղապարկն ամբողջական է

C – հարպտոլաչրերը բաց գույն ունեն, պարզ են

M – հարպտոլաչրերում մեկոնիումի առկայություն (գունավորման ցանկացած ինտենսիվություն)

B – հարպտոլաչրերում արյան խառնուրդ կա

A – հարպտոլաչրերի/արտահոսքի բացակայություն

**Գլխի կոնֆիգուրացիան.**

0 (կոնֆիգուրացիա չկա)

+ (կարերը հեշտության հեռանում են միմյանցից)

++ (կարերը միմյանց վրա են, սակայն սեղմման դեպքում հեռանում են)

+++ (կարերը միմյանց վրա են և չեն հեռանում)

**Արգանդի պարանոցի բացում.** գնահատվում է հեշտոցային յուրաքանչյուր զննման ժամանակ և նշվում խաչով՝ x:

**Զգոնության գիծ.** պետք է սկսվի պարանոցի 3 սմ բացվածքի կետից և շարունակվի մինչև լիակատար բացվածքի կետը՝ 1սմ/ժամ քայլով:

**Գործողության գիծ.** անցնում է զգոնության գծին զուգահեռ՝ հետ ընկելով 4 ժամով դեպի աջ:

**Պտղի գլխի իջնելը.** գլխի առաջխաղացման գնահատումը պետք է կատարել նախ որովայնային (արդումինալ), ապա հեշտոցային հետազոտմամբ.

5/5 – գլուխը 5 մատ բարձր է ցայքից՝ փոքր կոնքի մուտքի վերևում է

4/5 – 4 մատ բարձր է ցայքից՝ սեղմված է փոքր կոնքի մուտքին

3/5 – 3 մատ բարձր է ցայքից՝ գլխի մեծ մասը շոշափվում է ցայքի վերևում

2/5 - 2 մատ բարձր է՝ շոշափվում է գլխի փոքր մասը  
 1/5 – գլուխը փոքր կոնքի խոռոչում է

**Ժամանակը.** նշվում է գծի ձախ կողմում, հարմարության համար ավելի լավ է գրառել 30 րոպեին բազմապատիկ թվով, օրինակ՝ 13.00 կամ 13.30:

**Արգանդի կծկումներ.** արգանդի պարանոցի բացմանը և պտղի գլխի առաջխաղացմանը զուգահեռ արգանդի կրճատումները ծառայում են որպես ծննդաբերական գործունեության հստակ ցուցանիշ: Երկունքի ցավերի պարբերականությունը նշվում է ժամանակի առանցքի ուղղությամբ: Յուրաքանչյուր վանդակ մեկ կրճատում է: Ստվերագծման տարբեր ինտենսիվությունն արտացոլում է երկունքի ցավերի ինտենսիվությունը:

Պարտոգրամայում ընդունված է կիրառել ստվերագծման հետևյալ 3 տեսակները՝

- ☐ կետիկներ՝ թույլ ցավեր՝ մինչև 20 վայրկյան տևողությամբ,
- ☒ վանդակային ստվերագծում՝ չափավոր ցավեր՝ 20-40 վայրկյան տևողությամբ,
- ամբողջական ստվերագծում՝ ուժեղ ցավեր՝ 40 վայրկյանից ավելի տևողությամբ:

**Օբսիտոցին.** նշանակման դեպքում գրառվում է դրա քանակը/ խտությունը և մեկ րոպեում ներարկվող չափաբաժինը (կաթիլներով կամ միավորներով)՝ ամեն 30 րոպեին մեկ:

**Դեղամիջոցների նշանակում.** գրանցվում է ցանկացած լրացուցիչ նշանակում:

**Սրտի բաբախ.** ամեն 30 րոպեին մեկ նշվում է կետիկով:

**ԶՃ.** գրանցվում է ամեն 4 ժամը մեկ և նշվում է գծիկով՝ համապատասխան վանդակի մեջտեղում:

**Մարմնի ջերմաստիճան.** գրանցվում է ամեն 4 ժամը մեկ:

**Պրոտեին (սպիտակուց), ացետոն և մեզի քանակություն.** նշվում է յուրաքանչյուր անգամ միզելուց հետո:

## Հավելված 2

### Ոչ դեղորայքային ցավազրկման մեթոդներ

Ներկայումս հայտնի են ծննդաբերության ոչ դեղորայքային ցավազրկման բազմաթիվ մեթոդներ: Սովորաբար այդ պարզ և անվնաս մեթոդները անվտանգ են ինչպես մոր, այնպես էլ պտղի համար:

Ցավազրկման արդյունավետության անբավարարության դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել դեղորայքային ցավազրկման մեթոդներից մեկը, ինչպիսիք են՝ էպիդուրալ անզգայացումը, թմրաանալգետիկները և ազոտի ենթօքսիդով ինհալացիան:

### Մարմնի դիրքի փոփոխում

Շատ դեպքերում բազմաթիվ կանայք նշում են, որ ցավերը դադարում են մարմնի որոշակի դիրքերում, և իրենք են հենց փնտրում այդ դիրքերը ծննդաբերության ընթացքում (եթե ընտրության իրավունքը տրվի նրանց, մեծ մասը կընտրի ուղղահայաց դիրքով տարբերակներից մեկը):

### Տարբեր դիրքերի օրինակներ ծննդաբերության ժամանակ

1. Կանգնած կամ քայլելով



2. Դանդաղ պար. ծննդկանը գրկում է զուգընկերոջ պարանոցը, գլուխը դնում նրա կրծքին կամ ուսին: Զուգընկերոջ ձեռքերը գրկում են կնոջ մարմինը, դաստակները միացված են կնոջ մեջքին: Զուգընկերը ճնշում է գործադրում մեջքին և վերացնում մեջքի ցավը:



3. Խոնարհում. ծննդկանը կանգնում է դեմքով դեպի առաջ՝ կողքին ցանկացած հենարան, ոտքը դնում է հենարանին՝ կողմ տանելով ծունկը և ոտնաթաթը: Բարձրացված ոտքը ծավված է ծնկում և ազդրում: Կինը երկունքի ցավերի ժամանակ տարբեր կողմեր թեքումներ է կատարում՝ 5 վայրկյանով: Նա պետք է ձգվածություն զգա ազդրերի ներսի շրջանում: Թեքվել պտղի ծոծրակի կողմը, եթե հայտնի է, թե այն որտեղ է, կամ մոր համար ավելի

հարմար ուղղությամբ: Զուգընկերը օգնում է կնոջը պահել հավասարակշռությունը:

#### 4. Ուղիղ նստած



#### 5. Զուգարանակոնքին նստած



#### 6. Կիսանստած



#### 7. Նստած՝ հենարանով առաջ թեքվելով



#### 8. Ձեռքերին ու ծակներին հենված





9. Ծնկներին նստած՝ հենվելով աթոռի հենակին, մահճակալի գլխին կամ ծննդաբերության համար նախատեսված գնդակին

10. Կողքին պսակված



11. Կքանստած



12. Հենարանով կքանստած. կինը մեջքով հենվում է զուգընկերոջը, որը նրան բռնում է թևատակերից և իր վրա է ընդունում նրա քաշը: Կինն ուղղվում է ցավերի միջանկյալ շրջանում:



13. Զուգընկերոջից կախված. զուգընկերը նստած է բարձր մահճակալին կամ կանգնակին, ոտքերը հենված են աթոռին կամ հենարանին, ծնկները գատած են: Ծննդկանը գտնվում է զուգընկերոջ ոտքերի միջև՝ մեջքով դեպի նա, իսկ ձեռքերով հենվում է նրա ազդրերին: Զուգընկերը կողքերից ծնկներով պահում է կնոջը: Վերջինս կախվում է՝ զուգընկերոջը թույլ տալով պահել իրեն: Կծկանքների միջանկյալ շրջանում հղին կանգնած է:

## ՄՇՏԱԿԱՆ ՃՆՇՈՒՄ ԿԾԿԱՆՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

### Հակաճնշում

Կատարվում է երկարատև ճնշում մի կետում՝ բռունցքով կամ ափի հենամասով, փայտե կամ պլաստմասսայից գլանիկով, պինդ գնդակով և այլն: Ծննդկանն ինքն է որոշում այն տեղը, որտեղ ամենաշատն է պետք սեղմել: Որպեսզի կինը պահի հավասարակշռությունը, Ջուզընկերոջ երկրորդ ձեռքն առջևից դրվում է ազդրոսկին (առաջնային վերին գստոսկր), որպեսզի փոխհատուցվի մեջքի վրա ճնշումը: Ջուզընկերը հանգստանում է ցավերի միջանկյալ շրջանում:

### Ազդրի երկկողմ սեղմում կամ ազդրի կրկնակի սեղմում

Կինը գտնվում է այն դիրքում, երբ նրա ազդրային հոդերը ծավված են (հենված է ձեռքերին ու ծնկներին՝ առաջ թեքված): Ջուզընկերը ձեռքերը դնում է նստատեղի մկանների (նստատեղի «ամենամատո» մասին): Ամբողջ ափով (ոչ հենամասով) երկարատև ճնշումը հարկավոր է անկյունագծով ուղղել դեպի կնոջ կոնքի կենտրոնը:

### Ճնշում ծնկով

Կինը ուղիղ նստած է աթոռին՝ մեջքի ներքևի մասի լավ հենարանով, նրա ծնկները գատվում են իրարից մոտավորապես 10 սանտիմետր հեռու, ոտնաթաթերը հենվում են հատակին: Ջուզընկերը կանգնած է նրա առջև՝ ծնկների վրա, և ափերով գրկել է նրա ծնկները: Ափերի հենամասերը գտնվում են մեծ ոլոքային ոսկրերի վրա: Ջուզընկերը երկարատև ճնշում է գործադրում ծնկների վրա դեպի հետ՝ ծննդկանի կոնքազդրային հոդերի ուղղությամբ՝ թեքվելով նրա կողմը ցավերի ողջ ընթացքում:

Ծնկով ճնշումը կարելի է գործադրել նաև, երբ կինը կողքի վրա է: Նրա վերին ազդրը և ծունկը պետք է ծավված լինեն 90 աստիճան անկյան տակ: Մի օգնականը ճնշում է գործադրում կնոջ սրբոսկրի վրա, մյուսը՝ նույն ժամանակ ափի մեջ է առնում նրա ծունկը և թեքվում այնպես, որ ծունկը սեղմվի դեպի մեջքի կողմը՝ դեպի կոնքազդրային հոդը:

Մեթոդի ընտրությունը կատարվում է ծննդկանի արձագանքին համապատասխան: Եթե այս մեթոդը հանգստացնում է, այն հարկավոր է կիրառել: Եթե չի հանգստացնում, դրա կիրառման ձևը հարկավոր է փոխել (ընտրել այլ կետ, տարբեր ուժգնության ճնշում) կամ հրաժարվել մեթոդից ընդհանրապես:

## Ծայրամասային զգայունության ռեցեպտորների ակտիվացման մեթոդներ

### Մաշկի տաքացում կամ սառեցում

Մաշկի տաքացումը կարելի է իրականացնել տարբեր տաք առարկաների միջոցով՝ ջրային ջեռակներ, խոնավ տաք սրբիչներ, էլեկտրաջեռակներ, տաք ջրով շշեր, բրնձով լցված տաք փաթեթներ, տաք ծածկոցներ:

Մակերեսային սառեցում կարելի է ստանալ սառույցով լցված տոպրակների, ռետինե ձեռնոցների, սառեցված դոնդողով փաթեթների, սառը կամ սառցաջրով թրջված սրբիչների և այլ սառեցնող առարկաների միջոցով:

Հանգստացնող, ցավազրկող ազդեցության շնորհիվ տաքացումը լայնորեն կիրառվում է: Ավելի քիչ հայտնի է դրա ազդեցությունը վախի և սթրեսների ռեակցիաների թուլացման վրա («կլիխի այնպես, ինչպես պետք է լինի» ռեակցիա): Սթրեսի արդյունքներից է մաշկի մանր մկանների սեղմվելը, որն առաջացնում է «սագի մաշկ» ծանոթ զգացողությունը: Տաք լոգանքը, ցնցուղը կամ ծածկոցը նպաստում են այդ մկանների թուլացմանը: Հղին, որը չի կարողանում դիմանալ շփման միջոցով մերսմանը, հաճախ պատրաստակամ համաձայնում է այդ մեթոդը կիրառել, երբ արդեն տաքացրել են նրա մաշկը: Բացի դրանից՝ որովայնի վերին հատվածում թրջոցի շնորհիվ ջերմությունը կարող է մեծացնել արգանդի ակտիվությունը՝ ընդ որում՝ չառաջացնելով պտղի սրտի աշխատանքի այստաբանական փոփոխություններ:

Ծննդաբերության երկրորդ շրջանում շեքի վրա տաք կոմպրեսներ՝ խոնավ խավոտ անձեռոցիկներ դնելը շատ հանգստացուցիչ է: Սակայն կոմպրեսի ջերմաստիճանը չպետք է գերազանցի այն դնող մարդու ջերմաստիճանային դիմացկունությունը. ծննդաբեր կարող է չնկատել, որ կոմպրեսը շատ տաք է, քանի որ նրա ցավային զգացողության շեմը կարող է այնքան փոխված լինել, որ այրվածքներ առաջանան:

Սառը կոմպրեսներն առանձնապես օգտակար են հոդացավերի ժամանակ, այսպես՝ մեջքի ցավը լավ է արձագանքում սառեցմամբ թերապիային: Ցավը նվազեցնող արդյունքը կարելի է բացատրել նրանով, որ նվազում է զգայունությունը, հետևաբար՝ նաև ցավը: Հատկապես օգտակար են սառեցված դոնդողով փաթեթները, որոնք փաթաթվում են կնոջ մարմնին (երկու էլաստիկ ժապավեններ, մեկը կապվում է արգանդի շրջանում, մյուսը՝ արգանդից ցածր) և ամրացվում են հատուկ՝ Վելկրոյի լեյկոսպեղանիով: Նման կոմպրեսները ապահովում են ոչ միայն ցավի չեզոքացումը, նաև հետևաբան են ապահովում մեջքի ներքևի մասի համար: Կինը կարող է շարունակել քայլել:

Սառցե կոմպրեսները, որոնք դրվում են շեքին՝ երեխայի ծնունդից հետո որքան հնարավոր է արագ, վերացնում են այտուցվածությունն ու ցավը: Հարկավոր է հիշել, որ անհրաժեշտ է սառի աղբյուրի և կնոջ մաշկի միջև կտորի մեկ-երկու շերտ դնել, որպեսզի սառնությունը հետզհետե զգացվի՝ հաճելի զովությունից մինչև սառնություն: Ոչ մի դեպքում չի կարելի սառը



կումարես դնել, եթե կինը մրսած է, եթե դողում է, կամ նրա ձեռքերը, ոտքերը, քիթը սառն են: Նրան հարկավոր է նախ տաքացնել տաք լոգարանում, ցնցուղով կամ ծածկոցով, հետո նոր սառը առաջարկել:

### **Լոգանք կամ ցնցուղ ծննդաբերական ցավերի ժամանակ**

Ծննդաբերության ժամանակ ցավերի նվազեցման նպատակով առավել կիրառելի են դառնում լոգանքը կամ ցնցուղը: Ջրի գլխավոր ազդեցությունը թուլացումն է՝ ռելաքսացիան: Լոգանքի կամ ցնցուղի ընդունման հակացուցումներն են՝ արյան բարձր ճնշումը կամ մշտական մոնիտորինգ անցկացնելու անհրաժեշտությունը:

### **Շոյում և մերսում**

Տարատեսակ ֆիզիկական հպումների կիրառումը ցավը նվազեցնող իմպուլսներ է հաղորդում. ձեռքով քաջալերող շարժումը, մազերը կամ այտերը սիրով շոյելը, ամուր գրկելը, ձեռքից բռնելը կամ նպատակային մերսող մեթոդները հաղորդում են սեր, հարմարավետություն, ցույց տալիս կնոջը, որ ցանկանում են լինել նրա հետ ու օգնել նրան: Այդ պատճառով ծննդաբերության ժամանակ շատ կարևորվում է ծննդկանին հարազատ ու մտերիմ մարդկանց ներկայության ապահովումը:

Ծննդաբերական հիվանդասենյակում կիրառելի են մերսման բոլոր տեսակները՝ մեղմ և ամուր շոյում, շնշող/ճզմող գործողություններ, խորը շրջանաձև սեղմում, շփում, մատների ծայրերի, ամբողջ ափի և այլ՝ գլորող, տատանող կամ ճնշում գործադրող հարմարանքների կիրառում:

Մերսման տեսակներից մեկը՝ ձեռքերի մերսումը, հեշտ է կիրառել և մշտապես ողջունվում է ծննդաբերների կողմից: Այստեղ պետք է ներառել նաև ճզմող շարժումները, ճնշում գործադրելը, ամբողջ ձեռքի շփումը՝ դաստակից մինչև ուսը, հատկապես՝ նրանց, ովքեր սեղմում են բռունցքները ցավերի ժամանակ: Մերսումը խթանում է մաշկի և ավելի խորը հյուսվածքների մի շարք զգայական (սենսորային) ռեցեպտորներ, այդպիսով՝ նվազեցնելով ցավի զգացումը:

### **Վայրընթաց նյարդային ուղիների խթանմամբ ցավերը հանդարտեցնող մեթոդներ**

#### **Ուշադրության կենտրոնացում և շեղում**

Ուշադրության կենտրոնացման հնարավոր է հասնել, երբ ծննդաբերը նպատակաուղղված գործողություններ է կատարում, որոնք ներառում են հատուկ շնչառական տեխնիկա, խոսքային վարժություններ: Ուշադրությունը շեղվում է ամենօրյա գործերով, օրինակ՝ սեփական արտաքինին հետևելով, նաև ուշադրության կենտրոնացմամբ տեսա-, ձայնա- և շոշափելի ազդակների վրա: Ծննդաբերության սկզբում լավ է ուշադրությունը շեղել, ինչը կենտրոնացման պասիվ ձևն է, օրինակ՝ հեռուստացույց դիտել, քայլել միջանցքում կամ հիվանդանոցի բակում:

**Շնչառության մոդելավորումը**, ինչին սովորեցնում են ծննդաբերությանը նախապատրաստման դասընթացներում, արագ հոգնեցնում է, այդ պատճառով այդ հնարքից ավելի լավ է օգտվել արդեն հաստատված ծննդաբերական գործողության ժամանակ:

### **Երաժշտություն**

Ծննդկանի ցանկությամբ ցանկացած երաժշտություն, ավելի հաճախ՝ մեղմ, հանգստացնող, կարող է կիրառվել լրացուցիչ թուլացման (ռելաքսացիայի) համար: Երաժշտությունը հատուկ մթնոլորտ է ստեղծում՝ հնարավորություն տալով կարգավորել շնչառության ռիթմը, օգնել ռիթմիկ մերսմանը: Բացի դրանից՝ բարելավում է ինչպես ծննդաբերի, այնպես էլ բուժանձնակազմի, ծննդաբերի օգնականների զգացմունքային վիճակը:

## ԳԼՈՒԽ 5. ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՄԿՁԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

### 1. Կող ըստ ՀՄԴ X

- Z32 - հղիության որոշման համար հետազոտություն և թեստեր
- Z32.0 - (դեռևս) չհաստատված հղիություն
- Z32.1 - հաստատված հղիություն
- Z33 - հղիությանը բնորոշ վիճակ
- Z34 - նորմալ հղիության ընթացքի հսկում
- Z34.0 - առաջին նորմալ հղիության ընթացքի հսկում
- Z34.8 - այլ նորմալ հղիության ընթացքի հսկում
- Z34.9 - չհաստատված նորմալ հղիության ընթացքի հսկում
- Z35 - բարձր ռիսկային հղիության ընթացքի հսկում
- Z35.0 - հղիության ընթացքի հսկում, երբ կնոջ անամնեզում նշված է չբերություն
- Z35.1 - հղիության ընթացքի հսկում, երբ կնոջ անամնեզում առկա է ինքնաբեր վիժումներ
- Z35.2 - հղիության ընթացքի հսկում՝ այլ բարդացված անամնեզով, որը վերաբերում է ծննդաբերությանը կամ մանկաբարձական խնդիրների
- Z35.3 - հղիության ընթացքի հսկում անամնեզում անբավարար նախածննդյան օգնությամբ
- Z35.4 - բազմիցս ծննդաբերած կնոջ հղիության ընթացքի հսկում
- Z35.5 - տարիքով մեծ՝ առաջին անգամ ծննդաբերող կնոջ հղիության ընթացքի հսկում
- Z35.6 - պատանի՝ առաջին անգամ ծննդաբերող կնոջ հղիության ընթացքի հսկում
- Z35.7 - սոցիալական խնդիրների հետևանքով բարձր ռիսկի ենթակա կնոջ հղիության ընթացքի հսկում
- Z35.8 - այլ բարձր ռիսկի ենթակա կնոջ հղիության ընթացքի հսկում
- Z35.9 - չճշտված բնույթի բարձր ռիսկի ենթակա կնոջ հղիության ընթացքի հսկում
- Z36 - մինչծննդաբերական հետազոտում՝ պտղի մոտ ախտաբանություններ հայտնաբերելու նպատակով (մինչծննդաբերական ընտրություն՝ նախածննդյան սկրինինգ)
- Z36.0 - նախածննդյան սկրինինգ քրոմոսոմային անոմալիաներ հայտնաբերելու համար
- Z36.1 - նախածննդյան սկրինինգ ամֆոտոլիկ հեղուկում ալֆաֆետոպրոտեինի բարձր մակարդակի հայտնաբերման համար

- Z36.2 - ամսիոցենտեզի վրա հիմնված այլ նախաձևնդյան սկրինինգ
- Z36.3 - նախաձևնդյան սկրինինգ՝ ԳՁԸ կամ ֆիզիկական այլ մեթոդների միջոցով՝ զարգացման անոմալիաներ հայտնաբերելու համար
- Z36.4 - նախաձևնդյան սկրինինգ՝ ԳՁԸ կամ այլ ֆիզիկական մեթոդների միջոցով պտղի աճի կանգը հայտնաբերելու համար
- Z36.5 - նախաձևնդյան սկրինինգ իզոխիմունացման հայտնաբերման համար
- Z36.8 - նախաձևնդյան սկրինինգի այլ տեսակ
- Z36.9 - նախաձևնդյան սկրինինգի չճշտված տեսակ

3. Սահմանումը. Ֆիզիոլոգիական հղիություն՝ գեստացիայի ժամկետին համապատասխան առանց բարդությունների հղիության ընթացք

Փուլի նպատակը՝ հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացք և ժամանակին ծնված նորածին

4. Դասակարգում՝ չկա

5. Ռիսկի գործոններ՝ չկան

6. Ախտորոշման չափանիշներ՝ հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացք՝ գեստացիայի ժամկետին համապատասխան

7. Հիմնական և լրացուցիչ ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ

8. Վարման ռազմավարությունը

**Ջննում ծննդաբերությունից հետո 6-12 շաբաթ անց**

Առաջին օգնությունը (պատրոնաժ) կատարվում է մանկաբարձի/բուժբրոջ կողմից ծննդատնից դուրս գրվելուց 7-10 օր անց:

<b>I այցելություն (խորհուրդ է տրվում այցը կատարել հղիության մինչև 12-րդ շաբաթը)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- անամնեզի հավաքում, ռիսկի գործոնների հայտնաբերումում (<b>տես Հավելված Ա</b>)</li> <li>- նախկինում տարած ինֆեկցիոն հիվանդությունների (կարմրուկ, հեպատիտ) պարզում (<b>Հավելված Բ</b>)</li> <li>- խորհուրդ է տրվում ծննդաբերության նախապատրաստման դասընթացներ անցնել</li> <li>- տրամադրել տեղեկատվություն խնդիրները քննարկելու և հարցեր տալու հնարավորությամբ. տալ բանավոր տեղեկություններ, որոնք հիմնավորված են տպագիր նյութերի և ծննդաբերությանը նախապատրաստման պարապմունքների վրա (<b>Հավելված Է</b>)</li> </ul>

Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- հասակ-քաշային ցուցանիշներ (հաշվել մարմնի զանգվածի ինդեքսը՝ ՄՋԻ)  <math>\text{ՄՋԻ} = \frac{\text{կգ}}{\text{հասակ (մ)}^2}</math>        ցածր ՄՋԻ՝ &lt; 19,8        նորմալ ՄՋԻ՝ 19,9-26,0        գեր քաշով ՄՋԻ՝ 26,1-29,0        ճարպակալում՝ ՄՋԻ &gt; 29,0</li> </ul> <p>Առավել մեծ ուշադրություն պետք է հատկացնել նորմալից տարբերվող ՄՋԻ-ունեցող հղիներին, հատկապես՝ ցածր ՄՋԻ-ով և ճարպակալում ունեցողներին.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ՋՃ չափում</li> <li>- հայելիներով զննում՝ արգանդի պարանոցի (ձևի, երկարության) գնահատում</li> <li>- մանկաբարձական ներքին զննում</li> </ul>
Լաբորատոր հետազոտություններ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ուռուցքների հայտնաբերման նպատակով իրականացվում է կրծքագեղձերի զննում, շոշափում պրենատալ ախտորոշման, հղիության ժամկետի ճշգրտման, բազմապտուղ հղիության հայտնաբերման նպատակով հղիության 10-14 շաբաթական ժամկետում կատարվում է ԳՁՀ</li> <li>- արյան և մեզի ընդհանուր քննություն</li> <li>- արյան խմբի և ռեզուս-գործոնի որոշում</li> <li>- մեզում բակտերիաների առկայության դեպքում՝ ցանքս (<b>Հավելված Գ</b>)</li> <li>- սեռավարակների հետազոտություն՝ միայն կլինիկական ախտանշանների առկայության դեպքում (<b>Հավելված Գ</b>)</li> <li>- բջջաբանական PAP քուրք</li> <li>- ՄԻԱՎ (100%-անոց նախաթեստային խորհրդավություն, համաձայնության դեպքում՝ թեստավորում (<b>Հավելված Դ</b>))</li> <li>- Վասերմանի ռեակցիա (RW)</li> <li>- կենսաքիմիական գենետիկական մարկերներ՝ 9-11 շաբաթական հղիության ժամանակ</li> <li>- HBsAg</li> </ul>
Մասնագետների խորհրդատվություն	<ul style="list-style-type: none"> <li>- թերապևտ/ ընդհանուր բժիշկ</li> <li>- այլ մասնագետներ՝ ըստ ցուցումների</li> </ul>
Բուժական և կանխարգելիչ միջոցառումներ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- օրական 0,8 մգ ֆոլաթթու առաջին եռամսյակի ընթացքում, անամնեզում կենտրոնական նյարդային համակարգի վնասվածքներով նորածնի պարագայում կանխարգելիչ չափաբաժինը 4 մգ է հանքային աղեր,</li> <li>- պոլիվիտամինային կոմպլեքս, որը պարունակում է երկաթ 60 մգ, յոդ 150մգ, կալցիում 200 մգ, վիտամին D 400 միավոր, ցինկ 25մգ, սելեն 20 մգ:</li> </ul>

<b>II այցելություն (հղիության 16-20 շաբաթում)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ամփոփում, սկրինինգային բոլոր թեստերի արդյունքների քննարկում և գրանցում, խնամքի ծրագրված մոդելի վերանայում և լրացուցիչ հետազոտության և խնամքի կարիք ունեցող հղիների նույնականացում</li> <li>- տվյալ հղիության բարդությունների ախտանշանների պարզում (արյունահոսություն, հարպտոլային ջրերի հոսք, պտղի շարժ, ՍՃՓՎ-ների ախտանշաններ)</li> <li>- տեղեկատվության տրամադրում՝ խնդիրները, հարցերը քննարկելու հնարավորությամբ, «Հղիության ընթացքի տագնապալի կանխանշաններ» (<b>Հավելված Է</b>)</li> <li>- ծննդաբերությանը նախապատրաստման պարապմունքների գնալու խորհուրդ</li> </ul>
Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- կշռում՝ ելքային ցածր ՄՁԻ-ի դեպքում</li> <li>- ԶՃ չափում</li> <li>- արգանդի հատակի բարձրության չափում՝ սկսած հղիության 20 շաբաթից (գրանցել գրավիդոգրամայում) (<b>Հավելված Ե</b>)</li> </ul>
Լաբորատոր հետազոտություն	<ul style="list-style-type: none"> <li>- մեզում սպիտակուցի առկայության որոշում</li> <li>- կենսաքանակական գենետիկական մարկերներ (17-20 շաբաթ)</li> </ul>
Գործիքային հետազոտություն	<ul style="list-style-type: none"> <li>- սկրինինգային ԳՁՀ (20-21 շաբաթ)</li> </ul>
<b>III այցելություն (հղիության 24-25 շաբաթում)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- տվյալ հղիության բարդությունների հայտնաբերում (պրեէկլամպսիա, արյունահոսություն, հարպտոլային ջրերի հոսք, պտղի շարժ, ՍՃՓՎ-ների ախտանշաններ)</li> <li>- հղիության վարման պլանի վերանայում և լրացուցիչ հետազոտության ու խնամքի կարիք ունեցողների հայտնաբերում</li> <li>- տեղեկատվության տրամադրում՝ խնդիրները, հարցերը քննարկելու հնարավորությամբ, «Հղիության ընթացքի տագնապալի կանխանշաններ» (<b>Հավելված Է</b>)</li> </ul>

Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- կշռում՝ ելքային ցածր ՄՋԻ-ի դեպքում</li> <li>- ՋՃ չափում</li> <li>- արգանդի հատակի բարձրության չափում (գրանցել գրավիդոգրամայում)</li> <li>- ռեզուս-բացասական կանանց մոտ հակամարմինների տիտրերի որոշում</li> </ul> <p>Տիտրի բացակայության դեպքում խորհուրդ է տրվում հակա-Դ իմունոգլոբուլինի ներարկում 28-րդ շաբաթում, հետագայում հակամարմինների որոշում չի իրականացվում:</p> <p>Եթե նորածնի արյունը ռեզուս-դրական է՝ կրկնել հակա-Դ իմունոգլոբուլինի ներարկումը ծննդաբերությունից հետո առաջին 72 ժամվա ընթացքում (եթե նորածնի կենսաբանական հայրը ռեսուս-բացասական արյուն ունի, տվյալ հետազոտությունը և իմունոգլոբուլինի ներարկումը չի կատարվում):</p>
Լաբորատոր հետազոտություններ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- մեզում սպիտակուցի առկայության որոշում</li> </ul>
<b>IV այցելություն (հղիության 30-32 շաբաթում)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- տվյալ հղիության բարդությունների ախտանիշների հայտնաբերում (պրեէկլամպսիա, արյունահոսություն, հարպտոլային ջրերի հոսք, պտղի շարժ, ՄՃՓՎ ախտանշաններ)</li> <li>- հղիության վարման պլանի վերանայում և լրացուցիչ հետազոտության ու խնամքի կարիք ունեցողների հայտնաբերում</li> <li>- տեղեկատվության տրամադրում՝ խնդիրները, հարցերը քննարկելու հնարավորությամբ, «Ծննդաբերության պլան» <b>(Հավելված Զ)</b></li> </ul>
Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- կշռում՝ ցածր ՄՋԻ-ի դեպքում</li> <li>- ՋՃ չափում</li> <li>- արգանդի հատակի բարձրության չափում (գրանցել գրավիդոգրամայում)</li> <li>- մինչծննդաբերական արձակուրդի ձևակերպում</li> </ul>
Լաբորատոր հետազոտություններ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RW, ՄԻԱՎ</li> <li>- մեզում սպիտակուցի առկայության որոշում</li> <li>- հեմոգլոբինի մակարդակ</li> <li>- 30-34 շաբաթական ժամկետում ԳՁՀ՝ պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղելու, վերջինիս ուշ արտահայտված կանգի փաստն պարզելու համար</li> </ul>

<b>V այցելություն (36 շաբաթական հղիություն)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- տվյալ հղիության բարդությունների ախտանիշների հայտնաբերում (պրենեկլամպսիա, արյունահոսություն, հարպտոլային ջրերի հոսք, պտղի շարժ, ՄՃՓՎ)</li> <li>- հղիության վարման պլանի վերանայում և լրացուցիչ հետազոտության ու խնամքի կարիք ունեցողների հայտնաբերում</li> <li>- տեղեկատվության տրամադրում՝ խնդիրները, հարցերը քննարկելու հնարավորությամբ, «Կրծքով կերակրում, հետծննդաբերական հակաբեղմնավորիչներ»</li> </ul>
Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- մանկաբարձական արտաքին գնում</li> <li>- կշռում՝ ցածր ՄՋԻ-ի դեպքում</li> <li>- ԶՃ չափում</li> <li>- արգանդի հատակի բարձրության չափում (գրանցել գրավիդոգրամայում)</li> <li>- մեզում սպիտակուցի առկայության որոշում</li> </ul>
<b>VI այցելություն (հղիության 38-40 շաբաթում)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- տվյալ հղիության բարդությունների հայտնաբերում (պրենեկլամպսիա, արյունահոսություն, մերձպտոլային ջրերի հոսք, պտղի շարժ, սեռավարակների ախտանշաններ)</li> <li>- հղիության վարման պլանի վերանայում և լրացուցիչ հետազոտության ու խնամքի կարիք ունեցողների հայտնաբերում</li> <li>- տեղեկատվության տրամադրում՝ խնդիրները, հարցերը քննարկելու հնարավորությամբ, «Կրծքով կերակրում, հետծննդաբերական հակաբեղմնավորիչներ»</li> </ul>
Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ԶՃ չափում</li> <li>- մանկաբարձական արտաքին գնում (պտղի դիրքը)</li> <li>- արգանդի հատակի բարձրության չափում (գրանցել գրավիդոգրամայում)</li> <li>- մեզում սպիտակուցի որոշում</li> </ul>



<b>VII այցելություն (հղիության 41-րդ շաբաթում)</b>	
Զրույց	<ul style="list-style-type: none"> <li>- տվյալ հղիության բարդությունների հայտնաբերում (պրեէկլամպսիա, արյունահոսություն, հարպտոլային ջրերի հոսք, պտղի շարժ, ՍՃՓՎ ախտանշաններ)</li> <li>- հղիության վարման պլանի վերանայում և լրացուցիչ հետազոտության ու խնամքի կարիք ունեցողների հայտնաբերում</li> <li>- տեղեկատվության տրամադրում՝ խնդիրները, հարցերը քննարկելու հնարավորությամբ,</li> <li>- հոսպիտալացում՝ ծննդաբերության օրը որոշելու համար</li> </ul>
Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ԶՃ չափում</li> <li>- մեզում սպիտակուցի որոշում</li> </ul>

Հետծննդաբերական գննման նպատակները

- Կրծքով կերակրման ժամանակ ծագած խնդիրներ, հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառման և հակաբեղմնավորիչ մեթոդի ընտրության անհրաժեշտության որոշում:
- ԶՃ չափում:
- Արյան մեջ հեմոգլոբինի մակարդակը և էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) ստուգելու անհրաժեշտության դեպքում հղիին ուղարկել պոլիկլինիկա:
- Վարակի ախտանշանների առկայության դեպքում ուղարկել մանկաբարձ-գինեկոլոգի մոտ:
- Նորածնի մոտ ժառանգական որևէ ախտաբանության առկայության դեպքում ուղարկել խորհրդատվության բժիշկ-մասնագետի մոտ:

### **9. Հիմնական դեղամիջոցների ցանկը**

Հղիների համար նախատեսված պոլիվիտամիններ հանքային աղեր պարունակող հաբեր (Ֆոլաթթու 0,8 մգ, կալցիում՝ 200 մգ, երկաթ՝ 60 մգ, յոդ՝ 150 մկգ, ցինկ՝ 25 մգ, սելեն՝ 20 մկգ):

### **10. Լրացուցիչ դեղամիջոցների ցանկ՝ չկա**

**11. Բուժման արդյունավետության չափանիշներ՝** նորմալ ընթացող հղիություն և ժամանակին ծնված ողջ, հասուն պտղի ծնունդ

**12. Այլ փուլ փոխադրելու չափանիշները՝** հղիության բարդություններ

### Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. 2nd edition © 2008
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 1st edition published in 2003.
3. Клинический протокол «Ведение нормальной беременности (беременности низкого риска, неосложненной беременности)», Проект «Мать и Дитя», Россия, 2007
4. Routine Prenatal Care ICSI Management of Labor Guidelines for hospital-based care. August 2005, 80 p.
5. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка.. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Пер. с англ, под ред. Михайлова А.В., С-П «Петрополис», 2003.
6. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ./ Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова.- 2-е изд., испр. -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 1248 с: ил.
7. WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002.

## Հավելված Ա

Ցանկացած հղիության մասին հնարավոր չէ կանխագուշակել, որ այն կընթանա առանց բարդությունների և վերջիններիս ի հայտ գալու հավանականություն չկա: Մշտապես առկա է գործընթացի՝ դեպի վատը փոփոխվելու հնարավորությունը: Այնուամենայնիվ, հղիության նկատմամբ խորհուրդ չի տրվում ունենալ բացասական նախատրամադրվածություն: Դրան ի սկզբանե հարկավոր է վերաբերվել որպես նորմալ (ֆիզիոլոգիական) երևույթի, սակայն բուժաշխատողները պետք է զգոն լինեն առկա կամ սպասվելիք վտանգի ախտանշանների նկատմամբ: Այսպիսով, ներկայումս պերինատալ խնամքի հիմնական սկզբունքներն են՝

- ուշադիր վերաբերմունք բոլոր կանանց նկատմամբ,
- խնամքի անհատական արձանագրություններ,
- մոր և նորածնի վիճակի վերազնահատում յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ:

Միավորների հաշվարկի վրա հիմնված պերինատալ ռիսկի գնահատումը (հատկապես այդ միավորների գումարը եռամսյակներով) այլևս չպիտի կիրառվի ռիսկի որոշակի գործոնների պատճառով, քանի որ շատ հաճախ հանգեցնում է չհիմնավորված միջամտությունների՝ ընդ որում չփոխելով պերինատալ ելքերը: Դրա փոխարեն առաջարկվում է **ռիսկին ուղղված օգնությունից հրաժարվել և անցնել դեպի հիմնախնդիրը կողմնորոշող օգնությանը:**

**Ստորև նշված վիճակներից մեկի առկայության դեպքում հղի կինը պետք է հետազոտվի մանկաբարձ-գինեկոլոգի մոտ,**

- Արտասեռական (էքստրագենիտալ) ախտաբանության առկայություն (հիպերտենզիա, սրտի կամ երիկամների, արյան հիվանդություններ, հոգեկան խանգարումներ, էպիլեպսիա, շաքարային դիաբետ, աուտոիմունային հիվանդություններ, քաղցկեղ, ՄԻԱՎ, վահանաձև գեղձի հիվանդություն),
- 40 և ավելի մեծ տարիք կամ 18 և ավելի փոքր տարիք,
- ՄԶԻ-ն  $\geq 35$ -ից կամ փոքր է 18-ից,
- անամնեզում՝ կեսարյան հատում,
- ծանր պրեէկլամպսիա, HELLP կամ էկլամպսիա,
- անամնեզում 3 կամ ավելի վիժում,
- անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություն կամ երրորդ եռամսյակում հղիության ընդհատում,
- անամնեզում արյունահոսություն հղիության երկրորդ և երրորդ եռամսյակներում,
- անամնեզում հետծննդային պսիխոզ,
- անամնեզում հետծննդային (հիպոտոնիկ, ատոնիկ) արյունահոսություն,

- անամանեզում նորածնի մահ կամ մահացած պտուղ,
- ընածին արատներով երեխայի առկայություն
- երեխայի առկայություն՝ իր գեստացիոն տարիքի համար մեծ կամ փոքր քաշով ծնված (հիպոտրոֆիա կամ պտղի հիպոտրոֆիա),
- ընտանեկան անամանեզում գենետիկական խանգարում:

## Հավելված Բ

### Կարմրախտ

- Հիվանդությունը վտանգավոր չէ մոր համար:
- Կա պտղի զարգացման արատների ռիսկ, եթե մոր մոտ նկատվում են վարակի կանխանշաններ մինչև հղիության 16 շաբաթը:
- Կանխարգելման նպատակով առավել արդյունավետ է մինչև մեկ տարեկան երեխաների և դեռահաս աղջիկների, նաև հետծննդային շրջանում կանանց նկատմամբ կիրառել համընդհանուր պատվաստման պետական ծրագիրը:
- Բոլոր հղիներին, ովքեր չունեն պատվաստման մասին փաստաթուղթ (2a), առաջին այցելության ժամանակ հարկավոր է առաջարկել սկրինինգ:
- Եթե կինը պատվաստվել է, սակայն հետագայում պարզվել է, որ նա հղի է, ապա դա հղիությունն ընդհատելու պատճառ լինել չի կարող, ենթադրելով, որ պտղին վտանգ է սպառնում կենդանի պատվաստանյութը (վակցինա):
- Կարմրախտի զարգացման կասկածներով հղին պետք է մեկուսացնել մյուս հղիներից (կամ պոտենցիալ հղիներից), սակայն վարակի կլինիկական կանխանշանների վերացումից հետո նրանք մյուսների համար վտանգ չեն ներկայացնում:
- Եթե կինը կարմրախտի դեմ պատվաստված չէ, խորհուրդ է տրվում պատվաստումը կատարել ծննդաբերությունից հետո:

## Հավելված Գ

### Հեշտոցային կանդիդոզ

- Վարակը չի ազդում հղիության վրա:
- Ախտորոշվում է հեշտոցային արտադրության մանրադիտակային ուսումնասիրության հիման վրա: Ախտորոշման հաստատման համար կիրառվում է ցանքս:
- Հեշտոցային կանդիդոզի առկայության սկրինինգ խորհուրդ չի տրվում կատարել:
- Վարակի բուժումը կարելի է իրականացնել իմիդազոլի, բուտոկոննազոլի, կլոտրիմազոլի, էկոնազոլի, տերկոնազոլի, սերտակոնազո-

լի տեղային կիրառմամբ: Սակայն կարևոր է հիշել, որ մոր կողմից բերանով (պերօրալ) ընդունված դեղորայքի ազդեցությունը պտղի վրա անհայտ է:

- Հղիին հիվանդանոց տեղափոխելու կամ մեկուսացնելու անհրաժեշտություն չկա:
- Կանխարգելում՝ բերանի խոռոչի, կերակրափողի և միզապարկի ցանկացած վարակի ժամանակին հայտնաբերում և տեղային բուժում:
- Նորածինը պետք է լինի մոր հետ, թույլատրվում է կրծքով կերակրումը:

### **Երկախտանիշային բակտերիորիա**

- Տարածվածությունը՝ հղիությունների 2-5% դեպքում:
- Մեծացնում է վաղաժամ ծննդաբերությունների ռիսկը, փոքր քաշով երեխաների ծնվելը, հղիների մոտ սուր պիելոնեֆրիտների զարգացումը (միջինը 28-30% այս վարակի դեմ բուժում չստացածների մոտ):
- Հայտնաբերումը՝ բակտերիաների գաղութների առկայություն՝ մեզի միջին չափաբաժնի 1 մլ-ում  $>10^5$ , որոշվում է ոսկե ստանդարտի մեթոդով՝ առանց սուր ցիստիտի կամ պիելոնեֆրիտի ախտանշանների առկայության:
- Ախտորոշիչ հետազոտություն՝ մեզի միջին չափաբաժնի ցանքս, պետք է առաջարկվի բոլոր հղիներին՝ հաշվառման կանգնելիս նվազագույնը մեկ անգամ:
- Բուժման համար կարող են կիրառվել ամպիցիլին, առաջին սերնդի ցեֆալոսպորիններ, որոնք հետազոտության ժամանակ նույն արդյունավետություն են ունեցել:
- Հղիության ընթացքում բուժումը պետք է լինի ցանքսերի անընդհատ դրական արդյունք ստանալու դեպքում: Հաջող բուժման չափանիշը մեզում բակտերիաների բացակայությունն է:
- Հակաբակտերային միջոցների միանգամյա չափաբաժինը նույնպես արդյունավետ է ինչպես 4 կամ 7 օրական կուրսերը, սակայն կողմնակի արդյունքների քիչ լինելու պատճառով պետք է կիրառվի հենց մեկ անգամ:
- Տրամաբանական է կիրառել դեղամիջոցներ, որոնց նկատմամբ զգայունությունը ստուգված է:
- Միզասեռական վարակի (պիելոնեֆրիտի) ծանր ձևերի բուժումը պետք է կատարվի պրոֆիլային ստացիոնարում (ուրոլոգիական):

### **Հեպատիտ B**

- Հղիության ժամանակ սուր հեպատիտի ընթացքը և բուժումը չի տարբերվում սովորական պայմաններում հեպատիտի բուժումից:
- Նորածնի վարակումը հիմնականում տեղի է ունենում ծննդաբերության ժամանակ՝ ինտրանատալ (90%)

- Հեպատիտ B հայտնաբերելու նպատակով հարկավոր է բոլոր հղիներին առաջարկել անցնել արյան քննությունը (հղիության ընթացքում 2 անգամ)՝ HBsAg կրող կանանց հայտնաբերելու համար, արդյունավետ է նրանցից ծնված երեխաներին կանխարգելման նպատակով կյանքի առաջին օրերին իմունոգլոբուլին+ պատվաստում կատարել:
- HBsAg կրող կանայք վտանգավոր չեն կենցաղում, բուժանձնակազմի և մյուս կանանց, ինչպես նաև նրանց նորածինների համար, հետևաբար նախաձննդյան և հետծննդաբերական շրջաններում նրանց մեկուսացնել մյուս հղիներից հարկավոր չէ:

### **Հեպատիտ C**

- Լյարդի ցիրոզի, հեպատոցելուլյար կարցինոմայի, լյարդային անբավարարության գլխավոր պատճառներից մեկն է:
- Կանխարգելման և բուժման արդյունավետ մեթոդներ չկան, այդ պատճառով հեպատիտ C որոշելու նպատակով նպատակահարմար է հետազոտել միայն ռիսկի խմբերին պատկանող (թմրանյութեր օգտագործողներ, անամնեզում արյան կամ դրա բաղադրիչների փոխներարկում ունեցողներ, ասոցիալական խմբին պատկանող և այլն) հղիներին:
- Բնակչության շրջանում հեպատիտ C-ի մեծ տարածվածության և տարածաշրջանի ֆինանսական հնարավորությունների պարագայում տեղական իշխանությունների որոշմամբ կարելի է անցկացնել մշտական սկրինինգ:
- Հեպատիտ C-վիրուսակիր կանայք վտանգավոր չեն կենցաղում, բուժանձնակազմի և մյուս կանանց, ինչպես նաև նրան նորածինների համար, հետևաբար նախաձննդյան և հետծննդաբերական շրջաններում նրանց մեկուսացնել մյուս հղիներից հարկավոր չէ:

### **Բակտերային վագինոզ**

- Առանց ախտանշանների ընթացքը դիտարկվում է հղի կանանց 50%-ի մոտ:
- Ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտության (ՌԿՀ) արդյունքներով ապացուցվել է, որ առողջ հղիների (գանգատներ չունեցող) սկրինինգի անցկացումը և բուժումը չի նվազեցնում վաղաժամ ծննդաբերությունների կամ այլ բարդությունների առաջացման վտանգը, օրինակ՝ պտղաթաղաթների վաղաժամ պատռումը:
- Անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություն ունեցած կանանց բուժումը չի ազդել կրկին վաղաժամ ծննդաբերություն ունենալու ռիսկի վրա, սակայն հնարավոր է նվազեցնում է պտղաթաղանթների վա-

դաժամ պատռումը կամ փոքր քաշով երեխայի ծնվելու հավանականությունը:

- «Բակտերային վազինոզ» ախտորոշման համար անհրաժեշտ է նվազագույնը երեք կամ չորս ախտանշանի առկայություն՝
  1. ոչ թանձր, սպիտակ համասեռ արտադրություն,
  2. քսուքում բանալի- բջիջների առկայություն,
  3. հեշտոցային արտազատուկի pH>4,5
  4. հեշտոցային արտազատուկին հիմքի ավելացման դեպքում (ամֆնային թեստ) «ձկան» հոտի առկայություն:

Բուժման համար ցուցում են կլինիկական ախտանշանները, առաջին հերթին՝ հղիի գանգատները՝ վուլվայի շրջանում՝ քորը, այրոցը, կարմությունը, տհաճ հոտով առատ արտադրությունը:

Բուժումը՝ 7 օր շարունակ՝ մետրոնիդազոլ (per os կամ տեղային), սակայն մինչև 13 շաբաթական հղիության ժամկետը դեղամիջոցն օգտագործելու դեպքում ապացուցված չէ վերջինիս անվտանգությունը պտղի համար:

