

Հավելված 1
ՀՀ Առողջապահության նախարարի
«05» դեկտեմբերի 2016 թ. N 3593 - Ա հրամանի

ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

Կլինիկական ուղեցույց
Սեպտեմբեր 2016

Կլինիկական ուղեցույցը հաստատվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016թ. թիվ
????- ? հրամանով:

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

Աշխատանքային խմբի անդամները չեն ունեցել որևէ կոմերցիոն շահագրգռվածություն կամ այլ շահերի բախում դեղագործական ընկերությունների կամ բուժօգնության արտադրող/վաճառող ընկերությունների հետ: Կլինիկական ուղեցույցի դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի, Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի և ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 1 և 2 ամբիոնների կողմից: Ուղեցույցը նախատեսված է բուժաշխատողների համար:

Աշխատանքային խմբի ղեկավար՝

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ., պրոֆ.

Աշխատանքային խմբի անդամներ՝

Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., պրոֆ.

Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց.

Գյուլխասյան Վ.Մ., բ.գ.թ., դոց.

Հարությունյան Ա.Գ., MD, MPH

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

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

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

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

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

ISBN

Հապավումներ

ԱՊԵ	Արգանդի պարանոցի երկարություն
ԲԽՍ	Բ խմբի ստրեպտոկոկ
ԲՎ	Բակտերիալ վագինոզ
ԳԶՀ	Գերձայնային հետազոտություն
ԶՃ	Զարկերակային ճնշում
ԻՎԾ	Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերություն
ԿՏԳ	Կարդիոտոկոգրաֆիա
ՀՌ	Հարաբերական ռիսկ
մ/մ	Միջմկանային
ՄՀԿ	Միջճննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելում
ՄՄՀ	Մանրադիտակային մանրէաբանական հետազոտություն
ն/ե	Ներերակային
ՇԴՀ	Շնչառական դիսթրես համախտանիշ
ՈՍՀԴ	Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ
ՊԹ	Պտղաթաղանթներ
ՊՄԺՊ	Պտղաթաղանթների մինչճննդաբերական ժամկետային պատռում
ՊՄՎՊ	Պտղաթաղանթների մինչճննդաբերական վաղաժամ պատռում
ՊՍԶՀ	Պտղի սրտի զարկերի հաճախություն
ՎԾ	Վաղաժամ ծննդաբերություն
ՏՎԳՀ	Տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտություն
ՖՖՆ	Ֆետալ ֆիբրոնեկտին
22/ր	Շնչառական շարժում/ րոպեում
17P	17 ալֆա-հիդրոպրոգեստերոնի կապրոատ

Տերմինների սահմանումներ

Հավանականության հարաբերություն (ՀՀ) Ցանկացած կլինիկական դրսևորման ՀՀ-ը հիվանդ անձանց մոտ սույն դրսևորման հավանականությունն է՝ բաժանած առողջ անձանց մոտ նույն դրսևորման հավանականությանը:

$$\llcorner \llcorner = \frac{\text{դրսևորման հավանականությունը հիվանդների մոտ}}{\text{դրսևորման հավանականությունն առողջների մոտ}}$$

Տեղեկացված ընտրություն

Երբ պացիենտը հնարավորություն ունի ինքնուրույն ընդունելու իր առողջության հետ կապված որոշումները՝ առողջության պահպանման բոլոր հնարավոր տարբերակների մասին բավարար, ապացուցողական տեղեկատվություն ստանալուց հետո՝ երրորդ անձանց կողմից ցանկացած տեսակի ճնշման բացակայության և ողջ տեղեկատվության մատչելիության պարագայում:

**Շանսերի
հարաբերություն**

Հարաբերություն, որը համեմատական ուսումնասիրության միջոցով սահմանում է փոխկապվածությունը որևէ ազդեցության և դրա հետևանքով առաջացած առողջական վիճակի փոփոխության միջև.

- $\text{ՇՀ}=1$ – Ազդեցությունը ելքի շանսերում փոփոխություն չի առաջացնում:
- $\text{ՇՀ}>1$ – Ազդեցությունը առնչվում է ելքի շանսերի մեծացման հետ:
- $\text{ՇՀ}<1$ – Ազդեցությունը առնչվում է ելքի շանսերի փոքրացման հետ:

**Վաղաժամ ծննդաբերության ախտանիշներով
ընդունված բոլոր հղիներ**

Անամնեզ

- Ընդհանուր բժշկական, վիրաբուժական, գինեկոլոգիական, սոցիալական

Ախտանիշների գնահատում

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

Զննում

- Կենսական ցուցանիշներ
- Որովայնի շոշափում
- Պտղի վիճակի գնահատում – ՊՍԶ, ԿՏԳ
- Զննում հայելիներով
 - Պտղաթաղանթների պատռում
 - Պարանոցի/ՊԹ-ի վիճակի գնահատում
 - Հեշտոցի քսուք
 - ՖՖՆ թեստ
- Հեշտոցի/անոռեկտալ ԲՄՍ քսուք
- Պարանոցի բացում
 - Մատնային հեշտոցային զննում՝ ՊԹ պատռման և ընկերքի առաջադրության բացակայության պարագայում
- Հնարավորության դեպքում՝ գերձայնային հետազոտում
 - Պտղի աճ և ընդհանուր վիճակ
- Լաբորատոր քննություններ
 - Քսուք հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար
 - Քսուք (հեշտոցից+անայ) ԲՄՍ-ի համար
 - Մեզի միջին չափաբաժին ՄՄՀ համար:

Եթե

- ՖՖՆ > 50 նգ/մլ կամ
- Պարանոցի բացում կամ
- Պարանոցի փոփոխություն 2-4 ժամվա ընթացքում կամ
- ՊԹ-ի պատռում կամ
- Կանոնավոր և ցավոտ կծկանքներ կամ
- Լրացուցիչ հետազոտության կարիք կամ
- Մոր կամ պտղի վիճակի հետ կապված այլ խնդիրներ

Եթե 48-72 ժամվա ընթացքում

- 50 նգ/մլ-ից ցածր ՖՖՆ և
- Նորմալ կենսական ցուցանիշներ հղիի մոտ;
- Հղիության ժամկետին համապատասխան ՊՍԶ, ԿՏԳ արդյունքներ;
- Խորհրամանիոնիտի ախտանիշների բացակայություն;
- Ոչ հաճախակի/անկանոն կծկանքներ;
- Պարանոցի նվազագույն փոփոխություն կամ փոփոխության բացակայություն:

Դուրսգրում

- Տրամադրել տեղեկատվություն ախտանիշների և բուժհաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակի վերաբերյալ;
- Պլանավորել հետագա գործողությունները ըստ ցուցումների:

Հղիի տեղափոխում

- ՎՕ ռիսկի դեպքում պտղի կենսունակության շեմին հասած հղիների տեղափոխում նորածնային ինտենսիվ խնամքի հնարավորություններով պերինատալ կենտրոն:

Նախածննդային կորտիկոստերոիդներ (24-34 շաբաթ)

- Դեքսամեթազոն՝ 6 մգ-ոց չորս դեղաչափ, մ/մ, 12 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր՝ 24 մգ) կամ
- Բետամեթազոն՝ 12 մգ-ոց 2 դեղաչափ, մ/մ, 24 ժամ ընդմիջումով (ընդհանուր՝ 24 մգ):
- Կրկնել, եթե անցկացված կորտիկոստերոիդային կանխարգելումից 7 օր հետո ՎՕ ռիսկը պահպանվում է:

Տոկոլիզ

- Նիֆեդիպին՝ 20 մգ հաբեր:
- Եթե 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել նիֆեդիպին՝ 20 մգ:
- Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել նիֆեդիպին՝ 20 մգ:
- Կիրառել պահպանիչ թերապիա՝ 10-20 մգ ամեն 6 ժամը մեկ 48 ժամվա ընթացքում:
- Անհրաժեշտության դեպքում դիտարկել այլ տոկոլիտիկների կիրառում (ինդոմետացին, հեքսոպրենալին):

Հակաբիոտիկներ

- Նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում ԲՄՍ-ի դրական պատասխանի դեպքում՝ ինտրանատալ հակաբիոտիկային կանխարգելում (ԲՄՍ ՄՀԿ):
- ԲՄՍ-ի անհայտ կարգավիճակի դեպքում՝ ԲՄՍ ՄՀԿ ամբողջ ծննդաբերության ընթացքում,
 - դադարեցնել ԲՄՍ ՄՀԿ, եթե ՎՕ վտանգ այլևս չի սպառնում,
 - դադարեցնել ԲՄՍ ՄՀԿ, եթե ԲՄՍ-ի ստացված արդյունքը բացասական է:
- Խորիռամանիոնիտի կամ ՊՄՎՊ ախտանիշների դեպքում:

Մագնեզիումի սուլֆատը ներոպրոտեկցիայի նպատակով (24-32 շաբաթ)

- Սկսված կամ սպառնացող կամ պլանային ծննդաբերություն՝ առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում;
- Սկզբնական դեղաչափ՝ 4գ ն/ե րոլուս 20-30 րոպեի ընթացքում;
- Դիտարկել պահպանիչ դեղաչափ 1 գ/ժ կամ 24 ժամվա ընթացքում կամ մինչև ծննդաբերությունը՝ կախված առաջնահերթությունից:

Ծննդալուծման եղանակ

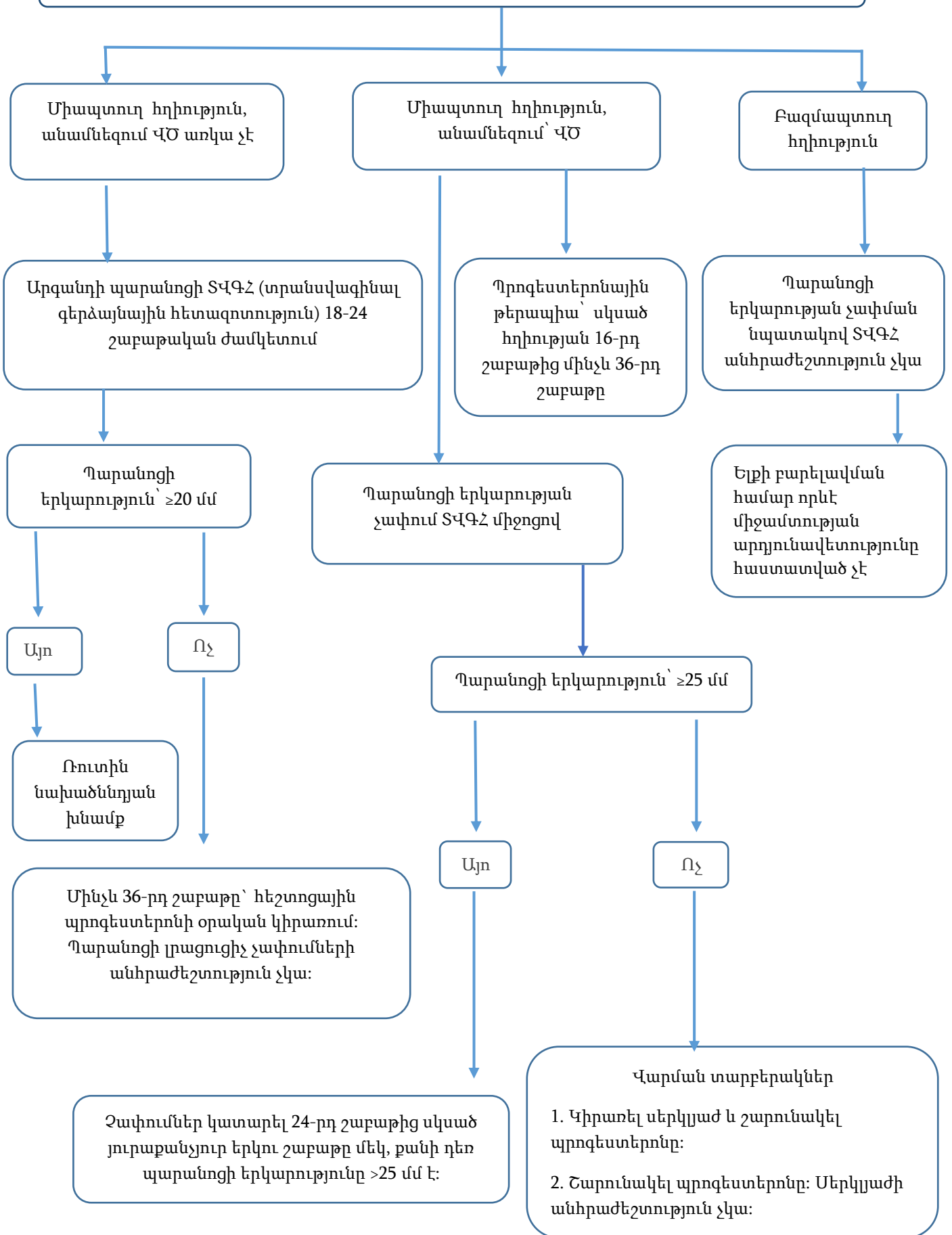
- Գլխային առաջադրության դեպքում խորհուրդ է տրվում ծննդաբերություն բնական ճանապարհով, եթե չկան կեսարյան հատման ցուցումներ:
- Կոնքային առաջադրության յուրաքանչյուր դեպքում որոշումը կախված է մանկաբարձական իրավիճակից և մոր նախապատվությունից:

