



ՄԱԿ-ի Բնակչության  
հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության  
նախարարություն



Վերարտադրողական առողջության,  
պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության  
և գինեկոլոգիայի հանրապետական  
ինստիտուտ

# **ՊՏՂԱԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՄԻՆՉՄԵՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ՊԱՏՈՒԽ Ե ԽՄԲԻ ՍՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԻՆՖԵԿՅՈՒՄ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ, ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ**

**Կլինիկական ուղեցույց**  
Նոյեմբեր 2016

ԵՐԵՎԱՆ  
ՓՐԻՆԹԻՆՖՈ  
2016

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

ՀՏԴ 618  
ԳՄԴ 57.1  
Պ 914

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում.

Պ 914 B խմբի ստրեպտոկոկային պերինատալ ինֆեկցիա.  
–Եր.: Փրինթինֆո, 2016. –44 էջ:

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

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

**Աշխատանքային խմբի ղեկավար՝**

Աբրահամյան Ռ.Ա. *ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ, պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկոլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն*

**Աշխատանքային խմբի անդամներ՝**

Աբրահամյան Լ.Ռ. *բ.գ.դ., ԵՊԲԸ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր*  
Գրիգորյան Վ.Ֆ. *բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ*  
Գյուլիասայան Վ.Մ. *բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ*  
Հարությունյան Ա.Գ. *MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող*

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

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

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

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

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

ՀՏԴ 618  
ԳՄԴ 57.1

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՀԻ	Ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքս
ԲԽՍ	Բ խմբի ստրեպտոկոկ
ԳԶՀ	Գերձայնային հետազոտություն
ԿՏԳ	Կարդիոտոկոգրաֆիա
մ/մ	Միջմկանային
ՄՀԿ	Միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելում
ՄՄՀ	Մանրադիտակային մանրէաբանական հետազոտություն
ն/ե	Ներերակային
ԾԴՀ	Ծնչառական դիաթրես համախտանիշ
22/ր	Ծնչառական շարժում/ րոպեում
ՊՄԺՊ	Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական ժամկետային պատռում
ՊՄՊ	Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում
ՊՄՎՊ	Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռում
ՊՍԶՀ	Պտղի սրտի զարկերի հաճախություն
ՎԾ	Վաղաժամ ծննդաբերություն
ACOG	Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջ (ԱՄՆ)
ANAES	Առողջապահության հավատարմագրման և գնահատման ազգային գործակալություն (Ֆրանսիա)
CDC	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոններ (ԱՄՆ)
DHWA	Արևմտյան Ավստրալիայի առողջապահության դեպարտամենտ
HSE	Առողջություն և անվտանգություն գործադիր մարմին (Միացյալ Թագավորություն)
NHS	Առողջապահության ազգային ծառայություն (Միացյալ Թագավորություն)
NICE	Առողջապահության և որակյալ խնամքի ազգային ինստիտուտ (Միացյալ Թագավորություն)
RANZCOG	Ավստրալիայի և Նոր Զելանդիայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ
RCOG	Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ (Միացյալ Թագավորություն)
SOGC	Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերություն
UpToDate	Wolters Kluwer Health-ի ապացույցների վրա հիմնված հիմնված կլինիկական ռեսուրս

# ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

**ՊՏՂԱԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՄԻՆՉԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ՎԱՂԱԺԱՄ ՊԱՏՌՈՒՄ (ՊՄՎՊ)..... 5**

- Ներածություն ..... 7
- ՊՄՎՊ ռիսկի գնահատում ..... 8
- ՊՄՎՊ կլինիկական գնահատում..... 9
- Հղիի տեղափոխում.....11
- ՊՄՎՊ վարում..... 12

**ՊՏՂԱԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՄԻՆՉԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԺԱՄԿԵՏԱՅԻՆ ՊԱՏՌՈՒՄ (ՊՄԺՊ) ..... 21**

- ՊՄԺՊ վարման ալգորիթմ.....22
- Ներածություն .....23
- ՊՄԺՊ գնահատում .....23
- ՊՄԺՊ վարում .....24
- Խորհրամանիոնիտ .....25

**B ԽՄԲԻ ԱՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ.....27**

- ՎԾ-ով կանանց մոտ ԲԽՍ-ի միջծննդաբերական կանխարգելման ալգորիթմ ..... 28
- ՊՄՎՊ-ի պարագայում ԲԽՍ միջծննդաբերական կանխարգելման ալգորիթմ ... 30
- ՊՄԺՊ-ի պարագայում միջծննդաբերական ԲԽՍ կանխարգելման ալգորիթմ..... 32
- Ներածություն .....33
- Հղիության վարում.....33
- Միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելման նշանակման կարգ.....34
- ԲԽՍ հայտնաբերման համար նմուշառում .....35
- Կրծքով կերակրում .....35
- Բակտերիուրիա .....35