### **Մարդու ինունային անբավարարության վիրուս՝ ՄԻԱՎ**

- Ուղղահայաց փոխանցման վտանգը կապված է հղիի վարակային ծանրաբեռնվածության մակարդակի և ինունիտետի վիճակի հետ:
- Զարգացած երկրներում առանց կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացման ուղղահայաց փոխանցման վտանգը 15-25% է:
- Եռափուլ կանխարգելում՝
  1. քիմիականխարգելում հղիության և ծննդաբերության ժամանակ:
  2. մինչև ծննդաբերական գործունեությունը սկսվելը կատարել ընտրովի (էլեկտիվ) կեսարյան հատում՝ եթե անջուր շրջանը <4 ժամից:
  3. կրծքով կերակրելուց հրաժարվելը նվազեցնում է ՄԻԱՎ-ի ուղղահայաց փոխանցման ռիսկը մինչև 1%:
- ՄԻԱՎ-ի հայտնաբերման նպատակով անհրաժեշտ է բոլոր հղիներին առաջարկել հետազոտվել հղիության ընթացքում 2 անգամ (հաշվառման վերցնելու ժամանակ և հղիության 30-32 շաբաթական ժամկետում):
- Ծննդօգնության հաստատությունները պետք է ունենան էքսպրես-թեստեր անհայտ ՄԻԱՎ կարգավիճակով հղիների հետազոտության համար:
- Դրական ՄԻԱՎ կարգավիճակով հղիների վարումն իրականացվում է ՁԻԱՀ-ի տարածքային կենտրոնի հետ համատեղ, որը քիմիականխարգելման անցկացման համար բոլոր հղիներին պետք է ապահովի անվճար դեղամիջոցներով:
- Հղիի հսկողությունն իրականացնող բուժանձնակազմը պարտավոր է ակտիվորեն օգնել նրան պարտաճանաչ ձևով իրականացնել բուժումը:

- ՄԻԱՎ (+) կարգավիճակով հղիների մի մասը պատկանում է սոցիալապես խոցելի խմբին, այդ պատճառով նրանց պետք է մեծ ուշադրություն հատկացվի՝ տանը հնարավոր բնության, ծխելու, ակոհոլիզմի, թմրանյութերի օգտագործման հարցերում:
- վարակակիր հղիները կենցաղում, անձնակազմի և մյուս կանանց, նաև նրանց նորածինների համար վտանգ չեն ներկայացնում, հետևաբար չպետք է մեկուսացվեն նախածննդաբերական և հետծննդաբերական շրջաններում:

### **Խլամիդիոզ**

- Մեռական ճանապարհով փոխանցվող ամենատարածված վարակն է եվրոպական տարածաշրջանում:
- Մեծացնում է վաղաժամ ծննդաբերությունների, պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղման համախտանիշի, նեոնատալ մահացության հաճախությունը:
- Մորից նորածնին վարակի փոխանցումը 30-40% դեպքերում հանգեցնում է նորածնային կոնյուկտիվիտների և թոքաբորբի:
- Հարկավոր է տեղեկատվություն տրամադրել ծննդաբերության ժամանակ կոնյուկտիվիտի կանխարգելման մեթոդների մասին՝ ծննդաբերությունից հետո առաջին մեկ ժամվա ընթացքում նորածնի կոպերին քսվում է տետրացիկլինի կամ էրիթրոմիցինի քսուք:
- Առանց ախտանշանների խլամիդիոզի սկրինինգ չպետք է առաջարկվի, քանի որ դրա արդյունավետության հավաստի ապացույցներ չկան:
- Խլամիդիոզի ախտորոշման «ոսկե չափանիշը» պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (ՊՇՌ) անցկացումն է:
- Մեռական օրգանների չբարդացած խլամիդիոզային վարակի ամբուլատոր բուժումը հղիության ժամանակ՝
  - էրիթրոմիցին՝ 7 օր շարունակ, օրական չորս անգամ, 500 մգ կամ,
  - ամոքսիցիլին՝ 7 օր շարունակ, օրական երեք անգամ, 500 մգ կամ,
  - ազիտրոմիցին, կլիդամիցին, ջոզամիցին (ըստ սխեմայի):

### **Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ (ինֆեկցիա) (ՑՄՎ)**

- ՑՄՎ-ն շարունակում է մնալ բնածին վիրուսային վարակների ամենակարևոր պատճառը:
- ՑՄՎ-ի փոխանցման վտանգը բացառապես կապված է առաջնային վարակվածության հետ (բոլոր կանանց 1-4%-ը)
- Մայրերից վարակված նորածինների շրջանում առկա է ՑՄՎ-ի ընթացքի երկու հնարավոր տարբերակ.
  1. համատարած (գեներալիզացված) վարակ (վարակված պտուղների 10-15%)՝ սկսած լյարդի և փայծաղի չափավոր մեծացումից, որն ընթանում է դեղնությամբ, ընդհուպ մինչև մահը: Աջակցող բուժման դեպքում ՑՄՎ-ով նորածինների մեծ մասը ողջ է մնում:



Սակայն այդ նորածիններից 80-90%-ը կյանքի առաջին տարիներին բարդություններ են ունենում, օրինակ՝ լսողության կորուստ, տեսողության վատացում, տարբեր աստիճանի մտավոր թերզարգացություն:

2. անախտանիշ ձև (վարակված պտուղների 90%-ը)՝ 5-10% դեպքերում կարող են զարգանալ տարբեր աստիճանի լսողական, մտավոր կամ կոորդինացման խնդիրներ:
  - Բեղմնավորումից նվազագույնը 6 ամիս առաջ վարակված կանանց մոտ բարդությունների առաջացումը չի գերազանցում 1%-ը:
  - Բոլոր հղիներին պետք է առաջարկել սկրինինգ, քանի որ գործականում անհնար է ապացուցել առաջնային ինֆեկցիայի առկայությունը, ինչպես նաև հիվանդության բուժման արդյունավետ միջոցի բացակայության, պտղի վարակման և ախտահարման ախտորոշման դժվարությունների պատճառով:
  - Մինչև 22 շաբաթականը հղիության ընդհատումը հնարավոր է չափազանց ծայրահեղ դեպքերում՝
    1. մոր մոտ հաստատված առաջնային ինֆեկցիայի դեպքում,
    2. առկա են ամնիոցենտեզի դրական արդյունքներ,
    3. ԳԶՀ տվյալներով պտղի անոմալիաներ, զարգացման կանգ:

### **Տոքսոպլազմոզ**

- Քիչ տարածվածության պարագայում սկրինինգ չի առաջարկվում:
- Մորից նորածինն փոխանցվում է պլացենտայով, կարող է նպաստել ներարգանդային մահվան, ներարգանդային զարգացման դանդաղման, մտավոր թերզարգացությանը, լսողության խնդիրների, կուրությանը:
- Փոխանցման ռիսկն առաջին հերթին կապված է առաջնային ինֆեկցիայի հետ:
- Պտղի վարակման ռիսկը կախված է գեստացիոն ժամկետից՝
  1. ամենացածրը (10-25%), երբ մայրը վարակվում է առաջին եռամսյակում, բարդ ախտահարումներ նկատվում են մինչև 14% դեպքերում,
  2. ամենաբարձրը (60-90%), երբ մայրը վարակվում է երրորդ եռամսյակում, բարդ ախտահարումներ գրեթե չեն նկատվում:
- Բուժումը՝ սպիրամինիցին, պիրամետամին (խորհուրդ չի տրվում մինչև 18 շաբաթական հղիության ժամկետը), ընդ որում՝ չկան պտղի բնածին վարակների և ախտահանումների կանխարգելման համար բուժման արդյունավետության հավաստի ապացույցներ:
- Մասնագետի մոտ առաջին այցելության ժամանակ պետք է տեղեկատվություն ներկայացվի տոքսոպլազմոզով (և սննդով փոխանցվող այլ վարակներով) վարակվելու կանխարգելման վերաբերյալ.
  1. չուտել հում կամ կիսատապակած միս,
  2. մանրակրկիտ ձևով մաքրել և լվանալ բանջարեղենն ու մրգերը,

- լվանալ ձեռքերը, խոհանոցային մակերեսները, ամանեղենը, որտեղ պահվել կամ մշակվել է հում միս, բանջարեղենի, մրգերի, ծովային մթերքների, տնային թռչնի հետ շփումից հետո,
3. այգեգործական աշխատանքներ կատարելիս կամ հողի հետ շփման ժամանակ (որը կարող է վարակված լինել կատուների կեղտով) հագնել ձեռնոցներ, աշխատանքից հետո լավ լվանալ ձեռքերը,
  4. հնարավորության դեպքում խուսափել կատուների կերակրամանների և զուգարանի հետ շփումից, եթե չկա օգնական, մշտապես դա անել ձեռնոցներով,
  5. դուրս չթողնել կատուներին տնից, հղիության ընթացքում անտուն կատուներին տուն չբերել, խորհուրդ չի տրվում կատուներին տալ հում կամ քիչ մշակված միս:
- Տոքսոպլազմոզով հիվանդացած հղիները բուժանձնակազմի և մյուս հղիների, ինչպես նաև նրանց նորածինների համար վտանգ չեն ներկայացնում, հետևաբար չպետք է մեկուսացվեն մինչև ծննդաբերելը և հետծննդաբերական շրջաններում:

### **Մեռական օրգանների հերպես**

Խորհուրդ չի տրվում կատարել սկրինինգ, քանի որ արդյունքները չեն փոխում վարման ռազմավարությունը:

- Պտղի ախտահարումը տատանվում է մեծ սահմաններում՝ սկսած առանց ախտանշանների ընթացքից մինչև միայն մաշկի ախտահարումը, ծանր դեպքերում՝ աչքերի, նյարդային համակարգի ախտահարում, համատարած ձևեր:
- Նորածնի վարակման վտանգը մեծ է անմիջապես ծննդաբերությունից առաջ (մինչև 2 շաբաթ) մոր առաջնային վարակման դեպքում (ոչսկը 30-50%). հարկավոր է առաջարկել ծննդաբերություն կեսարյան հատումով:
- Ռեցիդիվների դեպքում ոչսկը շատ փոքր է (<1-3 %). խորհուրդ է տրվում բնական ճանապարհով ծննդաբերություն:
- Հերպետիկ վարակի դեպքում կինը չի հոսպիտալացվում: Կանայք, որոնց մոտ ծննդաբերության ժամանակ հայտնաբերվում է վարակի ակտիվ ձևը, նորածնի հետ շփման ժամանակ պետք է հետևեն իրենց անձնական հիգիենային, նաև չգրկեն այլ նորածնի: Մեկուսացում չի պահանջվում:

### **Սիֆիլիս**

- Սկրինինգ առաջարկվում է բոլոր կանանց՝ հղիության ընթացքում երկու անգամ (հաշվառվելիս և 30 շաբաթական ժամկետում):
- Սիֆիլիսով հիվանդ կանանց մոտ մեծ է այլ սեռավարակներ ունենալու հավանականությունը, հետևաբար հարկավոր է առաջարկել անցնել լրացուցիչ հետազոտություններ:

- Բուժումը՝ պենիցիլին, կարող է իրականացվել ամբուլատոր:
- Բավարար բուժում ստացած կնոջ մեկուսացում չի պահանջվում, նա վտանգ չի ներկայացնում նաև նորածնի համար:
- Անհրաժեշտ է սեռաախտաբանի խորհրդատվությունը, հղիի բուժման և նրա հսկողության ապահովումը:

### **Պալարախտ (տուբերկուլոզ)**

- Տուբերկուլոզի մեծ ռիսկի պարագայում բոլոր հղիներին ցուցված է սկրինինգ՝ Մանթուի փորձի անցկացման միջոցով:
- Տուբերկուլոզի կասկածի դեպքում հարկավոր է իրականացնել կրծքավանդակի ռենտգենոգրաֆիա՝ անկախ հղիության ժամկետից:
- Նեոնատալ շրջանում վարակվելու դեպքում առկա է մահացության մեծ վտանգ:
- Տուբերկուլոզի ակտիվ ձևի դեպքում՝ բուժում (ինոհազիդ, ռիֆամպիցին, պիրազինամիդ, էտամբուրոլ): Այս դեղամիջոցները ցուցված են հղիին, պտղին և նորածիններին:
- Ստրեպտոստրեպտոցին, էտիոնամիդ և պրոտիոնամիդը պետք է բացառվեն վտանգավորության պատճառով:
- Մորը հարկավոր է տեղեկացնել, որ հետծննդաբերական շրջանում՝
  1. նորածինը պետք է մեկուսացվի տուբերկուլոզի ակտիվ ձևի դեպքում,
  2. կրծքով կերակրումը հնարավոր է, բոլոր հակատուբերկուլոզային դեղամիջոցների կիրառումը կրծքով կերակրման ժամանակահատվածում իրենցից վտանգ չեն ներկայացնում,
  3. հարկավոր է շարունակել մոր բուժման լրիվ կուրսը,
  4. նորածինը պետք է կանխարգելիչ բուժում ստանա:
- Հարկավոր է ունենալ տեղեկություն ապագա երեխայի բնակարանային պայմանների վերաբերյալ, մեկ բնակարանում, տանը արողների շրջանում տուբերկուլոզի ակտիվ ձևի առկայության մասին, որպեսզի նորածնին ծննդատնից դուրս գրելու ժամանակ համապատասխան միջոցառումներ իրականացվեն:

Նախաձեռնողյան սկրինինգի ապացույցների վրա հիմնված հանձնարարականներ

**Կնոջ քաշը.** Քաշի ավելացման չափումները յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ անհիմն են, և հարկավոր չէ կնոջը խորհուրդ տալ սահմանափակումներ մտցնել սննդակարգում՝ ավելորդ քաշը նվազեցնելու համար:

**Պելվիոմետրիա.** Հաճախակի կատարել պելվիոմետրիա խորհուրդ չի տրվում: Ապացուցված է, որ ո՛չ կլինիկական, ո՛չ էլ ռենտգենաբանական պելվիոմետրիայի տվյալները կանխորոշիչ նշանակություն չունեն պտղի գլխի և մոր կոնքի չափսերի անհամապատասխանության որոշման համար, որը հնարավոր է որոշել ծննդաբերության ընթացքին ուշադիր հետևելիս:

**Պտղի սրտի աշխատանքի ոռոտին աուսկուլտացիան** ոչ մի կանխորոշիչ արժեք չունի, քանի որ դրանով հնարավոր է միայն պարզել, թե ո՞րք է արդյոք երեխան: Սակայն որոշ դեպքերում հետազոտությունն անցկացնելու դեպքում այն կարող է վստահություն ներշնչել մորը, որ նրա երեխայի հետ ամեն ինչ կարգին է:

**Պտղի շարժումների հաշվարկ.** ոռոտին հաշվարկը հանգեցնում է պտղի ակտիվության նվազման հաճախակի հայտնաբերմանը, ավելի հաճախ այլ մեթոդների գնահատականին դիմելուն, հղիների հոսպիտալացմանը և խթանված ծննդաբերությունների թվի աճին: Ավելի կարևոր է պտղի շարժումների ոչ թե քանակական, այլ որակական բնութագրիչը, դինամիկայում վերջիններին փոփոխությունը:

**Պրեէկլամպսիա.** Պրեէկլամպսիայի զարգացման վտանգը պետք է գնահատվի առաջին այցելության ժամանակ՝ նախաձեռնողյան այցերի համապատասխան գրաֆիկի սահմանման համար: 20 շաբաթական հղիությունից հետո ավելի հաճախ այցելությունների անհրաժեշտություն առաջացնող ռիսկի գործոններն են՝ սպասվող առաջին ծննդաբերությունը, 40-ից մեծ տարիքը, մայրական գծով հարազատների՝ մոր, քրոջ, մորաքրոջ անամնեզում պրեէկլամպսիայի առկայությունը, ՄՋԻ>35 առաջին այցելության ժամանակ, բազմապտղություն կամ սրտանոթային հիվանդություն (հիպերտենզիա) կամ շաքարային դիաբետ:

Ամեն անգամ, երբ հղիության ընթացքում չափվում է ՋՃ-ն, հարկավոր է վերցնել մեզի չափաբաժին՝ պրոտեինուրիայի առկայության որոշման համար:

Հղին պետք է տեղեկացված լինի ծանր պրեէկլամպսիայի ախտանշանների մասին, քանի որ դրանց առկայության դեպքում կարող են տհաճ երևույթներ լինել մոր և պտղի համար (գլխացավ, մշուշոտ տեսողություն, կողերի տակ մեղմ կամ ուժեղ ցավ, փսխում, դեմքի, ոտքերի և ձեռքերի արագ այտուցում):

**Հղիության երկրորդ կեսում մշտապես կատարել ԳՁԸ.** հղիության մեծ ժամկետներում ԳՁԸ-ի կլինիկական նշանակության ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ նախաձննդաբերական շրջանում հղիների հոսպիտալացման և խթանված ծննդաբերությունների թիվն աճել է՝ առանց պերինատալ ելքերի որևէ բարելավման: Սակայն ապացուցված է, որ ԳՁԸ-ն նպատակահարմար է կատարել հատուկ կլինիկական դեպքերում՝

- պտղի կենսագործունեության կամ մահվան ճշգրիտ ավտանշանների հայտնաբերման,
- պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղման կասկածների դեպքում պտղի զարգացման գնահատման,
- պլացենտայի տեղակայման որոշման նպատակով,
- ենթադրյալ բազմապտղային հղիության հաստատման,
- ամնիոտիկ հեղուկի շատ և քիչ լինելու կասկածների դեպքում դրա ծավալի գնահատման,
- պտղի դիրքի ճշգրտման նպատակներով,
- ինչպես նաև արգանդի պարանոցին շրջակար դնելու կամ պտղի գլուխն ի վար արտաքին պտղաշրջման ժամանակ:

### **Պորտային և արգանդային զարկերակների դոպլերյան ԳՁԸ**

Մշտապես կիրառում չպետք է առաջարկվի:

### **Սթրեսային և ոչ սթրեսային կարդիոտոկոգրաֆիա**

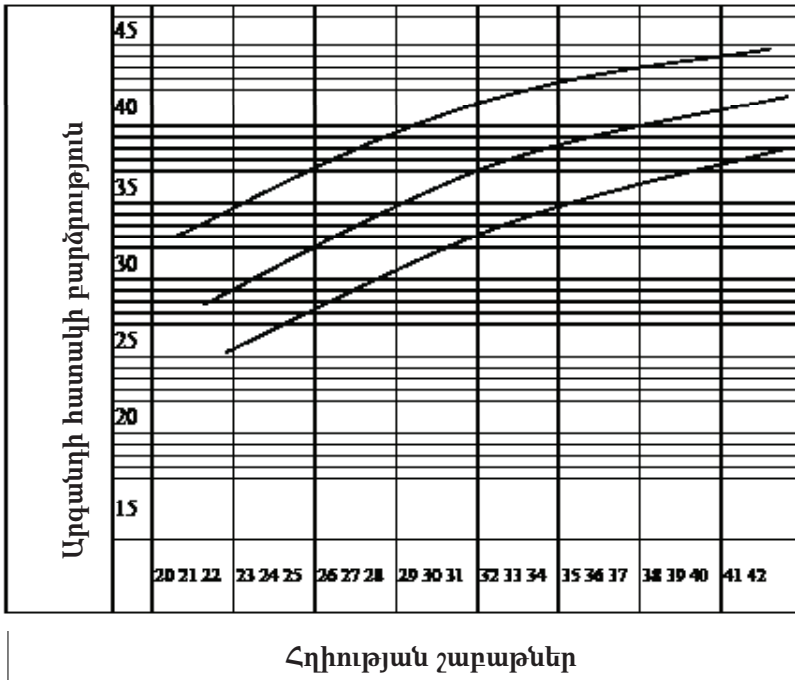
Նախաձննդաբերական շրջանում, նույնիսկ բարձր ռիսկի խմբին պատկանող հղիների պտղի վիճակի լրացուցիչ ստուգումների նպատակով ԿՏԳ-ի կիրառման նպատակահարմարության ապացույցներ չկան:

ԿՏԳ-ի ազդեցության գնահատման 4 ռանդոմիզացված հետազոտություններում ստացվել են ռուտին ԿՏԳ կատարած խմբում պերինատալ մահացության ավելացում 3 անգամ, իսկ կեսարյան հատումների, Ապգարի սանդղակով ցածր գնահատականով ծնված նորածինների, նորածինների նյարդային խանգարումների, նեոնատալ ինտենսիվ թերապիայի հոսպիտալացման հաճախականության վրա ազդեցության բացակայություն: Այդ մեթոդի կիրառումը ցուցված է միայն պտղի շարժումների հանկարծակի նվազման կամ նախաձննդաբերական արյունահոսության ժամանակ:

Հավելված Ե

**Գրավիդոգրամա**

Գրավիդոգրամայի կազմումը պարտադիր է հղիության երկրորդ և երրորդ եռամսյակներում, հղիի յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ: Գրավիդոգրամայում նշվում է արգանդի հատակի բարձրությունը՝ սմ-ներով (ուղղահայաց առանցքին) հղիության ժամկետին համապատասխան (հորիզոնական առանցքին): Կառուցվում է հղիության ժամանակ արգանդի հատակի բարձրության փոփոխության գրաֆիկը: Կարևոր է ոչ թե արգանդի հատակի չափված բարձրության գտնվելը գծերի միջև, այլ դրանց զուգահեռ լինելը:



## Հավելված Զ

**Ծննդաբերության պլան**

(Լրացվում է բուժաշխատողի հետ միասին)

Իմ անունը \_\_\_\_\_

Ծննդաբերության սպասվող ժամկետը \_\_\_\_\_

Իմ բժշկի ԱԱՀ \_\_\_\_\_

Իմ երեխայի բժիշկը կլինի \_\_\_\_\_

Հետևյալ անձինք ներկա կգտնվեն իմ ծննդաբերությանը \_\_\_\_\_

***Ուսուցում նախածննդաբերական շրջանում մայրերի դպրոցում***

Պարապմունքներ հայրերի համար

Ծննդատանը

Ուսուցում նախածննդաբերական շրջանում բացի մայրերի դպրոցից

(կարևոր պահեր, վախ, մտահոգվածություն) \_\_\_\_\_

**Իմ նպատակն է՝**
 Որպեսզի ինձ աջակցեն և հանգստացնեն միայն ինձ մոտիկ մարդիկ և բուժքույրը

 Որպեսզի բացի աջակցությունից և հանգստացնելուց իրականացվի նաև դեղորայքային ցավազրկում

 Այլ՝ \_\_\_\_\_

նկարագրեք:

**Ծննդաբերության առաջին փուլ /կծկանքներ/**

Խնդրում ենք նշել ինչպիսի հանգստացնող միջոցներ դուք կցանկանայիք, որպեսզի ձեր մանկաբարձը առաջարկի ձեզ ծննդաբերության ընթացքում՝

 Հազնել իմ սեփական հագուստը

 Զբոսնել

 Տաք / սառը թրջոց

 Լրացուցիչ բարձեր

 Օգտագործել ծննդաբերական գնդակ

 Լսել իմ սիրելի երաժշտությունը

 Կենտրոնանալ սիրելի առարկայի վրա

 Մերսում

 Շնչել թթվածնի և ազոտի օքսիդի խառնուրդ

 Էպիդուրալ ցավազրկում

 Դեղորայքային ցավազրկում:

### **Երեխայի ծնունդը**

Ձեր մանկաբարձը կօգնի ձեզ գտնելու տարբեր հարմար դիրքեր ծննդաբերության երկրորդ փուլում: Ստորև թվարկվածից հրը դուք կցանկանայիք փորձել՝

- Ծննդաբերության ժամանակ ուղղաձիգ դիրք
- Կողքի վրա
- Չեմ ուզում օգտվել գինեկոլոգիական աթոռից
- Այլ դիրքեր

### **Երեխայի ծնվելուց հետո ես կցանկանայի, որպեսզի՝**

- \_\_\_\_\_ կտրի պորտային զարկերակը.
- Նորածնին դնեն իմ փորին անմիջապես ծնվելուց հետո
- Նորածնին ինձ տալուց առաջ նրան փաթաթեն վերմակի մեջ
- Նորածնին հագցնեն իր սեփական գլխարկը և գուլպաները
- Իմ նորածնին առաջին անգամ փաթաթեն
- Ծննդաբերության ժամանակ արվեն լուսանկարներ և կատարվի տեսագրություն

### **Անսպասելի դեպքեր ծննդաբերության ժամանակ**

Եթե դուք ունեք լրացուցիչ տեղեկատվության կարիք հետևյալ հարցերի վերաբերյալ, հարցրեք ձեր բժշկին կամ մանկաբարձուհուն՝

- Ունեկների/ վակուումային էքստրակցիայի կիրառում
- Ամնիոտոմիա
- Էպիդիոտոմիա
- Պտղի մոնիտորինգ
- Ծննդաբերության դրդում
- Ծննդաբերության խթանում
- Կեսարյան հատման միջոցով ծննդաբերություն

### **Երեխայի ծնվելուց մինչև դուրս գրում**

Բաժանմունքում անհրաժեշտ է համարվում մոր և մանկան միմյանց հետ գտնվելը երեք օրվա ընթացքում՝ հետագա դուրս գրմամբ: Բուժաշխատողները ձեզ օգնություն և օժանդակություն կցուցաբերեն ձեր նորածնի խնամքի հարցում, երբ փոքրիկը գտնվի հիվանդասենյակում ձեր հետ միասին.

#### **Ես պատրաստվում եմ՝**

- Նորածնին կրծքով կերակրել
- Նորածնին տալ լրացուցիչ կեր



### **Բաժանմունքում գտնվելիս ես կցանկանայի՝**

- Միշտ լինել նորածնի հետ
  - Ներկա լինել նեոնատոլոգի կողմից իմ նորածնի զննության ժամանակ
  - Ներկա լինել նորածնի հետ բուժգործողությունների իրականացման ժամանակ
  - Որպեսզի բուժքույրը ինձ ցույց տա՝ինչպես պետք է նորածնին լողացնել
  - Ինքնուրույն լողացնել իմ նորածնին
  - Որպեսզի իմ նորածնին պատվաստեն ԲՑԺ-ի և C հեպատիտի դեմ
  - Այլ՝ \_\_\_\_\_
- Հետևյալ մարդիկ օգնելու են ինձ տանը \_\_\_\_\_

### **Ձեր առաջարկները և մեկնաբանությունները**

Ես կցանկանայի, որպեսզի ինձ այցելեն ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո:

- Այո: Ո՞վ \_\_\_\_\_
- Ոչ
- Դեռ չեմ որոշել

Ստորագրություն \_\_\_\_\_ ամսաթիվ \_\_\_\_\_

Տեղեկությունները հավաքագրող մասնագետի ստորագրությունը \_\_\_\_\_:

### Ինչպևն Ձեր մասին հոգ տանել հղիության ընթացքում

- Հղիության ընթացքում լիարժեք խնամքը կօգնի ձեզ պահպանել ոչ միայն ձեր առողջությունը, այլ նաև ձեր ապագա նորածնի առողջությունը: Հղիության առաջին իսկ կասկածի դեպքում դիմեք կանանց կոնսուլտացիա:
- Եթե հղիությունը հաստատվում է և ձեզ հաշվառում են, պարբերաբար այցելեք ձեր հղիության հսկողությունն իրականացնող բժշկին սահմանված ժամանակացույցին համապատասխան:
- Օգտագործեք առողջ սնունդ. ձեր քաշը կավելանա մոտավորապես 8-16 կիլոգրամ, կախված նրանից, թե որքան էր ձեր քաշը հղիությունից առաջ: Հղիությունը նիհարելու համար հարմար ժամանակ չէ:
- Քնեք, կամ հանգստացեք, երբ զգում եք դրա կարիքը: Մի հոգնեցրեք ձեզ, բայց նաև ամբողջապես մի թուլացեք: Քնի կարիքը յուրաքանչյուր մարդու մոտ անհատական է, սակայն մեծամասամբ կրավականացնի օրինակ ութ ժամը:
- Մի ծխեք և խուսափեք ծխողների կողքին գտնվելուց: Եթե դուք ծխում եք, թողեք որքան հնարավոր է շուտ:
- Մի օգտագործեք ոչ մի տեսակի ոգելից խմիչք /գարեջուր, գինի, ավելի ուժեղ ոգելից խմիչք, և այլն/: Եվ միանշանակ, թմրամիջոցների մասին խոսք անգամ լինել չի կարող:
- Մի ընդունեք ոչ մի տեսակի դեղահաբեր կամ այլ դեղորայք, բացառությամբ ձեր բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքի: Հիշեք, որ բույսերը և բույսերից պատրաստված թուրմերը / թեյը նույնպես դեղամիջոց են հանդիսանում:
- Հղիության ընթացքում ձեզ նաև հարկ է խուսափել ուժեղ և սուր հոտերից /ինչպիսիք են ներկի կամ լաքի հոտերը/: Անհրաժեշտ է նաև զգուշություն ցուցաբերել կենցաղային մաքրող և լվացող միջոցների օգտագործման ժամանակ՝ ուշադիր կարդացեք պիտակների վրա առկա ցուցումները և կատարեք դրանք, օգտագործեք ձեռնոցներ և մի աշխատեք վատ օդափոխվող տարածքներում:
- Եթե դուք կատու ունեք, ապա խնդրեք ընտանիքի անդամներից որևէ մեկին մաքրել կենդանու գուգարանը, կամ անպայման օգտագործեք ռետինե ձեռնոցներ /կա այդպիսի հիվանդություն՝ տոքսոպլազմոզ, որը փոխանցվում է կատուների կեղտի միջոցով և վտանգ է ներկայացնում հղիների համար/: Բոլոր մնացած առումներով ձեր ընտանի կենդանիները ձեր և ձեր բալիկի համար վտանգ չեն ներկայացնում:
- Ֆիզիկական վարժությունները օգտակար են ինչպես ձեր, այնպես էլ ձեր նորածնի համար: Եթե խնդիրներ չեն ծագում, դուք կարող եք շարունակել կատարել նույն վարժությունները, որոնք կատարում էիք հղիությունից առաջ: Ուտքով զբոսանքները և լողը հատկապես լավ և հարմար միջոցներ են ակտիվությունը պահպանելու, արյան շրջա-

- նառությունը խթանելու և քաշի ավելացումը կարգավորելու համար:
- Սեռական հարաբերությունները հղիության ժամանակ նորմալ են և անվտանգ են ինչպես ձեր, այնպես էլ նորածնի համար: Դրանք չեն վնասի ոչ ձեզ, ոչ էլ ձեր նորածնին: Մի անհանգստացեք, եթե հորմոնային փոփոխությունների պատճառով սեռական ցանկությունը աճի, կամ նվազի. դա նույնպես նորմալ է և յուրաքանչյուր կնոջ մոտ դրսևորվում է յուրովի: Կան որոշակի սահմանափակումներ, որոնք դուք պետք է հաշվի առնեք անվտանգության ապահովության անհրաժեշտությունից ելնելով: Քանի որ ձեր փորը աստիճանաբար մեծանալու է, թերևս ձեզ պետք կլինի փորձել տարբեր դիրքեր՝ ամենահարմարը ընտրելու համար: Խորհուրդ չի տրվում պառկել մեջքի վրա: Եթե դուք ունեցել եք վիժում կամ վաղաժամ ծննդաբերություն, բժիշկը կարող է խորհուրդ տալ խուսափել սեռական հարաբերություններից: Իսկ եթե ձեզ մոտ սկսվել է հեշտոցային արյունային արտադրություն, ի հայտ են եկել ցավեր, կամ սկսվել է պտղաջրերի արտահոսք, բացառեք սեռական կոնտակտները և որքան հնարավոր է շուտ դիմեք բժշկի:
  - Անհարմար մի զգացեք դիմել ձեր բուժող բժշկին կամ մանկաբարձուհուն տեղեկատվություն ստանալու և նրանց տեղեկացնելու համար, եթե ձեզ վատ եք զգում:
  - Այս ժամանակահատվածը ճիշտ պահն է տեղեկանալու կրծքով կերակրելու օգտակարության և կերակրող կանանց անցանկալի հղիությունից խուսափելու պլանավորման մեթոդների մասին:

### **Օգտակար սնունդ ձեր և ձեր նորածնի համար**

- Միանշանակ, լավ սնունդը կարևոր է ինչպես ձեր առողջության, այնպես էլ ձեր նորածնի աճի և զարգացման համար: Հղիության ժամանակ առողջ սնունդը նույնքան կարևոր է, որքան այն կարևոր է կնոջ կյանքի ցանկացած այլ ժամանակահատվածում: Չկան «մոգական» սննդամթերքներ, որոնք հատկապես անհրաժեշտ են հղիության նորմալ ընթացքի համար: Շատ քիչ են նաև «արգելված» մթերքի տեսակները: Իհարկե, հարկավոր է խուսափել մթերքի այն տեսակներից, որոնց նկատմամբ դուք ալերգիա ունեք՝ աշխատեք նաև որքան հնարավոր է քիչ յուղոտ սնունդ և քաղցրավենիք օգտագործել:
- Ըստ կառուցվածքի ձեր սնունդը պետք է բուրգ հիշեցնի. առավել լայն մասը՝ «բազիլը», բաղկացած է հացից, հացահատիկային կուլտուրաներից, շիլաներից և մակարոնեղենից: Այդ տեսակի սննդամթերքներ պետք է ավելի շատ օգտագործեք, քան այլ տեսակի: Մրգերը և բանջարեղենը կազմում են սննդի համար անհրաժեշտ սննդամթերքների՝ իր մեծությամբ երկրորդ խումբը: Երրորդ՝ ավելի փոքր խումբը կազմում են կաթնամթերքը, նաև միսը, լոբազգիները, ձուն և ընկույզը: Բուրգի գլխամասում գտնվում են ճարպերը, յուղերը և քաղցրավենիքը, որոնք խորհուրդ է տրվում օգտագործել նվազա-

- գույն քանակությամբ: Եթե ձեզ մոտ որոշակի հարցեր են առաջանում՝ կապված առողջ սննդի հետ, դիմեք բժշկի օգնությանը:
- Հղիներն ունեն երկաթի և ֆոլաթթվի ավելի մեծ քանակության կարիք: Օգտագործեք երկաթով (լոբազգիներ, տերևաթերթիկային կանաչ բանջարեղեն, կաթ, ձու, միս, ձուկ, տնային թռչուններ) և ֆոլիաթթվով (լոբազգիներ, ձու, լյարդ, բազուկ, կաղամբ, սիսեռ, լոլիկ) հարուստ սննդամթերքներ: Նաև ընդունեք վիտամիններ և երկաթ պարունակող հարեր, եթե դրանք ձեզ խորհուրդ է տվել բժիշկը:
  - Եթե դուք ունեք ոչ այնքան լավ ախորժակ, սնունդը ընդունեք ոչ մեծ չափաբաժիններով օրական 5-6 անգամ՝ 3 անգամ մեծ չափով ընդունելու փոխարեն:
  - Յուրաքանչյուր օր խմեք ութ բաժակ հեղուկ, գերադասելի է՝ ջուր: Մի ընդունեք օրական երեք բաժակից ավելի՝ կոֆեին (թեյ, սուրճ, կոլա) և մեծ քանակությամբ շաքար պարունակող ըմպելիքներ: Հատկապես խորհուրդ չի տրվում խմել թեյ և սուրճ միաժամանակ սնունդ ընդունելով (կոֆեինը խոչընդոտում է երկաթի յուրացումը):

### **Սննդաչափերը**

Խումբ 1՝ Հաց, ընդեղեն և կարտոֆիլ

հացի 1 մեծ կտոր (30-40գ)

0,5 բաժակ մակարոնեղեն

Խումբ 2՝ Մրգեր և բանջարեղեն

160 մլ մրգի կամ բանջարի հյութ (100%-անոց բնական հյութ)

0,5 բաժակ (մոտ 100գ) եփած կամ թարմ բանջարեղեն

Խումբ 3՝ Կաթ և կաթնամթերք

1 բաժակ (300 մլ) կաթ, կաթնաշոռ (100գ), պանիր (20գ)

Խումբ 4՝ Միս, թռչնի միս, ձկներեն

70-80գ եփած միս, թռչնի միս կամ ձուկ

1 բաժակ (մոտ 150-200գ) եփած ընդեղեն

Խումբ 5՝ Ճարպեր և քաղցրավենիք

2 թեյի գդալ կարագ, մարգարին կամ խոզի հալած ճարպ (10գ)

4 թեյի գդալ ձեթ (10գ)

### **Հղիության հետ կապված անհարմարություններ**

Հղիությունը ֆիզիկական և հուզական փոփոխությունների ժամանակաշրջան է: Հղիության որոշակի փուլերում շատ կանայք որոշ չափով անհարմարավետության զգացում են ունենում: Մի անհանգստացեք: Դրանք սովորական խնդիրներ են, որոնք կվերանան երեխայի ծնվելուց հետո.

- Հաճախամիզություն՝ հատկապես առաջին երեք և վերջին երեք ամիսներին:
- Գերհոգնածություն՝ հատկապես առաջին երեք ամիսներին: Ավելի հաճախ հանգստացեք, ընդունեք առողջ սնունդ և կատարեք թեթև ֆիզիկական վարժություններ: Դա կօգնի Ձեզ ավելի քիչ հոգնածություն զգալու:

- Առավոտյան կամ օրվա այլ ժամերին զգացվող սրտխառնոցը հաճախ անցնում է առաջին երեք ամիսներից հետո: Աշխատեք վաղ առավոտյան ուտել չոր թխվածքներ կամ մի կտոր հաց: Խուսափեք կծու և յուղալի սնունդից: Կերեք քիչ-քիչ, բայց հաճախ:
- Հղիության հինգերորդ ամսին կարող է առաջանալ այրոց: Որպեսզի խուսափեք դրանից, մի խմեք սուրճ կամ գազավորված ջուր կոֆեին պարունակող, մի պառկեք և մի կռացեք անմիջապես ուտելուց հետո, քնեք՝ գլխի տակ բարձ դրած: Եթե այրոցը չի անցնում, դիմեք բուժող բժշկի խորհրդին:
- Հղիության ընթացքում ձեզ կարող է անհանգստացնել փորկապությունը: Համենայնդեպս օրվա ընթացքում խմեք 8 բաժակ ջուր և այլ տեսակի հեղուկներ և կերեք բջջանյութով հարուստ սննդամթերք, օրինակ՝ կանաչ բանջարեղեն և թեփով շիլաներ: Ջրի նշված ծավալը կօգնի ձեզ նաև խուսափել միզասեռային ուղիների վարակներից:
- Կարող են այտուցվել կոճերը և ոտնաթաթերը: Օրական մի քանի անգամ բարձրացրեք ոտքերը, քնեք ձախ կողքի վրա, որպեսզի նվազեցնեք այտուցվածությունը:
- Հղիության վերջին 3-4 ամսիներին կարող են ցավեր առաջանալ գոտկատեղում: Հազեք առանց կրունկի կոշիկներ, աշխատեք չբարձրացնել ծանրություն. եթե այնուամենայնիվ ստիպված եք լինում ծանրություն բարձրացնել՝ ծալեք ծնկները, այլ ոչ թե մեջքը:

### **Անհանգստացնող վտանգի նշաններ**

Անմիջապես դիմեք բժշկի, եթե Ձեզ մոտ ի հայտ կգան հետևյալ ախտանիշներից որևէ մեկը.

- արյունախառն արտադրություն սեռական ուղիներից,
- առատ հեղուկ արտադրություն հեշտոցից,
- մշտական գլխացավ, տեսողության խանգարում՝ աչքերում կետերի և կայծերի առաջացմամբ,
- ձեռքերի կամ դեմքի հանկարծակի այտուցում,
- մարմնի ջերմության բարձրացում 38°C և ավելի,
- ուժեղ քոր և այրոց հեշտոցում կամ հեշտոցային արտադրության ուժեղացում,
- այրոց և ցավ միզելու ժամանակ,
- ուժեղ չդադարող փորացավ, նույնիսկ երբ դուք պառկած եք և հանգստանում եք,
- ավելի, քան 4-5 կծկանք մեկ ժամվա ընթացքում,
- եթե դուք ընկել կամ ավտովթարի եք ենթարկվել կամ եթե ինչ-որ մեկը ձեզ հարվածել է
- վեցամսյա հղիությունից հետո այն դեպքում, եթե պտուղը 12 ժամվա ընթացքում կատարում է 10-ից ոչ պակաս շարժում:

## ԳԼՈՒԽ 6. ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՊՏՂԻ ՎԻՃԱԿԻ ՀՄԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

1. Հղիության եվ ծննդաբերության ժամանակ պտղի վիճակի հսկողություն

2. Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում ( ՀՄԴ-X) գործածվող կոդերը

- Z34 - նորմալ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z34.0 - նորմալ առաջին հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z34.8 - նորմալ այլ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z34.9 - նորմալ հղիության ընթացքի հսկողություն, չճշտված
- Z35 - բարձր ռիսկային հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.0 - անամնեզում անպտղություն ունեցող կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.1 - անամնեզում ինքնաբեր վիժումներ ունեցած կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.2 - ծնելիության և մանկաբարձական այլ խնդիրներով բարդացած անամնեզով կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.3 - անամնեզում ոչ բավարար՝ նախածննդյան օգնություն ստացած կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.4 - բազմածին կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.5 - առաջին անգամ ծննդաբերող՝ հասակավոր կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.6 - առաջին անգամ ծննդաբերող՝ դեռահաս կնոջ հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.7 - կնոջ՝ սոցիալական խնդիրների արդյունքում բարձր ռիսկային հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.8 - կնոջ՝ այլ բարձր ռիսկային հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z35.9 - կնոջ՝ չճշտված բնույթի բարձր ռիսկային հղիության ընթացքի հսկողություն
- Z36 - մինչծննդաբերական հետազոտություն՝ պտղի ախտաբանության հայտնաբերման նպատակով (նախածննդյան սքրինինգ)
- Z36.0 - նախածննդյան սքրինինգ՝ քրոմոսոմային անոմալիաների հայտնաբերման համար
- Z36.1 - նախածննդյան սքրինինգ՝ ամֆիոտիկ հեղուկում ալֆաֆետոպրոտեինի բարձրացված մակարդակի հայտնաբերման համար
- Z36.2 - նախածննդյան սքրինինգի այլ տեսակ՝ հիմնված ամֆիոցենտեզի վրա
- Z36.3 - նախածննդյան սքրինինգ՝ ԳՉՀ կամ այլ ֆիզիկական մեթոդների օգնությամբ՝ զարգացման բնածին անոմալիա հայտնաբերելու համար

- Z36.4 - նախաձեռնողյան սքրինինգ՝ ԳԶՀ կամ այլ ֆիզիկական մեթոդների օգնությամբ՝ պտղի աճի դանդաղման համախտանիշը հայտնաբերելու համար
- Z36.5 - նախաձեռնողյան սքրինինգ իզոդիմունիզացիա հայտնաբերելու համար
- Z36.8 - նախաձեռնողյան սքրինինգի այլ տեսակ
- Z36.9 - չճշտված

### **Պտղի վիճակի հսկողության մեթոդները հղիության ժամանակ**

1. **Նպատակը.** Պտղի վիճակի խանգարումների՝ ժամանակին հայտնաբերում
3. **Սահմանում.** պտղի վիճակի հսկողություն հղիության և ծննդաբերության ժամանակ
4. **Դասակարգում.** գոյություն չունի
5. **Ռիսկի գործոններ.** չկան
6. **Առաջնային կանխարգելում .** չկա
7. **Ախտորոշման չափանիշները. հսկողության ֆունկցիոնալ և կլինիկական մեթոդներ**

### **Պտղի վիճակի հսկողության մեթոդները հղիության ժամանակ**

#### **1. Արգանդի հատակի բարձրության (ԱՀԲ) և որովայնային շրջագիծ (ՈՇ) չափում**

Կլինիկական փորձի ընթացքում կիրառվում են երկու ցուցանիշներ, որոնցով կարելի է ենթադրություն կատարել չափսերի, նշանակում է՝ նաև պտղի զարգացման դինամիկայի մասին.