Վարումը սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո

- Խնամքի պլանավորում համաձայն կլինիկական իրավիճակի;
- Հղիի և պտղի վիճակի գնահատում;
- Դուրսգրում ցուցանիշների կարգավորման դեպքում;
- Բուժհաստատություն դիմելու ճիշտ ժամանակի մասին տեղեկատվության տրամադրում;
- Հետագա գործողությունների պլանավորում և հսկողության սահմանում:

Դիտարկել որպես կլինիկական ցուցում

Ե՞րբ և ի՞նչ հաճախականությամբ պետք է չափել արգանդի պարանոցի երկարությունը



Բովանդակություն

1. Ներածություն	8
2. Ռիսկի գնահատում	9
3. Ռիսկի նվազեցում	10
3.1. Անկողնային ռեժիմ.....	10
3.2. Պրոգնոստերոնային թերապիա.....	11
3.3. Արգանդի պարանոցի սերկյած.....	12
4. Վաղաժամ ծննդաբերության կլինիկական գնահատում	13
4.1. Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում	13
4.2. Հոսայիտալացում, բուժում և դուրսգրում	14
5. Վաղաժամ ծննդաբերության վարում	15
5.1. Խնամքի պլանավորում	15
5.2. Հղիի տեղափոխում	16
5.3. Նախածննդյան կորտիկոստերոիդներ	16
5.4. Տոկոլիզ.....	18
Նիֆեդիպին.....	19
Ինդոմետացին	20
Հեքսոպրենալին	21
Ատոսիբան	22
Մագնեզիումի սուլֆատ.....	22
5.5. Հակաբիոտիկներ	22
5.6. Մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով	23
5.7. Վաղաժամ ծննդաբերության եղանակ	26
6. Խնամք՝ սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո.....	27
Հավելված Ա. Ֆետալ ֆիբրոնեկտինի թեստ*	28
Հավելված Ա1. Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության կանխատեսումը ֆետալ ֆիբրոնեկտինի կատեգորիաների հիման վրա	29
Հավելված Բ. ՎՕ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում	29
Հավելված Գ. ՎՕ ռիսկ որոշ ինֆեկցիաներով ընթացող հղիության ժամանակ	29
Հավելված Դ. ՎՕ կանխարգելման նպատակով պրոգնոստերոնային թերապիայի համար հղիների ընտրություն	30
Հավելված Ե. ՎՕ կանխարգելման համար պրոգնոստերոնի կիրառման եղանակներ ըստ տարբեր ուղեցույցների.....	31
Հավելված Զ. Արգանդի պարանոցի երկարություն և ՎՕ ռիսկ.....	32
Հավելված Է. Ապացույցների մակարդակը և առաջարկությունների վարկանիշները	33
Օգտագործված գրականության ցանկ.....	34

1. Ներածություն

Վաղաժամ ծննդաբերություն է (ՎՕ) համարվում երեխայի ծնունդը մինչև հղիության 37 շաբաթական ժամկետը: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը սահմանում է վաղաժամ ծննդաբերության տարբեր փուլեր ըստ հղիության ժամկետի.

մինչև 28-րդ շաբաթը (27 շաբաթ + 6 օր ներառյալ) ծնվում է անհաս երեխաների գրեթե 5%-ը (խորը անհասունություն)՝ մինչև 1000 գ քաշով (ծայրահեղ ցածր քաշ), թոքերի խիստ արտահայտված թերհասունությամբ (արդյունավետ է համարվում շնչառական դիսթրես համախտանիշի կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումը): Կանխատեսվումը խիստ անբարենպաստ է և պերինատալ հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները չափազանց բարձր են:

28-30 շաբաթական + 6 օր – ծնվում է անհաս երեխաների 15%-ը (ծանր անհասունություն)՝ մինչև 1500 գ քաշով (շատ ցածր քաշ), անհաս թոքերով, որոնց հասունացումը հաջողվում է արագացնել կորտիկոստերոիդների օգնությամբ: Ծննդաբերության ելքը պտղի համար ավելի բարենպաստ է:

31-33 շաբաթական + 6 օր – ծնվում է անհաս երեխաների մոտավորապես 20%-ը (միջին աստիճանի անհասունություն):

34-36 շաբաթական + 6 օր – ծնվում է անհաս երեխաների 70%-ը (ժամկետին մոտ): Պտղի թոքերը գրեթե հասուն են և դրանց հասունացման խթանման համար հատուկ միջոցների կիրառման անհրաժեշտություն չկա: 34-37-րդ շաբաթների ընթացքում ծնված նորածինների հիվանդացությունը ինֆեկցիոն հիվանդություններով զգալիորեն ավելի ցածր է, քան ավելի վաղ ժամկետում ծնվածների մոտ: Հղիության երկարաձգումն այս ժամկետներում չունի որևէ էական ազդեցություն պերինատալ մահացության ցուցանիշների վրա:

Անհաս նորածինների մոտ բարձր է հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը: Նրանք, որոնց կյանքը հաջողվում է փրկել, կարող են հայտնվել հաշմանդամության և կյանքի ցածր որակի ռիսկային խմբում, եթե անհրաժեշտ բուժում չստանան: Վաղաժամ ծննդաբերության բարդությունները հանդիսանում են նորածնային մահացության առաջին և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության երկրորդ հիմնական պատճառը: Ամեն տարի մոտ 15 մլն երեխա ծնվում է վաղաժամ (դա ավելի է, քան 10 նորածիններից 1-ը): Շուրջ 184 երկրներում վաղաժամ ծննդաբերությունների ցուցանիշը տատանվում է 5-ից մինչև 18%: Ամեն տարի գրեթե 1 միլիոն երեխա մահանում է վաղաժամ ծննդաբերության բարդությունների հետևանքով: Նրանց, որոնք հաղթահարում են հիվանդությունը և շարունակում են ապրել, հաճախ սպառնում է ցկյանս հաշմանդամություն, այդ թվում՝ ուսման դժվարություններ, տեսողական և լսողական խնդիրներ: Հավաստի տվյալներ ներկայացնող գրեթե բոլոր երկրներում աճում է վաղաժամ ծննդաբերությունների թիվը:

Սույն ուղեցույցի նպատակն է ներկայացնել այն միջամտությունները, որոնց շնորհիվ հնարավոր է մեծացնել անհաս նորածինների ապրելու շանսերը և բարելավել նրանց առողջական վիճակը, եթե վաղաժամ ծննդաբերությունը անխուսափելի է, ինչպես նաև իրագրել վաղաժամ ծննդաբերությունը կանխարգելելու, ռիսկը նվազեցնելու և հայտնի ռիսկի գործոնների ազդեցությունը նվազագույնի հասցնելու միջոցների մասին (օր.՝ պրոգեստերոնի կիրառում, պարանոցի սերկյաժ):

2. Ռիսկի գնահատում

Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության (ԻՎԾ) դեպքերի գրեթե կեսում պատճառը մնում է անհայտ, և չնայած որ հայտնի են շատ գործոններ, որոնք զուգակցվում են ԻՎԾ հետ, հարաբերականորեն փոքր է այս հարցի շուրջ անցկացված բարձր մակարդակի հետազոտությունների թիվը: Ավանդական ռիսկի գործոններ ունեցող կանանց մեծամասնությունը վաղաժամ չի ծննդաբերում, մինչդեռ վաղաժամ ծննդաբերող կանանցից շատերի մոտ հայտնաբերված չի լինում ռիսկի և ոչ մի գործոն:

Ասպեկտ	Վաղաժամ ծննդաբերության հետ զուգակցվող ռիսկի գործոններ
Տեղեկություններ մոր վերաբերյալ	<ul style="list-style-type: none"> • Մոր տարիք՝ <18 կամ >35տ • Ծխախոտի օգտագործում • Հոգեբանական սթրեսի բարձր մակարդակ (ամուսնալուծություն, մահ, ընտանեկան բռնություն) • Ուշացած նախածննդյան խնամք կամ դրա լրիվ բացակայություն • Ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ • Բարձր կամ ցածր մարմնի զանգվածի ինդեքս (ՄՁԻ)
Հիվանդություններ և հղիության պայմաններ	<ul style="list-style-type: none"> • Արգանդի կարճ պարանոց • Կարճ ընդմիջում հղիությունների միջև • Անամնեզում՝ ՎԾ <ul style="list-style-type: none"> ○ Նախկինում տեղի ունեցած ՎԾ-ն հանդիսանում է ռիսկի հիմնական գործոն հետագայում կրկնվող ՎԾ-ների համար, որոնք, որպես կանոն, պատահում են հղիության նույն ժամկետներում: ○ Կրկնվող ՎԾ-ի հաճախականությունը կազմում է 15-30% առաջին ՎԾ-ից հետո և հասնում է 60%-ի՝ երկրորդ ՎԾ-ից հետո (տես Հավելված Բ): • Անամնեզում՝ արբորտ • Սեռական ուղիների վարակներ (տես Հավելված Գ) • Բակտերիալ վագինոզ (կրկնապատկում է ՎԾ ռիսկը) • Միզուղիների վարակներ • Հեշտոցային արյունահոսություն հղիության վաղ շրջանում • Օժանդակ վերարտադրողական միջամտություն (կրկնապատկում է ՎԾ ռիսկը) • Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում • Արգանդի պարանոցի վիրաբուժական միջամտություններ • Արգանդի անոմալիաներ • Գերջրություն/սակավաջրություն • Բազմապտուղ հղիություն (երկվորյակների 60%-ը ծնվում է անհաս) • Քրոնիկ հիվանդություններ (հիպերտոնիա, երիկամային անբավարարություն, 1-ին տիպի շաքարային դիաբետ, որոշ աուտոիմունային հիվանդություններ և ոչ ֆիզիոլոգիական անեմիա) • Հղիությամբ պայմանավորված հիվանդություններ (պրեէկլամպսիա, նախածննդյան արյունահոսություն) • Պտղի հետ կապված խնդիրներ <ul style="list-style-type: none"> ○ Որոշ բնածին անոմալիաներ և աճի դանդաղումներ հանդիսանում են ռիսկի գործոններ ինքնաբեր և ցուցված վաղաժամ ծննդաբերության համար • Որովայնի խոռոչի վիրահատություն հղիության ընթացքում • Թերսնուցում • Շրջակա միջավայրի գործոններ (շոգ եղանակ, օդի աղտոտվածություն) • Բիոմարկերներ (հեշտոցային արտադրության մեջ ֆՖՆ բարձր մակարդակ)*

* Չի կիրառվում Հայաստանում (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Հավելված Ա):