**Հավելված Ա. Ամնիոտիկ հեղուկի ստուգիչ թեստեր ..... 36**

**Հավելված Բ. ՊՄՎՊ-ից մինչև ծննդալուծում ընկած ժամանակամիջոց՝ արտահայտված օրերով .....37**

**Հավելված Գ. Ամնիոտիկ հեղուկի լամելյար մարմինների հաշվարկ հեմատոլոգիական անալիզատորների միջոցով..... 38**

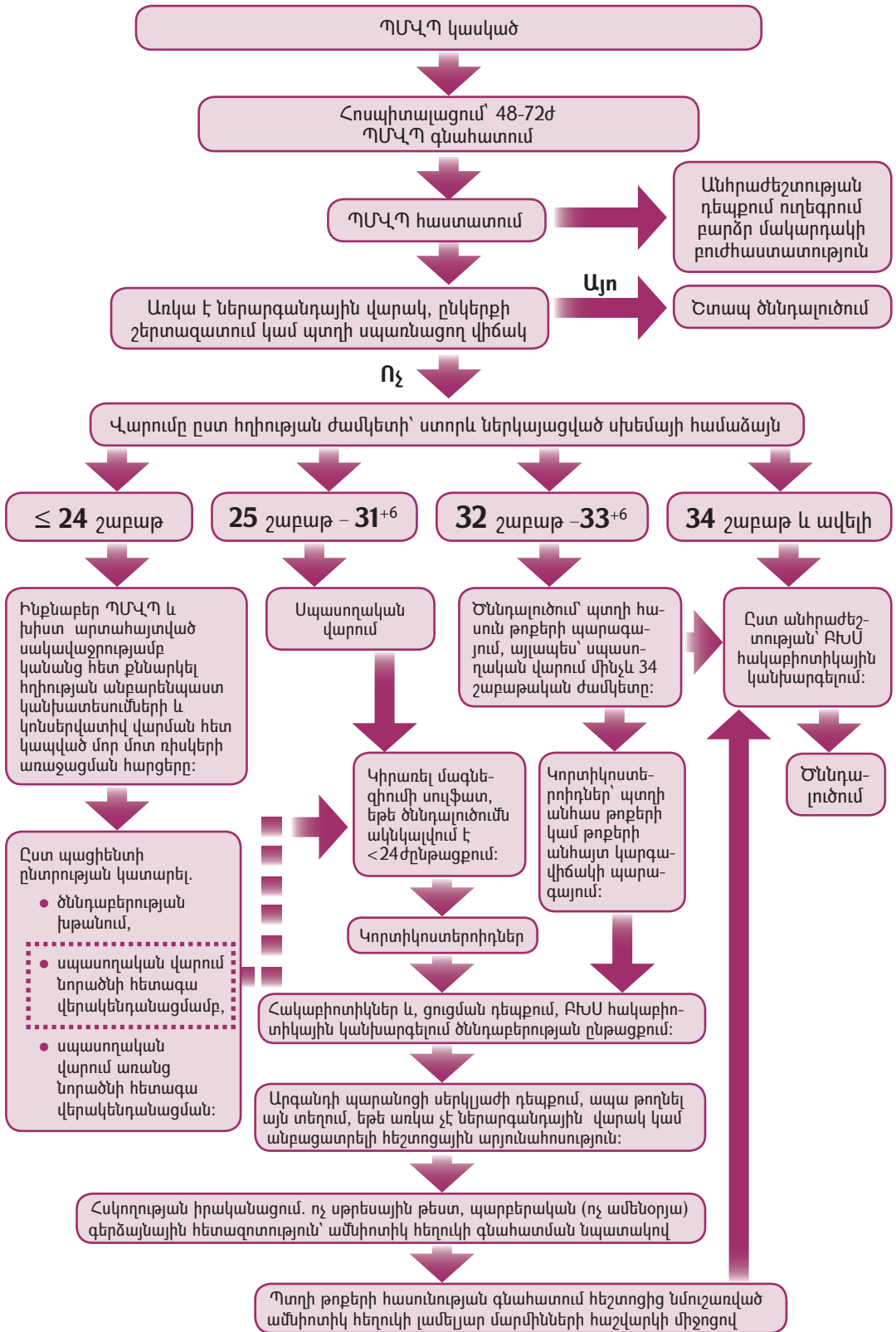
**Հավելված Դ. Նախածննդյան շրջանում անհատական ռիսկի գործոնների պարագայում ԲԽՍ վաղ հարուցված հիվանդության ռիսկի գնահատում՝ ՄՀԿ ստանալու և չստանալու դեպքերում ..... 40**