- *ԱՀԲ* – սիմֆիզի վերին եզրից մինչև արգանդի հատակի միջև ընկած տարածությունը
- *ՈՇ* – որովայնային շրջագիծը պորտի մակարդակում

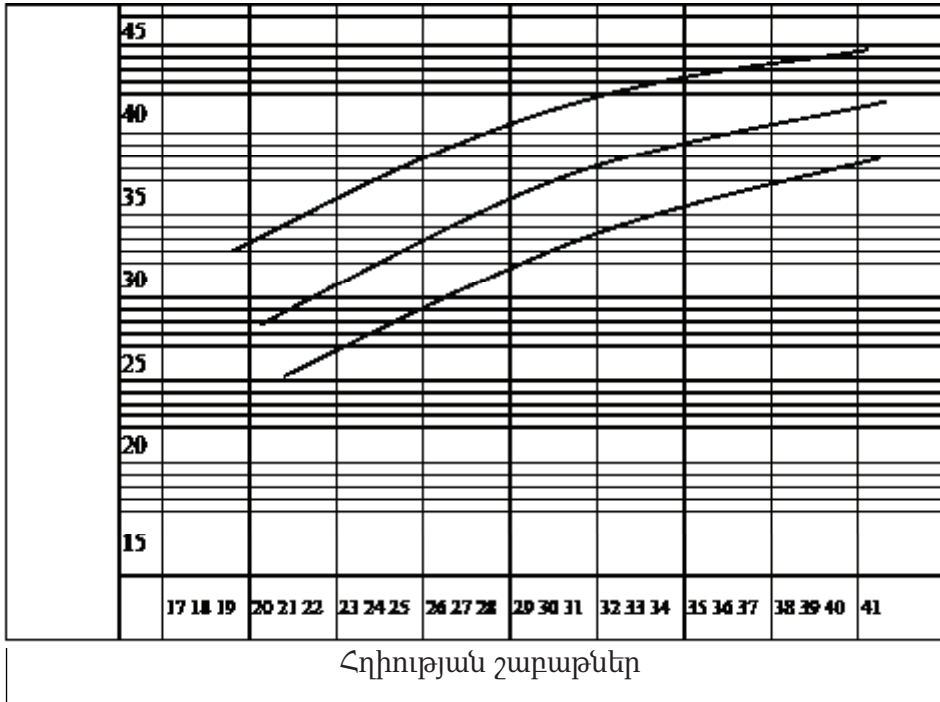
Երկու ցուցանիշն էլ սուբյեկտիվ են, սակայն

*ԱՀԲ*- կանխատեսային արժեքը բարձրանում է դինամիկայում չափումների շարքի օգտագործման և գրավիդոգրամայի տեսքով գրաֆիկական պատկերի դեպքում:

Հետևյալ գրավիդոգրամայի գրաֆիկը պետք է լինի կցորդ յուրաքանչյուր հղիի նախաձեռնողյան քարտի:

Գրավիդոգրաման սքրինինգային մեթոդ է հանդիսանում հղիության տվյալ ժամկետում պտղի ցածր քաշի հայտնաբերման համար:

**Գրավիդոգրամա**  
**Հղիության զարգացման գնահատումը արգանդի հատակի բարձրության միջոցով (սմ)**



2. *Պարզի շարժումների որակի գնահատումը* կատարվում է սկսած հղիության 28-րդ շաբաթից:

Մեկ օրվա ընթացքում պտղի խաղի վատացումը հղիության ժամանակ տագնապալի ազդանշան է հանդիսանում, որի մասին հղին անմիջապես պետք է հայտնի հսկողություն իրականացնող մանկաբարձ-գինեկոլոգին, որպեսզի կարողանա ժամանակին կողմնորոշել մանկաբարձ-գինեկոլոգին անհրաժեշտ բժշկական օգնության կազմակերպման համար:

Պտղի խաղի որակի փոփոխության դեպքում խորհուրդ է տրվում օգտագործել պտղի խաղի հաշվարկի՝ Սադովսկու (Sadovsky) մեթոդը:

Մանդի ընդունումից հետո մեկ ժամվա ընթացքում կինը պետք է պատկած վիճակում կենտրոնանա պտղի շարժումների վրա: Եթե հղին մեկ ժամվա ընթացքում չզգա 4 շարժում, նա պետք է ֆիքսի դրանք երկրորդ ժամվա ընթացքում:

Եթե երկու ժամն անցնելուց հետո հղին չզգա 4 շարժում, նա պետք է դիմի իր մանկաբարձ-գինեկոլոգին:



### 3. Պարզի վիճակի գնահատման օբյեկտիվ, ժամանակակից մեթոդներից են՝

#### ԿՏԳ և ոչ սթրեսային թեստը

Իրականացվում է սկսած հղիության 32-րդ շաբաթից միայն ցուցումներով, քանի որ ուտին օգտագործման դեպքում բարձր է կեղծ դրական արդյունքների հաճախականությունը (տես Հավելված Ա)

#### Հավելված Ա

Ցուցանիշներ	Նորմալ ԿՏԳ	Սպառնացող ԿՏԳ	Ախտաբանական ԿՏԳ
Բազային ռիթմ, հարված/րոպե	110-160	100-109, 161-180	100 քիչ, 180 ավել
Բազային ռիթմի փոփոխականություն, հարված/րոպե	6-25	25 ավելի	Անպլիտոդը 5-ից պակաս կամ փոփոխականությունը բացակայում է
Արցելերացիաներ 30-40 րոպեների ընթացքում	Անկանոն	1-2 կամ բացակայում է, պահպանվող փոփոխականության պարագայում	Բացակայություն, մոնոտոն, ցածր փոփոխականությամբ կամ սինուսիդալ ռիթմի պարագայում
Դեցելերացիաներ	Չկա կամ ոչ խորն են, փոփոխական են, վաղ	Խորը, տևական, փոփոխական / մինչև 3 րոպե/ կամ 1-2 ուշացած, առանձին	Ուշացող, անբարենպաստ, փոփոխական /70 հարված/րոպեում և ավել և 60 վրկ. տևողությամբ/
Գործողություն	Դինամիկ հսկում մինչև ծննդաբերություն	Ամենօրյա ԿՏԳ դինամիկ հսկում	Իրավիճակի ընդհանուր գնահատում, հետագա հետազոտություն, որոշ դեպքերում՝ ծննդաբերություն

#### Ցուցումներ ոչ սթրեսային թեստի անցկացման համար

- վիճակներ, որոնք պահանջում են պտղի վիճակի անհապաղ գնահատում.
- պտղի խաղի քանակի նվազում, որակի փոփոխություն
- հիպերտենզիվ խանգարումներ (պրեէկլամպսիա, խրոնիկական հիպերտենզիա)

- պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղման (ՊՆԶԴ) կասկած,
- ժամկետանց հղիություն և այլն:

### **Անցկացման ժամկետը ԿՏԳ**

Նախածննդյան կարդիոտոկոգրաֆիան հղիության 32 շաբաթից ավելի ժամկետի դեպքում իրականացնելիս ԿՏԳ հիմնական չափանիշները և դրանց բնութագրի ճիշտ իմացությունը թույլ են տալիս կատարել տեսանելի և կարդիոտոկոգրաֆիկ կորի ադեկվատ գնահատում, ինչը թույլ է տալիս գնահատել պտղի վիճակը:

Պտղի վիճակը ԿՏԳ-ով կարող է տեղեկատվական արժեքը ունենալ հղիության 32 շաբաթից ժամկետից հետո, քանի որ միայն այդ ժամկետին մոտ է ավարտվում միկրոկարդիալ ռեֆլեքսի ձևավորումը և սկսվում պտղի՝ «ակտիվություն-հանգիստ» ցիկլը:

Որքան փոքր է հղիության ժամկետը, այնքան փոփոխությունները կարդիոտոկոգրամայի վրա տիպական են, և, բնականաբար, ավելի դժվար է դրանք մեկնաբանել:

Ներկայումս կարդիոտոկոգրաֆիկ կորի վերլուծության համար հղիության 26-րդ շաբաթից սկսած օգտագործվում են ավտոմատ վերլուծության մեթոդները, որոնք թույլ են տալիս գնահատել կարդիոտոկոգրաֆիկ կորի այնպիսի չափանիշներ, որոնք հնարավոր չէ հաշվի առնել վիզուալ մեկնաբանման դեպքում:

Համակարգչային մշակման այդ առանձնահատկությունը հնարավորություն է տալիս ընդլայնել հետազոտության անցկացման ժամկետները: Կարդիոտոկոգրամաների վիզուալ գնահատականի դեպքում ոչ հասանելի՝ չափանիշների համակարգչային վերլուծությունը թույլ է տալիս բացառել գրառման սուբյեկտիվ մեկնաբանումը և հասնել արդյունքների բարձր հավաստիության:

Առողջ պտղի սրտի աշխատանքը պետք է արձագանքի արգանդի կծկմանը կամ արգանդում սեփական շարժումներին սրտի կծկումների հաճախականացմամբ (աքցելերացիա):

Անհրաժեշտ է շարունակել ԿՏԳ գրանցումը, սկզբում 20 րոպեից ոչ պակաս, եթե այդ ժամանակահատվածի ավարտից հետո աքցելերացիան բացակայում է, շարունակել ևս 20 րոպե:

**ԳԶՀ / հղիության երկրորդ կեսում**՝ անց է կացվում հղիության 20-24 շաբաթների ընթացքում պտղի վիճակի գնահատում պահանջող սրբիսինգով:

- Ցուցումներ ԳԶՀ կատարելու համար (ժամկետը որոշվում են անհատականորեն)
  - Պտղի ներարգանդային աճի դանդաղման կասկած
  - Պրեէկլամպսիա/ Էկլամպսիա
  - Շաքարային դիաբետ

- Մոր սոմատիկ, խրոնիկական չկոմպենսացված հիվանդություններ
- Նախածննդյան արյունահոսություն
- Բազմապտղություն
- Պտղաջրերի քանակի ախտաբանություն (սակավաջրություն, գերջրություն) զարգացման բնածին արատների հայտնաբերման նպատակով
- Երկարաձգված հղիություն
- Ռեզուս-կոնֆլիկտային հղիություն
- Այլ բժշկական ցուցումներ, կապված ախտաբանական վիճակների հետ

*Պարզի կենսաաֆիզիկական պրոֆիլ (ԿՖՊ)* ունի ավելի բարձր կանխորոշիչ արժեք, քան ոչ սթրեսային թեստը (հավելված Բ):

### **Ամբողջական ԿՖՊ անցկացնելու տեխնիկա՝**

- Պտղի վիճակի գնահատումը անց է կացվում ԳՁՀ և ԿՏԳ կիրառմամբ
- ԳՁՀ տևողությունը կազմում է 20 րոպեից ոչ պակաս
- Արդյունքները գնահատվում են միավորներով, ըստ հատուկ սանդղակի (հավելված Գ), որոնք գումարվում են
- Կախված միավորների հանրագումարից կատարվում է պտղի վիճակի կանխատեսում և առաջարկվում է փոփոխությունների կատարում կոնկրետ հղիության վարման արձանագրություններում:

ԿՖՊ ամբողջական կատարումը պահանջում է լուրջ ռեսուրսներ՝ ժամանակ, հատուկ սարքավորումներ, մասնագետների ուսուցում:

Այդ պատճառով վերջին տարիներին առաջարկվել է *ԿՖՊ-ի մոդիֆիկացված (կրճատված) արձանագրության* կիրառում:

*Պարզի մոդիֆիկացված կենսաաֆիզիկական պրոֆիլ (ՊՄԿՖՊ)*, ունի ԿՖՊ-ին համարժեք կանխորոշիչ արժեք, և ներառում է ամնիոտիկ ինդեքսի (ԱԻ) որոշում և ԿՏԳ-ի արդյունքները:

Ցուցանիշ	Միավորներ	
	2	0
Պտղի շնչառական շարժումներ	1 էպիգոդ, ոչ պակաս, քան 30 վրկ տևողությամբ 30 թուպենների ընթացքում	Բացակայություն, կամ էպիգոդ, <30 վրկ տևողությամբ 30 թուպենների ընթացքում
Պտղի շարժողական ակտիվություն	Մարմնի կամ վերջույթների 3 առանձին շարժումներ 30 թուպենների ընթացքում	Մարմնի/վերջույթների 2 կամ պակաս առանձին շարժումներ 30 թուպենների ընթացքում
Պտղաջրերի ծավալը կամ ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսը	Ազատ հատվածի պտղաջրերի առավելագույն ուղղաձիգ ծավալը >2սմ երկու փոխադարձաբար ուղղահայաց կտրվածքներով ԱԻ <5սմ	Պտղաջրերը տեսանելի չեն կամ պտղաջրերի ազատ հատվածի առավելագույն ուղղաձիգ ծավալը <2սմ երկու ուղղահայաց կտրվածքներով ԱԻ <5սմ
Ոչ պթերեսային թեստ	Ռեակտիվ	Առեակտիվ

### 6. Ամնիոտիկ ինդեքսի (ԱԻ) որոշում<sup>4</sup>

Ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի նվազումը հանդիսանում է պտղի երիկամային ֆիլտրացիայի իջեցման անուղղակի նշան, ընդ որում առաջինը պայմանավորված է երիկամային արյան շրջանառության ծավալի նվազումով (արյան շրջանառության կոմպենսատոր կենտրոնացում) ի պատասխան խրոնիկական հիպոքսիայի: Հետևաբար ԱԻ նվազումը կամ սակավաջրությունը կարող է պտղին սպառնացող վիճակի ցուցանիշ լինել:

Ներկայում կիրառվում են ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի հաշվարկման 2 հիմնական տեխնիկա՝

**Ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքս որոշումը** արգանդի խոռոչի ուղղաձիգ և հորիզոնական 2 գծերի հատման պայմաններում առաջացած 4 քառակուսիներից յուրաքանչյուրի ամենամեծ գրպանների մեջ հայտնաբերվող առկա հեղուկի ծավալի հանրագումարն է.

- < 5 սմ – սակավաջրություն
- > 20 սմ – գերջրություն

Ավելի հստակ հնարավոր է որոշել կիրառելով հղիության ժամկետից կախված ԱԻ փոփոխման հատուկ սանդղակները, 5-րդ և 95-րդ պրոցենտիլը:

**Ուղղաձիգ գրպանների առավելագույն խորությունը** – պորտային զարկերակից և պտղի մանր մասերից ազատ ամենամեծ գրպանի հեղուկի ծավալի որոշումը, որը չափվում է միմյանց նկատմամբ ուղղահայաց դիրքում գտնվող 2 մակերեսներում, ավելի սպեցիֆիկ է:

- 2-8 սմ – նորմա
- 1-2 սմ – սահմանային
- < 1 սմ – սակավաջրություն
- 8 սմ – գերջրություն

### **7. Դոպլերոգրաֆիա /ԴԳ/**

ԴԳ-ն՝ պտղի վիճակի օբյեկտիվ որոշման ավելի ինֆորմատիվ մեթոդ է, հղիության շարունակման կամ ընդհատման և ծննդալուծման մեթոդի վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար .

Դոպլերոգրաֆիայի ցուցումները՝

- Տարիքը՝ 38 տարեկան և ավելի
- Անամնեզում առկա պտղի ներարգանդային աճի դադարեցում կամ գեստոզ
- Պերինատալ կորուստներ՝ անամնեզում
- Սոմատիկ հիվանդություններ
- Հիպերտոնիկ հիվանդություն
- Երիկամների հիվանդություն
- Էնդոկրին հիվանդություններ
  - Լարորատոր թեստեր, որոնք հուշում են հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի և համակարգային կարմիր գայլախտի մասին

### **Դոպլերային հետազոտության անցկացման ստանդարտացում՝**

- Նվազագույն պարտադիր ծավալ – երկու արգանդային զարկերակներ, պորտալարի զարկերակներ
- Ախտորոշիչ չափանիշներ՝ անցում դեպի արգանդային զարկերակներ և պորտալարի երկու զարկերակներ, ԱԻ պրոցենտիլային կորերի:

Պտղի արյունատար անոթներում արյան շրջանառության արագությունների կորերի ուսումնասիրության ժամանակ առավել հաճախ գնահատվում է արյան շրջանառության գազաթնային սիստոլիկ արագությունը /S/, արյան շրջանառության առավելագույն վերջնական դիաստոլիկ արագությունը /D/ և միջինացված ըստ ժամանակի արյան շրջանառության առավելագույն արագությունը /TMAX/, հետագա դիմադրողականության ցուցանիշի /ԴՑ/ և պոլսացիոն ցուցանիշի /ՊՑ/ հաշվարկով:

SD հարաբերակցությունը ունի հաստատուն ցուցանիշ և դրա կիրառումը անթոյլատրելի է, քանի որ այդ դեպքում ծայրամասային դիմադրողականության ինդեքսի թվային ցուցանիշները, ինչպես արգանդային անոթներում այնպես էլ պտղի և պորտալարի զարկերակի անոթներում փոփոխվում են հղիության ընթացքում:

Պտղի և նորածնի համար հնարավոր ելքերի հաճախականությունը (%) պորտային զարկերակի դոպլերոմետրիայի ժամանակ փոփոխված դիաստոլիկ կոմպոնենտի տարբեր տեսակների պարագայում:

Արդյունք	Արյան շրջանառության դիաստոլիկ կոմպոնենտի բնութագիրը		
	Դրական	Զրոյական	Բացասական
Մեռելաձևություն	3	14	24
Նորածնային մահացություն	1	27	51
Կենդանի	96	27	25

#### 4. Ծննդաբերության ընթացքում պտղի վիճակի հսկման մեթոդները

Ծննդաբերության ընթացքում պտղի վիճակի գնահատման ժամանակ օգտագործվում է «պտղի վտանգավոր վիճակ» (“nonreassuring fetal status”) տերմինը, աուսկուլտատիվ ճանապարհով կամ ԿՏԳ-ի միջոցով ախտաբանական փոփոխությունների առկայության դեպքում /օրինակ՝ պտղի կրկնվող փոփոխական դեցելերացիա, պտղի տախիկարդիա կամ բրադիկարդիա, ուշ դեցելերացիաներ կամ պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի ցածր գնահատական/.

##### - Պտղի սրտի բաբախի աուսկուլտացիա

Ծննդաբերի հսկումը ծնարանում իրականացնում է բժիշկը /մանկաբարձուհին:

Պտղի սրտի բաբախի պարբերական լսումը հանդիսանում է հիմնական և բավարար միջոց ծննդաբերության ժամանակ պտղի վիճակը հսկելու համար, հատուկ ցուցումների բացակայության դեպքում:

##### Պտղի սրտի բաբախի լսման առաջարկվող հաճախականությունը՝

- Լատենտ փուլում – յուրաքանչյուր 30 րոպեն մեկ անգամ, կծկումներից հետո մեկ րոպեի ընթացքում
- Ակտիվ փուլում - յուրաքանչյուր 15 րոպե մեկ անգամ, կծկումներից հետո մեկ րոպեի ընթացքում

Ճիգերի փուլում՝ յուրաքանչյուր երկրորդ ճիգից հետո, սակայն 5 րոպեից ոչ պակաս հաճախականությամբ ԿՏԳ գնահատման չափանիշները

Գնահատական	ԿՏԳ չափանիշ			
	Բազային ռիթմ զարկ/րոպե	Փոփոխականություն զարկ/րոպե	Դեցելերացիաներ	Արցելերացիաներ
Նորմալ (ռեակտիվ թեստ)	110-160	6-25 հրվ/րոպե ≤5 40 րոպեից <	Բացակայում են, կամ պատահական պարզ, կամ վաղ դեցելերացիաներ	Առկա են, ինքնաբուխ բնույթի
Ատիպիկ (առեակտիվ)	Բրադիկարդիա 100-110 Տախիկարդիա >160 > քան 30 րոպեի ընթացքում, սակայն < 80 րոպե	≤5 հրվ 40-80 րոպեների ընթացքում	Կրկնվող /≥3/ պարզ փոփոխական դեցելերացիաներ. Երբեմն, ուշ դեցելերացիաներ Առանձին տևական դեցելերացիաներ > 2 րոպե, սակայն 3 րոպեից >	Արցելերացիաները բացակայում են
Ոչ նորմալ (ախտաբանական)	Բրադիկարդիա <100 տախիկարդիա >160 > քան 80 րոպեների ընթացքում	≤5 հրվ 80 րոպեներից < ≥ 25 հրվ/րոպե 10 րոպեից >	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Կրկնվող /≥3/ բարդ փոփոխական դեցելերացիաներ &lt;70 հրվ/րոպե 60 վայրկյանների ընթացքում,</li> <li>▪ Փոփոխականության կորուստ անկման կետում կամ բազայիններում:</li> <li>▪ Երկֆազ դեցելերացիա,</li> <li>▪ Գերազանցում է</li> <li>▪ Դանդաղ վերադարձ դեպի բազային,</li> <li>▪ Բազայինը ավելի ցածր է դեցելերացիայից հետո,</li> <li>▪ Բազայինը՝ տախիկարդիա կամ բրադիկարդիա:</li> <li>▪ Ուշ դեցելերացիա &gt;50% կծկումների,</li> <li>▪ Սովորական երկարատև դեցելերացիաներ &gt; 3 րոպե, բայց &lt;10 րոպե:</li> </ul>	<p>Սովորաբար բացակայում են</p> <p>Բացակայությունը ախտաբանության համոզիչ ցուցանիշ չէ</p>

## - Անուղղակի ԿՏԳ

### Ծննդաբերության ժամանակ ԿՏԳ կիրառելու ցուցումներ

#### 1. Մոր կողմից՝

- Ծննդաբերություն արգանդի վրա սպիի առկայությամբ,
- Էկլամպսիա,
- Ժամկետանց հղիություն,
- Ծննդաբերության խթանում,
- Բազմապտոդություն,
- Նախածննդյան արյունահոսություն

#### 2. Պտղի կողմից՝

- Պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում, չգարգացող հղիություն /34 շաբաթից</,
- Սակավաջրություն,
- Պլացենտային արյան շրջանառության խափանում ըստ դոպլերոմետրիայի տվյալների,

#### 3. Ինտրանատալ ցուցումներ՝

- Ծննդաբերության խթանում,
- Ծննդողիներից արյունահոսություն,
- Արգանդի հիպերթերմիա  $>38^{\circ}\text{C}$ /,
- Ծննդաբերության ընթացքում պտղաջրերում մեկոնիումի առկայություն,
- Տեղային անզգայացում:

ԿՏԳ գրառման ռեժիմը որոշում է բժիշկը ելնելով պտղի վիճակից:

**Նորմա՝** – բոլոր 4 ցուցանիշները համապատասխանում են նորմալ ԿՏԳ-ին,

**Ատիպիկ՝** – առնվազն մեկ ցուցանիշը համապատասխանում է ատիպիկ ԿՏԳ-ին,

**Ոչ նորմալ՝** – 2 և ավելի ցուցանիշներ չեն համապատասխանում նորմալին:

**Նորածնի ասֆիքսիայի կլինիկական ախտորոշումն իրականացվում է ծննդաբերությունից հետո հետևյալի հիման վրա՝**

1. Ծնվելուց անմիջապես հետո պորտային զարկերակի արյան մեջ մետաբոլիկ սցիդոզի առկայություն  $\text{PH}<7$  կամ հիմքերի դեֆիցիտը  $>$  կամ  $=12$  մմոլ/լ/,
2. Գնահատական ըստ Ապգարի սանդղակի 5-րդ բուլետում 0-3 միավոր,
3. Վաղ նեոնատալ ժամանակաշրջանում այնպիսի նյարդաբանական բարդությունների առկայություն, ինչպիսիք են՝ ցնցումներ, կոմա, հիպոտոնիա,
4. Նորածնի մեկ և ավելի օրգանների կամ համակարգերի ծանր



խանգարում /սիրտ-անոթային, աղեստամոքսային, շնչառական համակարգերը/ կամ վնասված լյարդ, կամ միզարտաանդման համակարգի խանգարում:

5. PH որոշելու հնարավորության բացակայության պարագայում, ախտորոշումը իրականացվում է մնացած երեք չափանիշների հիման վրա:
6. Ախտորոշման չափանիշներ՝ զննման արդյունքում պտղի վիճակի գնահատում:
7. Հիմնական ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ՝ տես ռազմավարությունը:
8. Լրացուցիչ ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ՝ տես ռազմավարությունը:
9. Հղիության վարման ռազմավարություն՝ կախված է պտղի վիճակից /տես համապատասխան արձանագրություններ/:

#### **Ռազմավարություն նախածննդյան փուլում փոփոխությունների իհայտ գալու պարագայում:**

40 բուլետի ընթացքում աքցելերացիաների բացակայությունը առեակտիվ թեստի ցուցանիշ է: Այս դեպքում անհրաժեշտ է լրացուցիչ հետազոտություն անցկացնել՝ պտղի կենսաֆիզիկական պրոֆիլի որոշում և դոպլերոմետրիա:

ԿՖՊ արձանագրության կասկածելի կամ դրական արդյունք ստանալու դեպքում անհրաժեշտ է հիվանդին ուղարկել 2-րդ կամ 3-րդ մակարդակի ստացիոնար խորհրդատվության և հղիության հետագա վարման հարցի վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար:

#### **Ռազմավարություն ծննդաբերության ժամանակ ԿՏԳ-ում փոփոխությունների իհայտ գալու դեպքում:**

1. պարզել հնարավոր պատճառը,
2. փորձել պարզել պատճառը շարունակելով ԿՏԳ գրառումը,
3. կատարել հեշտոցային զննում մանկաբարձական իրավիճակը պարզելու նպատակով,
4. վիրահատական ծննդալուծման անհրաժեշտության դիտարկում – մանկաբարձական աքցանի կիրառում, վակուում-էքստրակցիա, պտղի էքստրակցիա կոնքային վերջույթով կամ կեսարյան հատմամբ /բնական ծննդողիներով հրատապ ծննդաբերության հնարավորության բացակայության դեպքում/:

«Պտղի վտանգավոր վիճակ» ախտորոշման պահից ծննդաբերությունը պետք է տեղի ունենա որքան հնարավոր է շուտ:

Կասկածելի ԿՏԳ-ի առաջացման հնարավոր պատճառները և գործողությունները:

### 1 տելխնիկական՝

- Ցուցիչները տեղադրված են սխալ կամ առկա է վատ կոնտակտ – ստուգել ցուցիչների տեղադրման ճշտությունը:
- Ապարատը անսարք է՝ ստուգել սարքի վիճակը:

### 2. արգանդի գերստիմուլյացիա՝

- Ծննդաբերության դրդում կամ ծննդաբերության խթանում /պրոստագլանդինների կամ օքսիտոցինի միջոցով/՝ հեռացնել պրոստագլանդինները ծննդողիներից, դադարեցնել օքսիտոցինի ներարկումը:

#### Միջոցառումներ՝

Կիրառել սուր տոկոլիզ (սալբուտամոլ 10մգ ն/ե 1.0 լիտր ֆիզ. լուծույթի մեջ):

### 3. մոր տախիկարդիա

- Ինֆեկցիա (հնարավոր է՝ խորիոնամնիոնիտ). չափել մարմնի ջերմությունը.  $>38^{\circ}\text{C}$  դեպքում կարելի է ենթադրել վարակ: Հետագա վարումը ըստ արձանագրության,
- Ջրազրկում՝ բացառել ջրազրկման հնարավորությունը՝ առաջարկել խմել հեղուկներ ծննդաբերության ժամանակ, ներարկել ն/ե 500-1000 մլ ֆիզ.լուծույթ:
- տոկոլիտիկների կիրառում՝ նվազեցնել չափաբաժինը կամ դադարեցնել ներարկումը:

### 4. այլ պատճառներ

- մոր դիրքը, սովորաբար՝ մեջքի վրա՝ փոխել դիրքը (կողքի շրջել),
- մոր հիպոթենզիա, հնարավոր է պերիդորալ ցավազրկում՝ չափել ԶՃ, անհրաժեշտության դեպքում ներարկել ն/ե/ 500 մլ. ֆիզիոլոգիական լուծույթ,
- Վերջերս իրականացված հեշտոցային զննում,
- Փսխում

### Ծննդաբերության ժամանակ արգանդի և պլացենտայի արյան շրջանառության բարելավման միջոցներ:

1. Ծննդկանի դիրքի փոփոխություն /միակ սապացուցված արդյունավետություն ունեցող մեթոդ/,
2. Արգանդի ստիմուլյացիայի դադարեցում,
3. Հիդրատացիա /ն/ե 500 մլ. ֆիզիոլոգիական լուծույթ/,
4. Սեղմումների տելխնիկայի փոփոխություն,
5. Անհանգստության, տագնապի զգացողությունների նվազեցում, հնարավոր է շնչողական հատուկ տելխնիկայի կիրառմամբ,
6. թթվածնային դիմակ՝ 6-8 լ/ր:
  1. Հիմնական դեղամիջոցների ցանկ՝ բացակայում է,
  2. Լրացուցիչ դեղամիջոցների ցանկ՝ բացակայում է:

### **Ռիթմերի բնութագրություն:**

1. Բազային ռիթմ՝ պտղի սրտի բաբախի միջին հաճախականություն, որը պահպանվում է 10 րոպե և ավել: Նորմայում գտնվում է 110-160 բաբախ րոպեում սահմանների մեջ:
2. Բազային ռիթմի փոփոխականություն՝ պտղի սրտի բաբախի վայրկյանական հաճախականության անընդհատ փոփոխություն բաբախից բաբախ: Պտղի նորմալ վիճակում նրա սրտի ցիկլերի տևողությունը միանման չէ: Դա բացատրվում է նյարդային համակարգի երկու կոմպոնենտների՝ սիմպատիկ և պարասիմպատիկ, անընդհատ ներգործությամբ:
3. Արտերացիաներ՝ սրտի ռիթմի անցումային արագացում 15 բաբախով և ավելի, բազային մակարդակի հետ համեմատած, 15 և ավելի վայրկյան տևողությամբ: Ակցելերացիաների առկայությունը խոսում է պտղի լավ կոմպենսատոր հնարավորությունների մասին: Բարձր փոփոխականություն ունեցող ռիթմի պարագայում ակցելերացիաների դիֆերենցումը բարձր փոփոխականությունից դժվարացվում է, ինչը սկզբունքային նշանակություն չունի, քանի որ սրտի ռիթմի փոփոխությունները հանդիսանում են կանխատեսելիորեն բարենպաստ ցուցանիշ և խոսում է պտղի նորմալ օքսիգենացիայի մասին:
4. Դեցելերացիաներ՝ սրտի բաբախի անցումային դանդաղեցման էպիզոդներ 15 բաբախով և 15 վայրկյան ավելի տևողությամբ: Տարբերակում են դեցելերացիաների երեք հիմնական տեսակներ՝ վաղաժամ, ուշացած և փոփոխական: Վաղաժամ արցելերացիային բնորոշ է դանդաղեցում արգանդի կրճատումների սկզբի հետ, ճիշտ ձև, աստիճանական սկիզբ և ավարտ, և սրտի կծկումների հաճախականության վերականգնում արգանդի տոնուսի սկզբնական մակարդակի վերականգնման հետ: Տևողությունը համընկնում է արգանդային կրճատումների տևողության հետ և սովորաբար չեն գերազանցում 30 վայրկյան, իսկ խորությունը՝ 20 բաբախ: Վաղաժամ դեցելերացիաներն ի հայտ են գալիս ծննդաբերության ժամանակ հեշտոցային քննության դեպքում ի պատասխան պտղի գլխիկի սեղմմանը: Դեցելերացիաների այդ տեսակը խոսում է պտղի նյարդային համակարգի և ուղեղային շրջանառության փոփոխությունների միջև առկա կապի մասին: Դրանք չեն առաջանում, եթե պտղի ԿՆՀ-ն վնասված է, կապված չեն արգանդ-պլացենտա-պտուղ համակարգի արյան շրջանառության խախտման հետ:

Ուշացած դեցելերացիան ի հայտ է գալիս ի պատասխան արգանդային կրճատումների, սակայն սկսվում են դրանք կամ կծկման վերնակետում, կամ 15-20 վայրկյան ուշացումով: Առավել հաճախ ունենում է ճիշտ ձև, ընդհանուր տևողությունը սովորաբար գերազանցում է վաղաժամ դեցելերացիաները, իսկ խորությունը չի գերազանցում 20-25 բաբախ 1 րոպեում: Ուշացած դեցելերացիաների պատճառը թաքնված է մայր-պլացենտ-

տա-պտուղ համակարգի արյան շրջանառության խանգարման մեջ: Ուշ դեցելերացիաները երբեք չեն գրանցվում պտղի նորմալ վիճակի դեպքում և առավել հաճախ համակցվում են կարդիոտոկոգրաֆիկական չափանիշերի այլ փոփոպությունների հետ: Ուշ դեցելերացիաները, որոնք տևում են 1 րոպեից ավելի, հանդիսանում են ծայրահեղ անբարենպաստ կանխորոշիչ ցուցանիշ:

Փոփոխական դեցելերացիաները բնութագրվում են առաջացման տարբեր ժամանակով: Դրանք փոփոխական են ըստ ձևի, ըստ տևողության և խորության: Փոփոխական դեցելերացիաները առաջանում են տարբեր պատճառներով, սակայն առավել հաճախ կապված են պորտալարի սեղմման հետ: Փոփոխական դեցելերացիաները 25-60 հարված 1 րոպեում խորությամբ և 1 րոպեից պակաս տևողությամբ չեն բնութագրում արտահայտված մայր-պլացենտա-պտուղ արյան շրջանառության խանգարում: Դեցելերացիաները, որոնց ցուցանիշները գերազանցում են նշվածները, համարվում են ծանր:

### **Պերինատալ մահացության /ՊՄ/ ռիսկի գնահատման և ՊԿՊ ուսումնասիրությունից մեկ շաբաթի ընթացքում հղիության վարման սանդղակ**

<b>Միավորների հանրագումար</b>	<b>Մեկնաբանում</b>	<b>ՊՄ ռիսկ</b>	<b>Առաջարկվող միջամտություն</b>
10-ը 10-ից, 8-ը 10-ից /նորմալ ԱԻ/ 8-ը 8-ից /սուսնց ՈՍԹ/	Նախածննդյան մահվան ռիսկը ծայրահեղ ցածր է	1/1000	Սովորական վարում
8-ը 10-ից /0 միավոր ԱԻ/	Հնարավոր է պտղի խրոնիկական վնասում	89/1000	Հաստատել ամբողջական պտղապարկի առկայությունը. Ծննդաբերություն լիարժեք հղիության պարագայում գեստացիոն ժամկետներում <34 շաբաթ – ՌԴՀ կանխարգելման կուրս
6-ը 10 միավորից /2 միավոր ԱԻ/	Կասկածելի թեստ, հնարավոր է պտղի վնասում	89/1000	Կրկնել թեստը 24 ժամ անց
6-ը 10 միավորից /0 միավոր ԱԻ/	Հնարավոր է պտղի վնասում	89/1000	Լիարժեք հղիության պարագայում՝ արագ ծննդաբերություն /24 ժամի ընթացքում/, <34 շաբաթ ժամկետում - ՌԴՀ կանխարգելման կուրս /24 ժամ / պտղի վիճակի ինտենսիվ հսկողության ներքո

4-ը 10-ից	Պտղի վնասման բարձր հավանականություն	91/1000	Հրատապ ծննդաբերություն
2-ը 10-ից	Պտղի ապացուցված դիպրես	125/1000	Հրատապ ծննդաբերություն
0-ն 10-ից	Սուր հիպոքսիա	600/1000	Հրատապ ծննդաբերություն

### Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка.. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д, и др. перевод с английского под редакцией Михайлова А.В, С-П «Петрополис», 2003
2. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada The official voice of reproductive health care in Canada, Volume 29, September 2007
3. Клинический протокол «Наблюдение за состоянием плода во время беременности и в родах », Проект «Мать и Дитя», Россия, 2007.

## ԳԼՈՒԽ 7. ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ՎԻՃԱԿՆԵՐ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

1. Հիպերտենզիվ վիճակներ հղիության ընթացքում:
2. Կող/կողեր/ ըստ ՀՄԴ X, O10

O10. /0-9/ Նախկինում առկա հիպերտենզիա, բարդացված հղիություն, ծնունդ և հետծննդաբերական փուլ /ախտորոշված 20-րդ շաբաթից շուտ կամ պահպանվող ծննդաբերությունից 6 շաբաթ հետո /:

- O13 - Հղիության պատճառով առաջացած հիպերտենզիա
- O14 - Թեթև աստիճանի պրեէկլամպսիա / ոչ ծանր/
- O14.1 - Ծանր պրեէկլամպսիա
- O15 - Էկլամպսիա

### 3. Սահմանում

Հիպերտենզիան վիճակ է, երբ դիաստոլիկ ճնշումը գերազանցում է կամ հավասար է 110 մմ ս.ս. մեկ անգամ չափելու արդյունքում, կամ գերազանցում է կամ հավասար է 90 մմ ս.ս. երկու չափումների արդյունքներով, 4 ժամ ընդմիջումով:

**Նպատակ՝** ժամանակին հայտնաբերել, հսկել և ծննդաբերության օպտիմալ ժամկետի և մեթոդի որոշում:

**Խրոնիկական զարկերակային հիպերտենզիա՝** հիպերտենզիան է, որն առկա էր նախքան հղիությունը կամ հայտնաբերվել է մինչև հղիության 20-րդ շաբաթը: Հիպերտենզիան պահպանվում է 6 շաբաթ ծննդաբերությունից հետո:

**Գեստացիոն հիպերտենզիա՝** առաջանում է հղիության 20-րդ շաբաթից հետո, ԶՃ-ն կարգավորվում է հետծննդաբերական շրջանի 6 շաբաթվա ընթացքում: Գեստացիոն հիպերտենզիան կարող է դառնալ պրեէկլամպսիա, և այդ իսկ պատճառով պահանջում է համապատասխան մոնիտորացում:

**Պրեէկլամպսիա՝** բազմահամակարգային համախտանիշ, որը սովորաբար արտահայտվում է բարձր ԶՃ-ով և պրոտեինուրեայով:

**Էկլամպսիա՝** տարածված գնցումներ, որոնք կապված չեն էպիլեպսիայի կամ այլ հայտնի ախտաբանության հետ:

### 4. Դասակարգում

1. Խրոնիկական անոթային հիպերտենզիա
2. Գեստացիոն հիպերտենզիա
3. Պրեէկլամպսիա՝
  - Թեթև
  - Ծանր
  - Էկլամպսիա

## 5. Ռիսկի գործոններ

- Պրեէկլամպսիա/էկլամպսիա նախորդ ծննդաբերության ժամանակ,
- Պրեէկլամպսիա ընտանեկան անամնեզում
- Բազմապտուղ հղիություն:
- Խրոնիկական ստնատիկ հիվանդություններ՝
- Սրտանոթային համակարգի,
- Շաքարային դիաբետ,
- Ճարպակալում /ՄՔԻ>35/,
- Երիտասարդ առաջնածիններ,
- Հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ,
- Տարիքը 40-ից բարձր,
- Ծննդաբերությունների միջև 10 տարուց ավելի ընդմիջում:

## 6. Ախտորոշման չափանիշներ

### Զարկերակային հիպերտենզիա /թեթև/

Միատոլիկ ճնշում  $\geq 140$  մմ ս.ս.

և/կամ դիաստոլիկ ճնշում  $\geq 90$  մմ ս.ս.

30 րոպեից ոչ պակաս ընդմիջումով երկու չափման պարագայում:

### Ծանր զարկերակային հիպերտենզիա

Դիաստոլիկ ճնշում  $\geq 110$  մմ ս.ս., 30 րոպեից ոչ պակաս ընդմիջումով երկու չափման պարագայում:

Կամ սիստոլիկ ճնշում  $\geq 160$  մմ ս.ս. 30 րոպեից ոչ պակաս ընդմիջումով երկու չափման պարագայում:

**Պրոտեինուրիա**  $> 0,3$  գ/օր կամ  $0,3$  գ/լ 4 ժամ անց վերցված մեզի երկակի հետազոտության դեպքում:

### Այտուցներ

Չափավոր այտուցներ առկա են ֆիզիոլոգիական ընթացք ունեցող հղիություններով հղիների 50-80% մոտ: Պրեէկլամպսիան, որն ընթանում է առանց այտուցների համարվում է ավելի վտանգավոր մոր և պտղի համար, քան այտուցներով պրեէկլամպսիա: Արագ աճող ընդհանուր այտուցներ, մասնավորապես գոտկատեղի հատվածում, համարվում են վատ կանխորոշիչ ցուցանիշ:

**Պրեէկլամպսիա՝** զարկերակային հիպերտենզիա պրոտեինուրիայի համակցությամբ:

Թեթև պրեէկլամպսիա՝ հիպերտենզիա, համակցված պրոտեինուրիայով և/կամ այտուցներ:

Ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիա

Ծանր հիպերտենզիա + պրոտեինուրիա,

➤ Ցանկացած ծանրության հիպերտենզիա + պրոտեինուրիա + հետևյալ ախտանիշներից մեկը՝

- ուժեղ գլխացավ,
- տեսողության խանգարում,
- ցավեր էպիգաստրալ շրջանում և/կամ սրտխառնոց, փսխում,
- ցնցումային նախավիճակ,
- ընդհանրացված այտուցներ,
- օլիգոուրիա /30 մլ/ժամ պակաս կամ 24 ժամվա ընթացքում մեզի քանակը պակաս է 500 մլ-ից/,
- ցավ լյարդի շոշափման ժամանակ,
- թրոմբոցիտների քանակը 100 x 106 գ/լ ցածր,
- լյարդի ֆերմենտների մակարդակի բարձրացում /ԱլԱՏ կամ ԱսԱՏ գերազանցում է 70 ՄԵ/լ,
- HELLP-համախտանիշ,
- ՊՆԶԴ:

### **7. Կանխարգելում**

- Ասպիրինի փոքր չափաբաժինների ընդունում /ասպիրինի ցածր չափաբաժիններ, 75-120 մգ/օր/ ռիսկային խմբում,
- Կալցիումի լրացուցիչ ընդունում,

Արդյունավետությունը չի ապացուցվել՝

- Հղիների մոտ հեղուկի և աղի քանակի կրճատում,
- Հղիների սննդակարգում սպիտակուցների և ածխաջրերի քանակի լրացումներ կամ սահմանափակումներ,
- Երկաթի, ֆոլաթթվի, մագնեզիումի, ցինկի, ձկան յուղի, E և C վիտամինների լրացուցիչ ընդունում:

### **8. Հիմնական և լրացուցիչ ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ**

Առաջնային բժշկասանիտարական օգնության (ԱԲՍՕ) մակարդակ՝

- ԶՃ փոփոխություն,
- Մեզի ընդհանուր հետազոտություն (սպիտակուցի որոշում մեզի մեջ),
- Արյան կլինիկական հետազոտություն (հեմոգլոբին, թրոմբոցիտներ):

Ստանդարտ մակարդակ՝

- ԶՃ փոփոխություն,
- ԷՍԳ,
- Մեզի ընդհանուր քննություն, պրոտեինուրիա 24-ժամյա մեզի մեջ,
- Արյան կլինիկական հետազոտություն /հեմոգլոբին, հեմատոկրիտ, թրոմբոցիտներ մակարդեղիության ժամանակ/,
- Արյան կենսաքիմիական քննություն /ընդհանուր սպիտակուց, կրեատին, ԱԼաՏ, ԱՍաՏ, ուրեա, բիլիրուբին/,
- Կոագուլոգրամա,



- Պտղի ԿՏԳ,
- ԳԶՀ,
- Դոպպլերոմետրիա

## 9. Բուժման ռազմավարություն

### 10. ԱԲՍՕ

«Թեթև տեսակի պրեէկլամպսիա» ախտորոշունից հետո անհրաժեշտ է պացիենտին ուղարկել ավելի բարձր մակարդակի բուժհաստատություն, ախտորոշման հստակեցման համար:

Թեթև պրեէկլամպսիա՝ բուժում չի պահանջվում, միայն մանրակրկիտ հսկում:

Հնարավոր է ամբուլատոր հսկում, հետևյալ պայմանների բավարարման պարագայում՝

- Պացիենտը ադեկվատ է գնահատում իր վիճակը, կատարում է բժշկի ցուցումները,
- Առկա է ցանկացած պահին բուժօգնության դիմելու հնարավորություն:

Ծանր պրեէկլամպսիայի նշանների առկայության պարագայում հարկավոր է սկսել մագնեզիումի սուլֆատի կիրառմամբ թերապիա և հիպոտենզիային բուժում:

Հոսպիտալացումը 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն պարտադիր է, եթե նման հնարավորություն չկա, ապա պետք է տեղափոխել մոտակա 2-րդ մակարդակի ծննդատուն՝ տեղում վիճակը կայունացնելուց հետո, շտապօգնության ավտոմեքենայով:

### 10.1. Ստացիոնար

Ընդունարանում ծանր պրեէկլամպսիայի նշաններ ունեցող հղիին զննում է բժիշկը:

Ծննդաբերական գործունեության առկայության կամ պտղաջրերի արտահոսքի պարագայում հղին պետք է անմիջապես հոսպիտալացվի ծննդաբերական բլոկ. Կախված պացիենտի վիճակից մանկաբարձ-գինեկոլոգը, անեստեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգի հետ համատեղ որոշում է պրոֆիլային բաժանմունքում /ՀՊԲ, ԻԹՊ/ հոսպիտալացնելու հարցը: Ցանկացած տեղափոխություն պետք է կատարվի միայն սայլակով:

Մինչև 34 շաբաթական հղիության ժամկետի դեպքում հղին, որի մոտ առկա են ծանր պրեէկլամպսիայի նշաններ, առանց ծննդաբերական գործունեության, մագնեզիումի և հիպոտենզիվ թերապիա սկսելուց հետո նույնպես պետք է տեղափոխվի 3-րդ մակարդակի ստացիոնար:

**Ծննդալուծումը ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիայի բուժման միակ արդյունավետ միջոցն է**

**Ցուցումներ վաղաժամկետ ծննդաբերության համար** (անկախ գեստացիոն ժամկետից)

- Ծանր պրեէկլամպսիա,
- Պտղի վիճակի վատթարացում,
- Պրեէկլամպսիայի ախտանիշների զարգացում:

37 շաբաթ և ավելի հղիության ժամկետի դեպքում անկախ ծանրության աստիճանից ցուցված է ծննդաբերություն:

Բնական ծննդողիներով ծննդաբերությունը նախընտրելի է վիրահատական ծննդաբերության համեմատությամբ:

Ծննդաբերության խթանման համար, ոչ հասուն պարանոցի պարագայում /գնահատական ըստ Բիշոպի սանդղակի՝ 6 միավորից պակաս/ կիրառվում է պրոստագլանդիններ PG E2 կամ PG E1 /սերիեշտոցային ներարկում/:

Հասուն ծննդողիների պարագայում /գնահատական ըստ Բիշոպի 6 միավորից ավել/ կիրառվում է ամնիոտոմիա, օքսիտոցին:

Ծննդաբերության ժամանակ ցավազրկման մեթոդ՝ պերիդուրալ անեսթեզիա:

Կեսարյան հատման ցուցումները ծանր պրեէկլամպսիայի պարագայում՝

- Ծննդառաջացման կիրառվող միջոցառումների արդյունավետության բացակայում անպատրաստ ծննդողիների պարագայում,
- Նորմալ տեղակայված պլացենտայի վաղաժամ շերտազատում

Անհրաժեշտ է պացիենտի և պտղի վիճակի մանրակրկիտ մոնիթորային հսկում՝ տևական և անընդհատ ԿՏԳ:

Խնամքը պետք է կատարվի անվտանգ միջավայրում, այսինքն կինը չպետք է մեռնակ մնա:

Վիրահատական ծննդաբերության պարագայում նախընտրելի ցավազրկման միջոց է սպինալ կամ պերիդուրալ անեսթեզիան:

Ընդհանուր ցավազրկման վտանգները/բարդությունները՝

- Կոկորդի այտուցման պատճառով ինտուբացիայի բարդություն,
- Ներգլխուղեղային արյունահոսության վտանգ ինտուբացիայի և էքստուբացիայի ժամանակ սրտանոթային ճնշման կտրուկ աճի պատճառով,
- Թոքերի այտուցման բարձր վտանգ թոքերի անոթներում ճնշման բարձրացման պատճառով:

Ծանր պրեէկլամպսիայի պարագայում ծննդաբերությունը պետք է տեղի ունենա 24-48 ժամերի ընթացքում ախտորոշումից հետո:

Բացառիկ դեպքերում, հղիի վիճակի կայունացման, պտղի բավարար վիճակի պարագայում, մինչև 32 շաբաթական գեստացիոն ժամկետում հնարավոր է հղիության երկարաձգում ծննդօգնության 3-րդ մակարդակի հիմնարկներում:

### 10.1.1. Ախտանշային բուժում

Այս պահի դրությամբ առկա են հիմքեր միայն երկու տեսակի ախտանիշային բուժման համար՝ հակացնցումային և հիպոտենզիվ թերապիաներ:

### 10.1.2. Հակացնցումային թերապիա

Բուժումը մագնեզիումով ընտրվում է պրեէկլամպսիայի /էկլամպսիայի կարգավորման համար, լինելով առավել ուսումնասիրված, արդյունավետ և անվտանգ:

### Ծանրաբեռնող սկզբնական չափաբաժին

5գ չոր նյութ /մագնեզիումի սուլֆատ, 20 մլ 25% լուծույթ/ ն/ե դանդաղ 10-15 րոպեի ընթացքում:

### Օժանդակող չափաբաժին

- 1-2գ մագնեզիումի սուլֆատ մեկ ժամում ինֆուզումատի միջոցով, անընդհատ ն/ե ներարկման տևողությունը 12-24 ժամ,
- Ինֆուզումատի բացակայության պարագայում՝

320 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթին 80 մլ 25% մագնեզիում սուլֆատի լուծույթ, ներարկել ներարկման արագությունը հաշվի առնելով:

11 կաթ./ րոպե – 1գ չոր նյութ / ժամ

22 կաթ./ րոպե – 2գ չոր նյութ / ժամ

Մագնեզիումի սուլֆատի անընդհատ ն/ե ներարկման տևողությունը 12-24 ժամ /1-2գ ժամում/:

**Կամ** /ն/ե ներարկման հնարավորության բացակայության պարագայում, ծայրահեղ դեպքերում՝

10գ չոր նյութ, 5գ հետույքի յուրաքանչյուր կողմից մկանային 1 մլ 2% նովոկաինի հետ կամ 1 մլ 1% լիդոկաինի հետ մեկ ներարկիչում:

### 10.1.3. Մագնեզիումի սուլֆատի չափաբաժնի գերազանցման ախտանիշներն են՝

- ՇՇՀ թոպեում 16-ից պակաս,
- Ջլային ռեֆլեքսների բացակայություն կամ նվազում,
- Օլիգոուրիան /ժամում 30 մլ պակաս/ ավելացնում է չափաբաժնի գերազանցման ռիսկը: Առկայության ժամանակ անհրաժեշտ է ավելի մանրակրկիտ հսկում:

**Մագնիումի սուլֆատի չափաբաժնի գերազանցման դեպքում** անհրաժեշտ է դադարեցնել ներարկումը և ներարկել 10մլ 10% կալցիումի գլուկոնատի լուծույթ ն/ե 10 րոպեի ընթացքում:

### 10.1.4. Հիպոտենզիվ թերապիա

Անոթային ճնշման կարգավորումը առավել հաճախ հարկավոր է սկսել ԶՋ 160/110 մմ ս.ս. և ավելիի պարագայում, ըստ որում սիստոլիկ ճնշումը պահել 130-140մմ ս.ս. մակարդակի վրա, դիաստոլիկ ճնշումը պահել 90-95-մմ ս.ս. (արգանդ-պլացենտային արյան շրջանառության վատթարացման վտանգի պատճառով):

Հիպոտենզիվ միջոցների ընտրությունը կատարվում է անհատակա-  
տրեն:

### **Արագ ներգործությամբ հիպոտենզիվ միջոցներ՝**

Նեֆիդեպին /կալցիումի բլոկատորների խմբից/. սկզբնական չափա-  
բաժինը 10 մգ /կարելի է նաև լեզվի տակ դնել/, կրկնել 30 րոպեից /  
առավելագույն օրական չափաբաժինը՝ 120 մգ/:

#### *Կամ՝*

Նատրիումի նիտրոպրուսիդ (վազոդիլատատոր միտոբոպ ազ-  
դեցությամբ) - սկզբնական չափաբաժին 0,25 մկգ/կգ/րոպե ն/ե կաթիլայ-  
ին, ավելացնելով չափաբաժինը անհրաժեշտության դեպքում 0,5 մկգ/կգ-ով  
յուրաքանչյուր 5 րոպե նինչև մեկ չափաբաժինը հասնի 5մկգ/կգ (վտան-  
գավոր է օգտագործել 4 ժամից ավելի պտղի վրա տոքսիկ ազդեցության  
վտանգի պատճառով):

### **Դանդաղ ազդեցությամբ հիպոտենզիվ միջոցներ՝**

Դոպեգիտ /կենտրոնական ազդեցության հակահիպերտենզիվ միջոց,  
մեթիլդոպա/- սկզբնական չափաբաժին 250 մգ/օր, յուրաքանչյուր 2 օրը չա-  
փաբաժինը պետք է ավելացվի 250մգ/օր չափաբաժնով:

## **11. Վարում հետձնդաբերական փուլում**

Հսկումը և բուժումը պետք է շարունակվի ինտենսիվ թերապիայի պա-  
յմաններում, մանկաբարձ-գինեկոլոգի և անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգի  
հետ համատեղ:

Մազնեզիումային բուժումը պետք է շարունակվի ծննդաբերությունից  
կամ էկլամպսիայի վերջին նոպայից հետո 24 ժամից ոչ պակաս, դրական  
դինամիկայի առկայության դեպքում:

Հիպոտենզիվ թերապիան կիրառվում է դեղորայքի անհատական  
ընտրությամբ, վիճակի կայունացման պարագայում չափաբաժինների  
աստիճանական իջեցմամբ:

Էկլամպսիայի պարագայում ծննդաբերությունը պետք է տեղի ունենա  
ցնցումների սկզբից 12 ժամից ոչ ուշ:

## **Օգնություն ցնցումների ժամանակ**

Պատրաստեք սարքավորումները /օդամղիչները, ծծիչը, դիմակը և  
պարկը, թթվածինը/ և թթվածին տվեք 4-6լ րոպեում արագությամբ:

Պաշտպանեք կնոջը, որպեսզի չվնասվի, սակայն մի բռնեք նրան  
չափազանց ակտիվ:

Պառկեցրեք կնոջը ձախ կողմի վրա ստամոքսի պարունակության,  
փսխումային մասսաների և արյան ասպիրացիայի վտանգի նվազեցման  
համար:

Ցնցումներից հետո անհրաժեշտ է մաքրել բերանի խոռոչը և կոկորդը  
ծծիչի միջոցով:

Նոպայից հետո անմիջապես սկսել մազնեզիումային թերապիան:

### **Ծանրաբեռնող չափաբաժին՝**

5գ չոր նյութ /մագնեզիումի սուլֆատ /20 մլ 25% լուծույթ/ ն/ե/ դանդաղ 10-15 րոպեի ընթացքում:

### **Օժանդակող չափաբաժին՝**

320 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթին ավելացնել 80 մլ 25% մագնեզիում սուլֆատի լուծույթ, ներարկել հաշվի առնելով ներարկման հետևյալ արագությունն դեպքում դեղի ստացվող չափաբաժինները:

11 կաթ./ րոպե – 1գ չոր նյութ / ժամ

22 կաթ./ րոպե – 2գ չոր նյութ / ժամ

Մագնեզիումի սուլֆատի անընդհատ ն/ե ներարկման սևողությունը 12-24 ժամ /1-2գ ժամում/:

Հանգստացնող միջոցների նշանակումը /դիազեպամ/ ցանկալի չէ կողմնակի ազդեցության /սեռնատալ շնչառության ընկճում/ առկայության պատճառով:

Եթե ցնցումները շարունակվում են դեղի ներարկումից 15 րոպե հետո, ներարկեք 2 գ մագնեզիումի սուլֆատ /10մլ - 20% լուծույթ 20 րոպեի ընթացքում/: Եթե ցնցումները շարունակվեն, ներարկեք դիազեպամ:

Ծանրաբեռնող չափաբաժին՝ ն/ե 10մգ դիազեպամ 2 րոպեի ընթացքում, ցնցումների կրկնման պարագայում լրացուցիչ ներարկեք 10մգ դիազեպամ:

Դիազեպամի օժանդակող չափաբաժին՝

40մգ դիազեպամ 500մլ ֆիզիոլոգիա մեջ 6-8 ժամերի ընթացքում, որպեսզի կինը սեղացիայի ազդեցության տակ լինի, սակայն հնարավոր լինի նրան արթնացնել:

Դադարեցնել դիազեպամի օժանդակող չափաբաժնի ներարկումը, եթե ՇՇՀ րոպեում 16-ից պակաս է:

Հնարավոր է ռեկտալ ներարկում – 20 մգ /4մլ/ առանց ասեղի ներարկիչով /կամ մեզի կատետերի մեջ/.