3. Ռիսկի նվազեցում

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Խորհուրդներ	<ul style="list-style-type: none"> • Կատարել ռիսկի գործոնների գնահատում նախքան հղիության պլանավորումը: • Անցկացնել նախորդ հղիությունների համակողմանի վերլուծություն, քանի որ ռիսկի հիմնական գործոնը նախկին ԻՎՕ-ն է: • Տեղեկացնել կանանց ռիսկի փոփոխման ենթակա գործոնների մասին. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ծխախոտից հրաժարումը 18%-ով նվազեցնում է ՎՕ-ի հաճախականությունը: ◦ Քրոնիկ հիվանդությունների վերահսկման օպտիմալացումը նվազեցնում է ռիսկը: ◦ Կենսակերպ (հավասարակշռված դիետա, սթրեսի կառավարում):
Բակտերիալ վագինոզ (ԲՎ)	<ul style="list-style-type: none"> • ԲՎ զուգակցվում է ՎՕ բարձր ռիսկի հետ: Այն կանայք, որոնց մոտ բացակայում են ԲՎ-ի ախտանիշները և նրանք, որոնց մոտ չեն հայտնաբերվել ՎՕ ռիսկի գործոններ, բակտերիալ վագինոզի հայտնաբերման համար ռուտին սկրինինգի անցկացման կամ բուժման կարիք չունեն: • Սկրինինգի և բուժման անցկացումը նպատակահարմար է այն կանանց պարագայում, որոնց անամնեզում առկա է ՎՕ կամ գոյություն ունեն ռիսկի այլ գործոններ: Հղի և ոչ հղի կանանց համար կիրառվում են նույն ախտորոշիչ չափանիշները: • ԲՎ թերապիան հղիների մոտ անց է կացվում, սկսած հղիության երկրորդ եռամսյակից, 7 օրվա ընթացքում՝ օրական երկու անգամ ներքին ընդունման 500 մգ մետրոնիդազոլով կամ 300 մգ կլինդամիցինով: Տեղային (հեշտոցային) թերապիայի կիրառումը այս նպատակով ցուցված չէ:
Բակտերիուրիա	<ul style="list-style-type: none"> • Անախտանիշ բակտերիուրիան կարող է զուգակցվել ՎՕ բարձր ռիսկի հետ: • Միզուղիների բորբոքումը կարող է հանգեցնել վաղաժամ ծննդաբերության: • Բոլոր կանանց խորհուրդ է տրվում պարբերաբար սկրինինգ անցնել՝ բակտերիուրիայի հայտնաբերման և բուժման նպատակով:
Արգանդի պարանոցի երկարության (ԱՊԵ) չափում	<ul style="list-style-type: none"> • Անամնեզում ՎՕ ունեցող կանանց համար պետք է դիտարկել ԱՊԵ պարբերական չափումներ ՏՎԳՀ միջոցով: • ՏՎԳՀ-ն, որպես ՎՕ ռիսկի բացահայտման մեթոդ, ցածր ռիսկի խմբի կանանց պարագայում ներկայումս խորհուրդ չի տրվում: • <i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Գլուխ 4.1:</i>

3.1. Անկողնային ռեժիմ

Անկողնային ռեժիմն ավանդաբար ցուցվել է ՎՕ ռիսկի առկայության դեպքում, սակայն Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջը, Մոր և պտղի ամերիկյան բժշկական ասոցիացիան, Կանանց և երեխաների առողջության ազգային համագործակցության կենտրոնը՝ Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի հետ համատեղ նշում են, որ հղիության ընթացքում մայրերի կամ նորածինների առողջության բարելավման նպատակով կիրառվող ակտիվության սահմանափակումը կամ անկողնային ռեժիմը հիմնավորված չէ փաստացի տվյալներով և որ անկողնային ռեժիմի արդյունավետությունը ՎՕ կանխարգելման գործում ապացուցված չէ, ուստի դրա ռուտին կիրառումը խորհուրդ չի տրվում (B մակարդակի ապացույց): Բացի այդ, ակտիվության սահմանափակումը և անկողնային ռեժիմը զուգակցվում են մի շարք պոտենցիալ ռիսկերի, այն է՝ երակային թրոմբոզի, մկանային ատրոֆիայի հավանականության բարձրացման, ոսկրամկանային և սրտանոթային համակարգերի խանգարումների, քաշի կորստի, կնոջ և նրա ընտանիքի անդամների մոտ սթրեսի զգալի աճի հետ:

3.2. Պրոգնոստերոնային թերապիա

Պրոգնոստերոնի կիրառումը նվազեցնում է ՎՕ ռիսկը միապտուղ հղիությունների մոտավորապես մեկ-երրորդում այն կանանց մոտ, որոնց անամնեզում առկա է միապտուղ ԻՎՕ, և որոնց մոտ ընթացիկ հղիության ժամանակ գերձայնային հետազոտության միջոցով ախտանշվել է արգանդի կարճ պարանոց: Պրոգնոստերոնի արդյունավետությունը ՎՕ կանխարգելման գործում մեծապես կախված է հղիների ճիշտ ընտրությունից (տես Հավելված Դ): Բացի այդ, լաբորատորային և կենդանիների փորձատական հետազոտությունները վկայում են, որ պրոգնոստերոնի տեսակը, դեղաձևը, դեղաչափը և ներմուծման եղանակը նույնպես ազդում են նրա կիրառման արդյունավետության վրա: Սակայն, մի շարք հեղինակավոր ուղեցույցների կողմից առաջարկվող ներմուծման եղանակների, ժամկետների և դեղաչափերի միջև եղած տարբերությունները աննշան են (տես Հավելված Ե): Պրոգնոստերոնի կիրառումը նաև նվազեցնում է նորածինների հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը:

	ՎՕ ռիսկի խումբ	Տեսակ և դեղաչափ	Տևողություն
Պրոգնոստերոնային թերապիա	Միապտուղ հղիություն, անամնեզում՝ միապտուղ ԻՎՕ, նորմալ ԱՊԵ	Շաբաթական 250 մգ հիդրոքսիպրոգնոստերոնի կապրատ ն/ե կամ օրական՝ 100 մգ ներհեշտոցային պրոգնոստերոն	Հղիության 16-24-րդ շաբաթից սկսած մինչև 34-36-րդ շաբաթը, կամ մինչև ՊՄՎՊ-ն կամ մինչև ծննդաբերությունը՝ կախված
	Միապտուղ հղիություն, անամնեզում ԻՎՕ առկա չէ, մինչև 24 շաբաթական ժամկետը ՏՎԳՀ միջոցով ախտանշվել է կարճ ԱՊԵ (≤20 մմ)	Օրական՝ 200 մգ ներհեշտոցային պրոգնոստերոն	առաջնահերթությունից
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Հորմոնազգայուն քաղցկեղ • Անվերահսկելի հիպերտենզիա • Լյարդային դիսֆունկցիա կամ լյարդի հիվանդություն • Անամնեզում՝ առկա, կամ հաստատված, կամ կասկածվող կրծքի կամ սեռական օրգանների կարցինոմա 		
Զգուշացում	<ul style="list-style-type: none"> • Անամնեզում/ընթացիկ տրոմբոֆլեբիտ կամ երակային տրոմբոէմբոլիկ խանգարումներ • Անամնեզում՝ դեպրեսիա 		

Առաջարկություններ

ԻՎՕ կրկնման ռիսկի նվազեցման նպատակով այն կանանց, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է և անամնեզում միապտուղ ԻՎՕ, ցուցվում է պրոգնոստերոն՝ սկսած 16-24 շաբաթական ժամկետից՝ անկախ պարանոցի ընթացիկ երկարությունից: A

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

Պրոգնոստերոնային թերապիան չի նվազեցնում ՎՕ հաճախականությունը երկպտուղ կամ եռապտուղ հղիության պարագայում, ուստի այն ցուցված չէ որպես բազմապտուղ ՎՕ կանխարգելման միջոց: A

3.3. Արգանդի պարանցի սերկյած

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> Համապատասխան կիրառման, տեխնիկայի և ժամանակի ճիշտ ընտրության դեպքում սերկյածը (պարանցի շրջակարը) զգալիորեն նվազեցնում է ՎՕ ռիսկը, ինչպես նաև նորածինների հիվանդացության և մահացության հաճախականությունը: Պետք է հաշվի առնել անհատական կլինիկական հանգամանքները և պրոցեդուրայի իրականացման հետ կապված հնարավոր լուրջ ռիսկերը:
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> Սկսված վաղաժամ ծննդաբերություն Խորիռամնիոնիտի կլինիկական ախտանշանների առկայություն Հեշտոցային արյունահոսություն ՊՄՎՊ Պտղի սպառնացող վիճակի ախտանշաններ Կյանքի հետ անհամատեղելի պտղի արատ Պտղի ներարգանդային մահ
Խորհուրդ չի տրվում, եթե առկա է՝	<ul style="list-style-type: none"> Պարանցի ներքին օդի լայնացում, եթե առկա չէ պարանցի կարճացում մինչև 25 մմ կամ ավելի: Պատահականորեն հայտնաբերված կարճ պարանց և անամնեզում առկա չէ ՎՕ կամ ուշ վիժում: Բազմապտուղ հղիություն (նույնիսկ վտանգավոր է):
Բարդություններ	<ul style="list-style-type: none"> Սերկյածի տեղադրումը զուգակցվում է մոր մոտ տենդի առաջացման ռիսկի կրկնապատկման հետ, սակայն չի հանգեցնում խորիռամնիոնիտի ռիսկի մեծացմանը: Գոյություն ունի փոքր ռիսկ, որ սերկյածի իրականացման ժամանակ կարող են տեղի ունենալ միզապարկի վնասման, պարանցի վնասվածքի, պտղաթաղանթի պատռման և արյունահոսության դեպքեր: Շիրոդկարի սերկյածի հեռացման համար պահանջվում է անզգայացում, ինչը մեծացնում է լրացուցիչ անզգայացման ռիսկը: Սերկյածը կարող է զուգակցվել պարանցի պատռման/վնասման ռիսկի հետ, եթե ինքնաբեր ծննդաբերական գործունեությունը սկսվում է մինչ սերկյածի հեռացումը:

Առաջարկություններ

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

A

Այն կանանց, ովքեր անամնեզում ունեցել են երեք կամ ավելի վիժումներ հղիության երկրորդ եռամսյակում կամ ծայրահեղ վաղաժամ ծննդաբերություն, և որոնց մոտ, բացի պարանցային անբավարարությունից, որևէ այլ ռիսկի գործոն չի հայտնաբերվել, առաջարկվում է կիրառել էլեկտիվ սերկյած 12-14 շաբաթական ժամկետում:

A

Սերկյածի կիրառումը կարելի է դիտարկել այն կանանց նկատմամբ, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է, անամնեզում 34-րդ շաբաթից փոքր ժամկետում պատահած ԻՎՕ, կամ պարանցային անբավարարության հավանականություն, եթե մինչև հղիության 24-րդ շաբաթը ԱՊԵ-ն հավասար կամ պակաս է 25 մմ-ից:

A

Չկան բավարար ապացույցներ՝ փաստելու, որ պրոգնոստիկ և սերկյածի համատեղ կիրառումն առավել արդյունավետ է ՎՕ ռիսկի նվազեցման համար ՎՕ բարձր ռիսկի խմբի կանանց մոտ:

B

Սերկյածը կարող է հանգեցնել ՎՕ ռիսկի մեծացմանը երկպտուղ հղիության ժամանակ,

B

ուստի այս պարագայում սերկյաժի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում:

4. Վաղաժամ ծննդաբերության կլինիկական գնահատում

Ասպեկտ	Նկատառումներ
Անամնեզ	<ul style="list-style-type: none"> • Ընդհանուր բժշկական • Վիրաբուժական • Մանկաբարձական • Հոգեբանական և կենսակերպի հետ կապված հանգամանքներ • <i>Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Գլուխ 2</i>
Նախանշաններ և ախտանիշներ	<ul style="list-style-type: none"> • Որպես կանոն, ՎՕ-ին նախորդում են արգանդի պարանոցի հասունացումը (կարճացումը), դեցիդուալ թաղանթի ակտիվացումը, կծկանքների առաջացումը, որոնք զուգակցվում են հետևյալ ախտանշանների հետ. <ul style="list-style-type: none"> ○ Պարանոցի հարթեցում/բացում ○ Ճնշում կոնքի շրջանում ○ Որովայնի ստորին հատվածում ձգող ցավ ○ Մեջքի ստորին հատվածի ցավ ○ Հեշտոցային արտադրություն (լորձ, արյուն կամ պտղաջուր) ○ Արգանդի կանոնավոր կծկանքներ
Զննում	<ul style="list-style-type: none"> • Կենսական ցուցանիշներ • Որովայնի շոշափում՝ արգանդի տոնուսը, կծկանքները, պտղի չափսերը և առաջադրությունը գնահատելու նպատակով • Զննում հայելիներով, որի նպատակն է. <ul style="list-style-type: none"> ○ հաստատել/բացատրել պտղաթաղանթների պատռումը ○ գնահատել պարանոցի/պտղաթաղանթների վիճակը ○ գնահատել պտղաջրերի վիճակը (օր.՝ մաքուր, մեկոնիումի խառնուրդով, արյունոտ) ○ քուրք վերցնել հեշտոցի հետին կամարից ՄՄՀ անցկացնելու համար ○ հակացուցումների բացակայության դեպքում անցկացնել ֆՖՆ թեստ (տես Հավելված Ա) • Հեշտոցից և անոռեկտալ հատվածից քուրք վերցնել B խմբի ստրեպտոկոկի (ԲՄՍ) հայտնաբերման նպատակով <ul style="list-style-type: none"> ○ փորձանմուշ վերցնելու ձողիկը մտցնել հեշտոցի մեջ 2 սմ խորությամբ և ապա նույն ձողիկը մտցնել անուսի մեջ 1 սմ խորությամբ • Գնահատել պարանոցի բացման աստիճանը ներգնման միջոցով՝ հետևյալ հակացուցումների բացակայության դեպքում. <ul style="list-style-type: none"> ○ պտղաթաղանթների պատռում ○ կասկածվող ընկերքի առաջադրություն
Պտղի վիճակի վերահսկում	<ul style="list-style-type: none"> • Պտղի սրտի զարկերի հաճախություն (ՊՍՁՀ) • Պարբերական ԿՏԳ <ul style="list-style-type: none"> ○ պետք է հաշվի առնել հղիության ժամկետը (զգուշությամբ մեկնաբանել ԿՏԳ արդյունքները 28 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի դեպքում) • ԳՁՀ՝ պտղի աճը և վիճակը վերահսկելու համար. <ul style="list-style-type: none"> ○ պտուղների քանակը, առաջադրությունը, պտղաջրերի ծավալը, ընկերքի տեղակայումը
Լաբորատոր հետազոտություն	<ul style="list-style-type: none"> • Քսուրք հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար • Քսուրք ԲՄՍ հայտնաբերման համար • Մեզի միջին չափաքանակ ՄՄՀ համար • Ռուտին անալիզներ (արյան և մեզի)