**Հավելված Ե. Ապացույցների մակարդակը և առաջարկությունների վարկանիշները..... 41**

**Օգտագործված գրականության ցանկ.....42**

**ՊՏՂԱԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՄԻՆՉՏՆԵՂԱԲԵՐԱԿԱՆ  
ՎԱՂԱԺԱՄ ՊԱՏՈՒԽ (ՊՄՎՊ)**

# ՊՄՎՊ վարման ալգորիթմ



## Ներածություն

Պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական վաղաժամ պատռումը (ՊՄՎՊ) սահմանվում է որպես պտղաթաղանթների ինքնաբեր պատռում մինչև ծննդաբերությունն սկսվելը՝ 37 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետում: Այն բարդացնում է միապտուղ հղիությունների 2-4%-ը, երկպտուղ հղիությունների 7-20%-ը և զուգակցվում է վաղաժամ ծննդաբերության դեպքերի 60%-ի հետ: ՊՄՎՊ-ն մեծացնում է պերինատալ մահացության և մոր ու նորածնի հիվանդացության ռիսկը: ՊՄՎՊ-ի հետ զուգակցվող բարդությունները և դրա հետևանքները շարադրված են ստորև ներկայացված աղյուսակում:

Հղիության բարդություն	Հնարավոր հետևանքներ նորածնի մոտ	Հնարավոր հետևանքներ մոր մոտ
<b>Ներարգանդային վարակ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Նորածնի սեպսիս</li> <li>Երկարաժամկետ նյարդաբանական զարգացման անոմալիաներ, մասնավորապես մանկական ուղեղային կաթված</li> </ul>	Հետծննդյան էնդոմետրիտ
<b>Պորտալարի կոմպրեսիա</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Պտղի ասֆիքսիա</li> </ul>	
<b>Սակավաջրություն</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Վերջույթների զարգացման արատներ և թոքերի հիպոպլազիա (հիմնականում ուղեկցում է խիստ սակավաջրությանը երկրորդ եռամսյակի վաղ կամ միջին շրջանում): Նշված բարդությունները հազվադեպ են, եթե պտղաթաղանթների պատռումը տեղի է ունենում հղիության 23-րդ շաբաթից հետո:</li> </ul>	
<b>Պտղի ախտաբանական դրություններ</b>		Կեսարյան հատում
<b>Պորտալարի արտանկում</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Պտղի ասֆիքսիա</li> </ul>	Կեսարյան հատում
<b>Ընկերքի շերտազատում</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Պտղի ասֆիքսիա</li> </ul>	Կեսարյան հատում Կոագուլոպաթիա
<b>ՎԾ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Անհասների հիվանդացություն.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– շնչառական խանգարումներ</li> <li>– ներփորոքային արյունազեղում</li> <li>– մեռուկացնող էնտերոկոլիտ</li> <li>– անհասների ռետինոպաթիա</li> <li>– բաց զարկերակային (Բոտալյան) ծորան</li> </ul> </li> </ul>	

ՊՄՎՊ վարումը համարվում է պերինատալ բժշկության մեջ առավել վիճահարույց հարցերից մեկը: ՊՄՎՊ-ով պացիենտների համար գոյություն ունի երկու պոտենցիալ տարբերակ՝ սպասողական վարում և անհապաղ ծննդալուծում, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի իր առավելություններն ու թերությունները: Այս պացիենտների վարման ժամանակ պետք է հաշվի առնել անհապաղ ծննդալուծման պարագայում պտղի և նորածնի մոտ բարդությունների առաջացման ռիսկերը և կոնսերվատիվ բուժման ռիսկերի և առավելությունների հարաբերակցությունը: Տոկոլիտիկների կիրառման, հակաբիոտիկային կանխարգելման տևողության, նախածննդյան կորտիկոստերոիդների ընդունման ճիշտ ժամկետի, մոր/պտղի մոտ վարակի հայտնաբերման մեթոդների և ծննդալուծման օպտիմալ ժամկետի ընտրության հարցերում գոյություն ունեն ՊՄՎՊ վարման տարբեր մոտեցումներ:

Սույն ուղեցույցի նպատակը ՊՄՎՊ ախտորոշման, հետազոտման և վարման հարցերի շուրջ խորհրդատվության տրամադրումն է: Ուղեցույցը գնահատական է տալիս մի շարք նախածննդյան թեստերի, որոնց միջոցով կարելի է կանխատեսել այն վտանգը, որ կարող է սպառնալ պտղին ներարգանդային վարակի հետևանքով: Ուղեցույցը նաև ուսումնասիրում է կանխարգելիչ հակաբիոտիկների, ստերոիդների և տոկոլիտիկների դերը և ՊՄՎՊ-ով հղիների ծննդալուծման օպտիմալ ժամկետը և ներկայացնում առաջարկություններ՝ հաշվի առնելով հրապարակված նյութերից քաղված վկայությունները:

**ՊՄՎՊ ռիսկի գնահատում**

ՊՄՎՊ պատճառները հստակորեն պարզաբանված չեն, սակայն հայտնի են ռիսկի այն գործոնները, որոնք, ինչպես ցույց են տվել հետազոտությունները, մեծացնում են ՊՄՎՊ հավանականությունը: Այդուհանդերձ, ռիսկի գործոններով կանանց մեծամասնության մոտ ՊՄՎՊ տեղի չի ունենում, միևնույն ժամանակ ՊՄՎՊ-ով ոչ բոլոր կանանց մոտ է հայտնաբերվում ռիսկի գործոններ:

Ասպեկտ	ՊՄՎՊ-ի հետ զուգակցվող ռիսկի գործոններ
<b>Տեղեկություններ մոր վերաբերյալ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Մոր տարիք՝ ≤16 տ.</li> <li>● Ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ</li> <li>● 19-ից ցածր մարմնի զանգվածի ինդեքս (ՄՁԻ)</li> <li>● Ծխախոտի օգտագործում</li> </ul>
<b>Հիվանդություններ և հղիության ընթացք</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Անամնեզում՝ ՎԾ</li> <li>● Անամնեզում ՊՄՎՊ-ն (զուգակցվում է հաջորդ հղիության ընթացքում ՊՄՎՊ-ի առնվազն եռապատիկ մեծացած ռիսկի հետ)</li> <li>● Բազմապտուղ հղիություն</li> <li>● Իստմիկո-ցերվիկալ անբավարարություն</li> <li>● Արգանդի զարգացման անոմալիաներ</li> <li>● Մանկաբարձական բարդություններ               <ul style="list-style-type: none"> <li>– հիպերտենզիա</li> <li>– նախածննդյան արյունահոսություն</li> <li>– վարակ</li> <li>– գերջրություն</li> </ul> </li> </ul>



Ասպեկտ	ՊՄՎՊ-ի հետ զուգակցվող ռիսկի գործոններ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Սեռական ուղիների վարակներ</li> <li>● Գենետիկական խանգարումներ ծնողների մոտ</li> <li>● Հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ</li> <li>● Բակտերիալ վագինոզը կամ գոնոկոկով, խլամիդիայով, տրիխոմոնադայով և B խմբի ստրեպտոկոկով հարուցված վարակները:</li> </ul>

### ՊՄՎՊ կլինիկական գնահատում

Որպես կանոն, ՊՄՎՊ ախտորոշումը կատարվում է մոր անամնեզի, բժշկական զննման և գերձայնային հետազոտության արդյունքների հիման վրա:

Ասպեկտ	Նկատառումներ
<b>Հիվանդության պատմություն</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՊՄՎՊ-ի ժամկետ</li> <li>● Արտահոսած պտղաջրերի որակ և գույն</li> <li>● Արտահոսած պտղաջրերի ծավալ</li> <li>● Ինֆեկցիայի նշաններ, ներառյալ՝ հեշտոցային արտադրություն՝ տհաճ, սուր հոտով, արգանդի ցավոտություն, մարմնի բարձր ջերմաստիճան մոր մոտ, տախիկարդիա պտղի մոտ</li> </ul> <p>Կատարել դիֆերենցիալ ախտորոշում.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Մեզի արտահոսք (անմիզապահություն)</li> <li>● Ֆիզիոլոգիական հեշտոցային արտադրություն</li> <li>● Բակտերիալ ինֆեկցիա, օր.՝ բակտերիալ վագինոզ</li> <li>● Արգանդի պարանոցի լորձի արտահոսք</li> </ul>
<b>Բժշկական զննում</b>	<p>Դիտարկումներ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Հոսպիտալացման պահին կատարվում են հետևյալ հետազոտությունները՝ մարմնի ջերմաստիճանի, արյան ճնշման, զարկերակի, շնչառության հաճախության, թթվածնային հագեցվածության ելակետային ցուցանիշների չափում, արգանդի կծկողական ակտիվության կամ ցավոտության ստուգում, հեշտոցային արտադրության և մեզի քննություն: Ցուցումների դեպքում կատարվում են այլ հետազոտություններ:</li> </ul> <p>Որովայնի շոշափում.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Կախված հղիության ժամկետից՝ կարելի է որովայնի շոշափման միջոցով գնահատել պտղի չափսերը և առաջադրությունը:</li> <li>● Որովայնի ցավոտությունը կարող է լինել վարակի նախանշան:</li> </ul>