Շարունակեք մագնեզիումի սուլֆատով բուժումը 24 ժամվա ընթացքում ծննդաբերությունից և էկլամպսիայի վերջին ցնցումից հետո, կախված նրանից, թե որը տեղի կունենա ավելի ուշ:

Էկլամպսիան չի հանդիսանում ցուցում հրատապ ծննդաբերության համար:

Անհրաժեշտ է սկզբից կայունացնել հղիի վիճակը:

## Ընդհանուր ակոռոիթ

Վիճակ Միջոցառում	Խրոնիկական անոթային հիպերտենզիա, գեստացիոն հիպերտենզիա	Թեթև պրեէկլամպսիա	Ծանր պրեէկլամպսիա	Էկլամպսիա
Ռազմավարություն	Զննում, ամբուլատոր հսկում	Հսկում, զննում, մանրակրկիտ հսկում / հնարավոր է ամբուլատոր/ 7 օրերի ընթացքում	Ակտիվ	
Հոսպիտալացում	-	Զննության համար	Պատրադիր հոսպիտալացում 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն	
Սպեցիֆիկ բուժում	Հիպոտենզիվ բուժում ըստ ցուցումների	Հիպոտենզիվ բուժում ըստ ցուցումների	Մագնեզիումային, հիպոտենզիվ բուժում	
Ծննդաբերություն	-	Ծննդաբերություն 37 շաբաթում: Պրեէկլամպսիայի դեպի ծանր տեսակը անցման դեպքում, ռազմավարությունը այլ է /տես ծանր ձևը/:	Անկախ հղիության ժամկետից ծանր պրեէկլամպսիայի պարագայում – 12-24 ժամերի ընթացքում, էկլամպսիայի պարագայում – 3-12 ժամերի ընթացքում:	

### Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Americal College of Obstetricias and Gynicologists (ACOG). Diagnosis and management of Gynecologists (ACOG); 2002 Jan. 9.
2. Atallah A.N., Hofmeyr G.J., Duley L. Calcium Supplementation during pregnancy for preventing hypentensive disorders and related problems (Cochrane review). In: The Cochrane
3. Coppage K.H., Polzin W.J. Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate cesarean Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology – 1988; 158:892-8
4. Derham R.J., Hawkins D.F., deVries L.S., Aber V.R., Elder M.G. Outcomes of pregnancy Pressure in Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology – 1990;163 p.
5. Management of Eclampsia. RCOG Cuidelines.
6. Management of severe preeclampsia and eclampsia. Clinical Recourse Efficiency Support team Preeclampsia – study group recommendations. RCOG Cuidelines.

## Հավելված

### ԶՃ չափման կարգը

Առավել ճշգրիտ ցուցանիշներ տալիս է սնդիկային սֆիգնոմանոմետրը (կիրառվող բոլոր սարքերի կալիբրը պետք է կարգավորել ըստ սֆիգնոմանոմետրի)/:

Պացիենտի վիճակը պետք է լինի թուլացած, ցանկալի է հանգստից հետո /10 րոպեից ոչ պակաս/:

Դիրքը՝ կիսանստած կամ նստած (թևակապը պետք է լինի սրտի մակարդակին), պատկած դիրքում՝ կողքի վրա:

Ճնշումը չափելու համար կիրառվող մանժետը պետք է համապատասխանի պացիենտի ուսի տրամագծին /ավելի լավ է մեծ լինի, քան փոքր/:

Մեկ ձեռքին չափելը բավարար է:

Սիստոլիկ ճնշման մակարդակը գնահատվում է Կորոտկովի 1 տոնով (սկիզբ), իսկ դիաստոլիկը՝ V-ով (ավարտ):

Ցուցանիշները պետք է գրանցվեն առ 2մմ ս.ս. ճշգրտության:

## ԳԼՈՒԽ 8. ՀԵՏԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

### 1. Արձանագրության կող

### 2. Կող /կողեր/ ըստ ՀՄԳ X՝

072 – հետձննդաբերական արյունահոսություն՝

072.1 – այլ արյունահոսություն վաղ հետձննդաբերական փուլում,

072.2 – ուշացող կամ կրկնակի հետձննդաբերական արյունահոսություն,

072.3 – հետձննդաբերական կոագուլացիոն դեֆեկտ, աֆիբրինոգենեմիա, ֆիբրինոլիզ:

### 3. Սահմանում՝

Հետձննդաբերական արյունահոսություն. կլինիկական նշանակություն ունեցող արյան կորուստ, որը կազմում է 500 մլ և ավելի) բնական ծննդողիներով ծննդաբերության ժամանակ, 1000մլ և ավելի կեսարյան հատման պարագայում:

Փուլի նպատակը՝ արյունահոսության դադարեցում:

### 4. Դասակարգում՝

Հետձննդաբերական վաղ արյունահոսությունը՝ ծննդաբերությունից հետո առաջին 24 ժամվա ընթացքում տեղի ունեցած արյունահոսությունն է,

Ուշ արյունահոսություն՝ հետձննդաբերական փուլի ավարտից 24 ժամ անց:

### 5. Ռիսկի գործոններ՝

- Ծննդաբերության երրորդ շրջանի երկարաձգում,
- Պրեէկլամպսիա,
- Անամնեզում՝ հետձննդաբերական արյունահոսություն,
- Բազմապտղություն,
- Փափուկ ծննդողիների վնասվածք,
- Տեսական ծննդաբերություն,
- Հեշտոցային վիրահատական ծննդաբերություն,
- Պլացենտայի կամ նրա մասերի ոչ ճիշտ տեղակայում, մնացորդներ արգանդի խոռոչում,
- Թրոմբոֆիլիա,
- Խոշոր պտուղ,
- Բազմակի ծննդաբերած հղի

### 6. Կանխարգելում

Հետձննդաբերական արյունահոսության լավագույն կանխարգելումը հղիության երրորդ փուլի ակտիվ վարումն է, ինչը 2,5-3 անգամ նվազեցնում է արյունահոսության ռիսկը, ինչպես նաև ծննդկանի հսկումը հետձննդաբերական փուլում /տես «Ֆիզիոլոգիական ծննդաբերություն» արձանագրությունը/:



### 7. Արյունահոսության ախտորոշիչ չափանիշները՝

- Հետծննդաբերական փուլում արյունահոսության նշանների վաղ հայտնաբերում,
- Ծննդկանի վիճակի գնահատում, ՋՃ, պուլս, ՇՇՀ,
- Արյան կորստի ծավալի ճիշտ որոշում, Արյունահոսության ծավալի որոշման ձևերը՝
  - Տեսողական (վիզուալ) մեթոդ /սխալ 30%/,
  - Հեմատոկրիտի մակարդակի իջեցում սկզբնականից 10%-ի չափով,
  - Գրավիմետրիկ մեթոդ – վիրահատական նյութի կշռում /սխալ 15%/,
  - Չափիչ տարայի օգնությամբ /սիշերով բաժակ, սկուտեղ/:

### 8. Ծագումնաբանություն

Հետծննդաբերական արյունահոսության պատճառ կարող են լինել պատճառագիտական բազային 4 գործընթացներից մեկի խանգարումը, նշանակվում է որպես «4 S»:

<b>ՀԱ պատճառագիտական գործոնները</b>		
«S»	պատճառագիտական գործընթաց	Ռիսկի կլինիկական գործոններ
Արգանդի կծկողական ընդունակության խանգարում /«T» - Տոնուս/	Արգանդի գերձգում	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Գերջրություն,</li> <li>• Բազմապտոդություն,</li> <li>• Խոշոր պտուղ,</li> </ul>
	Արգանդի կծկողական ընդունակության «թուլացում»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Արագընթաց ծննդաբերություն,</li> <li>• Երկարաձգված ծննդաբերություն,</li> <li>• Բարձր պարիտետ /&gt;5 ծննդաբերություն/</li> </ul>
	Ինֆեկցիոն պրոցես	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Խորիոնամնիոտիտ,</li> <li>• Տենդ ծննդաբերության ժամանակ</li> </ul>
	Արգանդի ֆունկցիոնալ/անատոմիական յուրահատկություններ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Արգանդի միոմա,</li> <li>• Պլացենտայի առաջադրություն</li> </ul>

Արգանդի խոռոչում հյուսվածքների կուտակում /«T» - հյուսվածքներ/	Պլացենտայի մասերի կուտակում	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Պլացենտայի կասեցում խոռոչում,</li> <li>• Արգանդի վրա վիրահատություն,</li> <li>• Բարձր պարիտետ,</li> <li>• Պլացենտայի ամուր կպում,</li> <li>• Պլացենտայի սերտաճում</li> </ul>
	Արյան գնդերի կուտակում արգանդի խոռոչում	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Արգանդի հիպոտոնիա</li> </ul>
Ծննդողիների վսասվածք /«T» - Տրավմա/	Արգանդի պարանոցի, շեքի, սեռական փափուկ հյուսվածքների պատո- վածքներ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Արագ ծննդաբերություն,</li> <li>• Հեշտոցային վիրահատական ծննդա- բերություն</li> </ul>
	Արգանդի տրավմատիկ պատովածք կեսարյան հատման ժամանակ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Պտղի ոչ ճիշտ դիրք,</li> <li>• Առաջադիր մասի ցածր տեղակայում</li> </ul>
	Արգանդի պատովածք	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Վիրահատված արգանդ</li> </ul>
	Արգանդի շրջում	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Բազմաձին ծննդկան,</li> <li>• Հղիության երրորդ փուլի վարման տեխնի- կայի խախտում</li> </ul>
Կոագուլյացիայի խանգարում, /«T» թրոմբին	Բնածին կամ ձեռք բե- րված թրոմբոֆիլիկ վի- ճակներ  ՆՏՄ-համախտանիշ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ժառանգական կոագուլոպաթիաներ,</li> <li>• Լյարդի հիվանդություններ,</li> <li>• Հեմատոմաներ և/կամ արյան արտազատում, պրեէկլամպսիա, էկ- լամպսիա, HELLP- համախտանիշ</li> <li>• Պտղի նախածննդյան մահ</li> <li>• Խորիոնամնիոնիտ,</li> <li>• Նախածննդյան արյու- նահոսություն</li> </ul>
	Ձեռք բերված կո- ագուլոպաթիա	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Հակակոագուլանտների չափաբաժինների գերազանցում</li> </ul>

**9. Հետծննդաբերական արյունահոսության քայլ-սոք-քայլ թերապիա /առանց հեմոռագիկ շոկի նշանների արյունահոսության պարագայում/**

**Քայլ 1**

- Ազատ անձնակազմի մորիլիզացիա /չթողնելով պացիենտին մենակ, օգնության կանչել՝ փորձառու մանկաբարձ-գինեկոլոգին, որը ամբողջապես տիրապետում է վիրահատական տեխնիկային, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգին, լաբորանտին/:
- Արյան կորստի ծավալի գնահատում:
- Օրգանիզմի կենսական կարևորություն ունեցող գործառույթների վիճակի գնահատում և հսկում /ԶՃ, պուլս, ջերմություն, շնչառության հաճախականություն/:
- Ինտենսիվ թերապիայի քարտի վարման համար աշխատակից հատկացնել:
- Միզապարկի կաթետերիզացիա՝ միզապարկը պետք է դատարկ լինի:
- 2 պերիֆերիկ անոթների կաթետերիզացիա /№№ 14-16G/ արյան կորստի 3:1 հարաբերակցությամբ համամասնորեն կրիստալոիդների համար և ուտերոտոնիկների ներարկում:
- Կնոջ տաքացում /ծածկել վերմակով, փոխել խոնավ սավանները չորերով/:
- Խոնավեցրած թթվածնի ապահովում:
- Կոագուլոգրամա կամ արյան մակարդելիության ժամանակի որոշում:
- Արյան խմբի, Rh-գործոնի որոշում, համատեղելիության քննության համար արյան ապահովում:
- Որոշել արյունահոսության պատճառը:
  - Արգանդի ուսումնասիրում /տոնուսը, հյուսվածքները/,
  - Ծննդողիների զննում /վսասվածքների հայտնաբերման նպատակով/:

**Քայլ 2**

**Վերականգնողական բուժում**

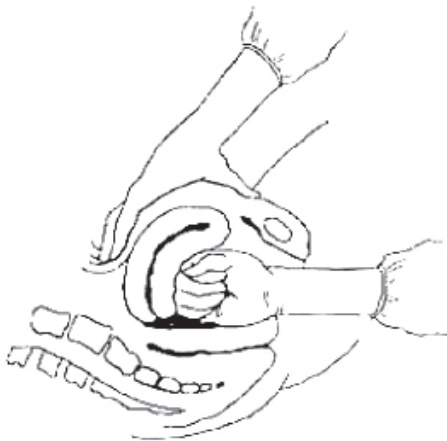
«Տոնուս»	«Հյուսվածք»	«Տրավմա»	«Թրոմբին»
Արգանդի մերսում: Արգանդի բինանուալ կոնպրեսիա	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Արգանդի խոռոչի ձեռքով զննում /արտառոց դեպքերում՝ կյուրետաժ/</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ծննդողիների փափուկ հյուսվածքների կարում</li> <li>• Արգանդի պատվածքի դեպքում՝ լապարոտոմիա</li> <li>• Արգանդի շրջման շտկում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Մակարդելիության գործոնների փոխներարկում / թարմ սառեցված պլազմա, թրոմբոցիտար գանգված, կրիոպրեցիպիտատի/</li> <li>• Հակաֆիբրինոլիտիկներ,</li> <li>• Արյան ռեկոմբինատ VII ֆակտոր</li> </ul>

**Արգանդի ատոնիան ՀԾԱ առավել հաճախակի հանդիպող պատճառներից է**

Ատոնիայի բուժման համար կարող են կիրառվել հետևյալ մուտերոտոնիկ դեղամիջոցների խմբերը՝

Չափանիշեր	Ուտերոտոնիկ դեղամիջոցներ			
	Օքսիտոցին	Էրգոմետրին, Մետիլերգոմետրին	Պրոստագլանդին F2a /էնգապրոստ/	Միզոպրոստոլ
Սկզբնական չափաբաժին և ներարկման ձև	10 միավոր ն/մ կամ 5 միավոր ն/ե / շիթով/	0,2 մգ ն/մ կամ ն/ե /դանդաղ/	2,5 մգ ն/մ արգանդի մկանին	800-1000 մկգ ռեկտալ ճանապարհով կամ 600-800 մկգ սուբլինգվալ /հազվադեպ/
Կրկնվող չափաբաժիններ	20 միավոր ն/ե կաթիլային 1 և լուծույթի մեջ 60 կաթիլ րոպեում արագությամբ	0.2 մգ ն/մ ամեն 15 րոպե / անհրաժեշտության դեպքում – 0,2 մգ ն/մ կամ ն/ե / դանդաղ/ ամեն 4 ժամը մեկ	2,5 մգ ամեն 15 րոպե	

Առավելագույն չափաբաժին	Ոչ ավելի, քան 3լ հեղուկ, որը պարունակում է 60 միավոր օքսիտոցին	5 չափաբաժին /0,1 մգ/	8 չափաբաժին /20 մգ/	
Վտանգավոր կողմնակի էֆեկտներ	Անոթների մկանային պատերի թուլացում, ԱԸՊԴ նվազում	Պերիֆերիկ վազոկոնստրիկցիա / հիպերտենզիա, ինսուլտ, բրոնխոսպազմ/, արգանդի տոնիկ կրճատումներ	Հիպոտոնիա, տախիկարդիա, շնչառության հաճախականության ավելացում, սրտխառնոց, փսխում, գլխացավ, պարադոքսալ արձագանք հիպերտոնիկ կրիզի տեսքով	Դող
Հակացուցումներ, զգուշացումներ	-	Պրեէկլամպսիա, հիպերտենզիա, սրտի հիվանդություններ	Չի կարելի ներարկել ն/ե եղանակով: Ապթմա	



**Տեխնիկա**

1. Հազնելով մանրէագերծված ձեռնոցներ, ձեռքը տարեք հեշտոց և սեղմեք բռունցքը:
2. Տեղավորեք բռունցքը առաջային մասում և սեղմեք դրանով արգանդի առաջնապատին:
3. Մյուս ձեռքով, որովայնի առաջային պատի վրայով սեղմեք արգանդի հետևի պատին հեշտոցում գտնվող ձեռքի ուղղությամբ:
4. Շարունակեք սեղմել, մինչև արյունահոսությունը չդադարի և արգանդը չսկսի կրճատվել:

**Շարունակվող արյունահոսության պարագայում՝ Միաժամանակ**

- Ամբողջ ազատ աշխատակազմի մոբիլիզացիա /կանչել օգնության լրացուցիչ բաժնի վարիչին, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգին /եթե դեռ չեք կանչել/, լաբորանտին, բաժանմունքում արյան փոխներարկման համար պատասխանատու մասնագետին/,
- Իջեցնել անկողնու գլխամասը,
- Շարունակել խոնավ թթվածնի մատակարարում 10-15 լ/րոպե,
- Արյան կորստի ծավալի գնահատում: Եթե այն կազմում է 1500 մլ և ավելի – ցանկալի է իրականացնել կենտրոնական երակի կաթետերիզացիա /ցանկալի է ազդրային երակի/:
- Գնահատել կնոջ վիճակը և իրականացնել: կենսական կարևորություն ունեցող ֆունկցիաների հսկում /ԶՃ, ՇՇՀ, ԷՍԳ, պուլսօքսիմետրիայի, ջերմության, շնչառության հաճախականության, դիտրեզի անընդհատ մոնիտորինգ/ վարելով ինտենսիվ հսկողության քարտ,
- Շարունակել կրիստալոիդների արագ ներարկում արյան կորստի հաշվով 3:1 հարաբերակցությամբ: Ներարկման արագությունը 1,0լ 15 րոպեում: Հետագայում ինֆուզիոն թերապիայի ծրագիրը պետք է կազմվի անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգի հետ համատեղ:
- Պատրաստել վիրահատարանը,

ՀԱԿ պարագայում ինֆուզիոն թերապիայի ծավալը\*  
*Բոլոր լուծույթները պետք է տաքացվեն ինֆուզիան սկսելուց առաջ:*

Մինչև 1000 մլ շոկի նշանների բացակայության պարագայում	>1000 մլ կամ շոկի նշանների առկայություն	>2000մլ
Կրիստալոիդներ մինչև 2000 մլ	Կրիստալոիդներ 2000մլ	Կրիստալոիդներ 3000մլ և ավելի
	Կոլոիդներ** Մինչև 1000-1500 մլ	Կոլոիդներ** Մինչև 1000-2000 մլ

	Թարմ սառեցված պլազմա 1000մլ /կոագուլոպաթիայի երևույթի առկայության պարագայում/	Սառեցված պլազմա 1000մլ և ավելի
	Էրիտրոցիտար մասսա /հեմոգլոբինի հսկողության տակ/ 500-1000մլ Հեմոգլոբին 70գ/լ-ից ցածր Հեմատոկրիտ 22-ից ցածր Թրոմբոցիտար զանգված թրոմբոցիտների մակարդակի 50X10 <sup>9</sup> ոչ ցածր լինելու պարագայում Կրիոպրիցեպիտատ ֆիբրինոգենի 1գ/լ-ից ավելի նվազման պարագայում	Էրիթրոցիտար զանգված /հեմոգլոբինի հսկողության տակ/ 1000մլ և ավելի

\*Ինֆուզիոն թերապիայի ծավալը պետք է որոշվի և շտկվի կախված կնոջ վիճակից /շոկի նշաններ, արյան մակարդեղիության խանգարում և այլն/ անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգի հետ համատեղ,

\*\* Կոլոիդներ՝ հիդրոօքսիէթիլացված օսլա և սուկցինիլիթրացված ժելատին/մոդիֆիկացված հեղուկ ժելատին /ըստ հրանգավորման/:

### **Ինֆուզիոն-տրանսֆուզիոն թերապիայի չափանիշները՝**

Հեմոգլոբին՝ 80գ/լ-ից ոչ պակաս,

Թրոմբոցիտներ՝ >70 X 10<sup>9</sup>,

Պրոթրոմբինի ինդեքս՝ <1.5

ԱՄՏԺ՝ <1.5

Ֆիբրինոգեն՝ >1,0գ/լ

Մանկաբարձական արյունահոսությունների պարագայում անբարենպաստ ելքերի հիմնական պատճառներից է հանդիսանում չափազանց ուշ վիրահատական հեմոստազի կիրառումը:

- Անցկացնել լաբորատոր թեստեր,
  - Արյան կլինիկական հետազոտություն /հեմոգլոբին, հեմատոկրիտ, թրոմբոցիտներ, մակարդեղիության ժամանակ/,
  - Կոագուլոգրամա,
  - Առանկողնային մակարդեղիության թեստ:
- Պացիենտին շրջել կողքի և տաքացնել /սակայն խուսափել գերտաքացումից/ - խոնավ սավանները փոխարինել չորերով, տրամադրել լրացուցիչ վերմակ,
- Ապահովել թթվածնի մատակարարում դիմակի միջոցով, Ց/րոպե,
- Ապահովել արյան պրեպարատների առկայություն՝ թարմ սառեցրած պլազմա, էրիտրոցիտար զանգված:

### Քայլ 3



#### **Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման մեթոդներ Որովայնի աորտայի սեղմում**

- Կիրառել որովայնի աորտայի ճնշում դեպի ներքև որովայնի պատի վրայով,
- Ճնշման կետը գտնվում է պորտի վերևում, մի փոքր դեպի ձախ,
- Վաղ հետծննդաբերական ժամկետում աորտայի պուլսացիան կարող է հեշտությամբ զգացվել որովայնի դիմացի պատի վրայով,
- Մյուս ձեռքով շոշափել պուլսը ազդրային զարկերակի վրա ճնշման լիարժեքության գնահատման համար,
- Եթե պուլսը զգացվում է, ապա բռունցքով ճնշումը բավարար չէ:

### Քայլ 4

#### **Լապարատոմիա /աստիճանական վիրահատական հեմոստազ/:**

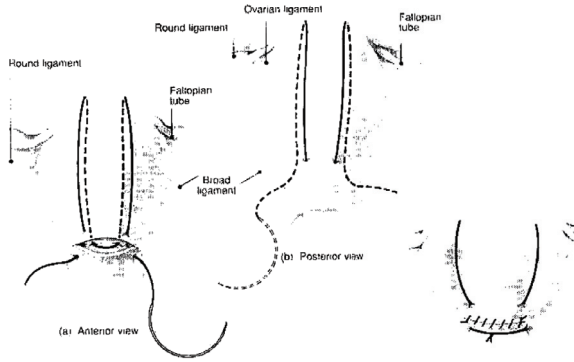
**Լապարատոմիան միշտ չէ, որ պետք է զուգակցվի հիստերեկտոմիայով:**

1. Կրկնել արգանդամկանի մեջ մեկ չափաբաժին պրոստագլանդինի ներարկում /5մգ/,
2. Կատարել դեպի վերև գնացող արգանդային անոթների և ձվարանների սեփական կապանների հետևողական կապում եթե՝
  - Առկա է արյունահոսություն առանց ներանոթային տարածուն մակարդման համախտանիշի (ՆՏՄՀ) նշանների,
  - Արգանդի պարանոցի վսասվածքները բացակայում են,
  - Պրոստագլանդինների ներարկման ազդեցությունը բացակայում է:



**Քայլ 5**  
**Վիրահատակա հեմոստազ մանկաբարձական արյունահոսությունների դեպքում**

<p>Լապարոտոմիա          Կրկնել արգանդամկանի մեջ 1 չափաբաժին պրոստագլանդինի ներարկում /0,25մգ/: Բաժանել 4 ներարկումների արգանդային անկյուններում և արգանդի մարմնում:          Արգանդային անոթների կապում ըստ Օ'Լիքիի /տես հավելվածները/</p>	<p>Ատոնիկ արյունահոսության դեպքում առանց ՆՏՄ-համախտանիշի, Կյուվելերի արգանդի նշանների և արգանդի պարանոցի վնասվածքների բացակայության պարագայում</p>
<p>Վիրահատական կոմպրեսիոն կարերի կիրառում ըստ Բ-Լինչի մեթոդի /B-Lynch/</p>	<p>Ատոնիկ արյունահոսության դեպքում առանց ՆՏՄ-համախտանիշի, Կյուվելերի արգանդի նշանների, արգանդի պարանոցի վնասվածքների բացակայության, պրոստագլանդինների ներարկման ազդեցության բացակայության պարագայում</p>
<p>Արգանդի հեռացում առանց հավելումների ոչ ավելի, քան 1000,0մլ արյան կորստի պարագայում</p>	<p>Առանց ՆՏՄ-համախտանիշի արյունահոսության, կոմպրեսիոն կարերի արդյունավետության բացակայության և ծննդողիների վնասվածքների պարագայում:          Կյուվելերի արգանդի նշանների բացակայության պարագայում:          Արգանդի շրջումը չշտկվելու դեպքում.          Պլացենտայի իսկական սերտաճում</p>
<p>Արգանդի էքստիրպացիա</p>	<p>Արյունահոսության և/կամ Կյուվելերի արգանդի առկայության, և/կամ արգանդի պարանոցի վնասվածքների դեպքում:          Արգանդի պատռվածքի պարագայում:          Պլացենտայի սերտաճման, պարանոցային կպման դեպքում:</p>
<p>Արգանդի էքստիրպացիա ներքին ենթագտոսկրային անոթների կապումով</p>	<p>Ատոնիկ արյունահոսության և ՆՏՄ-համախտանիշի նշանների դեպքում          Կոագուլոպաթիկ արյունահոսության դեպքում:</p>



3. Վիրահատական կոմպրեսիոն կարերի կիրառում, հնարավոր է ըստ Բ-Լինչի մեթոդի:
4. Ներքին ենթագտոսկրային անոթների կապում /մասնագետի առկայության դեպքում/:
5. Կիրառել ամբողջական կամ մասնակի հիստերէկտոմիա:

### Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Клинический протокол “Кровотечения в послеродовом периоде”, проект “Мать и дитя”, Россия, 2007.
2. Մանկարարձության, գինեկոլոգիայի և պերինատոլոգիայի գիտական կենտրոնի արձանագրություն, 2007, Ալմատի:
3. Green-top Guideline No. 52 May 2009 Minor revisions August 2009,
4. Available to Manage the Labors and Deliveries and to Treat the Complications of Women WHO, 2010.
5. Reproductive Health Library, Issue 8, 2005, Oxford: Update Software Ltd. Available from
6. Hemorrhage Control OB/GYN 48(3):34-53, 2003. © 2003 Medical Economics Company, Inc.
7. Control of Postpartum and Post Abortal Haemorrhage with Uterine Packing Gulfishan Haq,
8. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings/ JHPIEGO Corporation Baltimore.
9. Michael P.Wainscott M.D., Michael P. Wainscott M.D. Pregnancy, Postpartum Hemorrhage.
10. Misoprostol for Preventing of Postpartum Hemorrhage: An Evidence-Based Review by U.S.
11. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: A meta-analysis C.L-angenbach. Epidemiology
12. International Journal of Gynecology and Obstetrics – (2006) 92, 10-18.
13. Geller S.E., M.G. Adams, P.J. Kelly, B.S. Kodkany, R.J. Derman. Postpartum hemorrhage in Guideline Development Project initiated by the Scottish Executive Committee of the RCOG,

## ԳԼՈՒԽ 9. ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԽԹԱՆՈՒՄ

1. Ծննդաբերության խթանում
2. Կող /կողեր/ ըստ ՀՄԴ X՝ չկա
3. Սահմանում՝

Ծննդաբերության խթանում՝ արգանդի կծկումների արհեստական խթանումն է, որը հանգեցնում է արգանդի պարանոցի կառուցվածքային փոփոխությունների (կարճացում, հարթեցում, բացում) և պտղի ծնվելուն հղիության 22 և ավելի շաբաթական ժամկետում:

### 4. Ցուցումներ

#### 4.1. Մոր կողմից

##### 1) Մանկաբարձական՝

- Պտղապարկի նախածննդյան պատռվածք,
- Պրեէկլամպսիա,
- Խորիոնամնիոնիտ,
- Հղիության ժամկետ /42 շաբաթ և ավելի/

##### 2) Արտասեռական (էքստրագենիտալ) հիվանդություններ

- Հիվանդության ընթացքի վատթարացում, երբ հղիության երկարացումը բարենպաստ չի անդրադառնում հղիի վիճակի վրա / ուեֆրակտերային անոթային հիպերտենզիա, շաքարային դիաբետ կետոացիդոզային հակումով, դիաբետիկ նեֆրոպաթիայի զարգացմամբ և այլն/:

#### 4.2. Պտղի կողմից

- Պտղի ներարգանդային մահ
- Պտղի զարգացման անոմալիաներ, որոնք պահանջում են վիրահատական շտկում որոշակի պահի,
- Պտղի հեմոլիտիկ հիվանդություն,
- ՊՆԶԴՀ

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

### 5. Ծննդաբերության խթանման հետ կապված բարդություններ՝

1. Արգանդի գերխթանում/պատռվածք,
2. Պտղի վիճակի խանգարում,
3. Հետծննդաբերական արյունահոսություն, պայմանավորված արգանդի ատոնիայով,
4. Պորտալարի գալարների արտամղում,
5. Պլացենտայի շերտազատում,
6. Ինֆեկցիա
7. Վիրահատական և գործիքային ծննդաբերությունների քանակի ավելացում,

**5.1. Ծննդաբերության խթանման հակացուցումներ՝**

- Պլացենտայի լրիվ առաջադրություն,
- Պտղի միջաձիգ կամ թեք դրության,
- Պոքտալարի ցածր դիրք,
- Սպի արգանդի վրա կորպորալ կեսարյան հատումից հետո,
- Արգանդի պարանոցի և շեքի 3-րդ աստիճանի պատովածք նախորդ ծննդաբերության ժամանակ, շտկված միզասեռական և աղեսեռական խողակներ,
- Սեռական օրգանների առաջնային հերպես,
- Արգանդի պարանոցի ինվազիվ քաղցկեղ

Պտղի կոնքային առաջադրության, ՊՆԶԴՀ, բազմապտղության, արգանդի վրա սպիի դեպքում ծննդաբերության խթանման վերաբերյալ հարցը լուծվում է անհատականորեն՝ կոնսիլիումի կողմից:

**5.2. Ծննդաբերության խթանման պայմաններ**

- Պացիենտի տեղեկացված համաձայնություն խորհրդատվությունից հետո /ցուցումներ, ձևեր, դեղամիջոցներ, երկրորդ խթանման հնարավորություն, վիրահատական ծննդաբերության հնարավորություն, գեստացիոն ժամկետ/,
- Մոր և պտղի բավարար վիճակ

Հղիության ժամկետի գնահատումն իրականացվում է (տես հավելվածը)

- Ըստ ԳՁՀ տվյալներով, եթե այդ հետազոտումը անց է կացվել մինչև 16 շաբաթ
- Վերջին դաշտանի ամսաթվով, այն պայմանով, որ դրանք պարբերական են.
- Ծննդաբերության խթանումն իրականացվում է միայն կնոջ տեղեկացված համաձայնության դեպքում:

**Արգանդի պարանոցի վիճակի որոշում ըստ Բիշոպի սանդղակի**

Գործոններ	Գնահատական /միավոր/			
	0	1	2	3
Բացվածք	Փակ է	1-2	2-4	>4
Արգանդի պարանոցի երկարությունը /սմ/	>4	3-4	1-2	<1
Արգանդի պարանոցի կոնսիստենցիա	Պինդ	Մասնակի փափուկ	Փափուկ	
Արգանդի պարանոցի դիրքը կոնքի առանցքի նկատմամբ	դեպի հետ	միջին	կոնքի առանցքի նկատմամբ	
Առաջադիր մասի դիրքը նստային փշերի նկատմամբ	3 սմ բարձր	2 սմ բարձր	1 սմ բարձր կամ նստափշերի մակարդակին	1-2 սմ ցած

### Գնահատում՝

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

### 6. Խթանման մեթոդի ընտրությունը, կախված արգանդի պարանոցի հասունությունից:

**Միֆեպրիստոնը կիրառվում է միայն պտղի նախածննդյան մահվան դեպքում:**

#### I. Արգանդի ոչ հասուն պարանոց /ըստ Բիշոպի 6 միավորից պակաս/

- 1.1.1. Բնական դիլատատորներ /լամինարիաներ/ օրը 1 անգամ մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը, առավելագույնը մինչև 3 օր:
- 1.1.2. Պրոստագլանդիններ E – միզոպրոստոլ – 25 -50մկգ /200 մկգ հարի 1/2 կամ 1/4/ամեն 6 ժամը մեկ անգամ ներհեշտոցային եղանակով/ հեշտոցի հետին պատին/ մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը: Չօգտագործել 50 մկգ-ից ավելի մեկ ներմուծման համար: Չգերազանցել ընդհանուր օրական չափաբաժինը 200 մկգ:
- 1.1.3. Պրոստագլանդիններ E<sub>2</sub> – Դինոպրոստոն
  - ներհեշտոցային եղանակով:
    - 1 մգ և անհրեշտության դեպքում կրկնել 1 մգ կամ 2 մգ վեց ժամ անց
    - 1 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
    - 2 մկ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
    - 2 մգ ամեն 12 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
  - Ներպարանոցային եղանակով
    - 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
    - 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 4 չափաբաժին / 2 օրերի ընթացքում/
    - 0,5 մգ օրը 3 անգամ, մինչև 2 օր

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

#### Միզոպրոստոլի ներարկման կանոնները՝

- Հղիի տեղեկացում և գրավոր համաձայնության ստացում,
- Հարկավոր է 30 րոպե պառկել պրոստագլանդինի ներմուծումից հետո
- Անցկացնել պտղի աուսկուլտացիա և ԿՏԳ հսկում
- Պայմանների (արգանդի հասուն պարանոցի) ի հայտ գալու դեպքում տեղափոխել ծնարան, իրականացնել ամնիոտոմիա: Ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեության բացակայության պարագայում 2 ժամվա ընթացքում սկսել օքսիտոցինով ծննդաբերության խթանումը ըստ սխեմայի:

## **Ծննդաբերության խթանման ժամանակ հնարավոր բարդություններ են՝**

- գերխթանում
- Նորմալ տեղակայված պլացենտայի շերտազատում,
- Արգանդի պատվածք

Պրոստագլանդին F2a /էնզապրոստ/ կիրառումը ծննդաբերության դրդման և խթանման համար հակացուցված է, քանի որ ունի կողմնակի ազդեցություններ՝

- Արգանդի հիպերտոնուս ընդհուպ մինչև տետանուս,
- Սրտխառնոց, փսխում,
- Հիպերտենզիա,
- Տախիկարդիա, բրադիկարդիա, առիթմիա
- Ալերգիկ ռեակցիա, բրոնխոսպազմ և այլն:

**Արգանդի գերխթանման պարագայում՝** անմիջապես դադարեցնել օքսիտոցինի ներարկումը, պակեցենել կնոջը ձախ կողքին, ապահովել թթվածնի մատակարարում 8/րոպե արագությամբ: Իրականացնել ֆիզիոլոգիական լուծույթի ինֆուզիա 500մլ 15 րոպեի ընթացքում, իրականացնել սուր տոկոլիզ /հեկսոպրենոլինով/, կամ ներարկել սալբուտամոլ 10 մգ ն/ե կաթիլային 1,0լ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ 1 րոպեում 10 կաթիլ արագությամբ:

**Կծկումների առաջացման պահից հարկավոր է հետևել պտղի ՇՇՀ-ին ԿՏԳ-ի միջոցով:**

## **II. Արգանդի հասունացող պարանոց (Բիշոպի սանդղակով՝ 6-8 միավոր)**

1.1.4. Բնական դիլատատորներ /լամինարիաներ/ օրը 1 անգամ մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը, առավելագույնը մինչև 3 օր:

1.1.5. Պրոստագլանդիններ E – միզոպրոստոլ – 25 -50մկգ /200 մկգ 1/2 կամ 1/4 / հաբ, ամեն 6 ժամը մեկ, ներհեշտոցային եղանակով /հեշտոցի հետին պատին/ մինչև արգանդի պարանոցի հասունանալը: Չօգտագործել 50 մկգ-ից ավելի մեկ ներմուծման համար: Չգերազանցել ընդհանուր օրական չափաբաժինը 200 մկգ:

1.1.6. Պրոստագլանդիններ E<sub>2</sub> – Դինոպրոստոն

- Ներհեշտոցային եղանակով:
  - 1 մգ և, անհրեշտության դեպքում, կրկնել 1 մգ կամ 2 մգ վեց ժամից հետո
  - 1 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
  - 2 մկ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
  - 2 մգ ամեն 12 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին
- Ներպարանոցային եղանակով
  - 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 3 չափաբաժին

- 0,5 մգ ամեն 6 ժամը մեկ, մինչև 4 չափաքաժին / 2 օրերի ընթացքում/
- 0,5 մգ օրը 3 անգամ, մինչև 2 օր:

Ծննդի խթանում օքսիտոցինի ներերակային կաթիլային ներարկմամբ պրոստագլանդինի կիրառումից 6-12 ժամ անց

### **III. Արգանդի հասուն պարանոց/ըստ Բիշոպի 9 միավոր և ավելի/**

- Պտղապարկի ստորին բևեռի շերտազատում,
- Ամնիոտոմիա,
- Ամնիոտոմիայից հետո օքսիտոցինային ինֆուզիա, 2 ժամից ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեության բացակայության պարագայում,

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

Հղին պետք է տեղեկացված լինի այն մասին, որ

- Բուժգործողությունը կարող է ցավոտ լինել,
- Այն չի մեծացնում վարակի ներթափանցման ռիսկը,
- Հնարավոր է պտղաթաղանթի նախաձննդաբերական պատռվածք,
- Արյունահոսություն առաջադիր պլացենտայի կամ պորտային զարկերակի անոթների թաղանթային ամրացման պարագայում:

### **Արգանդի ստորին բևեռից պտղային թաղանթների շերտազատման տեխնիկան**

- Տեղեկացնել հղիին և ստանալ գրավոր համաձայնություն,
- Պառկեցնել պացիենտին մեջքի վրա,
- Տեղադրել 1 կամ 2 մատը պարանոցային խողովակի մեջ և սղոցող շարժումներով առանձնացնել պտղային թաղանթները պարանոցային խողովակից և արգանդի ստորին սեգմենտից,
- Համոզվել, որ բացակայում է ախտաբանական արտադրությունը / արյուն, ջրեր/,
- Օգնել հղիին վեր կենալ,
- Գրանցել տվյալները ծննդաբերության պատմության մեջ:
  - Ամնիոտոմիա

Պտղաթաղանթների արհեստական բացում հատուկ գործիքի կիրառմամբ:

#### **Ամնիոտոմիայի պայմանները՝**

- Պտղի գլխի առաջադրություն,
- պտղի գլխի և մոր կոնքի համապատասխանություն,
- Ինֆեկցիաների կանխարգելման պրակտիկայի պահպանում:

Գերջրության պարագայում ՆՏՊՎԸ-ն և պորտաալարի արտանկման կանխարգելման նպատակով ամնիոտոմիան պետք է կիրառվի զգուշորեն: Պտղաջրերը հարկավոր է հեռացնել դանդաղ /ձեռքի երկայնքով/:

### **Ամսփոստմիայի թերությունները՝**

1. Հետևյալ ռիսկերի ավելացում՝
  - Վեր զարգացող ինֆեկցիաների, պորտաալարի արտանկման,
  - Ինֆեկցիայի, օրինակ ՄԻԱՎ-ի, ուղղաձիգ փոխանցում,
  - Արյունահոսություն,
2. Անկոահելի և երբեմն տևական ժամանակահատված մինչև ծննդաբերության սկիզբը:
3. Արդյունավետ է միայն 50% դեպքերում:

### **Ամսփոստմիայի տեխնիկան**

- Տեղեկացնել հղիին և ստանալ գրավոր համաձայնություն,
- Լսել պտղի սրտի բաբախը մեկ րոպեի ընթացքում,
- Պատկեցնել հղիին մեջքի վրա,
- Կոնքի տակ տեղադրել մաքուր գիշերանոթ,
- Մեկ ձեռքի միջնամատը և ցուցամատը տեղադրել պարանոցային խողովակի մեջ, կատարել պտղաթաղանթների շերտազատում արգանդի ստորին սեգմենտից,
- Երկրորդ ձեռքով վերցնել աքցանի/կոխլերի սեղմիչի բրանշը և տեղադրել այն պարանոցային խողովակի մեջ, մյուս ձեռքի միջնամատի և ցուցամատի արանքում, աշխատելով չդիպչել փափուկ հյուսվածքներին,
- Բռնել պտղաթաղանթները և հատել դրանք, դանդաղ արտազատելով պտղաջրերը,
- Զննել պղտաջրերի քանակը, գույնը, խառնված զանգվածը/,
- Լսել և գնահատել պտղի սրտի բաբախը,
- Գրանցել տվյալները ծննդաբերության պատմության մեջ:

### **– Օբսիտոցինի ինֆուզիա**

Կիրառվում է միայն պատռված պտղապարկի պարագայում

- 1.1 Իրականացվում է միայն ստացիոնարում, ծնարանային բլոկում: մանկաբարձը պետք է ներկա լինի անընդհատ:
- 1.2 Բժիշկը, մանկաբարձը վարում են պարտոգրաման պացիանտի ծնարան բերվելու պահից,
- 1.3 Պրոստագլանդիններով ծննդաբերության խթանման պարագայում օբսիտոցինի հաջորդ ինֆուզիան ոչ շուտ, քան 6-12 ժամ անց:
- 1.4 Հսկել ինֆուզիաները, հնարավորության դեպքում, ինֆուզումատի միջոցով:
- 1.5 Իրականացնել պտղի վիճակի խիստ հսկողություն՝ ԿՏԳ մոնիտոր անընդհատ, սարքի բացակայության պարագայում՝ պտղի սրտի բաբախի աուսկոլտացիա 15 րոպեն մեկ անգամ, կծկանքների գնահատում 30 րոպեն մեկ անգամ:
- 1.6 Հիպերտոնուսի առաջացման կամ պտղի վտանգավոր վիճակի առաջացման դեպքում անհապաղ դադարեցնել պրեպարատի ներարկումը:



1.7 Ծննդաբերության խթանման ժամանակը անպայման ֆիքսել ծննդաբերության պատմության մեջ:

### **Օքսիտոցինի ներարկման սխեմա**

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

Գերխթանման դեպքում /ցանկացած կծկանքներ 60 վրկ և ավելի տևողությամբ, 5 կծկանք հաճախականությամբ 10 րոպեի ընթացքում/ դադարեցնել օքսիտոցինի ներարկումը և ն/ե դանդաղ 5-10 րոպեների ընթացքում իրականացնել տոկոլիզ հեքսապրենոլինով 10 մկգ չափաբաժնով, նախապես լուծելով այն 10մլ 0.9% NaCl:

- Ադելվատ կծկանքներն առավել հաճախ առաջանում են 12մՄ/րոպե ներարկման արագության դեպքում, ինչը մոտավորապես համապատասխանում է 20 կաթիլ/րոպեում արագությանը,
- Առավելագույն թույլատրվող օքսիտոցինի ներարկման արագությունը՝ 20մՄ/րոպե /40կաթիլ/րոպե/,
- Բացառիկ դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է ավելացնել այս կոնցենտրացիան, այն չպետք է գերազանցի 32մՄ/րոպե /64կաթիլ/րոպե/,
- Խթանման արդյունավետությունը գնահատվում է ներարկման սկզբից 4 ժամ անց,

**Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 5 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ**

**Խտաստիճան՝ 10մՄ/մլ**

Օքսիտոցինի ն/ե չափաբաժինը, հաշվարկ կաթիլներով՝ 1 մլ հավասար է 20 կաթիլ:

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

Եթե 32 մ/Մ չափաբաժնով օքսիտոցինի կիրառումից հետո ծննդաբերական գործունեությունը չի հաստատվում առաջնաձին կանանց պարագայում հնարավոր է ավելի մեծ կոնցենտրացիաների կիրառում՝ 10ՄՄ 500մլ լուծույթի մեջ 30 կաթիլ/րոպե արագությամբ /30մՄի/րոպե/, ավելացնելով արագությունը 10 կաթիլով ամեն 30 րոպեն, մինչև աղեկվատ ծննդաբերական գործունեության հաստատումը /տես սանդղակ 2/:

**Օքսիտոցինի լուծույթ՝ 10 ՄՄ օքսիտոցին 500 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ**

### Խոտաստիճանը՝ 20մՄՄ/մլ

Օքսիտոցինի ն/ե չափաբաժինը, հաշվարկ կաթիլներով՝ 1 մլ հավասար է 20 կաթիլ:

Օքսիտոցինի լուծույթի կոնցենտրացիա	Օքսիտոցինի չափաբաժին մ/ՄԻ/րոպե	Կաթիլ/րոպե	Ինֆուզիայի ծավալը ժամում /մլ/ ժամ/
10 ՄՄ օքսիտոցինի 500 մլ ֆիզ.լուծույթի մեջ /20մՄ/մլ /	1մՄԻ	1	3 մլ/ժամ
	2 մՄԻ	2	6 մլ/ժամ
	3 մՄԻ	3	9 մլ/ժամ
	4 մՄԻ	4	12 մլ/ժամ
	5 մՄԻ	5	15 մլ/ժամ
	6 մՄԻ	6	18 մլ/ժամ
	7 մՄԻ	7	21 մլ/ժամ
	8 մՄԻ	8	24 մլ/ժամ
	9 մՄԻ	9	27 մլ/ժամ
	10 մՄԻ	10	30 մլ/ժամ
	11 մՄԻ	11	33 մլ/ժամ
	12 մՄԻ	12	36 մլ/ժամ
	13 մՄԻ	13	39 մլ/ժամ
	14 մՄԻ	14	42 մլ/ժամ
	15 մՄԻ	15	45 մլ/ժամ
	16 մՄԻ	16	48 մլ/ժամ
	17 մՄԻ	17	51 մլ/ժամ
	18 մՄԻ	18	54 մլ/ժամ
	19 մՄԻ	19	57 մլ/ժամ
	20 մՄԻ	20	60 մլ/ժամ