4.1. Արգանդի պարանոցի երկարության գնահատում

Գոյություն ունի հստակ հակադարձ կապ հղիության միջին ժամկետում ԱՊԵ-ի և ՎՕ ռիսկի միջև: Այս փոխկապվածությունը մասնավորապես ընդգծված է ՎՕ բարձր ռիսկի խմբի կանանց մոտ, ովքեր անամնեզում ունեցել են վիժում կամ արգանդի պարանոցի վիրահատություն: Պարանոցի երկարության չափումն ապահովում է այս ռիսկի կանխատեսման հավաստիությունը:

Ընդհանուր առմամբ, այն կանայք, որոնց մոտ միապտուղ հղիություն է և որոնք անամնեզում ՎՕ չունեն, գտնվում են ՎՕ ցածր ռիսկի խմբում: Սակայն, եթե երկրորդ եռամսյակում արգանդի ստորին սեզմենտի տրանսաբդոմինալ սկանավորման արդյունքում ենթադրվում է կարճ պարանոց կամ որևէ այլ շեղում, ապա առաջանում է ՏՎԳՀ անցկացման անհրաժեշտություն՝ պարանոցի վիճակի մասին առավել հստակ պատկեր ստանալու և դրա երկարությունը հաստատելու համար: Ըստ էության, որքան կարճ է արգանդի պարանոցը և որքան փոքր է հղիության ժամկետը պարանոցի կարճացումը հայտնաբերելու պահին, այնքան մեծ է ՎՕ հավանականությունը (տես Հավելված Զ):

Չկան միասնական չափորոշիչներ՝ սահմանելու համար «կարճ պարանոց» տերմինը: ՎՕ բարձր ռիսկայնության կանանց խմբերի սահմանման համար տարբեր աղբյուրներում օգտագործվել են տարբեր ԱՊԵ-ներ (30մմ-ից, 25մմ-ից, 20մմ-ից կամ 15մմ-ից պակաս երկարություն)՝ սովորաբար հայտնաբերված մինչև հղիության 24-րդ շաբաթը:

Սույն ուղեցույցում «կարճ պարանոց» տերմինը սահմանվում է հետևյալ կերպ.

- ≤20 մմ - հայտնաբերվել է 16-24 շաբաթական ժամկետում և անամնեզում ՎՕ առկա չէ,
- ≤25 մմ – հայտնաբերվել է 16-24 շաբաթական ժամկետում և անամնեզում առկա է ՎՕ:

Այս մոտեցումն ընդունվել է փորձառական միջամտությունների արդյունքների հիման վրա (Fonseca E. et al. 2007, Crane JM et al, 2008, Hassan et al. 2011), որոնց միջոցով ապացուցվել է տարբեր բուժումների արդյունավետությունը հղի կանանց այս խմբերում: Սույն մոտեցումը համահունչ է Մոր և պտղի ամերիկյան բժշկական կազմակերպության, Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի և Մանկաբարձների և գինեկոլոգների Կանադայի ասոցիացիայի հիմնական սկզբունքների հետ:

Առաջարկություններ

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

B

Միապտուղ հղիության ժամանակ ՎՕ կանխարգելման նպատակով պարանոցի պարբերական չափումները ՏՎԳՀ միջոցով՝ նախկինում վաղաժամ չծննդաբերած կանանց դեպքում, դեռևս վիճելի են, ուստի այս չափումների համատարած կիրառումը ընդունված չէ: Այդուհանդերձ, մի շարք հեղինակավոր ուղեցույցներ առաջարկում են, որ պարանոցի չափումները ՏՎԳՀ միջոցով իրականացվեն բոլոր հղիների մոտ՝ մինչև 24 շաբաթական հղիության ժամկետը: Այս ռազմավարությունը կարող է համարվել ողջամիտ և կիրառվել առանձին հիվանդանոցների և մասնագետների կողմից: Այն կարող է իրականացվել անատոմիական գնահատման նպատակով անցկացվող սոնոգրաֆիայի հետ մեկտեղ:

B

4.2. Հոսպիտալացում, բուժում և դուրսգրում

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

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

* Չի կիրառվում Հայաստանում (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Հավելված Ա):

5. Վաղաժամ ծննդաբերության վարում

Վաղաժամ ծննդաբերության վարման հիմնական միջոցներն են տոկոլիզը և ստերոիդները: Երբեմն հարկ է լինում տեղափոխել կնոջը առավել բարձր մակարդակի բժշկական հաստատություն: Վարման տարբերակները կախված են.

- ռեսուրսների (տեխնիկական և մարդկային) առկայությունից
- հղիության ժամկետից և անհատական կլինիկական վիճակից
- Անհրաժեշտության դեպքում դիմել ավելի բարձր մակարդակի բուժհաստատություն՝ խորհրդատվություն ստանալու և հետագա գործողությունները պլանավորելու համար:

5.1. Խնամքի պլանավորում

Խնամքի ճիշտ պլանավորումը կատարվում է կլինիկական ախտորոշման և համապատասխան

խորհրդակցությունների արդյունքների հիման վրա:

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

5.2. Հղիի տեղափոխում

Կան հստակ ապացույցներ առ այն, որ վաղաժամ ծննդաբերությունների դրական ելքերի հաճախականությունը զգալիորեն ավելի բարձր է, երբ հղիներին տեղափոխում են նորածնային ինտենսիվ խնամքի հնարավորություններով բուժհաստատություն՝ համեմատած հետծննդյան տեղափոխման հետ, որը կատարվում է ծննդալուծումից, վիճակի կայունացումից հետո: Մոր տեղափոխումը համապատասխան ինտենսիվ խնամքի հնարավորություն ունեցող պերինատալ կենտրոն խորհուրդ է տրվում ՎՕ բարձր ռիսկի խմբի, պտղի կենսունակության շեմին հասած հղիության ժամկետում գտնվող կանանց (սկսած 23 շաբաթականից):

Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի «Ծննդոգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը և ըստ բժշկական կազմակերպությունների մակարդակների՝ հղիների/ծննդաբերների ուղեգրման և ընդունելության բժշկական ցուցումներն ու պայմանները հաստատելու մասին» առ 22.01.2013 թ. N 89-Ա հրամանի 22-ից մինչև 34 շաբաթական ժամկետում (պտղի քաշը՝ 500-2000 գ) վաղաժամ (սպառնացող) ծննդաբերությամբ հղիներին հարկավոր է ուղեգրել 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն: Կլինիկական ցուցման դեպքում տեղափոխման ժամանակ կարելի է կատարել տոկոլիզ:

Եթե մոր տեղափոխումը վտանգում է նրա առողջությունը և գոյություն ունի ճանապարհին ծննդաբերելու զգալի ռիսկ, տեղափոխումը հակացուցվում է, և դիտարկվում է տեղում ծննդալուծման և նորածնի տեղափոխման տարբերակը:

5.3. Նախաձեռնյալ կորտիկոստերոիդներ

Նախաձեռնողյան կորտիկոստերոիդների կիրառումը զգալիորեն նվազեցնում է նորածնային մահացության, պտղի շնչառական դիսթրես համախտանիշի և ներփորոքային արյունազեղումների հաճախությունը: Առավել ուսումնասիրված կորտիկոստերոիդներից են բետամեթազոնը և դեքսամեթազոնը, որոնք կիրառվում են նախաձեռնողյան բուժման մեջ պտղի օրգանների հասունացման արագացման նպատակով: Չկա որևէ նշանակալի գիտական ապացույց առ այն, որ ստերոիդներից մեկը նախընտրելի է մյուսից:

Նախաձեռնողյան կորտիկոստերոիդների սահմանված դեղաչափեր

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

*Ուսումնասիրություններ են կատարվել 24-ժամյա սխեմայի (12 մգ-ոց երկու դեղաչափ՝ 12 ժամ ընդմիջումով) առնչությամբ, սակայն դրա արդյունավետությունը չի ապացուցվել:
 **Բետամեթազոն մ/մ Հայաստանում գրանցված չէ:

Առաջարկություններ

- Կորտիկոստերոիդների միանգամյա կուրս նշանակվում է 24-34 շաբաթական հղի կանանց՝ առաջիկա 7 օրվա ընթացքում վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկի առկայության դեպքում: A
- Նախաձեռնողյան կորտիկոստերոիդների կրկնակի կուրս է նշանակվում այն դեպքերում, երբ առաջին կուրսն անց է կացվել առնվազն յոթ օր առաջ, դեռևս առկա է վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկը և չի լրացել հղիության 34 շաբաթը: B
- Նախաձեռնողյան կորտիկոստերոիդների կիրառումը կարող է դիտարկվել ՎԾ ռիսկի խմբում գտնվող 23-ից 23+6 շաբաթական հղիների մոտ: C
- Նախաձեռնողյան կորտիկոստերոիդների կիրառումը առավել արդյունավետ է **ՇՂՀ** կանխարգելման համար այն դեպքերում, երբ ծննդաբերությունը տեղի է ունենում կիրառումից 24 ժամ հետո և մինչև 7-րդ օրը: A
- Կորտիկոստերոիդների կիրառումը առաջին 24 ժամվա ընթացքում նվազեցնում է նորածնային մահացության հավանականությունը, ուստի այն նշանակվում է նույնիսկ այն դեպքերում, երբ ծննդաբերությունն ակնկալվում է 24 ժամից ավելի վաղ: A
- Շաքարախտը չի հանդիսանում հակացուցում նախաձեռնողյան կորտիկոստերոիդներով բուժման համար: D
- Գլյուկոզայի տոլերանտության խանգարումով կամ շաքարախտով տառապող կանայք, ովքեր ստանում են ստերոիդներ, պետք է ապահովվեն ինսուլինի լրացուցիչ քանակով՝ ըստ նախապես համաձայնեցված սխեմայի, և գտնվեն խիստ հսկողության ներքո: D

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

Նախաձննդյան կորտիկոստերոիդների շաբաթական կրկնակի կուրսերը նվազեցնում են նորածնային շնչառական խանգարումների ծանրության աստիճանը և հաճախականությունը, սակայն կարող են հանգեցնել փոքր քաշի և պտղի գլխի փոքր տրամագծի: Շաբաթական կրկնակի կուրսերի կիրառում խորհուրդ չի տրվում:

5.4. Տոկոլիզ

Ասպեկտ	Դիտարկումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> • Տոկոլիտիկների կիրառումը հետաձգում է ծննդաբերությունը և թույլ է տալիս. <ul style="list-style-type: none"> ○ կիրառել կորտիկոստերոիդներ. ○ կիրառել մագնեզիումի սուլֆատ՝ ներդրություն կցիայի նպատակով. ○ տեղափոխել հղիին համապատասխան մակարդակի բուժաստատություն: • Ներկայումս չկան հստակ ապացույցներ կծկանքների դադարումից հետո կանխարգելիչ տոկոլիտիկ թերապիայի արդյունավետության վերաբերյալ: • Տոկոլիտիկների կիրառում խորհուրդ է տրվում այն պարագայում, երբ ծննդաբերության հետաձգումը 48 ժամով էական դեր ունի նորածնի համար: • Տոկոլիտիկներ կիրառելու վերաբերյալ որոշում ընդունելու դեպքում նախապատվությունը տրվում է նիֆեդիպին պրեպարատին, որն առավել արդյունավետ է ծննդաբերության հետաձգման համար, բնորոշվում է մոր համար անցանկալի կողմնակի երևույթների ցածր մակարդակով և լուրջ անբարենպաստ հետևանքների ավելի փոքր հավանականությամբ՝ համեմատած այլընտրանքային պրեպարատների, օրինակ՝ բետամիդետիկների կամ պրոստագլանդինների սինթետիկ ինհիբիթորների հետ:
ՊՄՎՊ	<ul style="list-style-type: none"> • Չկան բավարար ապացույցներ ՊՄՎՊ-ի պարագայում տոկոլիտիկների արդյունավետության վերաբերյալ: • Վարման որոշիչ գործոնը հղիության ժամկետն է: • Մինչև 34 շաբաթական ժամկետը ՊՄՎՊ-ի առկայությամբ կանանց մոտ տոկոլիզը նպաստում է. <ul style="list-style-type: none"> ○ առաջիկա 48 ժամվա ընթացքում ծննդաբերության ռիսկի նվազեցմանը. ○ խորհրամանիոնիտի ռիսկի մեծացմանը առանց որևէ նշանակալի օգուտի մոր և նորածնի համար: • Խորհուրդ չի տրվում տոկոլիզ կիրառել պտղի կենսունակության շեմին չհասած հղիության ժամկետում: • Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես «Մայրություն» ուղեցույց N 6:
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Տոկոլիզի հակացուցումները (կախված դեղորայքից). • Ցանկացած վիճակ, որի պարագայում հղիության երկարաձգումը հակացուցված է, ներառյալ, սակայն ոչ սահմանափակված հետևյալ բարդություններով. <ul style="list-style-type: none"> ○ պտղի ներարգանդային մահ, ○ կյանքի հետ անհամատեղելի պտղի արատներ, ○ պտղի վատ վիճակի կասկած, ○ հղիի մոտ արյունահոսություն՝ հեմոդինամիկ անկայունությամբ, ○ ծանր պրեէկլամպսիա, ○ ընկերքի շերտազատում, ○ խորհրամանիոնիտ:

Նիֆեդիպին

Ասայեկտ	Դիտարկումներ	
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> Նիֆեդիպինը կալցիումի կանալների բլոկատոր է, որը թուլացնում է հարթ մկանները: Տոկոլիտիկների ընտրության հարցում նախապատվությունը տրվում է նիֆեդիպինին: 	
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> Հակացուցումները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> Հիպոտենզիա մոր մոտ Սրտային հիվանդություն Սրտի աորտալ փականի խիստ արտահայտված նեղացում Անամնեզում՝ անցանկալի կողմնակի ազդեցություն կալցիումի կանալների բլոկատորների ընդունումից Պոռֆիրիա Նիֆեդիպինի հակացուցումների դեպքում կիրառել այլ տոկոլիտիկներ: 	
Դեղաչափ	Սկզբնական (հարվածային) դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> 20 մգ նիֆեդիպին (հաբեր) Եթե 30 րոպե անց կծկանքները դեռևս շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին: Եթե ևս 30 րոպե անց կծկանքները շարունակվում են, կրկնել 20 մգ նիֆեդիպին:
	Պահպանիչ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> 10-20 մգ նիֆեդիպին յուրաքանչյուր 6-8 ժամը մեկ՝ 48 ժամվա ընթացքում՝ արգանդի կծկողական ակտիվության և ՋՃ ցուցանիշներին համապատասխան:
	<ul style="list-style-type: none"> Հետագա պահպանիչ թերապիան համարվում է անարդյունավետ: 60 մգ-ից բարձր ընդհանուր դեղաչափի կիրառումը երեքից չորս անգամ մեծացնում է անցանկալի կողմնակի երևույթների, օրինակ՝ գլխացավի կամ հիպոտենզիայի հաճախականությունը: Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 160 մգ: 	
Մեկնաբանություններ	<ul style="list-style-type: none"> Պետք չէ օգտագործել երկարատև ազդեցության դեղաձևեր (ռետարդ): Նիֆեդիպինի և մագնեզիումի սուլֆատի համատեղ կիրառումը կարող է մեծացնել մագնեզիումի սուլֆատի ազդեցությունը և բարձրացնել հիպոտենզիայի ռիսկը: Զգուշությամբ համատեղել մագնեզիումի սուլֆատի հետ: 	
Դիտարկում	<ul style="list-style-type: none"> Անցկացնել ԿՏԳ մինչև կծկանքների դադարումը (կախված հղիության ժամկետից): Արյան ճնշման, անոթազարկի հաճախության, շնչառության հաճախության վերահսկում. <ul style="list-style-type: none"> a. առաջին ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր 30 րոպեից մեկ, ապա յուրաքանչյուր ժամը մեկ՝ 4 ժամվա ընթացքում, b. այնուհետ՝ չափումների հաճախությունը ըստ իրավիճակի: Մարմնի ջերմաստիճանի չափում յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ: 	

Այլ տոկոլիտիկներ

Ինդոմետացին

Ասպեկտ	Դիտարկումներ	
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> • Ինդոմետացինը պրոստագլանդինների սինթեզի ինհիբիտոր է: • Ինդոմետացինը արգանդի կծկողական ակտիվության հզոր ինհիբիտոր է, որը գործում է ցիկլօքսիգենազների (COX) ինհիբիցիայի միջոցով, սակայն չկան դրա արդյունավետության վստահելի ապացույցներ՝ համապատասխան հետազոտությունների սակավության պատճառով: 	
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Երիկամների կամ լյարդի արտահայտված խանգարումներ • Ակտիվ պեպտիկ խոց, ստամոքսա-աղիքային արյունահոսություն • Արյան մակարդելիության խանգարումներ կամ թրոմբոցիտոպենիա • ՈՍՀԴ (ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ) ծագման ասթմա • ՈՍՀԴ-ների այլ կողմնակի ազդեցություններ • >32 շաբաթական ժամկետ 	
Դեղաչափ	Սկզբնական	<ul style="list-style-type: none"> ○ 50 մգ ռեկտալ կամ ○ 50-100 մգ հաբեր
	Պահպանիչ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 25-50 մգ հաբեր յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 300 մգ: 	
Մեկնաբանություններ	<ul style="list-style-type: none"> • Հնարավոր ռիսկերը պտղի և նորածնի համար ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> ○ պտղի զարկերակային ծորանի նեղացում (հղիության ժամկետի մեծացման հետ մեծանում է նաև ռիսկը. այն առաջացնում է ժամանակավոր շրջելի փոփոխություններ և պահանջում է կարճատև բուժում. երկարատև բուժումը կարող է հանգեցնել պտղի և նորածնի թոքային հիպերտենզիայի). ○ պտղի արյան շրջանառության փոփոխություններ, մասնավորապես ուղեղի. ○ երիկամային ֆունկցիայի թուլացում (կարող է հանգեցնել սակավաջրության). ○ մեռուկացնող էստերոկոլիտ: • Պտղի և նորածնի մոտ կողմնակի երևույթների հավանականությունը հաշվի առնելով՝ ինդոմետացինի կիրառումը պետք է դիտարկել միայն հետևյալ դեպքերում. <ol style="list-style-type: none"> .1. 28+0 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետ, .2. տոկոլիզի անհնարինություն այլ տոկոլիտիկների միջոցով, .3. այլ տոկոլիտիկների հակացուցումների առկայություն (օր.՝ սրտի հիվանդություն): 	
Դիտարկում	<ul style="list-style-type: none"> • Կարևոր է ապահովել պտղի վիճակի խիստ հսկողություն: 	

Հեքսապրենալին

Ասպեկտ	Դիտարկումներ		
<p>Փաստեր</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Հեքսապրենալինը բետամիմետիկ պրեպարատ է: • Համեմատած պլացեբոյի հետ՝ բետամիմետիկները արդյունավետ տոկոսի տիկ պրեպարատներ են, սակայն տեղեկություններ կան նշանակալի անցանկալի կողմնակի երևույթների մասին, ներառյալ՝ մոր մահ թոքերի այտուցից: • Չկան ապացույցներ փաստելու, որ ներքին ընդունման բետամիմետիկների պահպանիչ թերապիան արդյունավետ է սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում: • Հեքսապրենալինի կիրառումը խորհուրդ չի տրվում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ տոկոսի տիկներ չեն կարող կիրառվել հակացուցումների 		
<p>Հակացուցումներ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Միջին և ծանր բարդության սրտի հիվանդություն մոր մոտ • Թոքային հիպերտենզիա • Ծանր անեմիա • Անվերահսկելի շաքարային դիաբետ • Հիպերթիրեոզ 		
<p>Դեղաչափեր 3 սխեմաներ</p> <p>(Նշված դեղաչափերը ընդհանրական են. Յուրաքանչյուր հիվանդի համար կատարվում է անհատական դեղաչափավորում)</p> <p>* ն/ե ներարկման լուծույթի պատրաստման համար պահանջվում է լուծել պրեպարատի 50 մկգ 500 մլ իզոտոնիկ լուծույթի մեջ:</p>	<p>Զանգվածային տոկոսիզ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 մլ իզոտոնիկ լուծույթում լուծված 10 մկգ (2 մլ-ոց 1 ամպուլա) բոլորսային ներմուծում 5-10 րոպեի ընթացքում, ապա • ներերակային ներմուծում*՝ 60 կաթիլ րոպեում արագությամբ (18 մկգ/ժ): <p>Երկարատև տոկոսիզ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ներարկման առաջարկվող արագություն՝ 15 կաթիլ րոպեում (4,5 մկգ/ժ) <p>Առավելագույն օրական դեղաչափը կազմում է 430 մկգ:</p>	<p>Ներերակային ներմուծում.*</p> <ul style="list-style-type: none"> • ներարկման արագություն՝ 25 կաթիլ րոպեում (7.5 մկգ/ժ), • յուրաքանչյուր 5 րոպեի մեկ դեղաչափը կարելի է մեծացնել 5 կաթիլով (1.5 մկգ/ժ), • ներարկման առավելագույն արագություն՝ 60 կաթիլ րոպեում, նվազագույնը՝ 10 կաթիլ րոպեում: 	<p>Ներերակային ներմուծում.*</p> <ul style="list-style-type: none"> • ներարկման արագություն՝ 60 կաթիլ րոպեում (18 մկգ/ժ) առաջին ժամվա ընթացքում, • հաջորդ 6 ժամվա ընթացքում աստիճանաբար նվազեցնել մինչև 30 կաթիլ (9 մկգ/ժ), • այնուհետև նվազեցնել մինչև 10-20 կաթիլ (3-6 մկգ/ժ) 12 ժամվա ընթացքում, • շարունակել 10 կաթիլ րոպեում (3 մկգ/ժ): • Բուժման ընդհանուր տևողությունը կազմում է 48 ժամ՝ կախված արգանդի ռեակցիայից և մոր հեմոդինամիկայից:
<p>Մեկնաբանություններ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ապացուցվել է, որ ամենամեծ թվով անցանկալի կողմնակի երևույթների ի հայտ են եկել բետամիմետիկների կիրառման ժամանակ, որոնք ստիպել են դադարեցնել պրեպարատի հետագա օգտագործումը: 		
<p>Դիտարկում</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Պտղի խիստ հսկողությունը անհրաժեշտ է թերապիայի ողջ ընթացքում՝ մինչև վիճակի կայունացումը: 		

Ատոսիբան

Ատոսիբանը օքսիտոցինի ռեցեպտորների մրցակցային անտագոնիստ է: Այն կապվում է միոմետրիումի և դեցիդուալ թաղանթի ռեցեպտորների հետ՝ կանխարգելելով միջբջջային ազատ կալցիումի քանակի աճը, որ տեղի է ունենում ռեցեպտորի հետ միացման ժամանակ: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելման հարցում ատոսիբանն ունի նույն արդյունավետությունը, ինչ բետամիմետիկները, սակայն ատոսիբանի կիրառման ժամանակ արձանագրվել է մոր մոտ անցանկալի կողմնակի երևույթների ավելի ցածր հաճախականություն: Ատոսիբանը Հայաստանում գրանցված չէ:

Մագնեզիումի սուլֆատ

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

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

Հյուսիսամերիկյան ուղեցույցներն առաջարկում են կիրառել մագնեզիումի սուլֆատը «հղիության կարճաժամկետ երկարացման համար (մինչև 48 ժամ), ինչը թույլ է տալիս կիրառել նախաճննդյան կորտիկոստերոիդներ 24-34 շաբաթական հղի կանանց մոտ, որոնց վաղաժամ ծննդաբերություն է սպառնում առաջիկա յոթ օրվա ընթացքում»: Ներկայումս պրեպարատի դոզավորման հարցն անորոշ է:

Նույն ուղեցույցը խորհուրդ չի տալիս կիրառել մագնեզիումի սուլֆատը տոկոլիզի նպատակով:

Առաջարկություններ

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

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

Տոկոլիտիկների կիրառումը նպատակահարմար է համարվում այն կանանց մոտ, ովքեր գտնվում են ՎՕ ռիսկի խմբում վաղ հղիության ժամկետում, որոնց անհրաժեշտ է տեղափոխել 3-րդ մակարդակի բուժհաստատություն, ինչպես նաև նրանց, ովքեր դեռևս չեն ավարտել կորտիկոստերոիդների լրիվ կուրսը: Y

Բետա-միմետիկ պրեպարատներն ունեն անցանկալի կողմնակի ազդեցության բարձր հաճախականություն: Համեմատած բետա-միմետիկների հետ՝ նիֆեդիպինը, ատոսիբանը և COX ինհիբիտորներն ավելի քիչ կողմնակի երևույթների պատճառ են դառնում և ավելի փոքր հաճախականությամբ, սակայն դրանց ինչ հերթականությամբ նախապատվություն տալու հարցն անորոշ է մնում: A

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

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

5.5. Հակաբիոտիկներ

Ասպեկտ	Դիտարկումներ
<p>ՎՕ (կամ սպառնացող ՎՕ) առանց խորհրամանիտի ախտանիշների</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <37 շաբաթական հղիության ժամկետում ՎՕ ախտանիշներով կամ ՊՄՎՊ-ով հիվանդանոց ընդունված հղիների մոտ կատարվում է ԲՄՍ սկրինինգ ընդունելության պահին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հեշտոցային/ռեկտալ ԲՄՍ սկրինինգը անց է կացվել նախորդ հինգ շաբաթվա ընթացքում: • ԲՄՍ հակաբիոտիկային կանխարգելիչ թերապիան խորհուրդ չի տրվում <37 շաբաթ հղիության ժամկետի հղիներին, որոնց մոտ սկսվել է ծննդաբերական պրոցեսը, և նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում կատարված հեշտոցային/ռեկտալ քսուքի հետազոտման արդյունքը բացասական է: • ԲՄՍ կանխարգելիչ թերապիան անց է կացվում ՎՕ ախտանիշներով հիվանդանոց ընդունված կանանց մոտ, եթե նախորդ հինգ շաբաթվա ընթացքում կատարված ԲՄՍ հետազոտման արդյունքը դրական է: • Եթե ԲՄՍ կարգավիճակն անհայտ է, ԲՄՍ հետազոտությունը կատարվում է հիվանդանոց ներկայանալու ժամանակ, և եթե ծննդաբերությունը հավանական է, անց է կացվում կանխարգելիչ թերապիա: <ul style="list-style-type: none"> ○ Սկսված վաղաժամ ծննդաբերության դեպքում շարունակել ԲՄՍ կանխարգելիչ թերապիան մինչև ծննդալուծումը: ○ Դադարեցնել ԲՄՍ կանխարգելիչ թերապիան, եթե վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկ այլևս չի սպառնում: ○ ԲՄՍ հետազոտման բացասական արդյունքի ստացման պարագայում դադարեցնել ԲՄՍ կանխարգելիչ թերապիան: • Մինչծննդաբերական կանխարգելիչ թերապիան խորհուրդ չի տրվում այն հղիներին, որոնց սպասվում է պլանային կեսարյան հատում ծննդաբերական ակտիվության և պտղաջրերի արտահոսքի բացակայության պարագայում, անկախ հղիության ժամկետից, նույնիսկ ԲՄՍ քննության դրական արդյունքի դեպքում: • ԲՄՍ կանխարգելումը սույն ուղեցույցի շրջանակներից դուրս է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես «Մայրություն» ուղեցույցի N 6:
<p>Խորհրամանիտի ախտանիշներ (անվնաս ՊԹ կամ ՊԹ պատման պարագայում)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Խորիռամանիտի ախտանիշները ներառում են. <ul style="list-style-type: none"> ○ 38°C-ից բարձր ջերմաստիճան մոր մոտ (առկա է դեպքերի 95–100%-ում), ○ ըռպեում 100 գարկից ավելի բարձր տախիկարդիա մոր մոտ (առկա է դեպքերի 50–80%-ում), ○ 160 գարկից ավելի բարձր տախիկարդիա պտղի մոտ (առկա է դեպքերի 40–70%-ում), ○ արգանդի ցավոտություն, ○ հեշտոցային արտադրություն սուր հոտով, ○ լեյկոցիտների քանակի ավելացում (ավելի քան 15x10⁹/L), ○ C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի բարձրացում: • Պետք չէ թուլացնել ծննդաբերական գործունեությունը: Խորհուրդ է տրվում դիտարկել ծննդաբերության խթանումը և լայն սպեկտրի հակաբիոտիկի ն/ե ներմուծումը: • Կասկածել խորիռամանիտ, եթե ՊՄՎՊ նշաններով կանանց մոտ սկսվում է ծննդաբերական գործունեությունը: • Էմպիրիկ թերապիայի ստանդարտ կուրսը (անկախ ԲՄՍ կարգավիճակից) ներառում է 2 գ ամպիցիլին, ն/ե, ամեն 6 ժամը մեկ և 1.5 մգ/կգ գենտամիցին ամեն 8 ժամը մեկ (կամ օրական միանվագ 5.0 մգ/կգ գենտամիցին), և ավելացնել 500 մգ մետրոնիդազոլ ն/ե, ամեն 8 ժամը մեկ կեսարյան հատման դեպքում: • Եթե պացիենտը ավերգիկ է բետա-լակտամների նկատմամբ, ամպիցիլինի փոխարեն կիրառել 1 գ վանկոմիցին, ն/ե, ամեն 12 ժամը մեկ: • Հակաբիոտիկային թերապիան շարունակել հետծննդյան շրջանում: • Ջերմության բացակայության դեպքում դիտարկել հաբերի կիրառումը:
<p>Եթե վաղաժամ ծննդաբերություն չի սկսվում</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Այլ ցուցումների բացակայության դեպքում և անվնաս պտղաթաղանթների պարագայում՝ դադարեցնել հակաբիոտիկների կիրառումը; • ՊՄՎՊ պարագայում տես «Մայրություն» ուղեցույցի N 6:

5.6. Մազնեզիումի սուլֆատի կիրառումը նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով

Ասպեկտ	Դիտարկումներ			
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> • Մրտի հաղորդչականության խանգարումներ մոր մոտ • Հիպերմագնեզեմիա • Ծանր միաթեմիա մոր մոտ (օգտագործել զգուշությամբ, խիստ հսկողության ներքո) • Հատուկ ուշադրություն է պահանջում նիֆեդիպինի զուգահեռ կիրառումը • Երիկամների ֆունկցիայի խանգարում. վերահսկել մագնեզիումի մակարդակը պլազմայում/մեզի քանակը: 			
Ներմուծման ուղի	<ul style="list-style-type: none"> • Ն/ե ներարկում (խորհուրդ է տրվում կիրառել վերահսկող ներարկման սարք) 			
Դեղաչափեր Փորձարկվել են դոզավորման երեք սխեմաներ (չկա բավարար վկայություն՝ որոշելու սխեմաների նկատմամբ նախապատվության հերթականությունը)		I	II	III
	Հարվածային դեղաչափ	4 գ 20 րոպեի ընթացքում, դանդաղ բոլյուս	6 գ 20-30 րոպեի ընթացքում, դանդաղ բոլյուս	Միանվագ 4 գ 20-30 րոպեի ընթացքում դանդաղ բոլյուս*
	Պահպանիչ դեղաչափ	1 գ/ժ մինչև ծնվելը կամ 24 ժամվա ընթացքում՝ կախված նրանից, թե որ հանգամանքը կառաջանա առաջինը	2 գ/ժ մինչև ծնվելը կամ 12 ժամվա ընթացքում՝ կախված նրանից, թե որ հանգամանքը կառաջանա առաջինը	
Կողմնակի երևույթներ	<ul style="list-style-type: none"> • Հիպերմագնեզեմիայի հետ կապված խնդիրներ • Հաճախ հանդիպող (>1%)՝ սրտխառնոց և փսխում, մաշկի կարմրություն • Հազվադեպ (0.1–1%)՝ գլխացավ, գլխապտույտ 			
Ելակետային տվյալներ	<ul style="list-style-type: none"> • Հիմնական ցուցանիշներ. արյան ճնշում, անոթազարկի հաճախություն, շնչառության հաճախություն • Թթվածնային հագեցվածություն (SpO2) • Ծնկային ռեֆլեքս • Որովայնի շոշափում • Կծկանքների հսկողություն 10 րոպեի ընթացքում • ՊՍԶ/ԿՏԳ 			
Հսկողություն հարվածային դեղաչափի ներմուծման ժամանակ	<ul style="list-style-type: none"> • Արյան ճնշման, անոթազարկի հաճախության, շնչառության հաճախության չափում ամեն 5 րոպեի մեկ (առնվազն 20 րոպեի ընթացքում) մինչև վիճակի կայունացումը: • Թթվածնով հագեցվածության շարունակական ստուգում: • Կծկանքների վերահսկում՝ 10 րոպեի ընթացքում՝ ամեն 30 րոպեի մեկ: • Շարունակական ԿՏԳ 24 շաբաթական կամ հղիության ավելի մեծ ժամկետում: <ul style="list-style-type: none"> ○ ԿՏԳ արդյունքները վերլուծել համաձայն հղիության ժամկետի՝ 28 շաբաթից փոքր ժամկետի դեպքում: ○ ԿՏԳ անցկացման անհնարինության դեպքում փաստագրել պատճառը: • ՊՍԶ լսում ամեն 15–30 րոպեի մեկ 24 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի պարագայում: • Կողմնակի ազդեցության բացահայտում: • Խորը ջլային ռեֆլեքսների ստուգում (ծնկային կամ երկգլխանի մկանի) <small>սևճոնակաան քերաստիո ներմուծումը հետո:</small> 			
Հսկողություն պահպանիչ դեղաչափերի ներմուծման ժամանակ	<ul style="list-style-type: none"> • Արյան ճնշման, անոթազարկի, շնչառության հաճախության, թթվածնային հագեցվածության չափում ամեն 30 րոպեի մեկ • Մարմնի ջերմաստիճանի չափում 2 ժամը մեկ • Կծկանքների վերահսկում՝ 10 րոպեի ընթացքում ամեն 30 րոպեի մեկ • Շարունակական ԿՏԳ 24 շաբաթական կամ հղիության ավելի մեծ ժամկետում: <ul style="list-style-type: none"> ○ ԿՏԳ արդյունքները վերլուծել համաձայն հղիության ժամկետի՝ 28 շաբաթից փոքր ժամկետի դեպքում • ՊՍԶ լսում ամեն 15–30 րոպեի մեկ 24 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետի դեպքում • Հեղուկի բալանսի խիստ վերահսկում և փաստագրում • Խորը ջլային ռեֆլեքսների ստուգում յուրաքանչյուր ժամը մեկ 			

Հսկողություն ներարկումից հետո	<ul style="list-style-type: none"> • Կրկնել կենսական տվյալների ստուգումը • Ստուգումները կատարել մեկ ժամում առնվազն չորս անգամ կամ, ցուցման դեպքում, ավելի հաճախ: • Որպես կանոն, երիկամների նորմալ ֆունկցիայի պարագայում շիճուկի վերահսկման անհրաժեշտություն չկա: <ul style="list-style-type: none"> ○ Շիճուկում մագնեզիումի թերապևտիկ մակարդակը 1.7–3.5 մմոլ/լ է:
Դադարեցում և շտապ բժշկական զննում	<ul style="list-style-type: none"> • Շնչառության հաճախությունը՝ 12 շնչ/ր-ից պակաս կամ էլակետային ցուցանիշից 4 շնչ/ր պակաս • Դիաստոլիկ ճնշման իջեցում էլակետային ցուցանիշից 15 մմ ս/ս ցածր • Խորը ջլային ռեֆլեքսների բացակայություն • Մեզի քանակի նվազում 25 մլ/ժ-ից պակաս կամ 4 ժամվա ընթացքում 100 մլ-ից պակաս • Շիճուկի մագնեզիումի մակարդակի բարձրացում 3.5 մմոլ/լ-ից ավելի • Վերակենդանացման միջոցառումների և օդափոխիչի անհապաղ ապահովում; • 1 գ կալցիումի գլյուկոնատի ներարկում շնչառական խանգարումների դեպքում