Ասպեկտ	Նկատառումներ
<p><b>Հեշտոցային զննում</b></p>	<p><b>ՆՇՈՒՄ.</b> Խուսափել մատնային զննման անցկացումից քանի դեռ առկա չէ ծննդաբերության վտանգ: Մատնային զննումից հրաժարումը նվազեցնում է վարակի ներթափանցման հավանականությունը և կանխում է լատենտ շրջանի կարճացումը:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Պտղաթաղանթների պատմման տեսանելի ապացույցների բացակայության պարագայում պետք է կատարել զննում հայելիներով:</li> <li>● Եթե պտղաթաղանթների պատռումը հաստատվում է վիճակի գնահատման և կնոջ հիգիենիկ միջադիրի զննման արդյունքում, ապա հայելիներով զննում չի պահանջվում:</li> <li>● Հայելիներով զննումը պետք է անցկացնել 30 րոպե հանգիստ վիճակում պառկելուց հետո:</li> <li>● Ստուգել՝ արդյոք հեշտոցի հետին կամարի հատվածում առկա է ամնիոտիկ հեղուկի կուտակում կամ պարանոցային խողովակով թափանցիկ հեղուկի արտահոսք: Ախտորոշման անորոշ կարգավիճակի դեպքում պետք է խնդրել կնոջը Վալսալվայի փորձ կատարել կամ, եթե պտղաջուր չի երևում, հազալ, ինչից հետո կարող է նկատվել պտղաջրի արտահոսք:</li> </ul>
<p><b>ՊՄՎՊ-ի լաբորատոր հաստատում</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Վերցնել քսուք հեշտոցից՝ ՄՄՀ համար. <ul style="list-style-type: none"> <li>– հեշտոցային արտազատուկի մանրադիտակային հետազոտություն՝ «պտերի» երևույթի հայտնաբերման նպատակով, երբ չորացած ամնիոտիկ հեղուկի բյուրեղների դասավորվածությունը հիշեցնում է պտերի տերև՝ իր մեջ պարունակվող նատրիումի քլորիդի և սպիտակուցի շնորհիվ.</li> <li>– նեղույան կապույտով ներկված լանուզոյի (պտղային աղվամազ) և պտղի էպիթելային բջիջների ուսումնասիրում:</li> </ul> </li> <li>● Վերցնել քսուք հեշտոցից և անոռեկտալ հատվածից՝ ԲԽՍ սկրինինգի համար:</li> <li>● Եթե տեսողական զննման արդյունքում ՊՄՎՊ նշաններ չեն հայտնաբերվում, ախտորոշումը կարելի է հաստատել՝ ստուգելով հեշտոցային արտազատուկի pH-ը նիտրազինի թղթի միջոցով: Ամնիոտիկ հեղուկի pH-ը, որպես կանոն, տատանվում է 7.0-ից մինչև 7.3, մինչդեռ հեշտոցի pH-ը տատանվում է 3.8-ից 4.2-ի սահմաններում: Այլ մեթոդների վերաբերյալ տեղեկատվության համար տես Հավելված Ա:</li> </ul>

Ասպեկտ	Նկատառումներ
<b>Գերձայնային հետազոտություն</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Եթե անամնեզի տվյալներով ենթադրվում է ՊՄՎՊ, սակայն բժշկական զննման արդյունքներն այն չեն հաստատում, կարելի է անցկացնել ԳՁՀ:</li> <li>● Ամնիոտիկ հեղուկի նվազած քանակի կամ դրա բացակայության հիման վրա կարելի է ենթադրել, սակայն ոչ ախտորոշել, որ տեղի է ունեցել պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռում:</li> <li>● Անցկացնել ԳՁՀ հղիության ժամկետի որոշման, պտղի վիճակի և աճի գնահատման և ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսի (ԱՀԻ) որոշման համար:</li> <li>● Վիճելի դեպքերում կարելի է ԳՁՀ միջոցով ուսումնասիրել՝ արդյոք պակասել է ամնիոտիկ հեղուկի ծավալը: Եթե պացիենտի մոտ ամնիոտիկ հեղուկի ծավալը նորմալ սահմաններում է, ապա շատ անհավանական է, որ նրա մոտ տեղի է ունեցել պտղաթաղանթների պատռում, նույնիսկ եթե դրա մասին են վկայում նրա անամնեզի տվյալները: ՊՄՎՊ-ով կանանց 50-70%-ի մոտ նախնական ԳՁՀ-ով հայտնաբերվում է ամնիոտիկ հեղուկի ծավալի պակաս:</li> </ul>
<b>Լաբորատոր հետազոտում</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Արյան ընդհանուր քննություն</li> <li>● Շ-ռեակտիվ պրոտեին</li> <li>● Մեզի միջին չափաբաժնի նմուշ</li> <li>● Հեշտոցի քսուք</li> <li>● Քսուք արգանդի պարանոցից՝ խլամիդիայի հայտնաբերման նպատակով:</li> <li>● Նուկլեինաթթվի ամպլիֆիկացիայի թեստ կամ ցանքս՝ գոնորեայի կամ խլամիդիայի հարուցիչների հայտնաբերման նպատակով:</li> </ul>

### Առաջարկություններ

ՊՄՎՊ ախտորոշման լավագույնս մոտեցումը անամնեզի ճշտումն է, որին հաջորդում է ստերիլ հայելիներով զննումը