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

Եթե 32 մ/Մ չափաբաժնով օքսիտոցինի կիրառումից հետո ծննդաբերական գործունեությունը չի հաստատվում, արգանդի վրա սպի ունեցող կրկնաձին կանանց համար ցուցված է ծննդալուծումը կեսարյան հատումով:

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

Ցուցում՝ թույլ ծննդաբերական գործունեություն:

Հակացուցումներ՝

- Պրեպարատի նկատմամբ գերզգայունություն,
- Սպի արգանդի վրա կորպորալ կեսարյան հատումից հետո,
- Օբստրուկտիվ ծննդաբերություն /կլինիկական նեղ կոնք/,
- ՆՏՊՎՇ
- Պտղի սխալ դրություն և առաջադրություն,
- Արգանդի սպառնացող պատովածք,
- Պտղի սպառնացող վիճակ:

Ծննդաբերության խթանման նպատակով պրոստագլանդինների կիրառումը հակացուցված է:

**ՀԻՇԵՔ, ծննդաբերության խթանում ստացող հղին երբեք չպետք է մննակ մնա:**

#### **Օգտագործված գրականության ցանկ**

1. Клинический протокол “Кровотечения в послеродовом периоде”. Проект “Мать и дитя”, Россия, 2007.
2. **Wing D. Ham D., Paul R.H.** A comparison of orally administered misoprostol to vaginally administered misoprostol for cervical ripening and labor induction. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1999; 180 (1):S127,
3. **Young D., Delaney T., Armson T., Fanning C.** Lower dose vaginal and oral misoprostol in labor induction – rct (abstract). American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2001; 185 (6 suppl): S203. Zhuang 2000
4. **Zhuang G., Su Q., Zhang J., Xie J., Zhu J., Cheng L.** Study on misoprostol suspension per os for inducing term labor. Chinese Journal of Obstetric and Gynaecological Practice 2000; 16(8):481-3.
5. **Li F.M.** A study of misoprostol on induction of labor in term pregnancy. Journal of Practical \obstetrics and Gynecology 2000; 16(3): 139-41. Lokugamage 2003
6. **Jackson N., Paterson-Brown S.** Labor characteristics and uterine activity: misoprostol comared with oxytocin in women at term with prelabor rapture of membranes (letter). BJOG; an international journal of obstetrics and gynecology 2000; 107(9):1181-2.
7. **Blanchette H.A., Nayak S. Erasmus S.** Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol (prostaglandin E1) with those of dinoprostone (prostaglandin E2) for cervical ripening and induction of labor in community hospital. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1999; 180:1551-9. Choy-Hee 2001,

## Հավելված

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

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

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

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

## ԳԼՈՒԽ 10. ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

1. Վաղաժամ ծննդաբերություն
2. Արձանագրության կողք
3. Կող /կողեր/ ըստ ՀՄԴ X, Օ60
4. Սահմանում՝

Վաղաժամ է համարվում ծննդաբերությունը, որը տեղի է ունեցել հղիության 22-37 շաբաթների ընթացքում /154-258 օր/:

5. Դասակարգում՝ բացակայում է
6. Ռիսկի գործոններն են՝

1. Վաղաժամ ծննդաբերություն անամնեզում
2. Ծխելը
3. Ցածր սոցիալական-տնտեսական վիճակ,
4. Ինֆեկցիոն հիվանդություններ,
5. Պտղաշրերի վաղաժամ արտահոսք,
6. Իստմիկո-ցերվիկալ անբավարարություն,
7. Արգանդի զարգացման անոմալիաներ,
8. Արտաքին միջավայրի փասսակար գործոններ,
9. Բազմապտուղ հղիություն

### 7. Առաջնային կանխարգելում.

- Դադարեցնել ծխելը:
- Առանց ախտանիշների ընթացող բակտերիուրիայի ախտորոշում և բուժում
- Անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություն ունեցող կանանց խմբում բակտերիալ վագինոզի ախտորոշում և բուժում:

Վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախականության վրա ազդեցության արդունավետությունը ապացուցված չէ:

- Ավելի ինտենսիվ խնամքի, նախածննդյան այցելությունների հաճախականացման, անկողնային ռեժիմի, հոգեբանական և սոցիալական օժանդակության, դիետայի, սեռական հարաբերություններից զերծ մնալու, «կրիտիկական ժամկետներում» հոսպիտալացման, տոկոլիտիկների վաղ կանխարգելող կիրառման, մետաբոլիկ թերապիայի, և այլն:
- Արգանդի պարանոցի վրա կարի դնում, բացառությամբ այն հղիների, ում մոտ հայտնաբերվել է արտահայտված «կարճացած» պարանոց կարճ 15 մմ-ից:
- Բակտերիալ վագինոզի բուժում, բացառությամբ անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություն ունեցող կանանց:

Հակաբիոտիկների կանխարգելիչ նշանակում ամբողջական, անվսաս պտղապարկի պարագայում:

### **8. Ախտորոշման չափանիշները՝**

1. Վաղաժամ ծննդաբերություն է համարվում՝ լրիվ 22-ից մինչև լրիվ 37 շաբաթը ժամկետում տեղի ունեցած ծննդաբերությունը:
2. Կլինիկական գրանցված արգանդի կծկումները /4 անգամ 20 րոպեների ընթացքում կամ 8 անգամ 60 րոպեների ընթացքում/, համակցված ստորև բերված որևէ մեկի հետ՝
  - Պտղապարկի պատռվածք,
  - Պտղապարկի ամբողջականություն և պանարոցի բացում 2սմ և ավելի,
  - Պտղապարկի ամբողջականություն և պարանոցի հարթեցում 80%-ով և ավելի,
  - Պտղապարկի ամբողջականություն և արգանդի պարանոցում դինամիկ կառուցվածքային փոփոխություններ :

### **9. Հիմնական ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ**

#### **Պարտոգրամա**

#### **10. Բուժման ռազմավարություն՝**

Բուժօգնության բոլոր փուլերում անհրաժեշտ է հղիին տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն իր վիճակի, պտղի վիճակի, վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկերի և նորածնի համար հնարավոր ելքերի կանխատեսումների, ընտրված մանկաբարձական ռազմավարության և հնարավոր բարդությունների մասին:

Վաղաժամ ծննդաբերության վարման բժշկական ռազմավարությունը հիմնականում որոշվում է ելնելով գեստացիոն ժամկետից և ծննդողիների վիճակից:

Արգանդի պարանոցի բացում /սմ/	Հղիության ժամկետ /շաբաթ/	
	34 պակաս	34-37
3 սմ պակաս	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ՇԴՀ կանխարգելում</li> <li>- Տոկոլիզ*</li> <li>- Ամպիցիլլին 2գ ն/ե ամեն 6 ժամը մեկ անգամ մինչև երեխայի ծնվելը</li> <li>- Հղիների տեղափոխում 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն մինչև 32 շաբաթ ներառյալ</li> <li>- 2-րդ մակարդակի ծննդօգնության բուժհաստատությունը կարող է ընդունել հղիների 32 շաբաթից ավելի ժամկետում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Տոկոլիզ** տեղափոխության ժամանակ</li> <li>- Ամպիցիլլին 2գ ն/ե ամեն 6 ժամ մինչև երեխայի ծնվելը</li> <li>- 2 մակարդակի անցում</li> </ul>
3 սմ ավել	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ամպիցիլլին 2գ ն/ե ամեն 6 ժամ մինչև երեխայի ծնվելը</li> <li>- Նեոնատոլոգի ներկայություն</li> <li>- Ծննդաբերություն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ամպիցիլլին 2գ ն/ե ամեն 6 ժամ մինչև երեխայի ծնվելը</li> <li>- Նեոնատոլոգի ներկայություն</li> <li>- Ծննդաբերություն</li> </ul>

\* Եթե բացակայում են ինֆեկցիայի նշանները, հակաբիոտիկների թերապիա հետծննդաբերական փուլում չի կիրառվում

### 11. ՇԴՀ կանխարգելումը կատարվում է հղիության 24-34 շաբաթների ընթացքում:

- Մկանային 4 չափաբաժին դեքսամետազոն 6մգ, յուրաքանչյուրը՝ 12 ժամ ընդմիջումով (24մգ 48 ժամում) կամ բետամետազոն, 2 չափաբաժին, 12-ական մգ մկանային, 24 ժամը մեկ անգամ (24մգ 48 ժամում):

22-23 շաբաթում գլուկոկորտիկոիդների կիրառումը արդյունավետ չէ:

Գլուկոկորտիկոիդներով բուժման կրկնվող կուրսեր չեն խորախոսվում, արդյունավետության և նորածնի համար անվտանգ լինելու ապացույցների բացակայության պատճառով:

### Տոկոլիզ

Տոկոլիտիկ բուժման նպատակը

- ՇԴՀ կանխարգելման կուրսի իրականացում,
- Նեոնատալ օգնության ցուցաբերման նպատակով տեղափոխել համապատասխան մակարդակի բուժհաստատություն (2-րդ կամ 3-րդ):



Տոկոլիտիկ բուժման համար ընտրության դեղամիջոց է կալցիումային խողովակների բլոկատորները (նիֆեդիպին), քանզի ապացուցված է դրա առավելությունները այլ դեղամիջոցների համեմատությամբ:

**Նիֆեդիպինի կիրառման սխեմա՝** 10մգ պերօրալ, եթե արգանդի կծկանքները պահպանվում են, 15 րոպե անց ևս 10մգ: Այնուհետև 10-ական մգ ամեն 3-8 ժամը մեկ անգամ, 48 ժամվա ընթացքում մինչև կծկանքների դադարեցում: Առավելագույն չափաբաժին՝ 160մգ/օր:

Կողմնակի ազդեցություն՝

- Հիպոտենզիա, սակայն այն շատ հազվադեպ է արտահայտվում նորմալ անոթային ճնշում ունեցող պացիենտների մոտ,
- Հիպոտենզիայի հավանականությունը մեծանում է նիֆեդիպինի և մագնեզիումի սուլֆատի համատեղ կիրառման պարագայում,
- Այլ կողմնակի ազդեցություններից են՝ տախիկարդիան, գլխացավը, գլխապտույտը, սրտխառնոցը:

**Ստացիոնարում նիֆեդիպինի տոկոլիզի պարագայում խորհուրդ է տրվում իրականացնել մոնիտորինգ:**

Պտղի վիճակի հսկողությունը, պոլսի փոփոխություն, ԶՃ ամեն 30 րոպե մեկ անգամ, առաջին ժամվա ընթացքում, այնուհետև ժամը մեկ անգամ առաջին 24 ժամվա ընթացքում, հետո ամեն 4 ժամը մեկ:

**Ծննդաբերական գործունեության դադարեցումից հետո հետագա տոկոլիզը խորհուրդ չի տրվում, քանզի դրա արդյունավետությունը և անվտանգությունը ապացուցված չեն:**

Եթե նիֆեդիպինը հնարավոր չէ օգտագործել դեղի վատ տանելիության պատճառով, հնարավոր է պահուստային բետա-միամետիկների և օքսիտոցինի անտագոնիստների կիրառում:

Տոկոլիտիկ դեղամիջոցները նշանակվում են մոնոթերապիայի ռեժիմով: Համակցված նշանակումը ավելացնում է կողմնակի ազդեցությունների ռիսկը և պրակտիկորեն չունի առավելություններ առանձին դեղամիջոցների նշանակման հետ համեմատած:

**Խորիռամնիոնիտի պարագայում տոկոլիտիկ թերապիան հակացուցված է:**

## 12. Վաղաժամ ծննդաբերության վարման յուրահատկությունները՝

1. Անընդհատ հոգեբանական օժանդակություն ծննդաբերության ընթացքում, պացիենտի լիարժեք տեղեկացվածություն ստեղծված մանկաբարձական իրավիճակի և նորածնի համար ծննդաբերության ելքի կանխատեսումների մասին:
2. Վաղաժամ ծննդաբերության վարումը գլխային առաջադրության դեպքում իրականացվում է բնական ծննդաբերական ուղիներով: Վաղաժամկետ ծննդաբերությունը ցուցում չէ կեսարյան հատման համար:

3. Ծննդաբերության ցավազրկման համար չի կարելի օգտագործել պտղի շնչառական կենտրոնը ընկճող պրեպարատներ /օպիատներ/:
  4. Չիրականացնել էպիզիոտոմիա, պուդենդալ անեսթեզիա:
  5. Ծնարանում ջերմաստիճանը պետք է լինի 28°C-ից ոչ պակաս:
  6. Խուսափել պորտալարի վաղ՝ մինչև 30 վայրկյան սեղմումից:
- 13. Հոսպիտալացման համար ցուցումներ՝ վաղաժամ ծննդաբերության նշանների դեպքում:**
- 14. Հիմնական դեղամիջոցների ցանկ՝ դեքսամետազոն, նիֆեդիպին, օքսիտոցին, էրիթրոմիցին, ամպիցիլլին**
- 15. Լրացուցիչ դեղամիջոցների ցանկ՝ բետամետազոն, գինիպրալ, ատոսիբան:**
- 16. Բուժման արդյունավետության ցուցիչներ՝**
1. Շնչառական դիսթրես համախտանիշի (ՇԴՀ) կանխարգելում
  2. Վաղ նեոնատալ սեպսիսի կանխարգելում
  3. Տեղափոխումում համապատասխան մակարդակի ծննդօգնության բուժհաստատություն

Հղիության կրելախախտ

Դասակարգում ըստ ՀՄԴ- 10 դասակարգիչի

- O20.0 Սպառնացող վիժում
- O03: Ինքնաբեր վիժում
- O03-O03.4 Թերի վիժում
- Լրիվ վիժում O03.5-O03.9
- Սովորության լի վիժում O96
- Վաղաժամ ծննդաբերություն O60

Հղիության կրելախախտ

- Վաղ ինքնաբեր վիժում - սպոնտան (ինքնաբեր) հղիության ընդհատումն է հղիության մինչև 11 շաբաթ + 6 օր
- Ուշ ինքնաբեր վիժում 12 մինչև 21 շաբաթը + 6 օր
- Վաղաժամ ծննդաբերություն 22 լրիվ շաբաթից մինչև 36 շաբաթը + 6 օր (154 - 259 օր).

Հղիության կրելախախտի կառուցվաքում առանձնացվում են հետևյալ հասկացողությունները

Ինքնաբեր վիժումը սաղմի/ պտղի արտամղումն է մինչև հղիության 22 շաբաթական ժամկետը կամ պտղի քաշը մինչև 500 գրամը, անկախ կենդանության նշանների առկայությունից կամ բացակայությունից

Ըստ վիժման փուլերի տարբերում են

- սպառնացող վիժում
- վիժում ընթացքի մեջ;
- թերի վիժում
- լրիվ վիժում

Դրանցից բացի տարբերում են

- վիժում, որը չի կայացել (սաղմի/էմբրիոնի զարգացման դադար);
- ինֆեկցված վիժում.

Սպառնացող վիժման վարման տակտիկան.

Հղին պետք է տեղեկացված լինի հետազոտության արդյունքների, տվյալ հղիության կանխատեսման և դեղորայքի կիրառման հետ կապված հնարավոր բարդությունների հետ:

Անպայման պետք է ստանալ հղիի գրավոր համաձայնությունը դեղորայքային բուժման մասին:

Մինչև 8 շաբաթական հղիությունը, եթե առկա են հղիության զարգացման անբարենպաստ նշանները, սպառնացող վիժման դեպքում, պահպանող բուժում խորհուրդ չի տրվում իրականացնել:

Սակայն այնուամենայնիվ, եթե հղին կամ նրա հարազատները պահանջում են բուժում նրանց պետք է տրվի տեղեկատվություն այն մասին, որ այդ ժամկետում բարձր է քրոմոսոմային շեղումներով պայմանավորված հղիության ընդհատման ռիսկը և ցածր է բուժման արդյունավետությունը, ընդ որում

այդ ժամկետում, հատկապես մինչև 4-5 շաբաթը ինքնաբեր ընդհատված հղիությունների 70%-ը պատճառը քրոմոսոմային շեղումներն են (բնածին կամ ձեռքբերովի):

Հղիի տեղեկացված համաձայնությունը ֆիքսվում է բժշկական փաստաթղթերում:

Այն բոլոր դեպքերում, երբ հղիության զարգացման անբարենպաստ ախտանիշները բացակայում են, իրականացվում է հետևյալ բուժումը (աղյուսակ. 1).

Սպառնացող վիժման պահպանող բուժմանը ներկայացվող պահանջները

Բուժական միջոցառում

Արդյունավետությունը (ապացուցողական մակարդակ A)

Անկողնային ռեժիմ և ձեռնպահությունը սեռական կյանքից: Համաձայն հետազոտությունների տվյալների արդյունավետությունը փոքր է:

Սպազմոլիտիկային և սեդատիվ բուժում

Չկան ապացույցներ արդյունավետության և անվտանգության մասին

Պրոգեստերոնային պատրաստուկներ

Սպառնացող վիժման համար կիրառվում են:

- Պրոգնեստերոնի յուղային լուծույթ (միջմկանային)
- պրոգնեստերոնի սինթետիկ ածանցյալներ, մասնավորապես դիդրոգեստերոն (պերոսալ).

Պրոգնեստերոնային պատրաստուկների նշանակման ցուցումները

1. Անամնեզում 2 և ավելի ինքնաբեր վիժումներ առաջին եռամսյակում (սովորույթային վիժումներ)
2. Մինչ հղիությունը հաստատված լյուտեինային փուլի անբավարարություն
3. Հղիություն առաջացած անպտղության բուժման ֆոնի վրա
4. Հղիություն առաջացած վերարտադրողական օժանդակ մեթոդների կիրառմամբ անպտղության բուժման ֆոնի վրա

Չի արձանագրվել հավաստի տարբերություն պրոգնեստերոնային պատրաստուկների ներմուծման ձևերի (միջմկանային, պերոսալ) միջև:

Չի ապացուցված ցանկացած սխեմայի առավելությունները և չեն որոշված օգտագործման օպտիմալ ժամկետները:

Պրոգնեստերոնի դեղաչափերի արդյունավետության և անվտանգության չափանիշները որոշված չեն:

Պրոգնեստերոնային պատրաստուկների կիրառման այլ նպատակներով արդյունավետությունը ապացուցված չէ:

Այնուամենայնիվ գեստագենային պատրաստուկների ռուտին օգտագործումը բարձրացնում է հղիության շարունակման տոկոսը, ուստի արդարացված է դրանց օգտագործումը:

Պետք է հետևել արտադրողի հրահանգներին:

Սովորույթային կրելախախտի(սովորույթային վիժում) վարումը

Առաջնային սովորույթային վիժումը բնորոշվում է որպես իրար հաջորդող 2 և ավելի հղիությունների ընդհատում մինչև 22 շաբաթական ժամկետը:

Եթե հղիության նորմալ ելքով ավարտված դեպքերին է հաջորդել նման իրավիճակը, ապա այն դիտարկվում է որպես երկրորդային սովորույթային վիժում

Հղիության սովորույթային կրելախախտով կանանց վարումը

- Հետազոտել առաջնային սովորույթային վիժումը ունեցող կանանց հղիության ընդհատումից հետո մինչև նոր հղիությունը, կամ հղիության ընթացքում, եթե դիմել է նոր հղիության դեպքում
- Հետազոտության նպատակը վիժում առաջացնող պատճառների հայտնաբերումն է
- Եթե հայտնաբերվել է պատճառը, ապա իրականացվում է ավստաձնական բուժում.
- Սակայն խորհուրդ է տրվում օգտագործել միայն ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված միջոցներ

Սովորույթային վիժման դեղորայքային բուժումը

1. Նշանակել ֆոլաթթու օրը 800 մկգ, 3 ամիս շարունակ մինչև

բեղմնավորումը և հղիության առաջին 3 ամիսների ընթացքում, ինչը նվազեցնում է նյարդային խողովակի զարգացման արատները 2/3-ով

2. Էնդոգեն պրոգեստերոնային անբավարարությամբ ընթացող վիճակների բուժում (մինչ հղիությունը հաստատված լյուտեինային փուլի անբավարարություն, հղիություն առաջացած անպտղության բուժման ֆոնի կամ հղիություն առաջացած վերարտադրողական օժանդակ մեթոդների կիրառմամբ անպտղության բուժման ֆոնի վրա)

Կիրառվում է

- Պրոգեստերոնի յուղային լուծույթ (միջմկանային)
- պրոգեստերոնի սինթետիկ ածանցյալներ, մասնավորապես դիդրոգեստերոն (պերոտալ).

Դրանք կարող են կիրառվել միաժամանակ:

### **Օգտագործված գրականության ցանկ**

1. Royal College of Obstetricians and Gynecologists TOCOLYTIC DRUGS FOR WOMEN IN PRETERM LABOR clinical guidelines No 1(B) October 2002 (replaces guideline No1A Beta-agonists and No1 Ritodrine)
2. National guideline clearinghouse: ACR Appropriateness Criteria for growth disturbances: Risk of intrauterine growth restriction – [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
3. Эффективная перинатальная помощь и уход, руководство ВОЗ, 2008.
4. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка, Мэррей Энкин с соавторами, 2000, перевод с англ. Под редакцией А.В. Михайлова 2003
5. Клинический протокол «Преждевременные роды», проект Мать и Дитя, Россия, 2007

## ԳԼՈՒԽ 11. ՊՏՂԻ ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԴԱՆԴԱՂՈՒՄ

1. Պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղում
2. Արձանագրության կոդ՝ P-05
3. Կոդ /կոդեր/ ըստ ՀՄԴ X՝

O36.5 պտղի անբավարար աճ, որի դեպքում պահանջվում է բուժօգնության տրամադրում մորը:

### 4. Սահմանում՝

Պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղում /ՊՆԶԴ/ ախտաբանական վիճակ է, որը հանդիսանում է փոքր քաշ գետացիոն տարիքի (ՓԲԳՏ) ենթախումբ /30-50%/, երբ պտուղը չի հասնում անտրոպոմետրիկ կամ ենթադրվող մարմնի քաշին որոշակի գետացիոն տարիքին հասնելիս: Բնութագրվում է հիվանդության և մահացության բարձր մակարդակով:

### 5. Դասակարգում՝

1. Ըստ առաջացման ժամանակի
  - Վաղ ձև,
  - Ուշացած ձև
2. Ըստ զարգացման տիպի
  - Միմետրիկ ձև՝ պտղի բոլոր չափերի համաչափ փոքրացում,
  - Ասիմետրիկ ձև՝ փոքրանում է միայն պտղի որովայնի շրջանագիծը, գլխի չափը և խողովակավոր ոսկրերի չափը նորմայի մեջ են /հանդիպում է ավելի հաճախ/:

### 6. Ռիսկի գործոններ՝

- 1) Մայրական գործոններ՝
  - Բազմապտուղ հղիություն,
  - Գերհասուն հղիություն,
  - Մոր մոտ հղիության ընթացքում ինֆեկցիաների առկայություն / սիֆիլիս, հերպես, կարմրուկ, տոքսոպլազմոզ, հեպատիտ/,
  - Սրտանոթային համակարգի բարդություններ /արյան բարձր ճնշում, սրտի որոշ հիվանդություններ/,
  - Պրեէկլամպսիա կամ էկլամպսիա,
  - Էնդոկրին հիվանդություններ,
  - Բնածին թրոմբոֆիլիա,
  - Մոր ցանկացած խրոնիկական կամ տևական հիվանդություն՝ մանգաղաղձ-բջջային անեմիա, համակարգային հիվանդություններ, երիկամների հիվանդություններ, և այլն:
- 2) պլացենտային գործոններ
  - Արատներ, կապված պլացենտայի և պորտային զարկերակի հետ, որոնք սահմանափակում են պտղի արյան մատակարարումը (մեկ անոթ դեպի պորտային զարկերակ, պորտալարի փաթաթումը

պողի մարմնի մասերի շուրջ, ինչպես նաև պորտալարի իսկական հանգույց, պորտալարի թաղանթային կպում),

- Պլացենտայի անբավարար քաշ և մակերևույթ /տորածնի մարմնի քաշի 8%-ից պակաս/,
- Պլացենտայի ամրացման անոմալիաներ /ցածր կպում և պլացենտայի առաջադրություն/:

### 3) Արտաքին գործոններ`

- Դեղամիջոցներ /վարֆարին և ֆենիտոին/,
- Վնասակար սովորություններ /ծխելը, ակոհոլ, թմրանյութեր/,
- Ծովի մակարդակից 3000մ ավելի բարձրության վրա բնակվելը:

### 4) Ժառանգական գործոններ

- Գենետիկական և քրոմոսոմային խանգարումներ, ինչպես նաև պողի բնածին զարգացման անկանոնություններ`տրիսոմիա ըստ 13-րդ քրոմոսոմի /Պատաու համախտանիշ/, 18 /Էդվարդսի համախտանիշ/ կամ 21 /Դաունի համախտանիշ/, 22 աուտոսոմ զույգեր, Շերշևսկու-Տերների համախտանիշ /45XO/, տրիպլոդիա /քրոմոսոմների եռակի հավաքածու/, լրացուցիչ X կամ Y քրոմոսոմներ:

## 7. Առաջնային կանխարգելում

- Ձերբագատվել վնասակար սովորություններից,
- Առանց ախտանիշների ընթացող բակտերիուրիայի հայտնաբերում և բուժում,
- Անամնեզում պրեէկլամպսիա ունեցող կանանց ասպիրինի նշանակում,
- Ֆոնային հիվանդության բուժում /անոթային հիպերտենզիա, շաքարային դիաբետ/:

## 8. Ախտորոշիչ չափանիշներ`

- ԱՀԲ դինամիկա, արտացոլված գրավիդոգրամայում,
- Կենսամետրիա դինամիկայում,
- Կենսաֆիզիկական պրոֆիլ /մոդիֆիկացված/,
- Պորտալարի անոթների դոպպլերոմետրիա, պողի հեմոդինամիկայի ուսումնասիրություն

## 9. Հիմնական միջոցառումների ցանկ

### 9.1. Կենսամետրիկ թեստեր

#### 1) Գրավիդոգրամայի կազմում

ԱՀԶ-ի կանխատեսային արժեքը բարձրանում է հետազոտությունների շարքի օգտագործման և գրավիդոգրամայի տեսքով գրաֆիկական պատկերի դեպքում: Հետևյալ գրաֆիկը պետք է լինի կցորդ յուրաքանչյուր նախածննդյան հսկողության քարտին:

Գրավիդոգրաման սքրինինգային մեթոդ է հանդիսանում պողի ցածր կշիռի հայտնաբերման համար հղիության տվյալ ժամկետի համար:

**Գրավիդոգրամա**  
**Հղիության զարգացման գնահատումը արգանդի հատակի բարձրության միջոցով (սմ)**

<b>Արգանդի հատակի բարձրություն</b>	45																						
	40																						
	35																						
	30																						
25																							
20																							
15																							
<b>Հղիության շաբաթներ</b>																							
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

2) ԳՁՀ կենսաչափում

Պտղի որովայնի շրջագիծը և մարմնի ենթադրվող քաշը – առավել հավաստի ավստորոշիչ ցուցիչներն են փոքրաքաշ պտղի որոշման համար: Առավել արժեքավոր ցուցանիշ է պտղի ենթադրվող քաշը: Այս ցուցանիշը հիմնվում է գլխի շրջագծի, որովայնի շրջագծի և կոնքի երկարության չափման վրա: Մեթոդի արժեքավորությունը կայանում է դինամիկայում դրան հետևելու մեջ:

**9.2. Կենսաֆիզիկական թեստեր**

1) **Պտղի մոդիֆիկացված կենսաֆիզիկական պրոֆիլ /ՄԿՖՊ/**, ԿՖՊ ամբողջական արձանագրության կատարումը պահանջում է լուրջ ռեսուրսներ՝ ժամանակ, հատուկ սարքավորումներ, մասնագետների ուսուցում: Այդ պատճառով վերջին տարիներին առաջարկվել է **ԿՖՊ-ի մոդիֆիկացված /կրճարված/ արձանագրության** կիրառում, որը ներառում է ամնիոտիկ ինդեքսի /ԱԻ/ որոշում և ԿՏԳ-ի արդյունքները:

2) **Պտղաջրերի ծավալի չափում**

Ամնիոտիկ հեղուկի չափման համար կիրառվող մեթոդները՝  
 1. **Ուղղաձիգ գրպանների ստավելագույն խորությունը** –այս մեթոդը որոշում է 2 -8 սմ գրպանի խորությունը որպես նորմալ, 1-2 սմ որպես սահմանային <1սմ՝ որպես նվազած /սակավաջրություն/ և >8 որպես գերջրություն/:



2. *Ամնիտորիկ հեղուկի ինդեքս /ԱԻ/* դրա օգնությամբ փորձ է արվում գնահատելու ամնիտորիկ հեղուկի ընդհանուր ծավալը, գումարելով արգանդի 4 քառակուսիներից յուրաքանչյուրի մեջ հայտնաբերվող հեղուկի ամենամեծ գրպաններում առկա հեղուկի ծավալի, ընդ որում կենտրոնական կետ է հանդիսանում պորտը.

- < 5 սմ. – սակավաշրթություն
- > 20 սմ. – գերշրթություն

### 3) Ոչ սթրեսային թեստ

4. *Ցուցումներ ԿՏԳ-ի անցկացման համար* – իրադրություններ, որոնք պահանջում են պտղի վիճակի անհապաղ գնահատում. պտղի խաղի քանակի նվազում, պրեէկլամպսիա, ՊՆԶԴ-ի կասկած, ժամկետանց հղիություն և այլն:

Նախաձննդյան կարդիոտոկոգրաֆիան հղիության 32 շաբաթից ավելի ժամկետի դեպքում:

Ցուցանիշներ	Նորմալ ԿՏԳ	Վտանգավոր ԿՏԳ	Ախտաբանական ԿՏԳ
Բազային ռիթմ, հրվ/րոպե	110-160	100-109, 161-180	100 քիչ, 180 ավել
Բազային ռիթմի փոփոխականություն, հրվ/ր / միջին/	6-25	25 ավելի	Անպլիտոդը 5-ից պակաս կամ փոփոխականությունը բացակայում է
Արցելերացիաներ 30-40 թույնների ընթացքում	Անկանոն	1-2 կամ բացակայում է, պահպանվող փոփոխականության պարագայում	Բացակայություն, մոնոտոն, ցածր փոփոխականությանը կամ սինուստիդալ ռիթմի պարագայում
Դեցելերացիաներ	Չկա կամ ոչ խորն են, փոփոխական, վաղաժամ	Խորը, տևական, փոփոխական / մինչև 3 թույն/ կամ 1-2 ուշացող, առանձին	Ուշացող, անբարենպաստ, փոփոխական /70 զարկ/ր ավելի և 60 վրկ. տևողությամբ/
Գործողություն	Դինամիկ հսկում մինչև ծննդաբերություն	Ամենօրյա ԿՏԳ դինամիկ հսկում	Իրավիճակի ընդհանուր գնահատում, հետագա գնություն, որոշ դեպքերում՝ ծննդաբերություն

1. Հիմնական ռիթմ՝ պտղի սրտի բարբախի միջին հաճախականություն, որը պահպանվում է 10 րոպե և ավել: Նորմայում գտնվում է 110-160 բարբախ մեկ րոպեում սահմանների մեջ:
2. Հիմնական ռիթմի փոփոխականություն՝ պտղի սրտի բարբախի վայրկյանական հաճախականության անընդհատ փոփոխություն բարբախից բարբախ: Պտղի նորմալ վիճակում նրա սրտի ցիկլերի տևողությունը միանման չէ: Դա բացատրվում է նյարդային համակարգի երկու՝ սիմպաթիկ և պարասիմպաթիկ բաղադրիչների, անընդհատ ներգործությամբ:
3. Արտադրագիաներ՝ դրանք սրտի ռիթմի անցումային արագացումն է 15 բարբախով և ավելի, բազային մակարդակի հետ համեմատած, 15 և ավելի վայրկյան տևողությամբ: Արտադրագիաների առկայությունը խոսում է պտղի լավ փոխհատուցողական (կոմպենսատոր) հնարավորությունների մասին: Բարձր փոփոխականություն ունեցող ռիթմի պարագայում արտադրագիաների տարբերակումը դժվարացած է, որը սկզբունքային նշանակություն չունի, քանի որ սրտի ռիթմի փոփոխությունները կանխատեսելիորեն բարենպաստ ցուցանիշ են և վկայում են պտղի նորմալ օքսիգենացիայի մասին:
4. Դեցելերացիաներ՝ դրանք սրտի բարբախի անցումային դանդաղեցման էպիզոդներ են 15 բարբախով և ավելի, 15 վայրկյան տևողությամբ:

Տարբերակում են դեցելերացիաների երեք հիմնական տեսակ՝ վաղաժամ, ուշացած և փոփոխական:

Վաղաժամ արտադրագիային բնորոշ է դանդաղեցում արգանդի կրճատումների սկզբի հետ, ճիշտ ձև, աստիճանական սկիզբ ու ավարտ և սրտի կծկումների հաճախականության վերականգնում արգանդի տոնուսի սկզբնական մակարդակի վերականգնման հետ:

Տևողությունը համընկնում է արգանդային կծկումների տևողության հետ և սովորաբար չեն գերազանցում 30 վայրկյանը, իսկ խորությունը՝ 20 բարբախ:

Վաղաժամ դեցելերացիաները ի հայտ են գալիս ի պատասխան ծննդաբերության ժամանակ պտղի գլխիկի սեղմման, ձեռքային զննության ժամանակ: Դեցելերացիաների այդ տեսակը խոսում է պտղի նյարդային համակարգի և ուղեղային շրջանառության փոփոխությունների միջև առկա կապի մասին: Դրանք չեն առաջանում, եթե պտղի ԿՆՀ-ն վսասված է, կապված չեն արգանդ-պլացենտա-պտուղ համակարգի արյան շրջանառության խանգարման հետ:

Ուշացած դեցելերացիան ի հայտ է գալիս ի պատասխան արգանդային կծկումների, սակայն սկսվում են դրանք կամ կծկման վերնակետում, կամ 15-20 վայրկյան ուշացումով: Առավել հաճախ ունենում է ճիշտ ձև, ընդհանուր տևողությունը սովորաբար գերազանցում է վաղաժամ դեցելերացիաներին, իսկ խորությունը չի գերազանցում 20-25 բարբախ

մեկ թույլատրելի: Ուշացած դեցեմբերացիաների պատճառը թաքնված է մայր-պլացենտա-պտուղ համակարգիարյան շրջանառության խանգարման մեջ: Ուշ դեցեմբերացիաները երբեք չեն գրանցվում պտղի նորմալ վիճակի դեպքում և առավել հաճախ համակցվում են կարդիոտոկոգրաֆիկական չափանիշերի այլ փոփոխությունների հետ: Ուշ դեցեմբերացիաները, որոնք տևում են մեկ թույլաց ավելի, ծայրահեղ անբարենպաստ կանխորոշիչ ցուցանիշ են :

Փոփոխական դեցեմբերացիաները բնութագրվում են առաջացման տարրեր ժամանակով: Դրանք փոփոխական են ըստ ձևի, տևողության և խորության:

Փոփոխական դեցեմբերացիաներն առաջանում են տարրեր պատճառներով, սակայն առավել հաճախ կապված պորտալարի սեղմման հետ: Փոփոխական դեցեմբերացիաները 25-60 հարված 1 թույլատրելի խորությամբ և 1 թույլաց պակաս տևողությամբ չեն բնութագրում արտահայտված մայր-պլացենտա-պտուղ արյան շրջանառության խանգարում: Դեցեմբերացիաները, որոնց ցուցանիշները գերազանցում են նշվածները, համարվում են ծանր:

Կարդիոգրամայի հիմնական չափանիշների և դրանց բնութագրերի իմացությունը թույլ են տալիս իրականացնել կարդիոգրաֆիկ կորի տեսողական կամ սովորական գնահատում, որը կիրառելի է պտղի վիճակի գնահատման համար հղիության 32 շաբաթից հետո: Միայն այն պատճառով, որ այդ ժամկետում ավարտվում է պտղի մրոկարդիալ ռեֆլեքսի ձևավորումը և «ակտիվություն-հանգիստ» ցիկլի կայացումը: Որքան ավելի փոքր է հղիության ժամկետը, այնքան ավելի առիպիկ են կարդիոգրամայի վրա փոփոխությունները, համապատասխանաբար, դրանք ավելի դժվար են մեկնաբանվում:

Հղիության 26-րդ շաբաթից հետո կարդիոգրաֆիկական կորի վերլուծության համար անհրաժեշտ է կիրառել ավտոմատ վերլուծություն, որը թույլ է տալիս գնահատել կարդիոգրաֆիկական կորի այնպիսի չափանիշեր, որոնք անհնար է հաշվի առնել վիզուալ մեկնաբանության ժամանակ: Համակարգչային մշակման այս յուրահատկությունը հնարավորություն է տալիս ընդլայնել ուսումնասիրության անցկացման ժամկետները: Կարդիոգրամայի տեսողական ուսումնասիրության ժամանակ անհասանելի չափանիշերի համակարգչային վերլուծությունը թույլ է տալիս բացառել գրառման սուբյեկտիվ մեկնաբանումը և հասնել արդյունքների բարձր վերարտադրողականությանը:

### 9.3. Դոպլերոգրաֆիա /ԴԳ/ Դոպլերոգրաֆիայի ցուցումներն են՝

1. Տարիքը՝ 38 տարեկան և ավելի
2. Անամնեզում առկա պտղի ներարգանդային աճի դադարեցում կամ գետնոգ
3. Պերինատալ կորուստներ
4. Սոնատիկ հիվանդություններ
5. Հիպերտոնիկ հիվանդություն
6. Երիկամների հիվանդություններ
7. Էնդոկրին հիվանդություններ
8. Լաբորատոր թեստեր
9. Հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ
10. Գայլախտային թեստեր

### Դոպլերային հետազոտության անցկացման ստանդարտացում՝

- Նվազագույն պարտադիր ծավալը՝ արգանդային երկու զարկերակներ, պորտալարի զարկերակ:
- Ախտորոշիչ չափանիշներ. անցում դեպի արգանդային զարկերակներ և պորտալարի զարկերակի ԱԻ պրոցենտիլային կորերի:

Պտղի արյունատար անոթներում արյան շրջանառության արագությունների կորերի ուսումնասիրության ժամանակ առավել հաճախ գնահատվում է արյան շրջանառության գագաթնային սիստոլիկ արագությունը/S/, արյան շրջանառության առավելագույն վերջնական դիաստոլիկ արագությունը /D/ և միջինացված ըստ ժամանակի արյան շրջանառության առավելագույն արագությունը /TMAX/, հետագա դիմադրողականության ցուցանիշի /ԴՑ/ և պուլսացիոն ցուցանիշի /ՊՑ/ հաշվարկով:

SD հարաբերակցությունը ունի հաստատուն ցուցանիշ և դրա կիրառումը անթոյլատրելի է, քանի որ այդ դեպքում ծայրամասային դիմադրողականության ինդեքսի թվային ցուցանիշները ինչպես արգանդային անոթներում, այնպես էլ պտղի և պորտալարի զարկերակի անոթներում փոփոխվում են հղիության ընթացքում:

**Պտտի և նորածնի համար հնարավոր ելքերի հաճախականությունը պորտային զարկերակի դոպլերոմետրիայի ժամանակ փոփոխված դիաստոլիկ բաղադրիչի տարբեր տեսակների պարագայում %/**

Ելք	Արյան շրջանառության դիաստոլիկ կոմպոնենտի բնութագրություն		
	դրական	զրոյական	բացասական
Մեռելաձուլություն	3	14	24
Նորածնային մահացություն	1	27	51
Կենդանաձուլություն	96	27	25

### **10. Ախտորոշիչ լրացուցիչ միջոցառումների ցանկ՝**

- 1) Բժիշկ գնեստիկի խորհրդատվություն /ՊՆԶԴ սիմետրիկ տեսակի դեպքում/,
- 2) Ամնիոցենտեզ կարիոտիպավորման նպատակով քրոմոսոմային խախտումների բացառման նպատակով:

### **11. Բուժման ռազմավարությունը**

1. Դադարեցնել ծխելը
2. Առանց ախտանիշների ընթացող բակտերիուրիայի հայտնաբերում և բուժում,
3. Անամեզում պրեէկլամպսիա ունեցող կանանց ասպիրինի նշանակում,
4. Ֆոնային հիվանդության բուժում /անոթային հիպերտենզիա, շաքարային դիաբետ/:

**11.1 Նպատակ՝** պտղի վիճակի դինամիկ հսկողություն, ծննդաբերության բարենպաստ ժամկետներում:

### **11.2 Հղիության վարումը ՊՆԶԴ-ի դեպքում**

Հրաժարվել վնասակար սովորություններից /ծխելը, ակոհոլը, թմրադեղերը/, էքստրագենիտալ հիվանդությունների կոմպենսացում / շաքարային դիաբետ, վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի խանգարում/

**Նպատակը՝** հղիության առավելագույնս հնարավոր երկարացում, քանի որ ավելի հասուն պտղի մահվան ռիսկը ավելի ցածր է:

ՊՆԶԴ-ի բավարար կենսապրոֆիլի, պտուղ-պլացենտա համակարգի արյան շրջանառության խանգարումների կոմպենսացիայի պարագայում, հղիությունը երկարաձգվում է: Նախընտրելին ծննդալուծումն է հասուն ժամկետում: Ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեության բացակայության դեպքում ցուցված է ծննդաբերության խթանում:

Ծննդաբերության ընթացքում անհրաժեշտ է իրականացնել պտղի վիճակի մոնիտորային հսկողություն: Պտուղ-պլացենտա համակարգի

արյան շրջանառության դեկոմպենսացման /0, ռեվերսային արյան շրջանառություն/, պտղի հեմոդինամիկայի խանգարման պարագայում ցուցված է վաղաժամ ծննդաբերություն:

34 շաբաթ ժամկետում ցուցված է պտղի ՇԴՀ կանխարգելում:

Ծննդաբերության ընթացքում պետք է կատարել պտղի վիճակի անընդհատ կարդիոմոնիտորային հսկողություն:

Պտղի հեմոդինամիկայի դեկոմպենսացված խանգարումը հանդիսանում է ծննդաբերության խթանման ցուցում կեսարյան հատման վիրահատության միջոցով /հղիության ժամկետը 32-34 շաբաթից ոչ պակաս և պտղի քաշը ոչ պակաս, քան 1000-1200գ./:

Հղիության 32 շաբաթից փոքր ժամկետի պարագայում հցիության երկարաձգման հարցը, ծննդաբերության խթանման ժամկետները և մեթոդները ենթակա են քննարկման պերինատալ կոնսիլիումի կողմից, հղիի, նրա հարազատների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների մասնակցությամբ:

Պտղի վիճակի գնահատման նպատակով դինամիկ մոնիտորինգը:

Կենսամետրիկ թեստեր:

ա) ամեն 2 շաբաթը մեկ անգամ իրականացնել պտղի աճի հսկողություն /գրավիդոգրամայի լրացում/:

բ) Դինամիկ ԳՁՀ կենսամետրիա՝ ուսումնասիրություն պտղի քաշի և պլացենտայի վիճակի գնահատման համար:

### **Կենսաֆիզիկական թեստեր**

Կենսաֆիզիկական թեստերը ստեղծված են նրա համար, որպեսզի՝ բազմակի չափման միջոցով կանխատեսել պտղի վիճակը և ոչ թե՛ նրա չափը որոշելու համար:

- ամեն 2 շաբաթը մեկ անգամ պտղաջրերի ծավալի չափում,
- Կարդիոտոկոգրաֆիա ամեն 2 շաբաթը մեկ անգամ,
- Դոպպլերոմետրիա ամեն 2 շաբաթը մեկ անգամ,
- Մոդիֆիկացված կենսաֆիզիկական պրոֆիլ /ԿՑՊ/. գնահատում է 2 չափանիշ. աքցելերացիայի առկայություն ԿՏԳում և ամնիոտիկ հեղուկի ծավալը:

Պորտային զարկերակի դոպպլերոմետրիայի և ԳՁՀ արդյունքում անոմալիաների բացակայության պարագայում, ՊՆԶԴ ունեցող հղիները կարող են հսկվել ամբուլատոր եղանակով:

Նախածննդյան հետազոտությունների հաճախականությունը պետք է համապատասխանի ռիսկի մակարդակին: Այն դեպքերում, երբ ռիսկը դեռ առկա է, պետք է շարունակել հետազոտության իրականացումը շաբաթական մեկ-երկու անգամ:

11.3 Ոչ-դեղորայքային բուժում՝ բացակայում է

11.4 Դեղորայքային բուժում՝ բացակայում է

11.5 Հոսպիտալացման համար ցուցումներ՝

Պտղի կենսաֆիզիկական ցուցանիշների վատթարացման դեպքում

Ժամանակին հոսպիտալացումը ծննդալուծման ապահովման համար:

Պտուղ-պլացենտային կրիտիկական արյան շրջանառության պարագայում ցուցված է ծննդալուծումը: Եթե առկա է ՊՆԶԴ կոմպենսացված փուլում, իրականացվում է պտղի վիճակի պարբերական գնահատում:

#### 11.6 Կանխարգելիչ միջոցառումներ

1. Դադարել ծխելը,
2. Առանց ախտանիշների ընթացող բակտերիուրիայի բուժում,
3. Խրոնիկական ինֆեկցիաների օջախների հայտնաբերում և բուժում,

#### 12. Հիմնական դեղամիջոցների ցանկ չկա:

#### 13. Լրացուցիչ դեղամիջոցների ցանկ չկա:

#### 14. Բուժման արդյունավետության ցուցիչներ չկան:

#### Օգտագործված գրականության ցանկ

1. National Guideline Clearinghouse: Intrauterine Growth Restriction.– [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
2. National Guideline Clearinghouse: ACR Appropriateness Criteria for growth disturbances: Risk of intrauterine growth restriction – [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).
3. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standard to Improve Women's Health – The investigation and Management of the Small for gestational age fetus – Guideline #31, 2002, p. 16.
4. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal care: Routine Care for the Health Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p. 286.
5. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Parental care, 2005, p. 80.
6. Эффективная перинатальная помощь и уход, руководство ВОЗ, 2008.
7. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка, Мэррей Энкин с соавт., 2000, перевод с англ. Под редакцией А.В. Михайлова, 2003.
8. The investigation and Management of the Small for gestational age fetus. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. November 2002.
9. Fetal health surveillance in labor SOGC Clinical Practice Guidelines No. 112. 2002

**ԳԼՈՒԽ 12. ԾՆԱՐԱՆԻ ՆԱԽԱՊԱՏՐԱՍՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՈՐԱԾՆԻՆ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒՆ և ԱՌՈՂՋ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ**

- 1. Ծնարանը պարտադիր պետք է հազեցված լինի հետևյալ պարագաներով**
  1. տաքացնող սարք
  2. ճառագայթային տաքացուցիչ
  3. մաքուր ջուր՝ հոսող կամ լցնովի
  4. պորտալարը կապելու և կտրելու համար պարագաներ (ստերիլ)
  5. մանկական կշեռք, հասակաչափ
  6. տաք և մաքուր սրբիչներ, ցամքոցներ նորածին չորացնելու համար
  7. տաք գլխարկ, գուլպաներ, ֆլանելե բարուրաշորեր, ծածկոց
  8. զննման համար նախատեսված մաքուր, անհրաժեշտության դեպքում նաև ստերիլ ձեռնոցներ
  9. ջերմաչափ. նախընտրելի է էլեկտրոնային
  10. ինկուբատոր կամ տաքացվող մահճակալ/ներքին տեղափոխման համար/
- 2. Երեխան պետք է ծնվի այնպիսի միջավայրում, որը համապատասխանում է հետևյալ չափանիշներին**
  1. անհատականություն
  2. մաքրություն
  3. անհրաժեշտ ջերմաստիճան /օդի ջերմաստիճանը՝ 25°C և բարձր/
  4. զերծ միջանցիկ քամիներից
  5. լավ լուսավորություն
  6. դասավորությունը նման «տնայինին», ուղղված ընտանեկանին
  7. ծննդաբերության դիրքերի ազատ ընտրության հնարավորության տրամադրում
  8. ուսուցանված ու բարեկիրթ աշխատակազմի ներկայություն
- 3. Նորածնի վերակենդանացման համար անհրաժեշտ պարագաներ**
  1. վերակենդանացման սեղան ճառագայթային տաքացուցիչով
  2. ստետոսկոպ
  3. արտածծիչ սարք և արտածծիչ կատետերներ (8F և 10F): Այլընտրանք է արտածծիչ տանձիկը
  4. կերակրման գոնդ
  5. վերակենդանացման պարկ, հասուն և անհաս նորածինների համար նախատեսված դիմակներ
  6. լարինգոսկոպ (0 և 1լեզվակներ, համապատասխան մարտկոցներ, սովորաբար AA)
  7. էնդոտրախեսալ խողովակներ (N 2,5; 3,0; 3,5; 4,0, մանժետ, լեյկոպլաստ, մկրատ)
  8. դեղորայք (ադրենալին 1:10000, ֆիզ. լուծույթ)



9. ժամացույց (վայրկյանաչափ)

10. պորտային կաթետեր, ներարկիչներ:

Նախապես համոզվեք, որ բոլոր սարքավորումներն անխափան աշխատում են

#### **4. Մինչ նորածնի ծնվելը ցանկալի է առավելագույն տեղեկություններ հավաքել նրա մասին**

1. գեստացիոն տարիք

2. ենթադրվող քաշ

3. մոր արյան խումբ և ռեզուս պատկանելիություն

4. ծննդաբերության ընթացքի շեղումներ

5. մոր մանկաբարձական և սոմատիկ տվյալներ, որոնք այս կամ այն չափով կարող են անդրադառնալ նորածնի առողջության վրա:

#### **5. Ծննդաբերությունից հետո նորածնի մոտ իրականացվող միջամտություններ**

1. Ծնվելուց անմիջապես հետո պետք չէ նորածնին դնել սառը թասիկի մեջ, այլ նախապես տաքացված տակաշորերում՝ մոր շեքի հետ գրեթե նույն մակարդակի վրա:

2. Մանրակրկիտ, նուրբ շարժումներով սրբել և չորացնել նորածնի գլուխը և ամբողջ մարմինը, արագորեն հեռացնելով թաց տակաշորերը:

3. Առաջին 30 վայրկյանի ընթացքում, նորածնին չորացնելիս, արագ գնահատել և կողմնորոշվել՝ կան արդյոք վերակենդանացման միջոցառումների կարիք:

- եթե ծնվելուց 30 վայրկյան անց նորածնի մոտ սպոնտան շնչառությունը բացակայում է (սովորաբար առաջին շնչական ակտն արտահայտվում է ճիչի տեսքով), կամ այն ոչ կանոնավոր է (գասպ տիպի), կամ առկա է բրադիկարդիա (<100 զարկ/ր), ապա անհապաղ սկսել վերակենդանացման միջոցառումներ:

4. Եթե նորածինը վերակենդանացման կարիք չունի, ապա հեշտոցային ծննդաբերության դեպքում ծնվելուց 30-60 վայրկյան անց կարելի է կտրել պորտային զարկերակը՝ երկու սեղմակների միջև: Այլընտրանք է նորածնին սկզբում մորը հանձնելը՝ դնելով նրան մոր կրծքին, իսկ պորտային զարկերակը կտրել պուլսացիան դադարելուց հետո միայն:

5. Մինչ նորածնին մորը հանձնելը ևս մեկ անգամ համոզվել, որ նորածինը չունի վերակենդանացման միջոցառումների կարիք: Նորածինն ունի հատուկ խնամքի կարիք, եթե նա.