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

Առաջարկություններ

Նորածինների ներյուրոտեկցիայի նպատակով ներերակային մագնեզիումի սուլֆատը նշանակվում է 24-32 շաբաթական հղի կանանց, ովքեր սպառնացող ՎՕ ռիսկի խմբում են, որոնց մոտ սկսվել է ՎՕ, կամ սպասվում է պլանային ՎՕ առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում: A

Մպառնացող ՎՕ ռիսկի խմբում գտնվող կանանց նկատմամբ կիրառել մագնեզիումի սուլֆատ պտղի, նորածնի և երեխայի ներյուրոտեկցիայի համար՝ անկախ պտուղների քանակից, նախորդ ծննդաբերությունների թվից, ծննդաբերության ակնկալվող եղանակից և նախածննդյան կորտիկոստերոիդների ընդունման հանգամանքից: B

Ներյուրոտեկցիայի նպատակով կիրառվող մագնեզիումի սուլֆատը նշանակվում է միայն այն դեպքում, երբ վաղաժամ ծննդաբերությունն ակնկալվում է առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում: Նպատակահարմար է համարվում մագնեզիումի սուլֆատի ներմուծումը ցանկացած պահի մինչև ծննդալուծումը, նույնիսկ ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ կամ ակնկալվող ծննդաբերությունից 24 ժամ առաջ: A

Պլանային ՎՕ-ի դեպքում մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը պետք է սկսել ծննդաբերությունից չորս ժամ առաջ: Լավագույն արդյունքը տալիս է մագնեզիումի սուլֆատի առնվազն 4 ժամ տևողությամբ ներմուծումը՝ ծննդաբերությանը նախորդող վեց ժամվա ընթացքում: A

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

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

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

Չկա բավարար ապացույց այն մասին, որ պտղի ներյուրոտեկցիայի նպատակով պետք է կիրառել նախածննդային մագնեզիումի սուլֆատի կրկնակի կուրս: D

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

5.7. Վաղաժամ ծննդաբերության եղանակ

Ասպեկտ	Դիտարկումներ
<p>Փաստեր</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Վաղաժամ ծննդաբերությունը, որպես այդպիսին, չպետք է համարվի կեսարյան հատման ցուցում: Վիրահատական ծննդալուծման այլ ցուցումների բացակայության դեպքում պլանավորվում է հեշտոցային ծննդալուծում: • Վաղաժամ ԿՀ իրականացումը, որպես կանոն, տեխնիկապես ավելի բարդ է և կրում է որոշակի ռիսկ երեխայի համար՝ լիարժեք չձևավորված ստորին սեզմենտի պատճառով: • Վակուումի և մանկաբարձական արքանների կիրառումը ծննդալուծման պրոցեսում հակացուցված է մինչև 34 շաբաթական հղիության ժամկետը, քանի որ այն կարող է մեծացնել ներփորոքային արյունազեղման ռիսկը ցածր քաշով անհաս նորածնի մոտ:
<p>Միապտուղ հղիություն՝ գլխային առաջադրությամբ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Խորհուրդ է տրվում խուսափել էլեկտիվ (պլանային) կեսարյան հատումից ցածր քաշով, գլխային առաջադրությամբ պտղի պարագայում, եթե չկան հեշտոցային ծննդալուծման հատուկ հակացուցումներ կամ մոր վիճակով պայմանավորված ԿՀ հատուկ ցուցումներ: • Էլեկտիվ ԿՀ-ն զուգակցվում է մոր մոտ հայտնի ռիսկերի հետ, իսկ ցածր քաշով, գլխային առաջադրությամբ նորածնի համար դրա առավելության հարցն անորոշ է: • Նորածնային բարդությունների կանխարգելման նպատակով անցկացվող ստանդարտ մանկաբարձական վարումը համարվում է առավել արդյունավետ ռազմավարություն, քան կեսարյան հատումով ծննդալուծումը, որն իրականացվում է պտղի շնչահեղձուկը (ասֆիքսիան), ներփորոքային արյունազեղումը և մահը կանխարգելելու նպատակով:
<p>Կոնքային առաջադրություն</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Պտղի կոնքային առաջադրությամբ ՎՕ օպտիմալ եղանակի ընտրությունը դեռևս բարդ կլինիկական որոշում է: • Կոնքային առաջադրությամբ պտղի ծննդաբերության օպտիմալ եղանակի մասին վկայությունները՝ ներկայացված տարբեր հեղինակավոր ուղեցույցներում, միմյանց հակասում են և անորոշ բնույթ են կրում, ինչը պայմանավորված է բարձր մակարդակի ուսումնասիրությունների պակասով: • Որոշիչ դեր են կատարում անհատական հանգամանքները և մոր նախապատվությունը:
<p>Վաղաժամ ծնված նորածինների պորտալարի հատման ճիշտ ժամանակը</p> <p>(թե՛ հեշտոցային ծննդալուծման, թե՛ կեսարյան հատման դեպքում)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Հնարավորության դեպքում պետք է նախընտրել պորտալարի ուշ հատումը: • Հարկավոր է սպասել 30 վայրկյան, սակայն 3 րոպեից ոչ ավել, և հատել վաղաժամ ծնված նորածնի պորտալարը, եթե մոր և նորածնի վիճակը կայուն է: • Վերակենդանացման միջոցառումներ իրականացնելու նպատակով երեխային մորից առանձնացնելու անհրաժեշտության կամ մոր մոտ առատ արյունահոսության դեպքում՝ պետք է կրթել պորտալարը և հատել պորտալարը որքան հնարավոր է արագ: • Պորտալարը հատելուց առաջ պետք է պահել երեխային ընկերքի մակարդակի վրա կամ ավելի ցածր:

6. Խնամք՝ սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության բուժումից հետո

Երբ հղին ընդունվում է հիվանդանոց սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության նախանշաններով, սակայն վաղաժամ ծննդաբերություն տեղի չի ունենում, կնոջ խնամքն ու դուրսգրումը համակարգվում են նրա և նրա ընտանիքի, համապատասխան մասնագետների և ուղեգրող բուժհաստատության (ըստ պահանջի) կողմից:

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

Հավելված Ա. Ֆետալ ֆիբրոնեկտինի թեստ*

Ասպեկտ	Դիտարկումներ
Փաստեր	<ul style="list-style-type: none"> Ֆետալ ֆիբրոնեկտինը գլխկոպրոտեին է, որը նպաստում է պտղի խորինի և մոր դեցիդուայի կաման գործընթացին: ֆՖՆ-ի ներկայությունը հեշտոցային արտազատուկում ցածր կոնցենտրացիայով համարվում է նորմալ 18-ից մինչև 34-36 շաբաթ հղիության ժամկետը: Որքան մոտենում է ծննդալուծման ժամկետը, այնքան ավելանում է ֆՖՆ-ի խտությունը: Հեշտոցային արտազատուկում ֆՖՆ-ի 50 նգ/մլ գերազանցող մակարդակը զուգակցվում է ՎՕ բարձր ռիսկի հետ: Եթե ֆՖՆ թեստի արդյունքը բացասական է, ապա առաջիկա 7 օրվա ընթացքում ՎՕ բացասական կանխատեսման արժեքը կազմում է 99.5%, իսկ 14 օրվա ընթացքում՝ 99.2%: ֆՖՆ-ի քանակական թեստի շնորհիվ կարելի է կատարել ընդհանուր ռիսկի ավելի ճշգրիտ գնահատում, նվազեցնել հղիի տեղափոխման հետ կապված ավելորդ ծախսերը և ի վերջո նվազեցնել երկարաժամկետ ծախսերը:
Ցուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> Ախտանշային ՎՕ՝ 22+0 շաբաթից մինչև 36+0 շաբաթ հղիության ժամկետում և Անվնաս պտղաթաղանթներ և 3 սմ-ին հավասար կամ դրանից պակաս արգանդի պարանոցի բացում
Հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> 3 սմ-ից ավելի պարանոցի բացում Պտղաթաղանթների պատռում Պարանոցի սերկյած Օճառի, գելի, քսանյութի կամ ախտահանիչ քսուքի առկայություն հեշտոցում
Հարաբերական հակացուցումներ	<ul style="list-style-type: none"> Միջին կամ ծանր աստիճանի արյունահոսության տեսանելի նշաններ Սեռական հարաբերությունից հետո չի անցել 24 ժամ ֆՖՆ-ի թեստը համարվում է վավեր նույնիսկ 10 նգ/մլ-ից ցածր բացասական արդյունքի դեպքում. <ul style="list-style-type: none"> եթե սեռական հարաբերությունը տեղի է ունեցել նախորդ 24 ժամվա ընթացքում. առկա է միջին կամ ծանր աստիճանի արյունային արտադրություն հեշտոցից:
Հետազոտման ընթացքը	<ul style="list-style-type: none"> Իրականացվում է ստերիլ հայելիներով հետազոտման ժամանակ մինչև պարանոցի կամ հեշտոցի գնում կամ միջամտություն անցկացնելը: Որպես քսանյութ օգտագործել միայն ստերիլ ջուր: Թեստի նմուշը պետք է վերցնել հեշտոցի հետին կամարից: Համաձայնեցնել թեստի օգտագործման ցուցումների հետ:
Քանակական ֆՖՆ թեստ	<ul style="list-style-type: none"> Քանակական ֆՖՆ թեստի միջոցով հնարավոր է. <ul style="list-style-type: none"> Գնահատել ՎՕ հավանականությունը Իրականացնել ռիսկի գնահատում և պլանավորում Խուսափել անիմաստ միջամտություններից Բացահայտել նպատակային միջամտությունների հավակնորդ կանանց Բարձրացնել վստահությունը բժիշկների և հղիի միջև
ֆՖՆ <50 նգ/մլ (բացասական)	<ul style="list-style-type: none"> Ծննդաբերության ցածր ռիսկ 7–14 օրվա ընթացքում Կեղծ բացասական պատասխանի պատճառներ. <ul style="list-style-type: none"> հայելիներով գնման ժամանակ քսանյութի օգտագործում, ներհեշտոցային ախտահանիչ միջոցների օգտագործում: Վարման հետ կապված նկատառումների համար տես Բաժին 5:
ֆՖՆ ≥50 նգ/մլ (դրական)	<ul style="list-style-type: none"> Կեղծ դրական պատասխանի պատճառներ կարող են հանդիսանալ. <ul style="list-style-type: none"> Սեռական հարաբերություն Մատնային հեշտոցային հետազոտություն Տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտություն Արյունահոսություն

* Սույն ուղեցույցի հրատարակման պահին ֆՖՆ թեստը Հայաստանում դեռևս հասանելի է:

Հավելված Ա1. Ինքնաբեր վաղաժամ ծննդաբերության կանխատեսումը Ֆետալ ֆիբրոնեկտինի կատեգորիաների հիման վրա

Ֆետալ ֆիբրոնեկտին	ԻՎՄ 34 շաբաթից փոքր գեստացիոն ժամկետում, %	ԻՎՄ 14 օրվա ընթացքում, %
0-9 նգ/մլ	1.5	1.8
10-49 նգ/մլ	8.2	1.6
50-199 նգ/մլ	11.5	7.7
200-499 նգ/մլ	33	29
≥500 նգ/մլ	75	46

Աղբյուր. Abbott. Quantification of fFN in prediction of sPTB. Am J Obstet Gynecol 2012.

Հավելված Բ. ՎՄ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում

Մանկաբարձական տվյալներ	ՎՄ ռիսկ երրորդ հղիության ընթացքում
Երկու ՎՄ անամենեզում	42 %
Երկու ՎՄ 32-36 շաբաթ գեստացիոն ժամկետում	33 %
Երկու ՎՄ 32 շաբաթից փոքր գեստացիոն ժամկետում	57 %
Մեկ ժամկետային ծննդաբերություն, որին հետևել է մեկ ՎՄ	21 %
Մեկ ՎՄ, որին հետևել է մեկ ժամկետային ծննդաբերություն	13 %
Երկու ժամկետային ծննդաբերություն	5 %

Աղբյուր. McManemy J, Cooke E, Amon E, Leet T. Recurrence risk for preterm delivery. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:576.

Հավելված Գ. ՎՄ ռիսկ որոշ ինֆեկցիաներով ընթացող հղիության ժամանակ

Ինֆեկցիա	Շանսերի հարաբերություն (95% ՎԻ)
Բակտերիալ վագինոզ մինչև հղիության 16-րդ շաբաթը	7.55 (1.8-31.7)
Նեյսերիա գոնորեա	5.31 (1.57-17.9)
Անախտանիշ բակտերիուրիա	2.08 (1.45-3.03)
Խլամիդիա տրախոմատիս	
Հղիության 24 շաբաթում	2.2 (1.03-4.78)
Հղիության 28 շաբաթում	0.95 (0.36-2.47)
Տրիխոմոնազ	1.3 (1.1-1.4)
Ուրեապլազմոզ	1.0 (0.8-1.2)

Աղբյուր. Klein LL, Gibbs RS. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1493.

**Հավելված Դ. ՎՄ կանխարգելման նպատակով պրոգնոստերոնային
թերապիայի համար հղիների ընտրություն**

Ցուցումներ	Ցուցված է արդյոք պրոգնոստերոնի կիրառումը
Միապտուղ հղիություն, անամնեզում՝ միապտուղ ԻՎՕ, նորմալ ԱՊԵ	Այո
Միապտուղ հղիություն, անամնեզում՝ երկպտուղ ԻՎՕ, նորմալ ԱՊԵ	Հնարավոր է
Միապտուղ հղիություն, ԻՎՕ անամնեզում առկա չէ, կարճ ԱՊԵ (≤ 20 մմ)	Այո
Բազմապտուղ հղիություն (երկպտուղ կամ եռապտուղ), անամնեզում ՎՕ առկա չէ, նորմալ ԱՊԵ	Հնարավոր է, չկան բավարար ապացույցներ
Երկպտուղ հղիություն, ՎՕ անամնեզում	Հնարավոր է, չկան բավարար ապացույցներ
Երկպտուղ հղիություն, կարճ ԱՊԵ	Ոչ
ՊՄՎՊ	Ոչ
Դրական ֆՖՆ թեստ	Ոչ
Սպառնացող ՎՕ, սակայն ՎՕ-ն տեղի չի ունենում	Ոչ

Հավելված Ե. ՎՕ կանխարգելման համար պրոգնոստերոնի կիրառման եղանակներ ըստ տարբեր ուղեցույցների

Ուղեցույց	Մկիզբ	Եղանակ և դեղաչափ	Ավարտ
Քվինսլենդի կլինիկական ուղեցույց (QCG)	16-24-րդ շաբաթ	Անամնեզում՝ ՎՕ. 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	34-36-րդ շաբաթ կամ ՊՄՎՊ կամ ծննդաբերություն
Հարավային Ավստրալիայի առողջապահական կազմակերպություն (SA Health)	-	Հղիության 19-24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց. 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	34-րդ շաբաթ կամ ՊՄՎՊ կամ ծննդաբերություն
Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան կոնգրես (ACOG)	16-24-րդ շաբաթ	Անամնեզում՝ ՎՕ. պրոգեստերոն Հղիության 24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց, անամնեզում ՎՕ առկա չէ. ներհեշտոցային պրոգեստերոն	36-րդ շաբաթ
Մոր և պտղի բժշկական ասոցիացիա (SMFM)	16-20-րդ շաբաթ (17P ընդունելու համար օպտիմալ ժամանակը մինչև հղիության 21-րդ շաբաթն է, սակայն մինչև 28-րդ շաբաթը նույնպես կարող է լինել արդյունավետ)	Անամնեզում՝ ՎՕ. 250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ 100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական Հղիության 18-24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց, անամնեզում ՎՕ առկա չէ. 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	36-րդ շաբաթ
UpToDate	16-20-րդ շաբաթ	Անամնեզում՝ ՎՕ. 250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ Ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական Հղիության 24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց. 100-200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական կամ 100 մգ միքրոնիզացված պրոգեստերոն ներքին ընդունման	36-րդ շաբաթ
Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հոլանդական ասոցիացիա (NVOG)	18-24-րդ շաբաթ	Անամնեզում՝ ՎՕ Մինչև հղիության 32-րդ շաբաթը ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <20 մմ կարճ պարանոց. 100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	34-րդ շաբաթ

Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ասոցիացիա (SOCG)	20 շաբաթը լրանալուց հետո	Անամնեզում՝ ՎՕ. 250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ 100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական Հղիության 22–26-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <15 մմ կարճ պարանոց. 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	Երբ ՎՕ ռիսկը ցածր է
Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի միջազգային ֆեդերացիա (FIGO)	-	Հղիության 19–24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <25 մմ կարճ պարանոց. 200 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	37-րդ շաբաթ
Առողջության և բուժօգնության որակի ազգային ինստիտուտ (NICE)	-	Անամնեզում՝ ՎՕ կամ հղիության 16–24-րդ շաբաթում ՏՎԳՀ միջոցով հայտնաբերված <25 մմ կարճ պարանոց. ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական.	-
Մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և պերինատոլոգիայի գիտական կենտրոն (ՀԻԱԳԻՊ)	16-20-րդ շաբաթ	Անամնեզում՝ ՎՕ կամ <15 մմ կարճ պարանոց. 250 մգ հիդրոքսիպրոգեստերոն մ/մ շաբաթական կամ 100 մգ ներհեշտոցային պրոգեստերոն օրական	36-րդ շաբաթ
Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ (RCOG) և ԱՀԿ (WHO)	Պրոգեստերոնի կիրառումը խորհուրդ է տրվում, սակայն չկան բավարար ապացույցներ ընդունման հստակ դեղաչափեր և տևողություն առաջարկելու համար:		

Հավելված 9. Արգանդի պարանոցի երկարություն և ՎՕ ռիսկ

Պարանոցի երկարություն (մմ)	Ծննդաբերության հավանականության հարաբերություն (ՀՀ)			
	<28 շաբաթ	28–30 շաբաթ	31–33 շաբաթ	34–36 շաբաթ
<2	745.29	74.29	44.22	99.36
5	119.19	36.81	24.26	18.10
7	62.08	27.80	19.08	11.15
10	26.79	18.24	13.31	6.53
12	16.29	13.77	10.47	4.93
15	8.26	9.04	7.30	3.47
18	4.45	5.93	5.09	2.60
20	3.03	4.48	4.01	2.20
22	2.10	3.38	3.15	1.89
25	1.25	2.22	2.20	1.53

Աղբյուր. Celik E, To M, Gajewska K, Smith GC, Nicolaides KH. Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31(5):549-54.

Հավելված Է. Ապացույցների մակարդակը և առաջարկությունների վարկանիշները

Ապացույցների մակարդակի դասակարգումը	Առաջարկությունների վարկանիշները
<p>1++ Բարձր որակի մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների շատ փոքր ռիսկով:</p> <p>1+ Լավ իրականացված մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:</p> <p>1- Մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:</p> <p>2++ Բարձր որակի դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ, դեպք ստուգիչ կամ, կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների նվազագույն ռիսկով, կամ հնարավորություն և բարձր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p> <p>2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p> <p>2- Դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների բարձր ռիսկով, կամ հնարավորություն և էական հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային չեն:</p> <p>3 Ոչ վերլուծական հետազոտություններ, օրինակ, կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարք:</p> <p>4 Փորձագիտական կարծիքներ:</p>	<p>A Առնվազն մեկ մեթա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:</p> <p>կամ</p> <p>Ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ ապացույցների ամբողջությունը, որոնք բաղկացած են մեծամասամբ 1+ վարկանիշով ուսումնասիրություններից և ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը:</p> <p>B Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2++ վարկանիշով ուսումնասիրություններ և ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց է տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 1++ կամ 1+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>C Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2+ վարկանիշ ունեցող ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար և ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 2++ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>D 3 կամ 4 վարկանիշ ունեցող ապացույցներ, կամ 2+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>✓ Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>

Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Abbott DS, Radford SK, Seed PT, et al. Evaluation of a quantitative fetal fibronectin test for spontaneous preterm birth in symptomatic women. *Am J Obstet Gynecol* 2012;208: 208:122.e1-6
2. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2011 Feb. 3 p. (ACOG committee opinion; no. 475), *Obstet Gynecol* 117:422-4.
3. Antenatal corticosteroid therapy for reduction of neonatal morbidity and mortality from preterm delivery. UpToDate. June 2016. http://www.uptodate.com/contents/antenatal-corticosteroid-therapy-for-reduction-of-neonatal-morbidity-and-mortality-from-preterm-delivery?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=6~150
4. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2010 Oct. 13 p. (Green-top guideline; no. 7).
5. Cerclage for the management of cervical insufficiency. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2014 Feb. 8 p. (ACOG practice bulletin; no. 142)
6. Cervical cerclage. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 May. 21 p. (Green-top guideline; no. 60).
7. Cervical insufficiency and cervical cerclage. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). *J Obstet Gynaecol Can.* 2013 Dec; 35(12):1115-27.)
8. Cervicallengthandprogesteroneforthepredictionandpreventionofpretermbirth. FIGO Good Practice Advice. July 2014. http://www.sego.es/Content/pdf/Best_practice_advise-July_2014.pdf
9. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008 May; 31(5):579-87.
10. Diagnosis of preterm labor and overview of preterm birth. UpToDate. Apr 2016. http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor-and-overview-of-preterm-birth?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=1~150
11. Fonseca EB, M.D., et al., for the Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the Risk of Preterm Birth among Women with a Short Cervix *N Engl J Med* 2007; 357:462-469
12. Hassan SS et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Jul;38(1):18-31
13. Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 March. 3 p. (ACOG committee opinion; no. 455) *Obstet Gynecol* 115:669-71.
14. Magnesium sulfate use in obstetrics. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2016 Jan. 2 p. (ACOG committee opinion; no. 652) *Obstet Gynecol* 127:e52-3.
15. Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 159 (interim update). *Obstet Gynecol* 2016;127:e29-38.
16. Management of preterm labor. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2012 Jun. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 127). *Obstet Gynecol.* vol. 119, no. 6, June 2012
17. Prediction and prevention of preterm birth. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin no.130: *Obstet Gynecol* 2012 Oct; 120(4): 964-73.
18. Preterm Birth Prevention: Evidence-Based Use of Progesterone Treatment Issue Brief and Action Steps for Medicaid Health Plans, Nov. 2014. Medicaid Health Plans of America. 18 p. <http://www.mhpa.org/upload/PTBIssueBrief111714MHPA.pdf>
19. Preterm birth: Risk factors and interventions for risk reduction. UpToDate. May 2016. <http://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-risk-factors-and-interventions-for-risk-reduction?source=searchresult&search=preterm&selectedTitle=4~150>
20. Preterm labour and birth (Supplement). Queensland Clinical Guidelines. 2015. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland, Australia). 11 p.

<https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/s-ptl.pdf>

21. Preterm labour and birth. Queensland Clinical Guidelines. December 2014. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland, Australia). 27 p. <https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g-ptl.pdf>
22. Preterm Labour Clinical Guideline. SA Maternal & Neonatal Clinical Network. 07 Sep. 2015. CG141. p 15. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4/Preterm+Labour_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4
23. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee with the assistance of Vincenzo Berghella, MD. Am J Obstet Gynecol May 2012; 206: 376-386.
24. Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth. UpToDate. May 2016. http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=9~150
25. Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Practice guidelines. No. 211, Aug 2008. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(8):702-708
26. Second-trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth. UpToDate. Apr 2016. <http://www.uptodate.com/contents/second-trimester-evaluation-of-cervical-length-for-prediction-of-spontaneous-preterm-birth?source=searchresult&search=preterm+cervical&selectedTitle=1~150>
27. The Use of Progesterone for Prevention of Preterm Birth. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Practice guidelines. No. 202, January 2008. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(1):67-71
28. Tocolysis for Women in Preterm Labour. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 Feb. 13 p. (Green-top guideline; no. 1b).
29. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Practice guidelines. No. 257, May 2011. J Obstet Gynaecol Can 2011;33(5):486-499
30. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf
31. Преждевременные роды. Клинический протокол. ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России / Институт Здоровья Семьи. Москва 2011. 29 с.