- անհաս է (գեստացիոն տարիքը <37 շաբաթ)

- ունի ցածր քաշ ծնվելիս (<2500 գրամ)

- առկա են ծննդաբերական վնասվածք կամ զարգացման արատ:

**6. Շնչուղիների պարունակության արտաձծումը պարտադիր չէ, քանի որ կոպիտ և տևական արտաձծումն առողջ նորածնի մոտ կարող է ուշացնել ինքնուրույն շնչառության սկիզբը և առաջացնել բրադիկարդիա: Արտաձծումը ցուցված է, եթե.**

- պտղաշրերը բավականին կեղտոտված են մեկոնիումով և արյամբ
- վերակենդանացման պարկ և դիմակ կիրառելու կարիք կա
- Չորացնելուց, պորտային զարկերակը կտրելուց, նախնական գնահատական տալուց և վերին շնչուղիների պարունակությունը արտաձծելուց (եթե ցուցված է) հետո նորածնին հանձնել մորը՝ դնելով մերկ նորածնին մոր կրծքավանդակի կամ որովայնի վրա: Դրանից անմիջապես հետո նորածնին պետք է հագցնել գլխարկ և ծածկել տաք և չոր ծածկոցով: Նորածինը պետք է մոր մոտ լինի այնքան, որքան կցանկանա մայրը:
- Եթե մայրը չի կարող գտնվել նորածնի հետ մաշկը մաշկին շփման պայմաններում, հարկավոր է նորածնին հագցնել հագուստ կամ փաթաթել մաքուր, չոր և տաք բարուրաշորերով և դրել ճառագայթային տաքացուցիչի տակ: Անհրաժեշտ է մշտապես հսկել նորածնին:
- Այն դեպքերում, երբ մոր (վիրահատություն, ծննդաբերության բարդություններ) կամ նորածնի (պահանջվում է հատուկ խնամք) պատճառով նորածնի և մոր միջև վաղ կոնտակտը հնարավոր չէ, նրանց բաժանումը պետք է ձգտել հասցնել նվազագույնի: Երբ մայրն իրեն լավ զգա կամ նորածնի վիճակը կայունանա, ապա մորը պետք է հնարավորություն ընձեռել հաճախակի այցելել նորածնին և նրան հնարավորինս շուտ ներգրավել խնամքի գործընթացին:
- Ծննդաբերության ժամանակ և դրանից հետո հարկ է հնարավորինս խուսափել ընդհանուր անզգայացումից, քանի որ այդ ընթացքում կիրառվող դեղամիջոցները կարող են քնկոտություն առաջացնել նորածնի մոտ, ինչպես նաև խանգարել մորը նորածնի կյանքի առաջին ռոպեներից կրծքով կերակրել:
- Եթե նորածինն առողջ է, ապա ծնվելուց անմիջապես հետո ապահովել նրա և մոր միջև մաշկը մաշկին շփում:
  - նորածնին թողնել մոր որովայնի կամ կրծքավանդակի վրա ծննդաբերությունից հետո առնվազն 30 րոպե, ծածկելով չոր, փափուկ վերնակով:
  - թույլ տալ մորը և նորածնին հաղորդակցվել իրար հետ, չխանգարել նրանց և օգնել միայն անհրաժեշտության դեպքում (օրինակ մայրը քնած է կամ եթե մայրն է խնդրում այդ անել):
- Առաջին 15-30 րոպեների ընթացքում առողջ նորածինների մեծ մասը սկսում են փնտրել մոր պտուկը: Հետևել նորածնի ճիշտ ամրակցմանը:

Նորածնին մորից առանձնացնել միայն ծայրահեղ անհրաժեշտության

դեպքում: Որպես կանոն, նախնական զննումը կարելի է իրականացնել առանց նորածնին մորից առանձնացնելու: Նույնիսկ կարճատև առանձնացումը առաջին կերակրումից առաջ կարող է խանգարել այդ պրոցեսի հաջող իրականացմանը:

- 1-2 ժամով հետաձգել ծննդաբերությանը հաջորդող ավանդական միջոցառումները (անթրոպոմետրիկ չափումներ)
  - Քաջալերել և օգնել մորն առաջիկա ժամերին հնարավորինս հաճախ անմիջական մաշկը մաշկին շփում ունենալ նորածնի հետ: Եթե կյանքի առաջին ժամերին դրա հնարավորությունը չի եղել, ապա կորցրածը կարելի է վերականգնել առաջիկա օրերի ընթացքում
  - Կանխել ծծակների և շշերի, բացի կրծքի կաթից այլ սննդի և հեղուկների օգտագործումը լակտացիայի հաստատման շրջանում
- Ծսարանում նորածնի հետ կապված միջամտություններն անհրաժեշտ է իրականացնել ճառագայթային տաքացուցիչի տակ, հուսալիորեն պաշտպանված սառն առարկաներից և մակերեսներից, գերծ միջանցիկ քամուց:

### **Պորտալարի կապումը**

- Պորտալարը կտրելիս օգտագործել միայն ստերիլ մկրատ
- Պորտալարը կապելու համար կարելի է կիրառել.
  - թել կամ ժապավեն (ժամանակավորապես են սեղմում անոթները: Մոտ 0,5-1 ժամ անց, պորտալին զարկերակի մնացորդի չորանալուն զուգահեռ, կապը կարող է թուլանալ: Նման դեպքերում պորտալին անոթները վերստին բացվում են, առաջանում է արյունահոսության և ինֆեկցիայի վտանգ):
  - ռետինե օղակ (պորտալին զարկերակը կապելու ամենահուսալի եղանակն է):
  - պլաստմասե սեղմակներ (միանվագ օգտագործման են):

### **Պորտալարի զարկերակի մնացորդի մշակումը**

Պորտալարի մնացորդի խնամքը ենթադրում է երեք սկզբունքների պահպանում.

- Մաքուր
  - խուսափեք պարտալարի մնացորդին անպատեհ դիպչելուց
  - լվանալ ձեռքերը ջրով և օճառով պորտալին զարկերակի մնացորդի հետ շփվելուց առաջ
  - ապահովել հագուստի մաքրությունը
  - պորտալին զարկերակի մնացորդի հուսալի պաշտպանություն մեզից և կղանքից
  - պորտալին զարկերակի մնացորդի կեղտոտման դեպքում կարելի է այն լվանալ մաքուր ջրով և չորացնել մաքուր սրբիչով
- Չոր

- չկա անտիսեպտիկներով մշակելու անհրաժեշտություն
- պորտալարի մնացորդն օդի հետ շփվելիս չորանում և մումիֆիկացվում է առանց հաճախակի կապ դնելու
- Բաց
  - տակդիրը հազցնել այնպես, որ այն պորտի մակարդակից ցածր լինի,
  - հազցնել նորածնին այնպես, որ հազուստը չսեղմի կամ աննշան հպվի պորտալարի մնացորդին,
  - չծածկել պորտային վերքը կաշուն սպեղանիով (լեյկոպլաստ) կամ վիրակապով:

**Ապացուցված չէ պորտալարի մնացորդի մշակման որևէ այլ մեթոդի ավելի բարձր արդյունավետությունը, քան այն չոր, բաց և մաքուր պահելը: Նման խնամքի դեպքում պորտալարի մնացորդը սովորաբար ընկնում է կյանքի 5-15-րդ օրը:**

#### **Նորածնի աչքերի մշակումը**

Նորածնի աչքերի մշակումը ենթադրում է տարբեր ախտաձագման կոնյունկտիվիտների (հատկապես գոնոկոկային) կանխարգելում: Այդ նպատակով առաջարկվում է դեռևս ծնարանում (առաջին մեկ ժամվա ընթացքում) նորածնի աչքերը մշակել ստորև թվարկվող եղանակներից որևէ մեկով.

- 1%-անոց տետրացիկլինի քսուք (սախընտրելի է էժան է, քանի որ արդյունավետ է և անվտանգ)
- 0,5%-անոց էրիթրոմիցինի քսուք (տետրացիկլինի հետ համեմատած գրեթե հավասարապես արդյունավետ է)
- 1%-անոց արծաթի նիտրատի լուծույթով (կարող է հարուցել քիմիական կոնյունկտիվիտ):

#### **Վիտամին K (Ֆիտոմենադին)**

Վաղ նորածնային շրջանում արյունահոսության և հետագայում նորածինների հեմոռագիկ հիվանդության կանխարգելման նպատակով առաջարկվում է օգտագործել վիտամին K՝ ֆիտոմենադին: Նախընտրելի է կիրառել համատարած: Հատկապես ցուցված է հատուկ խնամքի կարիք ունեցող նորածինների դեպքում (անհասներ, 2500 գրամից ցածր քաշ ունեցող նորածիններ, հիվանդ նորածիններ):

Վիտամին K-ն տրվում է երկու եղանակով.

- միջմկանային՝ միանվագ 1մգ (0.1մլ), 1500գրամից ցածր քաշով նորածիններին՝0,5մգ (0.05մլ)
- պերորալ՝ երկու դեղաչափով՝ 2մգ (առաջին և յոթերորդ օրը): Չնայած պերորալ եղանակն ավելի պարզ է և էժան, սակայն կատարողական տեսանկյունից թերացումները կարող են նվազեցնել արդյունավետությունը):

### ԳԼՈՒԽ 13. ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՀԻՊՈԹԵՐՄԻԱ ԵՎ ԴՐԱ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

Նորածնի մարմնի նորմալ ջերմաստիճանն է՝ 36,5<sup>0</sup> C-ից մինչ 37,5<sup>0</sup> C  
Հիպոթերմիան մարմնի ջերմաստիճանի անկումն է, որի ժամանակ  
նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը իջնում է նորմալ մակարդակից՝  
36.6<sup>0</sup>C-ից:

Նորածնի մարմնի ջերմաստիճանի նվազումը՝

- 36,4<sup>0</sup> C-ից մինչև 36,0<sup>0</sup> C՝ թեթև աստիճանի հիպոթերմիա
- 35,9<sup>0</sup> C-ից մինչև 32,0<sup>0</sup> C՝ միջին աստիճանի հիպոթերմիա
- 32<sup>0</sup> C ծանր հիպոթերմիա

Նորածնի ջերմության կորստի ուղիները՝

**Գոյորշիացում (Էվապորացիա)**՝ երեխան խոնավ է ծնվում, խոնավությունը գոյորշիանում է մաշկի մակերևույթից, ինչը հանգեցնում է ջերմության կորստի:

**Տեղափոխումը (Կոնդուկցիա)**՝ դա ջերմաստիճանի անկումն է, երբ նորածինը հպվում է սառը մակերևույթների հետ

**Ճառագայթում (Ռադիացիա)** ջերմության կորուստն է մարմնի ճառագայթման հաշվին սառը օբյեկտների նկատմամբ, որոնց նա չի հպվում, օր. պատի կամ պատուհանի նկատմամբ:

**Կոնվեկցիա**՝ նորածնի մարմնի ջերմության կորուստ, սառը տարածքում, միջանցիկ քամու առկայության պատճառով:

**Ռիսկի գործոնները:**

- Նորածիններ, որոնք ծնվել են մարմնի ցածր զանգվածով /2500գրամից ցածր/
- Նորածիններ, որոնց երկարատև վերակենդանացում է պահանջվել կատարել
- Բնածին զարգացման շեղումներով նորածիններ /արդումինալ պատի և մեջքային արատներ/
- Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումով նորածիններ
- Ջերմային շղթայի խախտում

**Հիպոթերմիայի երեք վնասակար հետևանքները.** ացիդոզ, հիպոգլիկեմիա, հիպոքսեմիա, որոնք հանգեցնում են հետևյալ կլինիկական դրսևորումների.

- խանգարում հեմոստազի համակարգում, արյունահոսություն,
- ՇԴՀ զարգացման բարձր ռիսկայնություն,
- ինֆեկցիաների զարգացման բարձր ռիսկայնություն,
- սկլերեմա, այտուցներ, դեղնախտ,
- սրտի ֆունկցիաների խախտում:

## **Նորածինների հիպոթերմիայի կանխարգելում**

Նորածնի ծնվելուց անմիջապես հետո ջերմային պաշտպանություն ապահովելու համար հարկավոր է պահպանել ջերմային շղթայի պահանջները:

### **Ջերմային շղթա**

**Ջերմային շղթան դա՝** շաղկապված գործողությունների /քայլերի/ շարք է, որը իրականացվում է ծնվելու պահին և կյանքի առաջին մի քանի ժամերի և օրերի ընթացքում՝ բոլոր նորածինների մոտ ջերմաստիճանի կորուստը նվազագույնի հասցնելու համար:

#### **Քայլ 1-** տաք ծնարան

Ծնարանի մշտական ջերմաստիճանը պետք է լինի  $25^{\circ}\text{C}$  և ավելի, իսկ վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ՝  $28^{\circ}\text{C}$ :

#### **Քայլ 2-րդ** – նորածնի անհապաղ չորացում

#### **Քայլ 3-րդ** – նորածնի հանձնումը մորը՝ "մաշկ մաշկի" շփման համար

#### **Քայլ 4-րդ** – վաղ կրծքով կերակրում

#### **Քայլ 5-րդ** – հետաձգել կշռելը և լողացնելը

Խորհուրդ չի տրվում նորածնին լողացնել ծնվելուց հետո, քանի որ դա կարող է հանգեցնել մարմնի ջերմաստիճանի կտրուկ անկման. արյունը, մեկոնիումը. /դրանց առկայության դեպքում/ քսուկը հեռացվում են ծնվելու պահին մաքրման ժամանակ, խորհուրդ չի տրվում հեռացնել քսուկի մնացած մասը, քանի որ այն նվազեցնում է ջերմաստիճանի կորուստը:

#### **Քայլ 6-րդ** – Նորածնի համապատասխան բարուրումը

Նախընտրելի է նորածնին ազատ, բամբակե հագուստ հագցնել, կամ բարուրել մարմնի միայն ներքևի մասը, վերևի մասում հագցնել բարակ և տաք շապիկներ, ձեռքերը և գլուխը /գլխարկով/ ազատ թողնել՝ շարժումների համար:

#### **Քայլ 7-րդ** – Մոր և նորածնի միասին գտնվելը

Շուրջօրյա գտնվելը մոր հետ նորածնին ոչ միայն ջերմային պաշտպանություն է հաղորդում, այլև առավելապես տեղայնացնում է նորածնին մայրական միկրոֆլորայով, հակամարմինները, որոնց դեմ նա ստանում է մայրական կրծքի կաթ, նպաստում է ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաների զարգացման կանխարգելմանը:

**Քայլ 8-րդ** – Տեղափոխում տաք պայմաններում /երե անհրաժեշտություն է առաջացել նորածնին տեղափոխել այլ բաժանմունք կամ հիվանդանոց/

- Ջերմացնել նորածնին մինչև նրա տեղափոխելը:
- Տեղափոխման ընթացքում շինության ներսում կիրառել "մաշկ մաշկի" հայումը:

- Եթե տրանսպորտով են տեղափոխվում, ապա նորաձին պետք է տաք բարուրաշորերով կապել և ծածկել տաք ծածկոցով:
- Տեղափոխման ժամանակ չափել նրա մարմնի ջերմաստիճանը:

**Քայլ 9-րդ** – Ինչպես կանխել մարմնի ջերմաստիճանի անկումը վերակենդանացում իրականացնելու ժամանակ:

Վերակենդանացումը պետք է կատարվի տաք մակերևույթի վրա՝ ճառագայթային ջերմության աղբյուրի առկայության դեպքում:

**Քայլ 10-րդ** – Նախապատրաստման և ըմբռնման բարելավում

- Բոլոր բուժ. աշխատակիցները, պետք է գիտակցեն նորաձնի նորմալ ջերմաստիճանի պահպանման կարևորությունը, ունենան համապատասխան նախապատրաստում՝ իրավիճակի մոնիտորինգի և նորաձնի ջերմաստիճանի վերահսկման համապատասխան:

### 8. Ախտորոշիչ չափանիշներ

Հիպոթերմիայի վաղ կլինիկական նշանները

- Սառը վերջույթներ /թաթեր/
- Դժկամ ծծելը
- Շարժողական ակտիվության նվազում
- Թույլ լաց
- Շնչառության դանդաղում, այն դառնում է մակերեսային, անհամաչափ
- Զարգանում է բրադիկարդիա
- Գունատություն, մաշկային ծածկույթների ցիանոզ
- Սկլերեղենա

### 9. Հիմնական ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ

- Նորաձնի ջերմաստիճանը ծնարանում չափվում է ծնվելուց 30 րոպե հետո և երկու ժամ հետո:
- Մարմնի ջերմաստիճանի չափումը հետծննդաբերական բաժանմունքում կատարվում է առավոտյան և երեկոյան:

### 10. Լրացուցիչ ախտորոշիչ միջոցառումների ցանկ

- Սակավաքաշ և հիվանդ նորաձինների մոտ մարմնի ջերմաստիճանի չափումը պետք է կատարվի ավելի սեղմ ընդմիջումներով:

### 11. Բուժման մարտավարությունը

**Թեթև հիպոթերմիայի ժամանակ հարկավոր է ապահովել՝**

- տաք միջավայր /օդի ջերմաստիճանը 25-28 ° C/
- "մաշկ մաշկի" հպում
- կրծքով կերակրում ըստ նորաձնի պահանջի

## **Միջին ծանրության հիպոթերմիայի ժամանակ հարկավոր է ապահովել՝**

- տաք միջավայր /օդի ջերմաստիճանը 25-28 °C/
- բարակ հագուստը փոխարինել տաքով
- հագնված նորածնին տեղավորել տաքացնող լամպի տակ
- կամ տեղավորել ինկուբատորի մեջ, որտեղ օդի ջերմաստիճանը 35-36 °C
- կամ տաքացնել՝ ջրային ջերմակ ներքնակի օգնությամբ
- եթե թվարկված մեթոդները հասանելի չեն կամ նորածնի վիճակը կայուն է, ապա կարելի է կիրառել "մաշկ մաշկի" շփումը տաք միջավայրում:
- օդի ջերմաստիճանը ինկուբատորում և ջրային ջերմակ ներքնակի ջրի ջերմաստիճանը պետք է նշել ամեն ժամ:

**Ծանր հիպոթերմիայի դեպքում** պետք է անհապաղ տաքացնել ինկուբատորի օգնությամբ, որի ջերմաստիճանը 1-1.5 °C –ով ավել է նորածնի մարմնի ջերմաստիճանից:

Եթե որևէ սարքավորում չկա, ապա կարելի է օգտագործել **մաշկ մաշկի** շփումը, երբ միջավայրի օդի ջերմաստիճանը 25-28 °C:

Հիպոթերմիայի բոլոր աստիճանների դեպքում տաքացման ժամանակ պետք է՝

- ամեն 30 րոպեն մեկ չափել նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը:
- շարունակել կրծքով կերակրել, իսկ եթե հնարավոր չէ, կիրառել այլընտրական մեթոդներ՝ նորածնի կալորիաները, հեղուկը ապահովելու և հիպոգլիկեմիան կանխելու համար:
- կարևոր է նաև ստուգել արյան մեջ շաքարի մակարդակը/ հիպոգլիկեմիայի առաջացման դեպքում տես համապատասխան արձանագրությունը/

### **14. Բուժման արդյունավետության չափանիշները**

Նորածնի մարմնի ջերմաստիճանի կարգավորում և նրա վիճակի կայունացում:

Նորածինները, նույնիսկ առողջները, հատկապես կյանքի առաջին ժամերին խիստ զգայուն են ջերմակորստի նկատմամբ: Բույնների ընթացքում նրանց մոտ կարող է զարգանալ հիպոթերմիա: Վերջինս կանխելու համար հարկավոր է պահպանել ջերմային շրթայի սկզբունքները՝ փոխկապակցված համալիր միջոցառումներ, որոնք նվազեցնում են հիպոթերմիայի հավանականությունը:

- Ծնարանը պետք է լինի տաք, գերծ միջանցիկ քամուց (օդի ջերմաստիճանը ծնարանում առնվազն 25 °C):
- Նորածնի հետ շփվող բոլոր առարկաները և մակերեսները պետք է



լինեն մաքուր և տաք, պատրաստ պետք է լինեն տաք տակաշորեր և վերմակ:

- Ծննդաբերությունից անմիջապես հետո անհրաժեշտ է անհապաղ չորացնել նորածնին տաք տակաշորերով և հեռացնել թացերը
- Ծածկել նորածնին տաք տակաշորերով, հագցրեք գլխարկ և հանձնել մորը, նրանց ծածկելով միննույն վերմակով
- Աջակցել մորը նորածնին կրծքին մոտեցնելու՝ կրծքով կերակրումը հենց ծնարանից սկսելու հարցում
- նորածնին տեղափոխելիս նրան հուսալիորեն ապահովել ջերմությամբ կամ տեղափոխել մոր հետ միասին:

### **Լողացում**

Առողջ և հասուն նորածիններին կյանքի առաջին 6 ժամերին լողացնելու և ճարպային քսուքը մաքրելու կարիք չկա, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ նորածինը խիստ կեղտոտված է արյունով և մեկոնիումով:

Նորածնին լողացնելիս հետևել հետևյալ խորհուրդներին.

- Խուսափել լողացումից նաև այն դեպքերում, երբ նորածինը սառն է:
- Լողացնել միջանցիկ քամուց գերծ, տաք սենյակում, մոտ ջերմության աղբյուրին
- Օգտագործել սովորական ջուր՝ 37-40 °C ջերմաստիճանով (ջրի տաքությունը կարելի է ստուգել արմնկի օգնությամբ):
- Նորածնին լողացնել արագ և նուրբ շարժումներով:
- Լողացնելուց անմիջապես հետո նորածնին փաթաթել տաք և չոր սրբիչի մեջ և չորացրեք ամբողջությամբ:
- Նորածնին հագցնել հնարավորինս արագ, սկսել գլխարկից:
- Հանձնել նորածնին մորը և առաջարկել կերակրել կրծքով:

### **Բարուրում**

Նորածնին բարուրել խորհուրդ ՉԻ տրվում: Նորածնին պետք է հագցնել ազատ, հատկապես ձեռքերը՝ օգտագործելով բամբակյա և բրոյա գործվածքներից հագուստ (շապիկ, գլխարկ, տոտիկ և այլն): Բարուրելը չունի ոչ մի առավելություն, այդ թվում նաև նորածնի լոզանքից հետո: Նորածնին ամուր բարուրելը վտանգավոր է հետևյալ նկատառումներով

- Առաջանում է հիպոթերմիայի վտանգ
- ամուր բարուրելիս նորածնի մարմնի և տակաշորերի միջև օդի շերտ գրեթե չի մնում, որը թույլ չի տալիս ջերմությունը պահել:
- մարմնիսեղմված հատվածներում մնվազում է արյան շրջանառությունը, որը հանգեցնում է այդ հատվածներում ջերմաստիճանի անկմանը
- Խանգարում է կրծքով սնուցմանը
- բարուրված նորածինն ավելի շատ է քնում և ավելի քիչ է կուրծք պահանջում, որը հատկապես լակտացիայի վաղ շրջանում խանգարում է նորմալ կաթնարտադրությանը

- գլխով ամուր բարուրումը դժվարացնում է կրծքով կերակրումը, քանի որ նորածինը չի կարողանում շարժել գլուխը և բացել բերանն այնպես, որպեսզի ամուր ամրակցվի կրծքին
- Ստոծանու շարժումների սահմանափակումը նվազեցնում է թոքերի թոպեական ծավալը
- Վերջույթների շարժումների սահմանափակումը բացասաբար է անդրադառնում նյարդամկանային համակարգի զարգացման վրա

### Մարմնի ոչ նորմալ ջերմաստիճան

#### ՀԻՊՈԹԵՐՄԻԱ

#### Չեզոք ջերմային միջավայր

Չեզոք ջերմային միջավայրը արտաքին միջավայրի ջերմաստիճանն է, որի պայմաններում նյութափոխանակության արագությունը և հետևապես թթվածնի ծախսը նվազագույնին են հասցված, քանի դեռ նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը պահպանվում է նորմալի սահմաններում:

**2500 գրամից բարձր մարմնի զանգված կամ 36 շաբաթականից բարձր գեստացիոն տարիք ունեցող նորածինների համար մոտավոր չեզոք ջերմային միջավայրերը.**

Տարիքը	Ջերմաստիճանը (( C)
0-24 ժամ	31,0-33,8
24-48 ժամ	30,5-33,5
48-72 ժամ	30,1-33,2
72-96 ժամ	29,8-32,8
4-14 օր	29-32,6
>2 շաբաթ	Որքան փոքր է նորածնի մարմնի զանգվածը, այնքան բարձր է ջերմաստիճանը:

*Աղբյուրը՝ Scopes J, Ahmed I: Arch Dis Child 1966; 41:417*

#### Հիպոթերմիայի պատճառները

- ցուրտ միջավայր
- սառը կամ թաց մակերեսների հետ շփում
- միջանցիկ քամի
- անբավարար հագնված կամ ծածկված լինելը
- թաց կամ անբավարար չորացված լինելը

**Հիպոթերմիան կարող է հանդիսանալ նաև հիվանդության ախտանիշ, օրինակ՝ սեպսիսի:**

### **Նախատրամադրող գործոններ**

Հիպոթերմիայի նկատմամբ հատկապես նախատրամադրված են անհաս և ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինները, որը բացատրվում է մի շարք հանգամանքներով.

- ջերմակարգավորման մեխանիզմների թերզարգացածություն
- բարակ ենթամաշկային ճարպաշերտ
- բարձր ջերմատվություն՝ հասուն նորածինների հետ համեմատած ավելի մեծ մարմնի մակերես/զանգված փոխհարաբերության հետևանքով
- գլիկոգենի և գորշ ճարպի փոքր պաշարներ
- տարածիչ մկանախմբերի տոնուսի գերակշռում ծալիչների նկատմամբ, որի պատճառով օդի հետ անմիջական շփում ունեցող մարմնի մակերեսն ավելի է մեծանում
- շարժողական ակտիվության նվազում
- դժվարություններ կապված բավարար քանակությամբ սննդի յուրացման հետ

### **Մարմնի ոչ նորմալ ջերմաստիճանի տարբերակիչ ախտորոշումը**

Ախտորոշումը չի կարող համարվել կոռեկտ, եթե հաստացված տառերով նշված ախտանիշը բացակայում է: Չնայած նմանատիպ ախտանիշի առկայությունը չի հաստատում տվյալ ախտորոշումը: Ախտորոշումը վերջնականորեն հաստատվում է թեք տառերով գրված ախտանիշի առկայության դեպքում միայն: Մովորական տառերով նշված ախտանիշները աջակցող ախտանիշներ են և օգնում են ախտորոշման հաստատմանը, սակայն նրանց բացակայությունը բավարար չէ ախտորոշման հերքման համար:

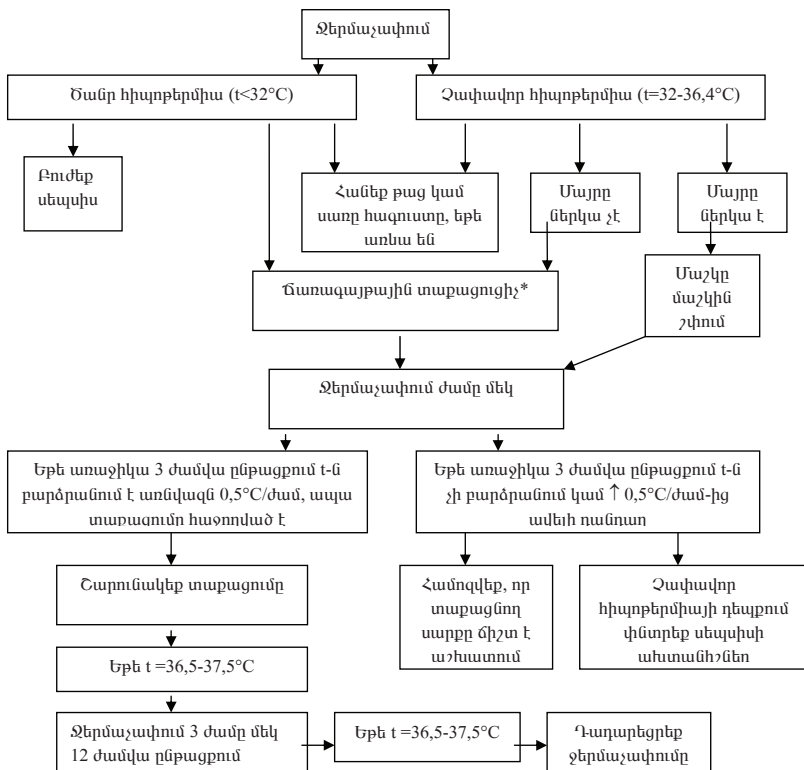
Ավտանիշներ *		Հավանական ախտորոշում
Անամնեզ	Ջննում	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Նորածինը գտնվել է ցուրտ միջավայրում</li> <li>▪ Ի հայտ է եկել կյանքի առաջին օրը կամ ավելի ուշ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Մարմնի ջերմաստիճանը 32(C-ից ցածր է</li> <li>▪ Շնչառական խանգարումներ</li> <li>▪ ՍԶՀ &lt; 100գարկ/ր</li> <li>▪ Վատ է ուտում կամ չի ուտում ընդհանրապես</li> <li>▪ Լեթարգիա</li> <li>▪ Մաշկի պնդացում</li> <li>▪ Դանդաղ, մակերեսային շնչառություն</li> </ul>	Ծանր հիպոթերմիա
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Նորածինը գտնվել է ցուրտ միջավայրում</li> <li>▪ Ի հայտ է եկել կյանքի առաջին օրը կամ ավելի ուշ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Մարմնի ջերմաստիճանը 32-36,4(C է</li> <li>▪ Շնչառական խանգարումներ</li> <li>▪ ՍԶՀ &lt; 100գարկ/ր</li> <li>▪ Վատ է ուտում կամ չի ուտում ընդհանրապես</li> <li>▪ Լեթարգիա</li> </ul>	Չափավոր հիպոթերմիա
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Նորածինը չի գտնվել ցուրտ միջավայրում</li> <li>▪ Ի հայտ է եկել կյանքի առաջին օրը կամ ավելի ուշ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Մարմնի ջերմաստիճանի տատանումներ 35-39(C-ի սահմաններում՝ չնայած այն հանգամանքի, որ գտնվում է կայուն ջերմաստիճանային միջավայրում</i></li> <li>▪ Ջերմաստիճանային տատանումները տեղի են ունենում 3 կամ ավելի նորմալ ջերմաչափումներից հետո</li> </ul>	Ջերմաստիճանային անկայունություն Կասկածեք սեպսիս
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Նորածինը</b> գտնվել է տոթ միջավայրում (օրինակ՝ գերտաքացում կյուվեզում կամ ջերմային տաքացուցիչի տակ, բարձր ջերմաստիճանային ռեժիմում գտնվելը)</li> <li>▪ Ի հայտ է եկել կյանքի առաջին օրը կամ ավելի ուշ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Մարմնի ջերմաստիճանը 37,5(C-ից բարձր է</i></li> <li>▪ Ջրազրկման նշաններ (փոս ընկած աչքեր կամ գաղթուն, մաշկի էլաստիկության կորուստ կամ լեզվի և լորձաթաղանթների չորություն)</li> <li>▪ Վատ է ուտում կամ չի ուտում ընդհանրապես</li> <li>▪ ՇՀ &gt; 60 ակտ/ր տևական ժամանակահատվածում</li> <li>▪ ՍԶՀ &gt; 160 գարկ/ր</li> <li>▪ Լեթարգիա</li> <li>▪ Գրգռվածություն</li> </ul>	Հիպերթերմիա

### Հիպոթերմիայի բուժումը

Եթե մարմնի ոչ նորմալ ջերմաստիճանը առաջին անգամ է արձանագրվել նորածնի մոտ, որը գտնվել է ջերմային տաքացուցիչի տակ կամ կյուվեզում, կամ էլ հիվանդանոցային մահճակալում, ապա ստուգեք.

- սենյակի ջերմաստիճանը
- կյուվեզի կամ ջերմային տաքացուցիչի ջերմաստիճանը
- կյուվեզի կամ ջերմային տաքացուցիչի տակ փաստացի ջերմաստիճանը
- նորածնի ջերմաչափման հաճախականությունը

Հազգրեք նորածնին տաք հագուստներ և գլխարկ, ծածկեք տաք վերնակով:



\* Վերջերս կարարված հեղափոխությանը պարզվել է, որ ծանր հիպոթերմիայով նորածնի արագ տաքացումը նախընտրելի է: Այնուհանդերձ հարկ է հիշել, որ տաքացման ընթացքում չի կարելի թողլ փակ, որ ջերմաստիճանն անուղիղորեն գերազանցի ռեկտալ ջերմաստիճանն ավելի քան 1(C-ով):

- Չափեք գլուխոգայի մակարդակն արյան մեջ: Եթե այն 45մգ/դլ-ից (2,6մմոլ/լ) պակաս է, բուժեք հիպոգլիկեմիայի կապակցությամբ:
- Ժամը մեկ գնահատեք նորածնի կյանքին սպառնացող նշանների առկայությունը (օրինակ՝ ՇՀ < 20 ակտ/ր, գասպ տիպի շնչառություն, ապնոէ, շոկ):

- եթե նորածնի շնչառության հաճախականությունը 60>ակտ/ր է, կամ նորածինն ունի կրծքավանդակի ներքաշումներ կամ արտաշնչական տնքոցներ, բուժեք շնչառական խանգարումների կապակցությամբ:
  - Քանի դեռ նորածնի ջերմաստիճանը նորմայի սահմաններին չի հասել, 3 ժամը մեկ գնահատեք, արդյոք նորածինն ի վիճակի է կերակրվելու:
- եթե նորածինը պատրաստ է ծծելու, ապա կերակրեք կրծքով: Խրախուսեք մորը կրծքով կերակրել ավելի հաճախակի:
- եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, տվեք կթված կաթ կերակրման այլընտրանքային որևէ եղանակով:
- եթե նորածինը չի կարող ուտել ընդհանրապես, ապա մարմնի ջերմաստիճանը 35(C-ից բարձր լինելու դեպքում տվեք կթված կրծքի կաթ ստամոքսային զոնդով:
  - Եթե նորածնի ջերմությունը մնում է նորմայի սահմաններում, նորածինը լավ է ուտում և չկան հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, դուրս գրեք նորածինն: Խորհուրդներ տվեք մորը, թե ինչպես կազմակերպել նորածնի ջերմային ռեժիմը տանը:

### **Հիպոթերմիայի բարդությունները**

- Հիպոքսիա՝ թթվածնի պահանջարկի կտրուկ բարձրացման հետևանքով
- Ապնե
- Հիպոգլիկեմիա՝ գլիկոզենի պաշարների արագ սպառման հետևանքով
- Զարկերակային հպոտենզիա և շոկ
- Մետաբոլիկ ացիդոզ՝ հիպոքսիայի և պերիֆերիկ վազոկոնստրիկցիայի հետևանքով
- Կոագուլյացիայի խանգարումներ, թոքային արյունահոսություն, ներփորոքային արյունազեղում
- Միևուսային բրադիկարդիա և սրտի թոպեական ծավալի նվազում
- Մարմնի զանգվածի ավելացման տեմպերի նվազում
- Նորածնային մահացության բարձրացում

### **ՀԻՊԵՐԹԵՐՄԻԱ**

**Նորածնի ջերմաստիճանն անութափոսում 37,5(C-ից բարձր է: Նորածնի ջերմությունն իջեցնելու նպատակով մի նշանակեք ջերմիջեցնող դեղամիջոցներ:**

### **Հիպերթերմիայի պատճառները**

- տաք միջավայր, տոթ սենյակ
- արևի ճառագայթներ

- գերտաքացում կյուվեզում կամ ճառագայթային տաքացուցիչի տակ
- նորածնին չափից ավելի հագցնելը կամ փաթաթելը

## **Հիպերթերմիան կարող է հանդիսանալ նաև հիվանդության ախտանիշ, օրինակ՝ սեպսիս կամ ջրազրկում:**

### **Հիպերթերմիայի բարդությունները**

- Հիպօքսիա՝ թթվածնի պահանջարկի կտրուկ բարձրացման հետևանքով
- Ապնոէ, պարբերական շնչառություն, հաճախաշնչություն
- Հաճախասրտություն
- Գրգռվածություն
- Ջրազրկում
- Ծանրագույն դեպքերում՝ ացիդոզ, ուղեղի ախտահարում
- Նորածնային մահացության բարձրացում

*Եթե հիպերթերմիայի պատճառը նորածնի գերտաքացումն է ճառագայթային տաքացուցիչի փակ կամ կյուվեզում.*

- Նվազեցրեք տաքացնող սարքի ջերմաստիճանը: Եթե նորածինը կյուվեզում է, բացեք նրա պատուհանները, քանի դեռ կյուվեզի ջերմաստիճանը չի նորմալացել:
- 10 րոպետով հանեք նորածնի հագուստը մասսամբ կամ ամբողջությամբ, հետո հագցրեք և ծածկեք նրան:
- Գնահատեք նորածնի մոտ սեպսիսի նշանների առկայությունն այդ պահին (օրինակ՝ ուտում է ոչ ակտիվ, առկա են փսխումներ, շնչառությունը դժվարացած է) և կրկնեք այն ժամանակ, երբ նորածնի ջերմությունը կլինի նորմայի սահմաններում:
- Կատարեք ջերմաչափում ժամը մեկ, քանի դեռ նորածնի ջերմաստիճանը չի կանոնավորվել:
- Հետևեք քույրական աշխատանքին, բացառեք տեխնիկական պատճառները և համոզվեք, որ միջադեպն այլևս չի կրկնվում:
- Իրականացրեք հիպերթերմիայի շարունակական բուժումը (տես ստորև):

*Եթե հիպերթերմիայի պատճառը շրջակա միջավայրի բարձր ջերմաստիճանն է կամ արևի փակ գրնվելը.*

- Պահեք նորածնին նորմալ ջերմաստիճանով միջավայրում՝ 25-28°C:
- 10 րոպետով հանեք նորածնի հագուստը մասսամբ կամ ամբողջությամբ, հետո հագցրեք և ծածկեք նրան:
- Եթե նորածնի ջերմաստիճանը 39°C-ից բարձր է.
  - կատարեք շփում կամ լողացրեք նորածնին 10-15ր տևողությամբ,

ընդ որում ջրի ջերմաստիճանը 4°C-ով պետք է ցածր լինի տվյալ պահին նորածնի մարմնի ջերմաստիճանից: Մի օգտագործեք սառը կամ նորածնի մարմնի ջերմաստիճանից ավելի քան 4°C-ով ցածր ջերմություն ունեցող ջուր:

- Չափեք նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը ժամը մեկ:
- Եթե 2 ժամ անց նորածնի ջերմաստիճանը չի կարգավորում, բուժեք սեպսիսի կապակցությամբ:
- Իրականացրեք հիպերթերմիայի շարունակական բուժումը (տես ստորև):

### **Հիպերթերմիայի շարունակական բուժումը**

- Համոզվեք, որ նորածինը ստանում է բավարար քանակությամբ կաթ կամ հեղուկներ:
- Թույլ տվեք սկսել կրծքով կերակրումները: Եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, տվեք կթված կաթ կերակրման այլընտրանքային որևէ եղանակով:
- Եթե առկա են ջրազրկման նշաններ (փոս ընկած աչքեր կամ գաղթուն, մաշկի էլաստիկության կորուստ կամ լեզվի և լորձաթաղանթների չորություն).
  - ապահովեք երակային մուտք և ներմուծեք ն/ե հեղուկներ համապատասխան ծավալներով ըստ նորածնի կյանքի օրերի և մարմնի զանգվածի:
  - ջրազրկման հայտնաբերման առաջին օրը ավելացրեք հեղուկների ծավալները նորածնի մարմնի զանգվածի 10%-ի չափով:
- Չափեք գլուկոզայի մակարդակն արյան մեջ: Եթե այն 45մգ/դլ-ից (2,6մմոլ/լ) պակաս է, բուժեք հիպոգլիկեմիայի կապակցությամբ:
- Երբ նորածնի ջերմությունը կկարգավորվի, առաջիկա 12 ժամերի ընթացքում ջերմաչափում կատարեք 3 ժամը մեկ: Եթե նորածնի ջերմաստիճանը մնում է նորմալի սահմաններում, դադարեցրեք ջերմաչափումները:
- Եթե նորածինը լավ է ուտում և չկան հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, դուրս գրեք նորածնին: Խորհուրդներ տվեք մորը, թե ինչպես կազմակերպել նորածնի ջերմային ռեժիմը տանը՝ նորածնին տաք պահել և միաժամանակ խուսափել գերտաքացումից:



## ԳԼՈՒԽ 14. ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԲՆԱԾԻՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Բնածին արատների հաճախությունը կազմում է 3-4%: Դրանց մի մասը հնարավոր է լինում ախտորոշել ծնվելուց անմիջապես հետո, մի մասն արտահայտվում են կյանքի առաջին օրերին, իսկ որոշներն էլ՝ երբեք: Պերինատալ շրջանում մահերի զգալի մասը պայմանավորված են կյանքի հետ անհամատեղելի կամ շտապ վիրաբուժական միջամտություն պահանջող արատներով: Այդ իսկ պատճառով շատ կարևոր է ճանաչել այն բնածին արատները, որոնց վաղ ախտորոշումը, ժամանակին կազմակերպված տեղափոխումը և բուժումը կարող են արդյունավետ լինել:

### Վիճակներ և ախտանիշներ, որոնց առկայության դեպքում հարկ է մտածել բնածին արատների մասին

- Պրենատալ
  - սակավաջրություն (<0,5լ)
  - գերջրություն (>2,0լ)
  - պտղի ակտիվության նվազում կամ արտասովոր ակտիվություն
- Պոստնատալ
  - ՊՆԶԴ,
  - խոշոր պտուղ՝ գեստացիոն տարիքի համար
  - մեծ կամ արտասովոր որովայն, փոքր կրծքավանդակ
  - իրանի և վերջույթների անհամաչափություն
  - մկանային հիպոտոնիա և հիպերտոնիա, կոնտրակտուրաներ
  - հեմանգիոմաներ, ատոպիկ մազափնջեր, մարմնի մակերեսին արտասովոր փոսություններ
  - միզարձակության և դեֆեկացիայի բացակայություն, քթից և բերանից արտադրություն, այտուցներ
  - անբացատրելի ցնցումներ, կայուն և անբացատրելի ռեսպիրատոր դիստրես
  - կայուն հիպոգլիկեմիա, անբացատրելի հիպո կամ հիպերկալցեմիա, պոլիցիտեմիա

### Բնածին արատների դասակարգումը

- բնածին փոքր արատներ
- բնածին մեծ արատներ
- զարգացման բազմակի արատներ
  - քրոմոսոմային համախտանիշներ
  - ոչ քրոմոսոմային համախտանիշներ
  - այլ (հատուկ) համախտանիշներ
  - տերատոգեն ֆետոպաթիաներ

**ԲՆԱԾԻՆ ՓՈՔՐ ԱՐԱՏՆԵՐ**

**Ծննդաբերական նշաններ**

Ծննդաբերական նշանների մեծ մասը (օրինակ՝ մազանոթային հեմանգիոմա կամ մոնղոլական կապտուկները) հատուկ բուժում չեն պահանջում և նորածնի աճին զուգահեռ կարող են անհետանալ:

**Մաշկային խալ կամ ավելորդ մատ (մատներ) ձեռքերին կամ ոտքերին**

Կապել մաշկային խալերը և ավելորդ մատները, եթե դրանք չունեն կապ ոսկրի հետ, եթե կապ ունեն ոսկրի հետ, ապա հնարավորության դեպքում մոտակա ամիսների ընթացքում ուղեգրել նորածնին մասնագիտացված կամ երրորդ մակարդակի բուժհաստատություն՝ իրականացնելու ավելորդ մատի վիրաբուժական հեռացումը:

**ԲՆԱԾԻՆ ՄԵԾ ԱՐԱՏՆԵՐ**

**Վիրաբուժական միջամտություն պահանջող զարգացման բնածին արատներ**

<b>Ստամոքս աղիքային տրակտ</b>	<b>Շնչառական համակարգ</b>	<b>Արդումիանալ գանգվածներ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Անոթային (ատրոայի և նրա ճյուղերի) մատանիներ</li> <li>▪ Կերակրավորողի ատրեզիա</li> <li>▪ Դուոդենալ օբստրուկցիա</li> <li>▪ Պրոքսիմալ և դիստալ ինտեստինալ օբստրուկցիա</li> <li>▪ Հետանցքի ատրեզիա</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Խոանների ատրեզիա</li> <li>▪ Պիեր Ռոբինի համախտանիշ</li> <li>▪ Անոթային մատանիներ</li> <li>▪ Լարինգոտրախեալ խուղակ</li> <li>▪ Տրախեոէզոֆագալ խուղակ</li> <li>▪ Բնածին լոբար էմֆիզեմա</li> <li>▪ Կիստոզ ադենոմատոիդ մալֆորմացիաներ</li> <li>▪ Ստոծանիական ճողվածք</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Երիկամի մուլտիկիստոզ</li> <li>▪ Երիկամի պոլիկիստոզ</li> <li>▪ Հիդրոնեֆրոզ</li> <li>▪ Վիլմսի ուռուցք</li> <li>▪ Տերատոմա</li> <li>▪ Նեյրոբլաստոմա</li> <li>▪ Չվարանի կիստա</li> </ul>
<b>Որովայնի պատի դեֆեկտներ</b>	<b>Այլ վիրաբուժական հիվանդություններ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Գաստրոշիզիա</li> <li>▪ Օմֆալոցելե</li> <li>▪ Միզապարկի էքստրոֆիա</li> <li>▪ Կլոակալ էքստրոֆիա</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Հիպոսպադիա</li> <li>▪ Աճուկային ճողվածք</li> <li>▪ Հիդրոցելե</li> <li>▪ Պորտային ճողվածք</li> <li>▪ Կրիպտորխիզմ</li> <li>▪ Հետին միզուկային փական</li> </ul>	

### **Շրթունքի կամ կարծր քիմքի երկատում**

Համեմատաբար հաճախ հանդիպող արատ է: Տարբերում են հետևյալ տարատեսակները.

- ընդգրկված է միայն վերին շրթունքը՝ միակողմ կամ երկկողմ
  - ընդգրկված են շրթունքը և քիմքը
- Նման նորածինների մոտ մեծ է կաթով ասպիրացիայի և մարմնի զանգվածի անբավարար ավելացման վտանգը:
- Անհրաժեշտ է բացատրել մորը, որ տվյալ պահին ամենակարևորը նորածնին կերակրելն է, որպեսզի մինչ վիրահատական միջամտությունը նորածինը բավարար քանակությամբ մարմնի զանգված հավաքի:
  - Եթե նորածինն ունի շրթունքի երկատում, սակայն քիմքն ինտակտ է, ապա կարելի է փորձել նորածնին կերակրել կրծքով:
    - Եթե նորածինը հաջողությամբ կերակրվում է կրծքով և չկան հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, կարելի է դուրս գրել նորածնին, նախօրոք տրամադրելով անհրաժեշտ խորհրդատվություն
    - Եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, ապա նրան կերակրել կթված կրծքի կաթով՝ կերակրման այլընտրանքային եղանակով:
  - Եթե նորածինն ունի կարծր քիմքի երկատում, ապա նրան կերակրել կթված կրծքի կաթով՝ կերակրման այլընտրանքային եղանակով: Հիվանդանոցային պայմաններում կարելի է կերակրել նաև ստամոքսային գոնդի միջոցով:
  - Նորածնի նորմալ կերակրումը և քաշի ավելացումը թույլ կտա հնարավորինս սեղմ ժամկետներում իրականացնել կարծր քիմքի ամբողջականության վերականգնման վիրաբուժական միջամտությունը:

### **Ծուռթաթություն**

Հնարավորության դեպքում կազմակերպել համապատասխան մասնագիտական խորհրդատվություն՝ բուժման հետագա գործելակերպը և ժամկետները ճշգրտելու նպատակով:

### **Ողնուղեղային ճողվածք (spina bifida) / մենինգոմիելոցելե**

- Եթե դեֆեկտը մաշկով ծածկված չէ.
  - ծածկել այն ֆիզիոլոգիական լուծույթով թրջված ստերիլ վիրակապով:
  - վիրակապը մշտապես խոնավ պահել, կանխել հիպոթերմիան
- Կազմակերպել տեղափոխում մասնագիտացված կամ երրորդ մակարդակի բուժհաստատություն հետագա ախտորոշման և վիրահատության համար:

### **Գաստրոշիզիս / օմֆալոցելե**

- Նորածնին պերորալ ոչինչ չտալ:
- Ապահովել երակային մուտք և ներմուծել ն/ե հեղուկներ համապատասխան ծավալներով ըստ նորածնի կյանքի օրերի և մարմնի զանգվածի:
- Եթե դեֆեկտը բաց է.
  - ծածկել այն ֆիզիոլոգիական լուծույթով թրջված ստերիլ վիրակապով:
  - վիրակապը մշտապես խոնավ պահել, կանխել հիպոթերմիան
- Զոնդավորել ստամոքսը 8F տրամաչափի զոնդով և վստահանալ, որ արտահոսքն ազատ է:
- Կազմակերպել շտապ տեղափոխում մասնագիտացված կամ երրորդ մակարդակի բուժհաստատություն վիրահատության համար:

### **Կերակրափողի ատրեզիա**

- Ոչ մի դեպքում չի կարելի նորածնին կերակրել
- Ապահովել երակային մուտք և ներմուծել ն/ե հեղուկներ համապատասխան ծավալներով ըստ նորածնի կյանքի օրերի և մարմնի զանգվածի:
- Զոնդավորել կերակրափողի վերին հատվածը, մարմնի գլխային կողմին տալ 30 աստիճանով բարձրացված դիրք և պարբերաբար իրականացնել վերին շնչուղիներից լորձի արտածում:
- Կազմակերպել շտապ տեղափոխում մասնագիտացված կամ երրորդ մակարդակի բուժհաստատություն կերակրափողի անցանելիության վերականգնման նպատակով: Տեղափոխման ընթացքում կերակրափողը պետք է զոնդավորված լինի:

### **Ստոծանիական ճողվածք**

Ստոծանու բնածին դեֆեկտի հետևանքով որովայնի խոռոչի օրգանները գտնվում են կրծքավանդակում, կամ սկսում են թափանցել ծնվելուց հետո, ինչը բերում է հետզհետե ավելի արտահայտված դարձող շնչառական խանգարումների կյանքի առաջին իսկ րոպեներից: Ախտորոշումը կարելի է հաստատել կրծքավանդակի աուսկուլտացիայի միջոցով՝ ակտահարման կողմում թոքային հնչյունի խիստ թուլացում, երբեմն պերիստալտիկ աղմուկ: Ախտորոշումը վերջնականորեն հաստատվում է ռենտգենաբանական քննությամբ:

- Ապահովել երակային մուտք և ներմուծել ն/ե հեղուկներ համապատասխան ծավալներով ըստ նորածնի կյանքի օրերի և մարմնի զանգվածի:
- Զոնդավորել ստամոքսը 8F տրամաչափի զոնդով՝ նվազեցնելու համար ստամոքսի և աղիների գազալեցումը:
- Արհեստական շնչառության անհրաժեշտության դեպքում խուսափել վերակենդանացման պարկ և դիմակ օգտագործելուց, կատարել տրախեայի ինտուբացիա:

- Կազմակերպել շտապ տեղափոխում մասնագիտացված կամ երրորդ մակարդակի բուժհաստատություն՝ կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչների միջև հաղորդակցությունը վերացնելուն ուղղված վիրահատության նպատակով:

- Հետանցքի ատրեզիա

Չնայած այս վիճակը դասվում է անհետաձգելի միջամտություն պահանջող արատների խմբին, սակայն ցուցված է 1-2 օր սպասողական տակտիկա, մինչև որ օդը կհասնի ուղիղ աղու ստորին ծայրը և հնարավոր կլինի ռենտգենաբանական քննությամբ գնահատել ատրեզիայի երկարությունը: Որոշ դեպքերում հետանցքն ընդամենը ծածկված է մաշկով, սակայն նույնիսկ այդ դեպքերում վիրահատությունը 1-2 օր հետաձգվում է:

- Նորածնին պերօրալ ոչինչ չտալ
- Ապահովել երակային մուտք և ներմուծել ն/ե հեղուկներ համապատասխան ծավալներով ըստ նորածնի կյանքի օրերի և մարմնի զանգվածի
- Զոնդավորել ստամոքսը 8F տրամաչափի զոնդով և վստահանալ, որ արտահոսքն ազատ է
- Կազմակերպել շտապ տեղափոխում մասնագիտացված կամ երրորդ մակարդակի բուժհաստատություն վիրահատության համար:

## ԳԼՈՒԽ 15. ԾՆՎԵԼԻՍ ՑԱԾԻ ՔԱՇ ՈՒՆԵՑՈՂ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ

### Նորածինն ունի ծնվելիս ցածր քաշ, եթե նրա մարմնի զանգվածը 2500 գրամից պակաս է:

Ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինները կարող են լինել.

- Հասուն՝ պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղմամբ (պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղում՝ ՊՆԶԴ; գեստացիոն տարիքը  $\geq 37$  շաբաթ, սակայն մարմնի զանգվածը 10-րդ պերցենտիլից ցածր):
- Անհաս (գեստացիոն տարիքը  $< 37$  շաբաթ)
- Անհաս՝ ՊՆԶԴ-ով

### Համաձայն հիվանդությունների միջազգային դասակարգման՝

- ցածր քաշ՝ մարմնի զանգվածը ծնվելու պահին քիչ է 2500 գրամից /մինչև և 2499գր. ներառյալ/
- շատ ցածր քաշ՝ մարմնի զանգվածը ծնվելու պահին քիչ է 1500 գրամից /մինչև և 1499գր. ներառյալ /
- չափազանց ցածր քաշ՝ մարմնի զանգվածը ծնվելու պահին 1000 գրամից ցածր է /մինչև և 999գր. ներառյալ /

### Ռիսկի գործոնները

Ցածր քաշով ծնվելու հիմնական պատճառները՝

- ինտոքսիկացիա հղիության ընթացքում՝ կապված ծխելու, ալկոհոլի, թմրանյութերի օգտագործման հետ
- մոր ոչ ճիշտ սնվելը, անեմիայի առկայությունը
- բակտերիալ ինֆեկցիաները /B խմբի ստրեպտոկոկեր, աղիքային ցուպիկ, լիստերիա/
- վիրուսային ինֆեկցիաները/գրիպ, ցիտոմեգալավիրուս, կարմրուկ
- հիպերտենզիվ խանգարումներ, չկարգավորող գեստոզներ
- էքստրագենիտալ հիվանդություններ
- բազմապտուղ հղիություններ, արգանդի և պլացենտայի անոմալիաներ

### Ցածր քաշով նորածիններին բնորոշ են՝

- կենսաբանական անհասությունը/հատկապես արտահայտվում է անհասների մոտ/
- փոքր չափսեր՝մեծ տեսակարար մարմնի մակերես, ստամոքսի շատ փոքր չափսեր
- ճարպի, գլիկոգենի, երկաթի, կալցիումի և վիտամինների սահմանափակ պաշարներ

### I. Բուժման մարտավարությունը

1. Ցածր քաշով նորածինների ծննդյան համար հատուկ նախապատրաստում

- ծնարանի օդի ջերմաստիճանը պետք է լինի 28°C: /պետք է միացնել հատուկ տաքացուցիչներ, պատրաստել տաք տակաշորեր, գլխարկ, գուլպաներ և այլ համապատասխան մանկական հագուստ/
  - վերակենդանացման համար պատրաստել բոլոր սարքավորումները
  - պետք է ապահովվի նեոնատոլոգների ներկայությունը, քանի որ վաղածին նորածինները հաճախ են վերակենդանացման կարիք գգում:
2. Թեթև քաշով նորածինների խնամքը ծննդաբերական սենյակում
- Համընդհանուր նախազգուշական միջոցների կիրառում/ ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաների կանխարգելում/ճիշտ և մանրակրկիտ ձեռքերի լվացում, ստերիլ գործիքների կիրառում, ոչ անհրաժեշտ ինվազիվ միջոցառումներից խուսափում:
  - Հիպոթերմիայի կանխարգելում:
  - Հիպոգլիկեմիայի կանխարգելում. նորածին կրծքի կաթով կերակրել ծնվելուց հետո 1 ժամից ոչ ուշ՝ կալորիաների կանոնավոր ապահովման համար:
3. Շնչառական խանգարումների ժամանակին պարզումը, նորածնի հսկողությունը ամեն 30 րոպե, ծնվելուց հետո 2 ժամվա ընթացքում:
- լսել, արդյոք արտաշնչման ժամանակ սուլոցներ չկան
  - հաշվել շնչառության հաճախականությունը 1 րոպետում, եթե շնչառության հաճախականությունը րոպետում 30-ից պակաս է և 60-ից ավելի, ապա հաշվել կրկին անգամ:
  - Ճշտել, արդյոք չկան ներքաշումներ կրծքավանդակի ստորին հատվածներում, և ռնգախաղ

### **Երբեք չթողնել մորը և նորածինն առանց հսկողության**

4. **Ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների մոտ ավելի բարձր է հավանականությունը.**
- Ծնարանում վերակենդանացվելու
  - Հիպոթերմիայի
  - Հիպոգլիկեմիայի
  - Կերակրման հետ կապված դժվարությունների
  - Ինֆեկցիաների
5. **Անհասներին (հատկապես <32 շաբաթ) առավել բնորոշ են**
- ապնոէի էպիզոդներ
  - շնչառական խանգարումների համախտանիշ
  - ներփորոքային արյունազեղում
  - հիպերբիլիռուբինեմիա

- անեմիա
  - նեկրոտիզացնող էստերոկոլիտ
- 6. Ծնվելիս ցածր քաշով ՊՆԶԴ ունեցող նորածինների մոտ ավելի մեծ է հավանականությունը**
- մեկոնիալ ասպիրացիայի
  - պոլիցիտեմիայի
  - բնածին արատների
- 7. Ընդհանուր խորհուրդներ ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների խնամքի վերաբերյալ**
- Որքան փոքր է նորածնի գեստացիոն տարիքը և նրա մարմնի զանգվածը, այնքան հավանական է խնդիրների առկայությունը նրա մոտ:
  - Ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինները կարող են ունենալ ինչպես հասուն նորածիններին, այնպես էլ գերազանցապես անհասներին բնորոշ խնդիրներ (օրինակ՝ անհասների դեղնուկ):
  - Ցածր քաշով ծնված նորածինների մոտ կյանքի առաջին օրերին և շաբաթներին կարող են ի հայտ գալ մի շարք նոր ախտանիշներ:
  - Ցանկալի է ցածր քաշով նորածիններին ավելի երկար հսկել հիվանդանոցում:
  - Անհրաժեշտ է գնահատել ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների վիճակն ամեն օր
    - գնահատել շնչառությունը
    - չափել մարմնի ջերմաստիճանը
    - ուշադրություն դարձրել դեղնուկի առկայությանը և ինտենսիվությանը

## **ԽՆԱՄՔ ԿԵՆԳՈՒՐՈՒ ԵՂԱՆԱԿՈՎ (ԽԿԵ)**

### **1. ԽԿԵ-ի ցուցումները**

ԽԿԵ-ն կիրառելի է 1,5-2,5 կգ քաշ ունեցող կայուն վիճակով նորածինների դեպքում, հատկապես 1,5-1,8 կգ քաշ ունեցող նորածինների ջերմակարգավորման համար: Այն իրենից ներկայացնում է մոր և նորածնի շարունակական գոյատևում՝ մաշկը մաշկին շփման պայմաններում և բացառապես կրծքով սնուցում (նախընտրելի տարբերակ): Դա փոքր քաշով նորածինների ջերմակարգավորման լավագույն մեթոդն է, որը նաև օգնում է կրծքով սնուցման ամրապնդմանը: ԽԿԵ-ն կարելի է սկսել դեռևս հիվանդանոցում, երբ նորածինը հատուկ բուժման կարիք չունի (օրինակ՝ թթվածնային կամ ինֆուզիոն թերապիա): ԽԿԵ-ի իրականացման համար անհրաժեշտ է մոր մշտական, կամ առնվազն տևական ներկայությունը հիվանդանոցում:



## 2. ԽԿԵ-ի կիրառման չափանիշները.

- 30 շաբաթականից բարձր գեստացիոն տարիք
- 1500 գրամից բարձր քաշ ծնվելիս
- կայուն ընդհանուր վիճակ
- ծծելու քիչ թե շատ արտահայտված ունակություն

## 3. ԽԿԵ-ի առավելությունները.

- թույլ է տալիս պահպանել մարմնի նորմալ ջերմաստիճան, նվազեցնում է հիպոթերմիայի ռիսկը
- մայրը կարող է հսկել նորածինին
- նվազեցնում է խաչաձև և ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաների ռիսկը
- նպաստում է ընդհանուր հոգեշարժիչ զարգացմանը շնորհիվ մորից ստացվող նյարդագազայական խթանների:

## 4. ԽԿԵ հնարավոր չէ կիրառել.

- կյանքին սպառնացող հիվանդությունների դեպքում (օրինակ՝ սեպսիս, ծանր շնչառական խանգարումներ, երբ նորածինն ունի հատուկ խնամքի կարիք)
- եթե մայրն ունի ծանր հիվանդություն, կամ նրա մոտ առկա են ծննդաբերության հետ կապված բարդություններ, որոնք թույլ չեն տալիս նրան իրականացնել նորածնի խնամքը:
- եթե մայրը մշտապես չի կարող գտնվել բուժհաստատությունում

## 5. ԽԿԵ-ի իրականացումը

- ԽԿԵ-ից առաջ պետք է համոզվել, որ մայրն ամբողջովին ապաքինվել է հետծննդաբերական բարդություններից:
- Համոզվել, որ մայրն ունի համապատասխան աջակցություն ընտանիքի կողմից, որը թույլ կտա նրան մնալ հիվանդանոցում կամ ժամանել, երբ նորածինը պատրաստ կլինի ԽԿԵ-ի:
- Բացատրեք մորն ու ընտանիքի անդամներին, որ ԽԿԵ-ն նորածնի համար խնամքի լավագույն եղանակն է հետևյալ նկատառումներով.
  - նորածինը չի սառի,
  - կերակրումը կլինի ավելի դյուրին,
  - կնվազի ապտեղի էպիզոդների հաճախականությունը:
- Քանի դեռ նորածինը հիվանդ է, մայրը կարող է իրականացնել կարճատև մաշկը մաշկին շփում (1-3 ժամ):
- Երբ նորածնի վիճակը կկայունանա և այլևս չի պահանջվի հատուկ բուժում (օրինակ՝ թթվածին կամ ինֆուզիոն թերապիա), մայրը կարող է իրականացնել շարունակական ԽԿԵ):
- ԽԿԵ-ն ընդհատել միայն նորածնի տակաշորերը (տակդիրները) փոխելիս, լողացնելիս, համայցի ժամանակ կամ ըստ անհրաժեշտության:

- Երբ նորածինը պատրաստ կլինի ԽԿԵ-ի, մոր հետ համաձայնեցնել ժամակացույցը առաջարկել նրան հագնել ավելի թեթև, ազատ հագուստ՝ համապատասխան տվյալ ջերմաստիճանին և հարմար՝ նորածնին հագուստի մեջ ընդգրկելու տեսանկյունից:
- Մենյակի ջերմաստիճանը սահմանել առնվազն 25(C է:
- Նկարագրել ԽԿԵ-ի յուրաքանչյուր քայլը, ցուցադրել
  - Նորածնին հագցնել առջևից բացվող շապիկ, տակդիր, գլխարկ և գուլպաներ և դնել մոր կրծքին.
  - ուղղահայաց դիրքով նորածնին հպելով անմիջապես մոր մաշկին և համոզվելով, որ նորածնի ազդրերը և արմունկները թեթևակի ծալված դիրքում են՝ նման գորտի, իսկ գլուխը և կրծքավանդակը հպվում են մոր կրծքին, ընդ որում գլուխն աննշան ետ զցած վիճակում
  - հատուկ հագուստի կարիք չկա, եթե մոր սովորական զգեստը ապահով և հարմարավետ պահում է նորածնին հպված մոր մաշկին:
  - կարելի է օգտագործել անկյունագծով մեկ տակ ծալված գործվածքի կտոր (մոտ 1սմ2) և ծայրերը միացնել հանգույցով: Պետք է վստահ լինել, որ գործվածքը գրկում նորածնին ապահով կերպով և թույլ չի տալիս նորածնին սահել ցած, եթե մայրը կանգնի, և ոչ էլ ամուր է այնքան, որպեսզի խանգարի նորածնի շնչառությանը կամ շարժումներին:
- Նորածնին տեղավորելուց հետո մայրը կարող է ազատ շարժվել. քայլել, կանգնել, նստել կամ պառկել:
- Մայրը պետք է փորձի կերակրել կրծքով, երբ նորածինն արթնանում է, ակտիվ է կամ անհանգիստ:
- Եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, ապա մորը պետք է սովորեցնել կթած կրծքի կաթ տալ կերակրման այլընտրանքային եղանակով:
- Մայրը պետք է գիտակցի ձեռքերը հաճախակի լվանալու կարևորությունը:
- ԽԿԵ իրականացնելիս մոր քնելու լավագույն դիրքը կիսապառկած վիճակն է: Եթե նրա մահճակալը կիսապառկած դիրք չի ապահովում, ապա կարելի է օգտագործել բարձեր՝ մորը համապատասխան դիրք տալու համար: Մայրը կարող է քնել նաև կողքի թեքված դիրքով:
- Երբ մայրը կարիք ունի որոշ ժամանակով բացակայել անձնական հիգիենայի կամ այլ պատճառներով.
  - ընտանիքի մեկ այլ անդամ կարող է ապահովի մաշկը մաշկին շփումը մոր բացակայության ընթացքում, կամ
  - պետք է հագցնել նորածնին, դնել տաք մահճակալում և ծածկել՝ քանի դեռ մայրը կամ ընտանիքի մեկ այլ անդամ ի վիճակի չեն ապահովել մաշկը մաշկին շփում:

- ԽԿԵ-ն խորհուրդ է տրվում իրականացնել մինչև նորածնի քաշը 2,5 կգ դառնալը կամ 40 շաբաթ պոստմենստրուալ հասակը լրանալը:

### **ԽԿԵ-ի ժամանակ նորածնի հսկողությունը**

- Շարունակական ԽԿԵ-ի պայմաններում օրական 2-4 անգամ չափել նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը:
- Մորը պետք է իմանա և ճանաչի վտանգավոր ախտանիշները (օրինակ՝ ապնոէ, ցածր ակտիվություն, լեթարգիա կամ վատ ուտելը), ինչի համար անհրաժեշտ է նրան բացատրել նրան նորմալի տարբերակները, սովորեցնել հետևել նորածնի շնչառությանը և եթե նորածինը դադարում է շնչել, խթանել շնչառությունը նրա մեջքը 10 վայրյկան տևողությամբ շփելով:
- Մորն անհանգստացնող բոլոր հարցերը կարևոր են
- Եթե նորածինը վատ է ուտում, պարզեք.
  - արդյոք մայրը տեխնիկապես ճիշտ է կերակրում
  - արդյոք նորածինը դեռևս շատ անհաս է՝
  - արդյոք դա հիվանդության սկիզբ է՝

### **Ծավելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների սնուցման ընդհանուր սկզբունքները**

Նորածինը պատրաստ է էստերալ սնուցման, եթե

1. Կլինիկորեն ստաբիլ է
2. Որովայնը փքված չէ
3. Պերիտոնիտի նշաններ չկան
4. Առկա է պերիստալտիկա
5. Չկա ստամոքսաղիքային արյունահոսության կամ օբստրուկցիայի նշաններ

Ցածր քաշով նորածինները հաճախ են ունենում դժվարություններ կապված կերակրումների հետ, որի հիմքում պարզապես ընկած է նրանց անհասությունը: Կերակրման պրոցեսը սովորաբար կարգավորվում է 34-35 շաբաթ պոստմենստրուալ հասակին մոտ: Նախքան այդ հասակին հասնելը պահանջվում են զգալի ջանքեր ադեկվատ սնուցման նախադրյալներ ստեղծելու համար: Այդ դժվարին ժամանակահատվածում մայրերը կարիք ունեն հատուկ աջակցության և ուշադրության:

1) Բացատրեք մորը, որ.

- նրա կաթը լավագույն սնունդն է իր նորածնի համար,
- կրծքով սնուցումը հատկապես կարևոր է ցածր քաշով նորածինների համար,
- ցածր քաշով նորածիններին ավելի երկար ժամանակ է պահանջվում, որպեսզի սովորեն կրծքով կերակրվել,
- նրանց համար սովորական երևույթ է արագ հոգնելը և սկզբում վատ ծծելը, կարճատև ծծելը հանգստից առաջ, քնելը կերակրման ընթացքում, երկար ընդհատումները ծծելու ժամանակահատվածների միջև:

- 2) Համոզեք մորն ավելի երկար պահել նորածնին կրծքի մոտ և թույլ տալ ծծելու ժամանակահատվածների միջև ավելի երկար ընդհատումներ, կամ դարձնել կերակրումը տևական և դանդաղ: Պետք է բացատրել նաև, որ կրծքով կերակրումներն ավելի դյուրին կդառնան նորածնի աճին զուգահեռ:
- 3) Սովորեցրեք կրծքով կերակրող մորը նորածնի հոգնածության նշանները և խորհրդով տվեք դադարեցնել կերակրումը դրանց ի հայտ գալու դեպքում.
  - կերակրման ժամանակ առաջացած գունատություն կամ մաշկային ծածկույթների կապտություն, մկանային հիպոտոնիա
  - շնչառության և սրտի զարկերի հաճախության փոփոխություն
  - հորանջում և այլն:
- 4) Համոզեք մորը հետևել բացառապես կրծքով կերակրման ընդհանուր սկզբունքներին:
- 5) Ապահովեք նորածնի հաճախակի կերակրումը (2-3 ժամ ընդմիջումներով).
  - եթե նորածնի քաշը 1,25-2,5 կգ է, կերակրեք առնվազն 8 անգամ 24 ժամվա ընթացքում (օրինակ՝ 3 ժամը մեկ),
  - եթե նորածնի քաշը 1,25 կգ-ից պակաս է, կերակրեք առնվազն 12 անգամ 24 ժամվա ընթացքում (օրինակ՝ 2 ժամը մեկ),
- 6) Եթե նորածնի ծծման ակտը բավարար չէ կրծքի կաթի աղեկվատ քանակություն ապահովելու համար.
  - քաջալերեք մորը կթել կուրծքը և կիրառել կերակրման այլընտրանքային եղանակ:
  - համոզվեք, որ մայրն ամեն անգամ մինչ կթած կաթ առաջարկելը փորձում է կրծքով կերակրել, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ նորածինը չի կարող կուրծք ուտել:
  - անհրաժեշտության դեպքում մայրը կարող է հեշտացնել կաթի հոսքը՝ ամրակցումից առաջ կուրծքը մի փոքր կթելու ճանապարհով:
- 7) Համոզվեք, որ նորածինը բավարար քանակությամբ կաթ է ստանում նրա աճը գնահատելու ճանապարհով:
- 8) Եթե նորածնի քաշի ավելացումն աղեկվատ չէ (սվազ քան 15 գ/կգ/օր երեք օր շարունակ), համոզեք մորը կաթը կթել երկու տարբեր բաժակներում: Բացատրեք, որ սկզբից նորածնին կերակրի երկրորդ բաժակի կաթով, որն ավելի հարուստ է ճարպերով, իսկ հետո առաջին բաժակից տա այնքան, որքան պակասում է հեղուկի օրական պահանջարկը լրացնելու համար:
- 9) Դադարեցրեք կերակրումները, եթե նորածնի մոտ առկա են.
  - փսխում
  - որովայնի փքվածություն
  - ապնտեի էպիզոդներ

- կերակրման ծավալների 20%-ից ավելին հաջորդ կերակրումից առաջ դեռևս մնացել են ստամոքսում (գոնդային կերակրման դեպքում)
- 10) Ապահովեք երակային մուտք և առաջիկա 12 ժամերի ընթացքում ներմուծեք ներերակային (ն/ե) հեղուկներ՝ ըստ նորածնի մարմնի զանգվածի և կյանքի օրվան:
- 11) Վերագնահատեք նորածնին 12 ժամ անց:
  - եթե նորածնի վիճակը բարելավվում է, վերսկսեք կերակրումները, սահմանեք հսկողություն:
  - եթե նորածնի վիճակի չի բարելավվում, շարունակեք ն/ե հեղուկների ներմուծումը ևս 12 ժամ: Դրանից հետո վերսկսեք կերակրումները տալով այնքան ծավալ, որքան սովել էիք վերջին կերակրման ժամանակ և սահմանեք հսկողություն:
- 12) Եթե նորածինը կերակրվում է ստամոքսային գոնդով և ստամոքսի մնացորդային պարունակության (նախորդ կերակրումից ստամոքսում մնացած կաթը) ծավալները մեծ են, պետք է կասկածել նեկրոտիզացնող էնտերոկոլիտ:
- 13) Երբ նորածինը կսկսի լավ ուտել և չի ունենա հոսափտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, ապա կարելի է դուրս գրել նրան: Դա կարող է տեղի ունենալ մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթվա ընթացքում, որը կախված է նորածնի մարմնի նախնական զանգվածից և նրա մոտ առկա խնդիրների բնույթից:
- 14) Համոզվեք, որ մայրն ընդունակ է ինքնուրույն իրականացնել նորածնի խնամքը:
- 15) Դուրս գրումից հետո առաջին շաբաթվա ընթացքում պետք է պարբերաբար կշռել նորածնին և քննարկել մոր հետ բոլոր խնդիրները: Աջակցություն ցուցաբերեք մորը և քաջալերեք նրան:
- 16) 2500գ մարմնի զանգվածի սահմանագիծը հատելուց հետո շարունակեք հսկել նորածնին՝ ամիսը մեկ գնահատելով սնուցումը, անը և զարգացումը, մինչև որ նա կդառնա մի քանի ամսական:

### **Ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների կերակրման անհրաժեշտ ծավալները**

Ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների կերակրման ծավալների նկատմամբ պահանջները տարբեր են և կախված են նրանց վիճակից, մարմնի զանգվածից, կյանքի օրվանից:

#### **Լուրջ հիվանդություն չունեցող ցածր քաշով նորածիններ**

1,75 - 2,5 կգ

Սկսեք կրծքով կերակրումից: Եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, սովեք կթած կրծքի կաթ կերակրման այլընտրանքային եղանակով: Ստորև բերվող աղուայակի միջոցով որոշեք կերակրման համար անհրաժեշտ կաթի ծավալներն ըստ նորածնի կյանքի օրերի:

1,5 – 1,749 կգ

Քանի դեռ նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, սովեք կթված կրծքի կաթ կերակրման այլընտրանքային եղանակով, երեք ժամը մեկ:

1,25 – 1,49 կգ

Տվեք կթած կրծքի կաթ ստամոքսային զոնդով երեք ժամը մեկ: Աստիճանաբար անցեք բաժակով / գդալով կերակրումներին, եթե նորածնի կլլման ակտը չի ուղեկցվում հազով և շնչահեղձուկով:

1,25 կգ-ից պակաս

1250 գրամից ցածր մարմնի զանգված ունեցող նորածինները չեն կարող կյանքի առաջին օրերին ապահովել հեղուկի պահանջարկը միայն կերակրման ծավալների միջոցով:

- Հաստատեք երակային մուտք և նորածնի հեղուկի պահանջարկն ապահովեք գերազանցապես ն/ե հեղուկների ներմուծմամբ (5-10% գլուկոզա):
- Եթե նորածինը պատրաստ է էնտերալ սնուցման, ապա առաջին 2 օրերի ընթացքում իրականացրեք տրոֆիկ սնուցում՝ 1-2 մլ կթված կրծքի կաթ ստամոքսային զոնդով 3-4 ժամը մեկ: Սկսած կյանքի երրորդ օրվանից, կամ, եթե նորածնի վիճակը դեռևս կայուն չէ, ավելի ուշ՝ ավելացրեք կերակրումների ծավալները, դրան զուգահեռ աստիճանաբար նվազեցնելով ն/ե տրվող հեղուկների ծավալները:
- Աստիճանաբար անցեք բաժակով/գդալով կերակրումներին, եթե նորածնի կլլման ակտը չի ուղեկցվում հազով և շնչահեղձուկով:
- Լուրջ հիվանդություն չունեցող ցածր քաշով նորածիններին **անհրաժեշտ կրծքի կաթի և ն/ե հեղուկների ծավալները**

Մարմնի զանգվածը		Կյանքի օրը						
		1	2	3	4	5	6	7**
175 0– 2500գ	Հեղուկի օրական պահանջարկը (մլ / կգ)	60	80	100	120	140	150	160+
1500-1749 գ	Կերակրման ծավալները երեք ժամը մեկ (մլ / կերակրում)	12	18	22	26	30	33	35
1250-1499 գ	Կերակրման ծավալները երեք ժամը մեկ (մլ / կերակրում)	10	15	18	22	26	28	30
< 1250 գ	Կերակրման ծավալները երկու ժամը մեկ (մլ / կերակրում)	*	*	3	5	8	11	15
	Ն/ե հեղուկների արագությունը (մլ/ժամ կամ կաթիլ/րոպե)	4	4	3	3	2	2	0

\* - եթե հնարավոր է, տրոֆիկ սնուցում: Համեմատաբար կայուն վիճակում գտնվող և կերակրման հակացուցումներ չունեցող նորածիններին կարելի է սկսել տրոֆիկ սնուցում (կոչվում է սաև նվազագույն էնտերալ սնուցում, երբ կաթի միջոցով ապահովվում է մինչև 16 կկալ/կգ/օր էներգիա կամ մինչև 24 մլ/կգ/օր կաթ):

\*\* - եթե կյանքի 7-րդ օրը լրանալուց հետո նորածինը յուրացնում է տրված կաթի ծավալներն ամբողջությամբ, սակայն դեռևս այլընտրանքային եղանակով կերակրվելու կարիք ունի, ապա աստիճանաբար ավելացրեք տրվող կաթի ծավալները 20 մլ/կգ-ով մինչև 180 մլ/կգ/օր սահմանագծին հասնելը: Եթե քաշի ավելացումը բավարար չէ (15 գ/կգ/օր-ից պակաս երեք օրվա ընթացքում), ապա ավելացրեք կաթի ծավալները մինչև 200 մլ/կգ/օր:

### **Թեթև քաշով նորածինների խնամքը հետծննդաբերական բաժանմունքում**

1. Մենյակի տաքացնելը և համատեղ գտնվելը հետծննդաբերական սենյակում
  - Ապահովել սենյակի անհրաժեշտ ջերմաստիճանը՝ 25-28°C, առանց միջանցիկ քամիների, իսկ մանկական մահճակալը չպետք է գտնվի պատի կամ պատուհանի մոտ:
  - Սովորեցնել մորը վերահսկել մարմնի ջերմաստիճանը յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ և իրականացնել մաշկը մաշկին շփումը, եթե նորածնի մարմնի ջերմաստիճանը 36.5°C, կամ վերջույթները սառն են:
  - Հետևել, որպեսզի նորածինը միշտ չոր լինի, խորհուրդ է տրվում օգտագործել միանվագ օգտագործման տակդիրներ:
  - Նորածնին պետք է տաք հագցնել/գլխարկ, գուլպաներ, տաք հագուստ/, բայց չբարուրել, քանզի ամուր բարուրման ժամանակ նորածինն արագ է սառչում:
  - Թեթև քաշով նորածնին խորհուրդ չի տրվում լողացնել:
2. Հիպոգլիկեմիայի կանխարգելում և կալորիաների կանոնավոր սպառման ապահովում՝ վաղ և հաճախակի կրծքով կերակրման եղանակով:
  - Խրախուսել մորը կրծքով կերակրել յուրաքանչյուր 2 -3 ժամը մեկ:
  - Ամեն օր գնահատել կրծքով կերակրումը/ ճիշտ մոտեցնելը կրծքին, ծծման արդյունավետությունը, տևողությունը և կերակրման հաճախականությունը, նորածնի գոհունակությունը/
  - Ամեն օր կշռել նորածնին և գնահատել նրա մարմնի զանգվածի դինամիկան
  - Կերակրման այլընտրանքային մեթոդների օգտագործման դեպքում գնահատել ամեն օր օգտագործվող կաթի քանակը
3. Թեթև քաշով նորածնի վիճակի ամենօրյա մոնիթորինգ
  - չափել և գրառել մարմնի ջերմաստիճանը և զանգվածը

- գնահատել շնչատությունը/այդ ժամանակ նորածինը պետք է հանգիստ լինի և չլացի/
  - լսել, արդյոք արտաշնչումը տնքոցով է, թե ոչ
  - հաշվել շնչատության հաճախականությունը մեկ րոպետում, եթե շնչատության հաճախականությունը մեկ րոպետում 30-ից պակաս է և 60-ից ավելի, ապա հաշվել կրկին անգամ
  - ստուգել, կան արդյոք ներքաշումներ կրծքավանդակի ստորին հատվածներում կամ ռնգախաղ
  - ստուգել, կա արդյոք դեղնախտ
4. Կիրառել հիգիենայի համընդհանուր և նախազգուշական միջոցներ
- պնդել, որ մայրը ինքնուրույն խնամի նորածին (փոխի հագուստը, լվանա մարմնամասերը, չափի ջերմությունը)
  - սովորեցնել մորը և աշխատակազմին ձեռքերի լվացման ճիշտ տեխնիկային և հետևել դրա իրականացմանը
  - պորտային զարկերակը պետք է չոր լինի
  - նվազագույնի հասցնել ինվազիվ միջոցառումները, անհրաժեշտության դեպքում՝ վերքը ճիշտ մշակել:
5. Հիպոթեմիայի վիճակում գտնվող նորածիններին ջերմացնելը, ավելի դժվար է, քան հիպոթերմիան կանխելը/ տես հիպոթերմիայի կանխարգելման արձանագրությունը/
6. Հիպոգլիկեմիայով նորածինների վարումը
- Եթե գլուկոզայի մակարդակը 2,2մմ/լ և պակաս է – ապա պետք է 10 % գլուկոզայի ներերակային շիթային ներարկում կատարել 2մլ/կգ, դանդաղ, 5 րոպեի ընթացքում:
  - Այնուհետև 10 % գլուկոզայի ներերակային կաթիլային ներարկում՝ շուրջօրյա պահանջի չափով՝ նորածնի տարիքին համապատասխան
  - Քննությունը կրկնել 30 րոպե հետո, եթե գլուկոզայի մակարդակը մնում է 2,2մմ/լ-ից ցածր, ապա կրկնել շիթային ներերակային ներարկումը, այնուհետև շարունակել կաթիլային ներարկումը:
  - Եթե նորածինը շարունակում է ինֆուզիա ստանալ ցանկացած պատճառով, ապա հարկավոր է կրկնել գլուկոզայի մակարդակի քննությունը ամեն 12 ժամը մեկ:
  - Եթե գլուկոզայի մակարդակը 2,2 մմ/լ -ից ավելի է, բայց 2,6 մմ/լ -ից պակաս, պետք է շարունակել կաթիլային ինֆուզիան և կրկնել ամեն 3 ժամը մեկ մինչև գլուկոզայի մակարդակը 2,6 մմ/լ լինի երկու հաջորդական քննությունների ժամանակ:
  - Եթե նորածինը շարունակում է ինֆուզիա ստանալ ցանկացած պատճառով, ապա պետք է կրկնել գլուկոզայի մակարդակի քննություն յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ:



- Գլուկոզայի ներարկումը չի կարելի կտրուկ դադարեցնել:
  - Ցուցանիշների կարգավորումից և ինֆուզիայի դադարեցումից հետո հարկավոր է կրկնակի չափել գլուկոզայի մակարդակը արյան մեջ:
  - Եթե գլուկոզայի մակարդակը 2.6մմ/լ -ից բարձր է, քննությունը դադարեցնել:
7. Հիմնական դեղորայքների ցանկը
- մայրական կրծքի կաթ
8. Բուժման արդյունավետության և դուրսգրման չափանիշները
- դրական քաշային դինամիկա
  - մայրը խնամքի հմտություններ ունի
  - նորածինը պահպանում է ջերմաստիճանը
  - ծնողները ծանոթացվել են վտանգավոր նախանշաններին
  - նորածինն ունի լավ ծծելու ռեֆլեքս:

## ԳԼՈՒԽ 16. ՇՆՀԱՌՈՒՄԸ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿՈՒՄ

Շնչառական խանգարումները (ոեսպիրատոր դիստրես) նորածնային շրջանում առավել հաճախ հանդիպող ախտաբանական վիճակներից է, որը ներառում է բազմազան և տարաբնույթ հիվանդություններ՝ միավորված շնչառական ախտանիշների ընդհանրության սկզբունքով:

Նորածնի մոտ շնչառական խանգարումների մասին կարելի է խոսել, եթե նրա մոտ ավելի քան 15 րոպե պահպանվում են ստորև թվարկվող ախտանիշներից առնվազն երկուսը.

- հաճախաշնչություն

Շնչառության հաճախականությունը գերազանցում է 60 ակտ/ր: Վերջինս վկայում է օքսիգենացիայի ( $\text{PaO}_2$ -ի իջեցում) կամ վենտիլյացիայի ( $\text{PaCO}_2$ -ի բարձրացում) խաթարման մասին:

- կենտրոնական ցիանոզ՝ սենյակային պայմաններում

Մաշկը և լորձաթաղանթները (լեզուն և շրթունքները) ունեն կապտավուն երանգավորում: Վկայում է արյան մեջ վերականգնված հեմոգլոբինի կոնցենտրացիայի բարձրացման մասին (>3-5 գ/դլ):

- արտաշնչական տնքոցներ

Թոքերի օդակրության նվազմանը զուգահեռ նվազում է նաև թոքերի մնացորդային ծավալը, որը փոխհատուցվում է արտաշնչման ժամանակ ձայնաճեղքի մասնակի փակմամբ: Վերջինս արտահայտվում է լսելի (ստետոսկոպով կամ առանց) տնքոցանման ձայներով և նպաստում է ներկրծքային ճնշման բարձրացմանը (Auto-CPAP):

- կրծքավանդակի ներքաշումներ

Առաջանում է ավելոյային օդափոխանակության նվազման հետևանքով (մեծամասամբ ատելեկտազների ֆոնի վրա), որի պայմաններում ադելվատ օդափոխանակության ապահովվում է լրացուցիչ շնչառական մկանների ներգրավմամբ:

- ոնգախաղ

Քթանցքերի տրամագծի փոփոխությունն է ներշնչման և արտաշնչման ժամանակ, որի շնորհիվ արտաշնչման ժամանակ բարձրանում է շնչուղիների դիմադրությունը, որն իր հերթին նպաստում է ներկրծքային ճնշման բարձրացմանը (Auto-CPAP):

## Շնչառական խանգարումների դասակարգումը

ՇՀ	Տնքոցներ կամ կրծքավանդակի ներքաշումներ	Դասակարգում
60-90	Չկան	Թեթև
Ավելի քան 90	Չկան	Միջին ծանրության
60-90	Առկա են	Միջին ծանրության
Ավելի քան 90	Առկա են	Ծանր

### Ախտորոշումը

- Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական քննություն, որը թույլ է տալիս հայտնաբերել շնչառական համակարգի հիվանդությունների զգալի և սրտային հիվանդությունների որոշ մասը (տես հավելված):
  - Արյան ընդհանուր քննություն - հայտնաբերվում է անեմիան, պոլիցիտեմիան, ինֆեկցիան
  - Գլուկոզան արյան մեջ - հայտնաբերվում է հիպոգլիկեմիան
- Եթե այս ամենից հետո ախտորոշման հարցը դեռևս լուծված չէ, ապա ծագում է մի շարք լրացուցիչ հետազոտությունների անհրաժեշտություն.
- Գլխուղեղի ԳՁ հետազոտություն
  - Էխոկարդիոգրաֆիա
  - Հիպերօքսիկ թեստ
  -

### Տարբերակիչ ախտորոշում

Շնչառական ախտանիշների առկայությունն ամենևին չի վկայում միայն շնչառական համակարգի հիվանդությունների մասին: Տարբերակիչ ախտորոշման ժամանակ պետք է նկատի ունենալ

- Նորածնի գեստացիոն տարիքը
- Հղիության և ծննդաբերության անամնեստիկ տվյալները
- Ֆիզիկալ քննության տվյալները

Օրինակ, մեկոնիալ ասպիրացիայի համախտանիշը և նորածինների պերսիստենտ թոքային հիպերտենզիան գրեթե միշտ հանդիպում են հասուն նորածինների մոտ, իսկ շնչառական խանգարումների համախտանիշը (ՇԽՀ) գերազանցապես բնորոշ է անհասներին:

Շնչառական խանգարումները տարանջատվում են ըստ թոքային և ոչ թոքային պատճառների.

Շնչառական խանգարումների թոքային պատճառներ

- ՇԽՀ
- Նորածինների անցողիկ հաճախաշնչություն (ՆԱՀ)
- Մեկոնիալ ասպիրացիայի համախտանիշ (ՄԱՀ)

- Թոքաբորբ
- Պնևմոնոբրաքս
- Թոքային արյունահոսություն
- Բրոնխաթոքային դիսպլազիա (ԲԹԴ)
- Թոքի հիպոպլազիա
- Բնածին լոբար էմֆիզեմա

Շնչառական խանգարումների ոչ թոքային պատճառներ

- Սրտի բնածին արատներ (ՍԲԱ), որոնք հարուցում են ցիանոզ կամ սրտային անբավարարություն
- Նորածինների պերսիստենտ թոքային հիպերտենզիա (ՆՊԹՀ)
- Պերինատալ ասֆիքսիա
- ԿՆՀ-ի ախտահարումներ
- Անեմիա, պոլիցիտեմիա
- Հիպոգլիկեմիա, հիպոթերմիա
- Մետաբոլիկ շեղումներ
- Ստոծանիական ճողվածք, ստոծանու կաթված
- Շնչուղիների օբստրուկցիա

### **Շնչառական խանգարումների նախածննդյան կանխարգելումը**

Շնչառական խանգարումներ հարուցող առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություններից քչերն են, որոնց կանխարգելման ուղիները բացահայտված են.

- Մեկոնիալ ասպիրացիայի համախտանիշ համապատասխան հսկողություն հղիության ընթացքում ծննդալուծում՝ ֆետալ դիստրեսի դեպքում:
- նորածինների անցողիկ հաճախաշնչություն նախապատվությունը տալ հեշտոցային ծննդաբերությանը խուսափել կեսարյան հատումից քանի դեռ ծննդաբերական գործունեություն չի սկսվել հնարավորության դեպքում մինչ ծննդաբերական գործունեության սկսվելը նախատեսվող կեսարյան հատումները հետաձգել մինչ 39 շաբաթական գեստացիոն տարիքը:
- **նախածննդյան դիաթրես համախտանիշի կանխարգելում** վաղաժամ ծննդաբերությունների հաճախությունը տարբեր երկրներում տատանվում է 6-15%-ի սահմաններում, որը վերջին տարիներին աճելու տենդենց է ցուցաբերում: անհասության հետ կապված առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություններից է շնչառական խանգարումների համախտանիշը (ՇԽՀ), որի հաճախությունը <32 շաբաթական գեստացիոն տարիքում կազմում է մոտավորապես 40-50%: վերջին 1-2 տասնամյակների ընթացքում զարգացած երկրներում նկատվում է ՇԽՀ-ի հաճախության նկատելի նվազում: Դրանում մեծ դերակատարություն ունի

ԱԴԿ-ի համատարած ներդրումը գործնական մանկաբարձության մեջ:ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետաանալիզը պարզել է, որ նախաձննդյան կորտիկոստերոիդները մոտավորապես կիսով չափ նվազեցնում են ՇԽՀ-ի զարգացման հավանականությունը և մոտավորապես 40%-ով նորածնային մահացությունը: Ասվածը վերաբերվում է ինչպես շատ ցածր քաշով (<1500գ) նորածիններին, այնպես էլ ծայրահեղ ցածր քաշ (<1000գ) ունեցողներին: Հարկ է նշել, որ նախաձննդյան կորտիկոստերոիդների կողմից ՇԽՀ-ի ռիսկի նվազեցումն ուղեկցվում է պերիվենտրիկուլյար արյունազեղումների և նեկրոտիզացնող էստերոկոլիտի հաճախության իջեցմամբ, սակայն բրոնխաթոքային դիսպլազիայի վրա ԱԴԿ-ն էական ազդեցություն չի թողնում (տես՝ հավելված):

Նախաձննդյան դիստրես կանխարգելման ցուցումները

**24-34 շաբաթական գեստացիոն տարիքում բոլոր հղիները պետք է համարվեն ԱԴԿ-ի թեկնածուներ, եթե նրանց մոտ առկա են ստորև թվարկվող վիճակներից որևէ մեկը.**

- Վաղաժամ ծննդաբերության սպառնալիք
- Հեշտոցային արյունահոսություն՝ մինչ ծննդաբերական գործունեության սկսվելը
- Պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսք (ՊՎԱ)
- Ցանկացած վիճակ, որը պահանջում է էլեկտիվ վաղաժամ ծննդալուծում:

Նախաձննդյան դիստրես կանխարգելման հակացուցումները

- Բացարձակ հակացուցումներ են մոր մոտ ծանր համակարգային ինֆեկցիոն պրոցեսի (օրինակ՝ տուբերկուլյոզ) և սիմպտոմատիկ խորիոամնիոնիտի առկայությունը:
- Մոր մոտ շաբաթային դիաբետի կամ զարկերակային հիպերտենզիայի առկայությունը, ինչպես նաև ինֆեկցիայի մասին վկայող լաբորատոր ցուցանիշները զգալիորեն բարդացնում են դիստրես կանխարգելման իրականացումը, սակայն վերոհիշյալ վիճակներն ըստ էության հակացուցումներ չեն հանդիսանում:

Նախաձննդյան դիստրես կանխարգելման իրականացումը

	Միանվագ դեղաչափ	Դեղաչափերի քանակը	Դեղաչափերի միջև ընդմիջումը	Ներմուծման ճանապարհը
Բետամեթազոն	12 մգ	2	24 ժամ	մ/մ
Դեքսամեթազոն	6 մգ	4	12	մ/մ

Օպտիմալ արդյունավետություն նկատվում է, եթե ծննդաբերությունը տեղի է ունենում դիստրես կանխարգելման սկզբից 24 ժամ անց մինչև 7-րդ օրը լրանալը: Պետք է նկատի ունենալ նաև, որ բետամեթազոնը համարվում է ավելի նախընտրելի, քան դեքսամեթազոնը: Վերջինիս կիրառումն ուղեկցվում է պերիվենտրիկուլյար լեյկոմալացիայի ավելի բարձր հաճախությամբ: Նախածննդյան կորտիկոստերոիդների մեկ կուրսի վսասակար հետևանքների մասին վկայող ապացույցներ չեն հայտնաբերվել, մյուս կողմից կրկնակի կուրսերի արդյունավետության մասին վկայող բավարար ապացույցներ չկան: Ավելին, նախածննդյան դիստրես կանխարգելման կրկնակի կուրսերի անվտանգության շուրջ գոյություն ունեն որոշակի կասկածներ:

Բուժումը

### Ընդհանուր սկզբունքներ

Տվեք թթվածին միջին հոսքային արագությամբ և հսկեք նորածնի պատասխանը

- տրվող թթվածնին: Թթվածին ստանալու ամբողջ ժամանակահատվածում և ևս 24 ժամ դրանից հետո հսկեք և գրանցեք յուրաքանչյուր ժամը մեկ. նորածնի ՇՀ-ն կրծքավանդակի ներքաշումները կամ տնքոցներն արտաշնչման ժամանակ ապնոէի էպիգոդները: Եթե նորածնի շնչառության հաճախականությունը 30 ակտ/ր-ից ցածր է, ուշադիր հսկեք նրան: Եթե նկատեք, որ շնչառության հաճախականությունը 20 ակտ/ր-ից ցածր է, ապա իրականացրեք վերակենդանացման միջոցառումներ պարկի և դիմակի միջոցով: Եթե նորածնի մոտ առկա է ապնոէ, խթանեք շնչառությունը նորածնի մեջքը 10 վրկ. շփելու ճանապարհով:
- Եթե նորածինն անմիջապես չհնչի, վերակենդանացրեք պարկի և դիմակի միջոցով:
- Որոշեք գլուկոզայի մակարդակն արյան մեջ: Եթե այն 45 մգ/դլ-ից (2,6 մմոլ/լ) պակաս է, բուժեք հիպոգլիկեմիայի կապակցությամբ: Եթե նորածնի ՇՀ>60 ակտ/ր և նա ունի կենտրոնական ցիանոզ (նույնիսկ թթվածնի բարձր հոսքի պայմաններում), սակայն չկան կրծքավանդակի ներքաշումներ կամ տնքոցներ արտաշնչման ժամանակ, կասկածեք ցիանոզով ուղեկցվող ՄԲԱ: Երբ նորածնի վիճակը կսկսի բարելավվել, տվեք կթված կաթ ստամոքսի գոնդով:
- Երբ թթվածնի կարիք այլևս չլինի, թույլ տվեք նորածնին կերակրվել կրծքով: Եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, ապա տվեք նրան կթված կրծքի կաթ կերակրման այլընտրանքային եղանակով: Եթե առանց թթվածնի նորածնի լեզուն և շրթունքներն առնվազն երկու օր մնում են վարդագույն, շնչառության և կերակրումների հետ կապված դժվարություններ չկան, չկան նաև հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, ապա դուրս գրեք նորածնին (ՇԽՀ-ի դեպքում. իրականացրեք նաև փոքր քաշով նորածինների համար

նախատեսված խնամք մինչ նորածինը պատրաստ կլինի դուրս գրման):

### **Ծանր շնչառական խանգարումների բուժումը**

- Հաստատեք երակային մուտք և քանի դեռ նորածնի վիճակը չի բարելավվել տվեք միայն ն/ե հեղուկներ ըստ նորածնի տարիքի և մարմնի զանգվածի:
- Կատարեք ստամոքսի զոնդավորում և դատարկեք այնտեղ պարունակվող օդը և արտադրությունը:
- Բուժեք սեպսիսի կապակցությամբ: Եթե նորածնի մոտ շնչառական խանգարումները խորանում են կամ նրա մոտ առկա է կենտրոնական ցիանոզ, տվեք թթվածին բարձր հոսքային արագությամբ:
- Եթե շնչառական խանգարումներն այնքան ծանր են, որ կենտրոնական ցիանոզը պահպանվում է նույնիսկ 100% թթվածնի տրման պայմաններում, ապա հնարավորության դեպքում կազմակերպեք նորածնի շտապ տեղափոխումը երրորդ մակարդակի ստացիոնար կամ որևէ մասնագիտացված կենտրոն, որտեղ հնարավոր է իրականացնել ռեսպիրատոր աջակցություն (CPAP, ապարատային արհեստական շնչառություն):
- Միջին ծանրության շնչառական խանգարումների բուժումը Հաստատեք երակային մուտք և առաջին 12 ժամերի ընթացքում տվեք միայն ն/ե հեղուկներ ըստ նորածնի տարիքի և մարմնի զանգվածի: Եթե երկու ժամ անց նորածնի շնչառական խանգարումները չեն անցնում կամ խորանում են (ՇԽՀ-ի դեպքում. եթե նորածնի վիճակը չի կայունանում երկու օր անց), ապա բուժեք որպես ծանր շնչառական խանգարումներ:

### **Թեթև աստիճանի շնչառական խանգարումների բուժումը**

- Տվեք կթված կաթ ստամոքսի զոնդով: Եթե հսկողության ողջ ժամանակահատվածի ընթացքում նորածնի շնչառական խանգարումները խորանում են. ՇԽՀ-ի տիպիկ կլինիկական պատկեր դեպքում բուժեք որպես միջին ծանրության շնչառական խանգարումներ: ՇԽՀ-ի տիպիկ կլինիկական պատկերի բացակայության դեպքում փնտրեք սեպսիսի բնորոշ ախտանիշներ և բուժեք այն, ինչպես նաև նշանակեք միջին ծանրության շնչառական խանգարումներին համապատասխան բուժում:

Մրտի բնածին արատ ախտորոշումը դրվում է մյուս հավանական ախտորոշումները հերքելու ճանապարհով:

- Տվեք թթվածին բարձր հոսքային արագությամբ: Տվեք կթված կաթ ստամոքսի զոնդով: Եթե նորածինը չի յուրացնում կերակրման ծավալները, հաստատեք երակային մուտք և տվեք ն/ե հեղուկներ ըստ նորածնի տարիքի և մարմնի զանգվածի: Հնարավորության

դեպքում կազմակերպեք նորածնի շտապ տեղափոխումը երրորդ մակարդակի ստացիոնար կամ մասնագիտացված կենտրոն՝ հետագա հետազոտման համար:

Ապնէն դա շնչական ակտերի ընդհատումն է ավելի քան 20վ տևողությամբ, կամ նվազ քան 20վ, եթե ուղեկցվում է բրադիկարդիայով (<100 զարկ/ր) և/կամ ցիանոզով:

### **Ծավելիս ցածր քաշ ունեցող նորածին**

Ծավելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինները հակված են ապնէներ ունենալու, որոնք շատ ցածր քաշով նորածինների (1,5 կգ-ից ցածր կամ գեստացիան 32 շաբաթից ցածր) մոտ առավել հաճախ են հանդիպում, սակայն նորածնի աճին զուգահեռ դրանք նվազում են: Սովորեցրեք մորն ուշադիր լինել նորածնի մոտ ապնէ ի հայտ գալու կապակցությամբ: Եթե նորածնի մոտ առկա է շնչառության կանգ, շփեր նրա մեջքը 10 վ տևողությամբ: Եթե նորածինն անմիջապես չշնչի, վերակենդանացրեք պարկի և դիմակի միջոցով: Հետևեք ծավելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների կերակրման և հեղուկների տրման ընդհանուր սկզբունքներին: Հնարավորության դեպքում քաջալերեք խնամք կենդուրու եղանակը: Նման խնամք ստացող նորածինների մոտ ապնէի էպիզոդներ ավելի քիչ են դիտվում, բացի այդ մայրը կարող է ավելի ուշադիր հսկել իր նորածնին: Եթե ապնէի էպիզոդները հաճախանում են (ապնէի 6-ից ավելի էպիզոդներ 12 ժամվա ընթացքում, որոնք պահանջում են տակտիլ խթանում, կամ յուրաքանչյուր ժամ մեկից ավելի ինքնուրույն անցնող ապնէի էպիզոդներ 6 ժամվա ընթացքում), բուժեք սեպսիսի կապակցությամբ: Եթե նորածինը ապնէ չի ունեցել վերջին 7 օրերի ընթացքում, կերակրումների հետ կապված դժվարություններ չկան, չկան նաև հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, ապա դուրս գրեք նորածնին:

### **Հասուն նորածին**

Եթե հասուն նորածնի մոտ նկատվել է ապնէի մեկ էպիզոդ. հսկեք նորածնին առաջիկա 24 ժամերի ընթացքում ապնէի նոր էպիզոդների կապակցությամբ և սովորեցրեք մորը, թե ինչպես է պետք դա անել: Եթե 24 ժամվա ընթացքում նորածինը նոր ապնէի էպիզոդ չի ունեցել, կերակրումների հետ կապված դժվարություններ չկան, չկան նաև հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ, ապա դուրս գրեք նորածնին:

Եթե ապնէի էպիզոդները կրկնվում են, ապա բուժեք կրկնվող ապնէների կապակցությամբ (ստորև): Եթե հասուն նորածնի մոտ ապնէի էպիզոդները կրկնվում են, բուժեք սեպսիսի կապակցությամբ:



## ԳԼՈՒԽ 17. ԱՍՖԻՔՍԻԱ, ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

Ներարգանդային կյանքում պտղի գազափոխանակությունը իրականացվում է պլացենտայի միջոցով: Պտղի թոքերում գազափոխանակություն չի կատարվում, քանի որ ավելոլները լցված են ֆետալ հեղուկով: Բացի այդ պտղի թոքային արյունահոսքը խիստ նվազած է ի հաշիվ թոքային արտերիոլների սեղմման և աջից ձախ շունտերի (օվալ անցք և զարկերակային ծորան):

Ծավելուց հետո թոքերը լցվում են օդով, ֆետալ հեղուկը նորածնի ավելոլներից հեռանում է (ներծծվում): Լայնանում են թոքային արտերիոլները, մեծանում է թոքային արյունահոսքը: Արյունը հոսում է դեպի թոքեր, որտեղ այն հարստանում է թթվածնով: Այդ ամենը նպաստում են թթվածնի պարզիալ ճնշման բարձրացմանը, որի շնորհիվ օրլիտերացիայի է ենթարկվում զարկերակային ծորանը:

Ասֆիքսիայի ժամանակ տեղի է ունենում արյան վերաբաշխում. թոքերի, աղիների, երիկամների, մկանների և մաշկի անոթային ցանցի սեղմում և արյան ուղղորդում դեպի սիրտ և գլխուղեղ: Ավելի ուշ խաթարվում է նաև միոկարդի ֆունկցիան, նվազում է սրտի հարվածային ծավալը, որի արդյունքում օրգան համակարգերի ֆունկցիոնալ ախտահարումները սկսում են օրգանական բնույթ կրել:

### Սահմանումը

Ասֆիքսիան իրենից ներկայացնում է նախաձննդյան, ինտրանատալ կամ ծնվելուց անմիջապես հետո գործող մի շարք ախտաբանական ազդակների համակցություն.

- Հիպօքսեմիա՝ պտղի կամ նորածնի օրգանիզմում թթվածնի մատակարարման վատացում
- Հիպերկապնիա՝ օրգանիզմից անխաթառ գազի հեռացման (գազափոխանակության) խաթարում
- Իշեմիա՝ հյուսվածքների և կարևորագույն օրգանների պերֆուզիայի նվազում

## Ասֆիքսիայի ռիսկի գործոններ

Նախաձևնայան	Ինտրանատալ	Պոստնատալ
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Պլացենտա-արգանդային անբավարարություն</li> <li>▪ մոր ծանր տոնատիկ հիվանդություններ</li> <li>▪ հիպո և հիպերտենզիա մոր մոտ</li> <li>▪ մոր մոտ շաքարային դիաբետ</li> <li>▪ գերջրություն, սակավաջրություն</li> <li>▪ պտղի մոտ բնածին արատների առկայություն</li> <li>▪ անհասություն</li> <li>▪ ՊՆԶԴ</li> <li>▪ բազմապտուղ հղիություն</li> <li>▪ իզոիմունիզացիա</li> <li>▪ դեղորայքային (մագնեզիում, ադրենոբլոկատորներ, լիթիում)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ տրավմատիկ ծննդաբերություն</li> <li>▪ պտղաշրջում</li> <li>▪ արցանադրում</li> <li>▪ հետույքային առաջադրություն</li> <li>▪ ուրգենտ կեսարյան հատում</li> <li>▪ նորմալ տեղակայված պլացենտայի վաղաժամ շերտազատում</li> <li>▪ պորտային զարկերակի արտանկում</li> <li>▪ անհասություն</li> <li>▪ գերհասություն</li> <li>▪ ինդուկցված կամ սրբնթաց ծննդաբերություն</li> <li>▪ տևական անջուր, բացման և ճիգային շրջաններ</li> <li>▪ պտղի բրադիկարդիա</li> <li>▪ ինֆեկցիա մոր մոտ, խորիռամանիոնիտ</li> <li>▪ մեկոնիալ պտղաջրեր</li> <li>▪ նարկոտիկներ ծննդաբերության ընթացքում</li> <li>▪ հիպոտենզիա մոր մոտ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ծանր թոքային հիվանդություն</li> <li>▪ սրտի բնածին արատ</li> <li>▪ սեպսիս՝ սիրտ-անոթային կոլլապսի նշաններով</li> <li>▪ ապոտիկ կրկնվող ծանր էպիգոդներ</li> </ul>

## Ախտորոշման չափանիշները

Տարած ասֆիքսիայի մասին են վկայում այն դեպքերը, երբ ծնարանում վերակենդանացման միջոցառումներ պահանջած նորածնի մոտ կյանքի առաջին շաբաթվա ընթացքում նկատվում են ներոլոգիական ախտանիշներ և/կամ մեկից ավելի օրգան համակարգերի (մուլտիօրգան) ախտահարման կլինիկական պատկեր (տես հավելված):

### **Անամնեզ**

Ասֆիքսիայի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել հետևյալ գործոնների վրա.

- Ձգձգված ծննդաբերություն (բացման և ճիգային տևական շրջաններ՝ համապատասխանաբար >24 ժամ և >2 ժամ)
- Ծնվելիս ինքնուրույն շնչառության բացակայություն
- Վերակենդանացում ծնարանում
- Ախտանիշներ, որոնք ի հայտ են գալիս ծնվելուց հետո կամ կյանքի առաջին օրը
- Բարդացած կամ դժվար ճիգերի շրջան կամ ծննդաբերություն
- Ծնվելիս ցածր քաշով նորածին (քաշը <2500գ կամ գեստացիոն տարիքը <37 շաբաթ)

### **Կարևոր է, թե ծննդաբերության ժամանակ մորը տրվել են արդյոք նարկոտիկ անալգետիկներ**

#### **Ջննում**

- Ասֆիքսիայով նորածնի մոտ կարող են ի հայտ գալ բազմաթիվ ոչ սպեցիֆիկ ախտանիշներ.
  - շնչառական խանգարումներ
  - ապնե
  - հիպոթերմիա կամ հիպերթերմիա
  - կերակրման հետ կապված խնդիրներ
  - որովայնի փքվածություն
  - ցնցումներ
  - անհանգստություն, գրգռվածություն
  - լեթարգիա, թուլություն
  - քնկոտություն (ոեակցիաների և ոեֆլեքսների) ակտիվության նվազում
  - գիտակցության բացակայություն
- Հնարավոր է զննման ժամանակ հայտնաբերվի մեկ ախտանիշ, սակայն հետագայում նորածնի մոտ ի հայտ գան հիվանդության այլ նշաններ ևս:
- Ասֆիքսիա տարած նորածնի մոտ ի հայտ եկող ախտանիշները կարող են հանդես գալ մի շարք հիվանդությունների ժամանակ (օրինակ՝ կերակրման հետ կապված խնդիրները կարող են հանդիպել ինչպես ասֆիքսիայի, այնպես էլ սեպսիսի կամ ծնվելիս ցածր քաշ ունեցող նորածինների դեպքում):
- Եթե ասֆիքսիայով նորածնի մոտ առկա են բազմաթիվ ախտանիշներ (օրինակ՝ շնչառական խանգարումներ և ցնցումներ), ապա բուժման մեջ անհրաժեշտ է հաշվի առնել առկա բոլոր խնդիրները:

### Տարբերակիչ ախտորոշում

Ախտանիշներ		Հավանական ախտորոշում
Անամնեզ	Զննում	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Մորը ճիգերի շրջանում կամ ծննդաբերության ժամանակ տրվել են նարկոտիկ անալգետիկներ</li> <li>▪ Ի հայտ է եկել ծնվելուց անմիջապես հետո</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Լեթարգիա</li> <li>▪ Շնչառության հաճախությունը 30գարկ/ր-ից ցածր է</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Կասկածեք նարկոտիկ դեպրեսիա</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Բարդացած կամ դժվար ճիգերի շրջան կամ ծննդաբերություն</li> <li>▪ Ինքնուրույն շնչառության բացակայություն կամ ծնվելիս վերակենդանացման անհրաժեշտություն</li> <li>▪ Ախտանիշներ, որոնք ի հայտ են գալիս ծնվելուց անմիջապես հետո կամ կյանքի առաջին օրը</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Նորածնը հիվանդ տեսք ունի</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Կասկածեք սաֆիքսիա</li> </ul>

### Ասֆիքսիայի ծանրության գնահատումը

<b>Թեթև</b>	Նորածնի մոտ կարող է դիտվել անհանգստություն կամ գրգռվածություն, որն ուղեկցվում է մկանային տոնուսի բարձրացմամբ, կերակրումների հետ կապված դժվարություններով, ինչպես նորմալ, այնպես էլ արագացած շնչառությամբ: Վերոհիշյալ ախտանիշները սովորաբար անցնում են ինքնուրույն՝ 24-48 ժամվա ընթացքում:
<b>Միջին ծանրության</b>	Նորածնի մոտ կարող է լինել մահվան ելք, ունենալ դժվարություններ կերակրումների հետ կապված: Պարբերաբար կարող են դիտվել սպնտէի և/կամ ցնցումների էպիզոդներ, որոնք պահպանվում են մի քանի օր: Այս խնդիրները սովորաբար անցնում են մեկ շաբաթից, սակայն հնարավոր են նաև ուշ ներդրոգիական խանգարումներ:
<b>Ծանր</b>	Նորածինը կարող է լինել թույլ և անգիտակից վիճակում՝ անկարող կերակրվել: Մի քանի օր շարունակ կարող են հետևել ցնցումներ, բնորոշ են նաև տևական և հաճախակի կրկնվող սպնտէի էպիզոդներ: Մի քանի շաբաթ անց հնարավոր է նորածնի վիճակի լավացում, կամ այն կարող է ընդհանրապես չսկսատվել: Եթե նման նորածինները կենդանի են մնում, ապա նրանց մոտ սովորաբար անխուսափելի են գլխուղեղի կայուն ախտահարումները:

## **Բուժումը**

Բուժումը կազմակերպվեք ըստ ասֆիքսիայի ծանրության:

### **Թեթև ասֆիքսիա**

- Եթե նորածինը թթվածնի կարիք չունի, ապա մոտեցրեք կրծքին:
- Եթե նորածինը թթվածնի կարիք ունի կամ չի կարող կերակրվել կրծքով որևէ այլ պատճառով, ապա կերակրեք կթված կրծքի կաթով կերակրման այլընտրանքային եղանակով:
- Ապահովեք ասֆիքսիա տարած նորածնի շարունակական խնամքը:

### **Միջին ծանրության կամ ծանր ասֆիքսիա**

- Հաստատեք երակային մուտք և առաջիկա 12 ժամերի ընթացքում տվեք միայն ն/ե հեղուկներ.
- Նվազեցրեք հեղուկների ծավալը մինչև 40-50 մլ/կգ առաջին օրվա համար և հսկեք դիուրեզը: Եթե նորածինը օրական 6-ից քիչ միզարձակություն է ունենում կամ չի միզում.
  - հաջորդ օրվա հեղուկի ծավալը մի ավելացրեք:
  - երբ մեզի քանակությունը սկսի ավելանալ, ավելացրեք նաև ն/ե տրվող հեղուկների քանակը: Անկախ այն հանգամանքից, թե նորածնի կյանքի որերորդ օրն է, ինֆուզիոն թերապիան իրականացրեք համապատասխան կյանքի առաջին օրվան (այսինքն, 4 օրական նորածնի դեպքում սկսեք 60 մլ/կգ-ից, հետո ավելացրեք մինչև 80 մլ/կգ, հետո՝ 100 մլ/կգ և այլն. միանգամից մի սկսեք 120 մլ/կգ-ից):
- Բուժեք շնչառական խանգարումները, եթե դրանք առկա են:
- Չափեք գլուկոզայի մակարդակն արյան մեջ: Եթե այն 45մգ/դլ-ից (2,6մմոլ/լ) պակաս է, բուժեք հիպոգլիկեմիայի կապակցությամբ:
- Եթե նորածնի մոտ ի հայտ են գալիս ցնցումներ, անհասպաղ սկսեք բուժել, կանխելու համար նորածնի վիճակի հետագա վատացումը: Ցնցումների բուժմանը զուգահեռ, երբ նորածինը կդառնա ավելի հաղորդակից, փորձեք նրան կերակրել կրծքով: Եթե նորածինը չի կարող կերակրվել կրծքով, ապա տվեք նրան կթված կրծքի կաթ կերակրման այլընտրանքային եղանակով:
- Ապահովեք ասֆիքսիա տարած նորածնի շարունակական խնամքը (տես ստորև):

### **Ասֆիքսիա տարած նորածնի շարունակական խնամքը**

- Գնահատեք նորածնի վիճակը յուրաքանչյուր երկու ժամը մեկ:
  - եթե նորածնի ջերմաստիճանը 36,5°C-ից ցածր է կամ 37,5°C-ից բարձր, կարգավորեք այն:
  - անհրաժեշտության դեպքում բուժեք ցնցումները կամ շնչառական խանգարումները:

- Քաջալերեք նորածնի խնամքին մասնակցելու մոր ցանկությունը:
- Եթե նորածինը անզիտակից է, լեթարգիկ կամ թույլ, ապա հնարավորինս նվազեցրեք միջամտությունները: Նորածին տեղաշարժեք զգուշորեն, որպեսզի նրան վնասվածքներ չհասցնեք նրա ցածր մկանային տոնուսի հետևանքով: Պահեք նորածնի ամբողջ մարմինը և հատկապես գլուխը:
- Եթե նորածնի վիճակը երեք օրվա ընթացքում չի բարելավվում, գնահատեք նրա մոտ սեպսիսի ախտանիշների առկայությունը:
- Եթե նորածնի վիճակը չի բարելավվում մեկ շաբաթ անց (սա մտում է լեթարգիկ, չի կերակրվում կրծքով կամ վատ է ուտում, կամ դեռևս ցնցումներ է ունենում), քննարկեք ծնողների հետ նորածնի կանխատեսմանը վերաբերող հարցերը:
- Եթե նորածնի մոտ ցնցումներ չեն նկատվել ֆենոբարբիտալի օգտագործումը դադարեցնելուց հետո հաջորդ երեք օրերի ընթացքում, մայրն ունակ է կերակրելու նորածնին և հոսպիտալացում պահանջող այլ խնդիրներ չկան, ապա դուրս գրեք նորածնին:
- քննարկեք մոր հետ տանն առաջացող խնդիրների լուծմանը վերաբերող հարցերը
- կրկնակի գնում իրականացրեք առաջին շաբաթվա ընթացքում կամ ավելի վաղ, եթե մայրը նկատել է որևէ լուրջ խնդիր (օրինակ՝ դժվարություններ կապված կերակրումների հետ, ցնցումներ):
- օգնեք մորն ընտրել կերակրման լավագույն եղանակը, եթե նորածինը կրծքից լավ չի ծծում: Եթե նորածինը դանդաղ է ծծում, ապա խորհուրդ տվեք մորը կերակրել ավելի հաճախակի:

### **Նարկոտիկ դեպրեսիայի բուժումը**

- Իրականացրեք ընդհանուր խնամք
- Եթե նորածինը ընդհանրապես չի շնչում, առկա է ոչ կանոնավոր շնչառություն (գասպինգ) կամ շնչառության հաճախությունը 20 ակտ/ր-ից ցածր է, ապա իրականացրեք վերակենդանացման միջոցառումներ պարկի և դիմակի միջոցով:
- Եթե նորածինը շարունակում է մնալ լեթարգիկ առաջիկա 6 ժամերի ընթացքում, կասկածեք աֆիքսիա:

## ԳԼՈՒԽ 18. ՊՈԼԻՑԻՏԵՄԻԱ, ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

### Սահմանումը

Պոլիցիտեմիան արյան մեջ էրիթրոցիտների մասնաբաժնի ավելացումն է: Պոլիցիտեմիկ գերմածուցիկությունը արյան մածուցիկության բարձրացումն է արյան մեջ էրիթրոցիտների մասնաբաժնի բարձրացման արդյունքում: Հենց արյան գերմածուցիկությունն է պայմանավորում սիմպտոմատիկ պոլիցիտեմիայի ախտանիշները:

Նորածնային հասակում պոլիցիտեմիա ախտորոշվում է, երբ երակային արյան հեմատոկրիտը (Ht) 65% և ավելի է: Այն հանդիպում է ընդհանուր պոպուլյացիայում 2-4% հաճախությամբ, իսկ արյան գերմածուցիկությունը՝ մոտավորապես 1%:

### Հիմնական դրույթներ

- Պերիֆերիկ արյան Ht-ը, մասնավորապես կրունկի ծակման միջոցով ստացված արյան նմուշում, կարող է 5-15%-ով լինել կեղծ բարձր, ուստի պոլիցիտեմիայի բուժումը պետք է հիմնված լինի միամիայն երակային արյան մեջ Ht-ի ցուցանիշների վրա:
- Ht-ի ցուցանիշն իր գագաթնակետին է հասնում ծնվելուց 2-4 ժամ անց, բարձրանալով մոտ 5-10%-ով:
- Կյանքի 3-րդ օրը սովորաբար դիտվում է հեմոկոնցենտրացիա դեհիդրատացիայի հաշվին:
- Պոլիցիտեմիա հիվանդների մեծ մասի մոտ ընթանում է անախտանիշ:
- Շաքարային դիաբետ ունեցող մայրերից ծնված նորածինների մոտ պոլիցիտեմիայի հավանականությունը կազմում է 22-29%:
- Տարբերակիչ ախտորոշում
- Կեղծ բարձր Ht - սովորաբար հանդիսանում է կրունկից վերցված արյան նմուշի արդյունք:
- Դեհիդրատացիա - սովորաբար տեղի է ունենում կյանքի 2-3-րդ օրը, երբ մարմնի զանգվածի կորուստը կազմում է ավելի քան 10%:
- Իսկական պոլիցիտեմիա
  - պլացենտային տրանսֆուզիա (պտուղ-պտղային և մայր-պտղային տրանսֆուզիաներ, պորտային զարկերակն ուշ սեղմելը)
  - յաթրոգեն պոլիցիտեմիա (չափազանց մեծ քանակությամբ էրիթրոցիտար զանգվածի տրանսֆուզիա)
  - ներարգանդային հիպօքսիա (գերհաս և ՊՆԶԴ ունեցող նորածիններ, պրեէկլամպսիա, մոր մոտ շաքարային դիաբետ, մոր ծանր սրտային հիվանդություններ, մոր կողմից պրոպրանոլոլի և նիկոտինի չարաշահում):
  - այլ պատճառներ (քրոմոսոմային հիվանդություններ, Բեկվիտ-Վիդեմանի համախտանիշ, նորածնային թիրեոտոքսիկոզ,

- հիպոթիրեոիդիզմ)
- պոլիցիտեմիա, առանց հստակ պատճառի բացահայտման:

### **Կլինիկական պատկերը**

- Շնչառական խանգարումներ, հիմնականում հաճախաշնչություն և ապնոէ
- Ցիանոզ
- Հիպոգլիկեմիա
- Լեթարգիա կամ գրգռվածություն
- Թույլ ծծման ակտ, կերի անտանելիություն
- Իսկական պոլիցիտեմիայի դեպքում հաճախ դիտվում է մաշկային ծածկույթների կարմրություն, պլետորա, կապտամանուշակագույն երանգով
- Դեհիդրատացիայի դեպքում առկա է լորձաթաղանթների չորություն, տուրգորը սովորաբար իջած է:

### **Լաբորատոր հետազոտություններ**

- Կենտրոնական (երակային) Ht
- Գլուկոզան արյան մեջ
- Դեղնուկի առկայության դեպքում՝ ընդհանուր բիլիռուբին
- Մեզի հարաբերական խտություն
- Թրոմբոցիտներ (երբեմն առկա է թրոմբոցիտոպենիա)
- Պոլիցիտեմիայի հնարավոր բարդություններ
- Հիպերբիլիռուբինեմիա
- Ցնցումներ
- Նեկրոտիզացնող էստերոկոլիտ
- Երիկամային անբավարարություն և երիկամային երակի թրոմբոզ
- Սրտի կանգային անբավարարություն
- Հիպոկալցեմիա
- Պերիֆերիկ գանգրենաներ

### **Արյան մասնակի փոխանակային փոխներարկում**

- Արյան մասնակի փոխներարկային փոխներարկում (ԱՄՓՓ) սովորաբար իրականացվում է պերիֆերիկ կամ կենտրոնական պորտային երակային կատետերի միջոցով (կատետերի ծայրը չպետք է լինի լյարդում):
- Որոշ դեպքերում կարելի է օգտվել նաև ծայրամասային երակներից:

ԱՄՓՓ ծավալ =  $m \times 80 \times (Ht_{\text{հիվանդ}} - Ht_{\text{ցանկալի}}) / Ht_{\text{հիվանդ, որտեղ}}$

$m$  - մարմնի զանգված (կգ)

80 - նորածնի շրջանառող արյան ծավալը մոտավորապես ընդունվում է 80 մլ/կգ

$Ht_{\text{հիվանդ}}$  - հիվանդի հեմատոկրիտ

$Ht_{\text{ցանկալի}}$  - Ht-ի ցանկալի մակարդակն է, որը պետք է լինի 55-60%



- Ծավալը հաշվարկելուց հետո անհրաժեշտ է երակային հունից դուրս բերել համապատասխան քանակությամբ արյուն և այն տեղակայել ֆիզիոլոգիական լուծույթով (սման դեպքերում անհրաժեշտ է նորածնին արագ և անվտանգ տեղափոխել այնպիսի բուժհաստատություն, որտեղ հնարավոր է իրականացնել ԱՄՓՓ):
- Հարկ է նշել, որ ԱՄՓՓ-ը նվազեցնում է արյան մածուցիկությունը և մեղմացնում հիվանդության ախտանիշները, սակայն երկարաժամկետ ներուլոգիական ելքերի վրա այն ազդեցություն չի թողնում:
- Պոլիցիտեմիա
- Վարման կարգը
- Կեղծ բարձր Ht-ի դեպքում պոլիցիտեմիան հերքելու կամ հաստատելու համար պետք է հետազոտել նաև երակային արյունը: Եթե այնտեղ Ht-ը նորմայի սահմաններում է, ապա լրացուցիչ միջամտությունների անհրաժեշտություն չկա:
- Եթե հեմոկոնցենտրացիայի պատճառով դեհիդրատացիան է, ապա ձգտեք իրականացնել ռեհիդրատացիա՝ հասցնելով տրվող հեղուկների քանակը մինչև 130-150 մլ/կգ/օր սահմանագծին: Ht-ը որոշեք 6 ժամը մեկ:
- Իսկական պոլիցիտեմիայի դեպքում բուժումը կախված է նորածնի սինպտոմատիկ կամ ասիմպտոմատիկ լինելու հանգամանքից:

### **Ասիմպտոմատիկ նորածին**

- **Երակային Ht-ը 65-70% է**
  - սահմանել հսկողություն
  - ավելացնել տրվող հեղուկի ծավալներն օրական 20-40 մլ/կգ-ով
  - չափել երակային Ht-ը 6 ժամը մեկ
- **Երակային Ht-ը 70-75% է**
  - բացի վերը նշված միջոցառումներից կարելի է իրականացնել նաև ԱՄՓՓ
- **Երակային Ht >75%**
  - բացի վերը նշված միջոցառումներից պետք է իրականացնել ԱՄՓՓ

### **Սիմպտոմատիկ նորածին**

- **Երակային Ht > 65%**
  - Իրականացնել ԱՄՓՓ
- **Երակային Ht-ը 60-65% է**
  - կարելի է իրականացնել ԱՄՓՓ
  -

## ԳԼՈՒԽ 19. ՀԻՊՈԳԼԻԿԵՄԻԱ, ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

Նորածնային շրջանում հիպոգլիկեմիա է համարվում արյան մեջ գլուկոզայի մակարդակի իջեցումը 45 մգ/դլ-ից (2,6 մմոլ/լ):

Նորածնի օրգանիզմի պահանջարկը գլուկոզայի նկատմամբ կազմում է 6 մգ/կգ/րոպե: Հիպոգլիկեմիան համարվում է կայուն, եթե պահպանվում է ավելի քան 10 մգ/կգ/րոպե արագությամբ գլուկոզայի տրման պայմաններում:

Գլիկոզենի պաշարները խիստ նվազած են հետևյալ խմբի նորածինների մոտ.

- Պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղում (ՊՆԶԴ)
- Անհասներ (գեստացիան < 37 շաբաթ)
- Գերհասներ (գեստացիան (42 շաբաթ)

Հիպոգլիկեմիան հանդիպում է անհասների 15%-ի և ՊՆԶԴ ունեցող նորածինների 67%-ի մոտ: Վաղ և հաճախակի կերակրումները (կրծքով, այլընտրանքային եղանակով կամ ստամոքսային գոնդով, եթե նորածինը չի կարող ծծել) կարող են զգալիորեն իջեցնել հիպոգլիկեմիայի հաճախությունը 5%-ից էլ ցածր:

### Հիպոգլիկեմիայի ախտանիշները.

▪ Շնչառական (ապնոէ, ցիանոզ, ոչ կանոնավոր շնչառություն)

▪ Ներյուզիական (մկանային հիպոտոնիա, անբավարար ծծման ռեֆլեքս, գրգռվածություն, արտահայտված Մոռոյի ռեֆլեքս, տրեմոր, ակնային սիմպտոմատիկա, ցնցումներ, լեթարգիա, գիտակցության խանգարումներ, կոմա)

- Միրո-անոթային (բրադիկարդիա, տախիկարդիա, գունատություն)
- Այլ (մարմնի անկայուն ջերմաստիճան)

### Հիպոգլիկեմիայի պատճառները

#### Ասցողիկ

▪ Գլուկոզայի ուտիլիզացիայի արագացում

- սեպսիս, շոկ
- ասֆիքսիա, հիպօքսիա, պերինատալ ստրես
- հիպոթերմիա

▪ Պոլիցիտեմիա

▪ Մոր մոտ շաքարային դիաբետ (40% դեպքերում)

▪ Գլուկոզայի անբավարար ներմուծում

▪ Արյան փոխանակային փոխներարկում

▪ Մորը տրված (-սիմպատոմիմետիկ պրեպարատներ (տերբուտալին, ռիտոդրին))

#### Կայուն

Հիվանդություններ, որոնք կապված են.

▪ ինսուլինի գերարտադրության

▪ ածխաջրատների, ճարպերի և ամինաթթուների փոխանակության ժառանգական շեղումների հետ

### ՀԻՊՈԳԼԻԿԵՄԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Երկու հաջորդական անալիզներում գլուկոզայի մակարդակը 45մգ/դլ կամ բարձր պատասխան ստանալիս հետևեք համապատասխան հանձնարարականներին, որոնք վերաբերում են գլուկոզայի որոշման հաճախությանը այն բանից հետո, երբ արյան մեջ նրա մակարդակը նորմալանում է:

Գլուկոզայի որոշման հաճախությունն այն բանից հետո, երբ արյան մեջ նրա մակարդակը նորմալանում է

- Եթե նորածինը ստանում է ն/ե հեղուկներ որևէ պատճառով, ապա որոշեք գլուկոզայի մակարդակը 12 ժամը մեկ, այնքան ժամանակ, քանի դեռ նա կարիք ունի ն/ե ինֆուզիայի: Եթե գլուկոզայի մակարդակն արյան մեջ 45մգ/դլ-ից պակաս է, բուժեք վերը նկարագրված եղանակով:
- Եթե նորածինը այլևս կարիք չունի կամ չի ստանում ն/ե հեղուկներ, որոշեք գլուկոզայի մակարդակն արյան մեջ 12 ժամը մեկ առաջիկա 24 ժամերի ընթացքում (ևս 2 քննություն):
  - եթե գլուկոզայի մակարդակն արյան մեջ 45մգ/դլ-ից պակաս է, բուժեք վերը նկարագրված եղանակով:
  - եթե գլուկոզան արյան մեջ մնում է նորմայի սահմաններում, դադարեցրեք չափումները:

**Նորածնի կողմից յուրացվող կերակրման ծավալների մեծացմանը զուգահեռ 3 օրվա ընթացքում աստիճանաբար նվազեցրեք ն/ե տրվող գլուկոզայի ծավալները: Գլուկոզայի ինֆուզիան մի ընդհատեք կտրուկ:**

#### Գլուկոզայի տարբեր խտության լուծույթների պատրաստումը

Գլուկոզայի լուծույթի %	Լուծույթի քանակը					
	50 մլ		40 մլ		20 մլ	
	10%	Թորած ջուր	10%	Թորած ջուր	10%	Թորած ջուր
5%	25 մլ	25 մլ	20 մլ	20 մլ	10 մլ	10 մլ
7,5%	37,5 մլ	12,5 մլ	30 մլ	10 մլ	15 մլ	15 մլ
	Լուծույթի քանակը					
	50 մլ		40 մլ		20 մլ	
	10%	40%	10%	40%	10%	40%
12,5%	45,8 մլ	4,2 մլ	36,6 մլ	3,4 մլ	18,3 մլ	1,7 մլ
15%	42 մլ	8 մլ	33,3 մլ	6,7 մլ	16,7 մլ	3,3 մլ

**Գլուկոզայի ներմուծման անհրաժեշտ արագության որոշումը**

մգ/կգ/ր	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%
	մլ/կգ/ժամ					
3	3,6	2,4	1,8	1,5	1,2	0,9
4	4,8	3,2	2,4	2,0	1,6	1,2
5	6,0	4,0	3,0	2,4	2,0	1,5
6	7,2	4,8	3,6	2,9	2,4	1,8
7	8,4	5,6	4,2	3,4	2,8	2,1
8	9,6	6,4	4,8	3,8	3,2	2,4
9	10,8	7,2	5,4	4,3	3,6	2,7
10	12,0	8,0	6,0	4,8	4,0	3,0
11	13,2	8,8	6,6	5,3	4,4	3,3
12	14,4	9,6	7,2	5,8	4,8	3,6
13	15,6	10,4	7,8	6,2	5,2	3,9
14	16,8	11,2	8,4	6,7	5,6	4,2
15	18,0	12,0	9,0	7,2	6,0	4,5
16	19,2	12,8	9,6	7,7	6,4	4,8
17	20,4	13,6	10,2	8,1	6,8	5,1
18	21,6	14,4	10,8	8,6	7,2	5,4
19	22,8	15,2	11,4	9,1	7,6	5,7
20	24,0	16,0	12,0	9,6	8,0	6,0

**մգ/կգ/ր = % (գլուկոզա) x արագություն (մլ/ժամ)  
մարմնի զանգված (կգ) x 6**

## ԳԼՈՒԽ 20. ԻՄՈՒՆՈԳՐԱՑԻԱ

Առողջ նորածինները ծննդատանը պետք է ստանան երկու պատվաստում՝ տուբերկուլյոզի և վիրուսային հեպատիտ B-ի դեմ: Վերոհիշյալ հիվանդությունների տեսակետից ոչ բարենպաստ երկրներում խորհուրդ է տրվում պատվաստումներն իրականացնել հնարավորինս շուտ՝ ծնվելուց հետո առաջիկա ժամերի ընթացքում:

### **Համոզվեք, որ յուրաքանչյուր պատվաստման և յուրաքանչյուր նորածնի համար օգտագործվում է ստերիլ ներարկիչ:**

Պատվաստում տուբերկուլյոզի դեմ (BCG)

- պատվաստանյութը ներարկվում է միանվագ, 0,05 մլ ներմաշկային ձախ ձեռքի վերին հատվածում՝ օգտագործելով հատուկ ԲՑԺ ներարկիչ:
- ԲՑԺ պատվաստումը հակացուցված է.
  - եթե նորածինը հիվանդ է, ապա պատվաստել ապաքինվելուց հետո՝ դուրս գրումից անմիջապես առաջ
  - եթե մայրն ունի թոքի տուբերկուլյոզի ակտիվ ձև և նա ստացել է բուժում ծննդաբերությունից ոչ ավել, քան 2 ամիս առաջ, կամ տուբերկուլյոզը հայտնաբերվել է ծննդաբերությունից հետո:

Պատվաստում հեպատիտ B-ի դեմ (HBV)

- Պատվաստանյութը ներարկվում է 0,5 մլ HBV (մանկական դեղաչափ) միջմկանային ազդրի վերին հատվածում, քանի որ հետույքի շրջանում պատվաստումը կարող է նվազ արդյունավետ լինել
- HBV- պատվաստանյութի առաջին դեղաչափը նորածինը պետք է ստանա ծննդատանը, բացառությամբ.
  - եթե նորածինը հիվանդ է, ապա պատվաստեք ապաքինվելուց հետո:
- Եթե հայտնի է, որ մայրը HBsAg դրական է կամ առկա է ինֆեկցիայի պերինատալ փոխանցման վտանգ.
  - առաջին դեղաչափը ներմուծեք ծնվելուց անմիջապես հետո (ցանկալի է առաջին 12 ժամերի ընթացքում):

## ԳԼՈՒԽ 21. ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԴՈՒՐՍ ԳՐՄԱՆԸ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՂ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐԸ

1. Ծննդատնից նորածնի դուրս գրման ընթացակարգը սահմանված է ՀՀ ԱՆ 20.12.2010թ. «Բժշկական կազմակերպություններում երեխայի ծննդի և մահվան դեպքերի հաշվառման ու գրանցման գործընթացների կանոնակարգման մասին» N 37-Ն հրամանի 2-րդ հավելվածով:
2. Առողջ նորածինների դուրս գրումը կարող է իրականացվել հետծննդյան 3-4 օրը, Իմունիզացիայի ազգային ծրագրին համապատասխան կանխարգելիչ պատվաստումները և Ազգային ծրագրի շրջանակներում նորածնային սկրինինգները կատարելուց հետո:
3. Նորածնի դուրս գրումից առաջ բժիշկը ևս մեկ անգամ ծննդկանին ապահովում է նորածնի խնամքի և սնուցման վերաբերյալ բավարար տեղեկատվությամբ՝ իրազեկելով մորը նորածնի կյանքի համար վտանգի այն նշանների մասին, որոնց դեպքում անհապաղ անհրաժեշտ է դիմել բուժաշխատողին, տրամադրելով համապատասխան բովանդակությամբ հուշաթերթիկ, համաձայն ՀՀ ԱՆ 20.12.2010թ. N 37-Ն հրամանի 6-րդ հավելվածի: Հուշաթերթիկի տրամադրման փաստը վավերացվում է նորածնի վարման քարտում՝ մոր կողմից գրառումով և ստորագրությամբ:
4. Նորածնի դուրս գրումից առաջ պարտադիր է հետադարձ կապի ապահովումը մանկական ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության հետ, ինչը վավերացվում է ծննդաբերության և նորածնի վարման քարտում համապատասխան գրառում կատարելով: Այդ նպատակով.
  - նորածնի ծնվելու մասին (ցանկալի է դուրս գրվելուց 1-2 օր առաջ) ծննդատունը ծնողի/հարազատի միջոցով գրավոր (գրության ձևանմուշը ըստ ՀՀ ԱՆ 20.12.2010թ. N 37-Ն հրամանի 5-րդ հավելվածի) և/կամ հեռախոսագրով (գրավոր տեղեկացման անհնարինության դեպքում) տեղեկացնում է նորածնին սպասարկող տեղամասային մանկաբույժին/ընտանեկան բժշկին կամ, ըստ բնակավայրի, տարածքային սպասարկման հաստատության տնօրինությանը (եթե բժիշկը դեռևս ընտրված չէ) դուրս գրվող նորածնի վերաբերյալ,
  - տարածքային սպասարկման բժշկական կազմակերպության (բժշկի) կողմից նորածնի վերաբերյալ տեղեկացված լինելու փաստը վավերացվում է գրավոր և հետադարձ կտրոնը ծնողի կողմից վերադարձվում է ծննդատուն ու փակցվում նորածնի վարման քարտում,
  - հեռախոսագրով տեղեկատվության հաղորդման դեպքում

կատարվում է համապատասխան գրառում նորածնի պատմության մեջ, նշելով հեռախոսագիր ստացողի անունը, ազգանունը և պաշտոնը,

- այն դեպքերում, երբ տեղեկատվության հաղորդումը և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպության հետ հետադարձ կապի ապահովումն անհնար է, ծննդատունը դուրս գրված նորածինների և ծննդկանների վերաբերյալ (բնակության հասցեի նշումով) յուրաքանչյուր շաբաթվա վերջում տեղեկացնում է մարզային առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչություն, իսկ Երևանի բնակիչների դեպքում քաղաքապետարանի առողջապահության վարչություն: Ծննդատան տնօրինությունը գործընթացի կազմակերպման և համակարգման համար նշանակում է պատասխանատու անձ:
- 5. Առողջ նորածնի դուրս գրումը իրականացվում է ՀՀ ԱՆ 20.12.2010թ. N 37-Ն հրամանի 7-րդ հավելվածով սահմանված չափանիշներին համապատասխան: Ցածր քաշով նորածինների դուրս գրումն իրականացվում է մարմնի 1800գ և ավելի զանգվածի (առանձին դեպքերում նաև ավելի ցածր, սակայն ոչ պակաս 1500գ) դեպքում, ՀՀ ԱՆ 20.12.2010թ. N 37-Ն հրամանի 8-րդ հավելվածով սահմանված չափանիշներին համապատասխան:
- 6. Նորածնի դուրս գրման ժամանակ պարտադիր լրացվում է նորածնի փոխանակման քարտ (ձևը հաստատված է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրամանով), որը փոխանցվում է նորածնին սպասարկող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական հաստատություն՝ նորածնի ծնողի/հարազատի կամ բուժհաստատության աշխատակցի միջոցով, ինչի վերաբերյալ կատարվում է գրառում նորածնի վարման քարտում: Այն դեպքերում, երբ մայրն անձը հաստատող փաստաթուղթ չի ներկայացնում, փոխանակման քարտում մոր անվանական տվյալների դիմաց կատարվում է գրառում՝ ըստ մոր հայտարարության:
- 7. Ծննդատունը իրականացնում է նորածնի դուրս գրումը վերջինիս ծնունդը քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման մարմիններում գրանցվելուց հետո, որի վերաբերյալ կատարվում է համապատասխան գրառում նորածնի վարման քարտում՝ նշելով ծննդյան վկայականի համարը, գրանցման ժամանակը և վայրը:
- 8. Առանձին դեպքերում, երբ օրենսդրությամբ սահմանված ընթացակարգով քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման մարմիններում ծննդի գրանցումը օբյեկտիվ պատճառներով հնարավոր չէ, նորածինը դուրս է գրվում, սակայն ծննդի չգրանցման վերաբերյալ բուժող բժշկի կողմից կատարվում է համապատասխան գրառում նորածնի զարգացման պատմության մեջ, որը վավերացվում է բաժնի վարիչի կողմից:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱՆԵՈՆԱՏՈՒՈՑԻԱԿԱՆ ՍՏԱՑԻՈՆԱՐ  
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ  
ԵՎ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ  
ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ



Տպագրված է «ԱՍՈՂԻԿ» հրատարակչության տպարանում:  
Ք. Երևան, Սայաթ-Նովա 24 (գրասենյակ)  
Հեռ. (374 10) 54 49 82, 62 38 63  
Էլ. փոստ [info@asoghik.am](mailto:info@asoghik.am)