**B**

Ուլտրաձայնային հետազոտությունը որոշ դեպքերում օգտակար է ախտորոշումը հաստատելու համար

**B**

### Հղի 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, վիճա-

կի կայունացումից հետո: Մոր տեղափոխումը համապատասխան ինտենսիվ խնամքի հնարավորություն ունեցող պերինատալ կենտրոն խորհուրդ է տրվում ՎԾ բարձր ռիսկի խմբի, պտղի կենսունակության շեմին հասած հղիության ժամկետում գտնվող կանանց (սկսած 23 շաբաթականից):

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

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

**ՊՄՎՊ վարում**

ՊՄՎՊ-ի կասկածով ցանկացած կին հոսպիտալացվում և հետազոտվում է 48-72 ժամվա ընթացքում: Վարման մոտեցումները կախված են պտղի գեստացիոն հասակից, վարակի առկայությունից, ծննդաբերական ակտիվությունից և պտղի վիճակից:

**Խնամքի պլանավորում**

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

Հղիության ժամկետը ՊՄՎՊ-ի ժամանակ	Խնամք*	Կորտիկոստերոիդներ	Հակաբիոտիկներ
<20 շաբաթ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՊՄՎՊ-ի և խիստ սակավաջրությամբ կանանց հետ քննարկել հղիության անբարենպաստ կանխատեսումների և կոնսերվատիվ վարման հետ կապված մոր մոտ ռիսկերի առաջացման հարցերը:</li> <li>● Առաջարկել և խորհուրդ տալ ծննդաբերության խթանում:</li> <li>● Կոնսերվատիվ վարման հակված կնոջն առաջարկել ավագ բուժանձնակազմի ներկայացուցչի երկրորդ կարծիք:</li> </ul>	Ոչ	Հակաբիոտիկների նշանակում ծննդաբերության խթանման կամ կոնսերվատիվ վարման ժամանակ

Հղիության ժամկետը ՊՄՎՊ-ի ժամանակ	Խնամք*	Կորտիկոստերոիդներ	Հակաբիոտիկներ
20-24 շաբաթ**	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՊՄՎՊ-ի և խիստ սակավաջրությամբ (ԱՀԻ՝ &lt;2) կանանց հետ քննարկել հղիության անբարենպաստ կանխատեսումների և կոնսերվատիվ վարման հետ կապված մոր մոտ ռիսկերի առաջացման հարցերը:</li> <li>● Առաջարկել ծննդաբերության խթանում:</li> <li>● Կոնսերվատիվ վարման հակված կնոջն առաջարկել երկրորդ կարծիք:</li> <li>● Կոնսերվատիվ վարման ընտրության դեպքում առաջարկել կնոջը հետևյալ խորհուրդները. <ul style="list-style-type: none"> <li>– 23-24 շաբաթական ժամկետում քննարկել նորածնային վերակենդանացման հետ կապված հարցերը:</li> <li>– Խուսափել տամպոններից, սեռական հարաբերությունից և ջրի մեջ ընկղմվելուց:</li> </ul> </li> </ul>	Ոչ: Կոնսերվատիվ վարման պարագայում դիտարկել նախածննդյան կորտիկոստերոիդների ընդունում 23-24 շաբաթական ժամկետում:	Հակաբիոտիկների նշանակում ծննդաբերության խթանման կամ կոնսերվատիվ վարման ժամանակ
24 -32 շաբաթ	Սպասողական վարում խորհում-նիոնիտի կամ պտղին սպառնացող վիճակի բացակայության պարագայում	Այո	Այո: Ցուցման դեպքում՝ ԲԽՍ կանխարգելում ծննդաբերության ընթացքում
32- 34 շաբաթ	Ծննդալուծում, եթե պտղի թոքերը հասուն են, կամ կլինիկորեն կամ ամնիոցենտեզի միջոցով ապացուցվել է ամնիոտիկ հեղուկի վարակ, այլապես՝ սպասողական վարում մինչև 34 շաբաթական ժամկետը:	Այո, եթե պտղի թոքերը հասուն չեն, կամ թոքերի հասունության կարգավիճակը անորոշ է:	Կոնսերվատիվ վարման դեպքում՝ այո: Ցուցման դեպքում՝ ԲԽՍ կանխարգելում ծննդաբերության ընթացքում:
≥34 շաբաթ	Ծննդալուծում	Ոչ	ԲԽՍ կանխարգելում***

\* Կոնսերվատիվ վարման սկսման կամ շարունակման հակացուցումներ են հանդիսանում մոր կամ պտղի մոտ վարակի առկայությունը կամ բիոֆիզիկական ցածր պրոֆիլը:

\*\* Պտղի քաշի, գեստացիոն տարիքի և սեռի համակցությունը համարվում է կենսունակության շանսերի գնահատման լավագույն միջոց և հաշվի է առնվում անհատական դեպքերում:

\*\*\* Տես «Բ խմբի ստրեպտոկոկային պերինատալ ինֆեկցիայի կանխարգելումը և բուժումը» բաժինը

**Մոր վիճակի հսկողություն**

Հետազոտում	Հաճախություն
Մարմնի ջերմաստիճան	Ամեն 4 ժամը մեկ
Պուլս	
Հեշտոցային արտադրություն – գնահատել գույնը և ծավալը*	
Արգանդի կծկողական ակտիվություն և/կամ ցավոտություն	
Արյան մեջ լեյկոցիտների քանակ	Շաբաթը երկու անգամ
C-ռեակտիվ պրոտեին	Շաբաթը երկու անգամ

\* Սուր տհաճ հոտով արտադրությունը կարող է լինել վարակի նշան:

ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ ներարգանդային վարակն ախտորոշելու համար պահանջվում է կլինիկական գնահատման և թեստերի համակցություն (C-ռեակտիվ պրոտեին, լեյկոցիտների հաշվարկ և պտղի սրտի զարկերի հաճախականություն ԿՏԳ միջոցով):

ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ ներարգանդային վարակի ախտորոշումը չի կարելի հաստատել կամ բացառել՝ նշված թեստերից միայն մեկի արդյունքների հիման վրա, օրինակ՝ միայն C-ռեակտիվ պրոտեինի թեստի, կամ լեյկոցիտների հաշվարկի, կամ ԿՏԳ միջոցով պտղի սրտի զարկերի հաճախականության ստուգման հիման վրա:

Եթե կլինիկական գնահատման կամ թեստերից մեկի արդյունքները միմյանց հակասում են, պետք է շարունակել հսկել կնոջ վիճակը և կրկնել թեստերը:

**Պտղի վիճակի հսկողություն**

Չկա հստակ վկայություն ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ պտղի վիճակի գնահատման օպտիմալ հաճախականության վերաբերյալ: Ստուգումների հաճախականությունը սահմանվում է՝ ելնելով մոր և պտղի կլինիկական վիճակից:

Հետազոտումներ	Հաճախություն
<b>Պտղի սրտի զարկերի հաճախականություն (ՊՍՂՀ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հոսպիտալացման պահից սկսած կատարել ՊՍՂՀ էլեկտրոնային մոնիտորինգ և արգանդի կծկողական ակտիվության մոնիտորինգ (23 շաբաթական կամ ավելի մեծ ժամկետում) անկանոն ՊՍՂՀ բացահայտման և կծկանքների գնահատման համար:</li> <li>Այնուհետև՝ կատարել ՊՍՂՀ մոնիտորինգ օրական երկու անգամ (առավոտյան/երեկոյան)</li> </ul>
<b>Պտղի ակտիվություն</b>	4 ժամը մեկ
<b>ԿՏԳ մոնիտորինգ</b>	Շաբաթը մեկ անգամ 30 շաբաթից մեծ գեստացիոն տարիքի պարագայում:

Հետազոտումներ	Հաճախություն
<b>Գերձայնային հետազոտություն</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Եթե պտղի գեստացիոն տարիքը 23 շաբաթից ավելի է. <ul style="list-style-type: none"> <li>Շաբաթը մեկ անգամ ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսի, բիոֆիզիկական պրոֆիլի, պրոտալարային զարկերակի արյունահոսքի ուսումնասիրություններ դրալեր մեթոդի միջոցով:</li> <li>Երկու շաբաթը մեկ՝ պտղի բիոմետրիա:</li> </ul> </li> </ul>

## Առաջարկություններ

Կարդիոտոկոգրաֆիան օգտակար է և, իսկապես պտղի տախիկարդիան օգտագործվում է խորիոամնիոնիտի կլինիկական սահմանման մեջ: Բիոֆիզիկական պրոֆիլը և Դոպլեր քննությունը կարող է իրականացվել, սակայն կանայք պետք է տեղեկացված լինեն, որ այդ թեստերը սահմանափակ արժեք ունեն պտղի վարակի կանխատեսման համար

**B**

## Մեկոնիում ամնիոտիկ հեղուկում

Ժամկետային և վաղաժամ ՊՄՊ-ով պացիենտների հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մեկոնիումի խառնուրդով ամնիոտիկ հեղուկի պարագայում մեծանում է կլինիկական և ենթակլինիկական խորիոամնիոնիտի և ամնիոտիկ հեղուկի մանրէաբանական հետազոտության դրական արդյունքի հավանականությունը: Մեկոնիումի արտազատումը նպաստում է վարակի ներթափանցմանը՝ մեծացնելով բակտերիաների աճը և թուլացնելով նեյտրոֆիլների ֆագոցիտար ակտիվությունը: Սակայն, որոշ դեպքերում մեկոնիումի նմանությամբ արտազատուկները իրականում դեցիդուալ արյունահոսության (շերտազատման) հետ զուգակցվող պիզմենտներ են: ՊՄՎՊ-ով և ամնիոտիկ հեղուկում մեկոնիումի առկայությամբ պացիենտների մոտ պետք է անցկացնել խորիոամնիոնիտի նշանների գնահատում: Նշանների բացակայության դեպքում՝ միայն մեկոնիումի առկայությունը միջամտության համար հիմք չի հանդիսանում:

## Հակաբիոտիկներ

ՊՄՎՊ-ի ժամանակ հակաբիոտիկային թերապիայի կիրառումը նվազեցնում է վարակի աճի, խորիոամնիոնիտի և 7 օրվա ընթացքում ծննդալուծման ռիսկը: Մոր կողմից ընդունված հակաբիոտիկային կուրսը նվազեցնում է պտղի մոտ ուղեղային խանգարումների և նորածնային վարակների հավանականությունը, ինչպես նաև կրճատում է նորածնային ինտենսիվ խնամքի տևողությունը: Հակաբիոտիկների ակնհայտ արդյունավետությունը ծննդաբերության հետաձգման գործում թույլ է տալիս ժամանակ շահել կորտիկոստերոիդների կանխարգելիչ կուրսի ընդունման համար:

## Դոզավորում և նշանակման կարգ

Հակաբիոտիկների նշանակման օպտիմալ կարգն անորոշ է, քանի որ ապացուցվել է տարբեր կարգերի կիրառման արդյունավետությունը: Դիտարկված ուղեցույցներում բերված ամենատարածված հակաբիոտիկների նշանակման կարգերը հետևյալն են.

**ՆՇՈՒՄ.** Խուսափել ամոքսիցիլինի/կլավուլանային թթվի կիրառումից, քանի որ այն զուգակցվում է նորածնի մոտ մեռուկացնող էնտերոկոլիտի ռիսկի հետ:

**Հակաբիոտիկների դոզավորման և նշանակման կարգը ըստ տարբեր ուղեցույցների**

Ուղեցույց	Նշանակման կարգ
ՄԳԱԿ (ACOG) 2016 ԿՄԳՀ (SOGC) 2015 վերանայում	2 գ ամպիցիլին, ն/ե, ամեն 6 ժամը մեկ և 250 մգ էրիթրոմիցին, ն/ե,* ամեն 6 ժամը մեկ 48 ժամվա ընթացքում, այնուհետև՝ 250 մգ ամոքսացիլինի հաբեր ամեն 8 ժամը մեկ և 333** էրիթրոմիցինի հաբեր ամեն 8 ժամը մեկ՝ 5 օր:
ԱԱԾ (NHS) 2015 վեր.	1 գ ամոքսացիլինի հաբեր օրական երեք անգամ՝ 7 օր:
ԿՄԳՀ (SOGC) 2015 վեր. ԱԱՎ (HSE) 2015 վեր. ՄԳԹԶ (RCOG) 2014 վեր. ԱԱԾ (NHS) 2015 վեր. ԱԲՈԱԻ (NICE) 2015 ԱԱԱՎ (DHWA) 2015	250 գ էրիթրոմիցինի հաբեր ամեն 6 ժամը մեկ՝ 10 օր:
ԱԱԾ (NHS) 2015 վեր.	500 մգ կլարիթրոմիցինի հաբեր ամեն 12 ժամը մեկ՝ 7 օր:
ՍրToDate 2016	2 գ ամպիցիլին, ն/ե, ամեն 6 ժամը մեկ 48 ժամվա ընթացքում և 1 գ ազիտրոմիցինի հաբեր միանվագ, այնուհետև՝ 250 մգ ամոքսացիլինի հաբեր ամեն 8 ժամը մեկ 5 օր: Կամ 1 գ ցեֆազոլին, ն/ե, ամեն 8 ժամը մեկ 48 ժամվա ընթացքում, այնուհետև 500 մգ ցեֆալեքսիմի հաբեր օրական 4 անգամ՝ 5 օր:

\* Որոշ ադապտացված ուղեցույցներում նշանակվում են էրիթրոմիցինի հաբեր:

\*\* Որոշ ադապտացված ուղեցույցներում էրիթրոմիցինի 333 մգ-ի փոխարեն նշանակվում է 250 կամ 500 մգ:

Նշված նշանակման կարգերը ցուցված են միայն ՊՄՎՊ հակաբիոտիկային կանխարգելման ժամանակ:

ՊՄՎՊ-ով և հաստատված կամ անորոշ ԲԽՍ կարգավիճակով կանայք պետք է ստանան միջձննդաբերական ԲԽՍ կանխարգելում անկախ նախկինում ստացած բուժումներից (տես «ԲԽՍ պերինատալ ինֆեկցիայի կանխարգելումը եվ բուժումը» գլուխը):

Խորիոամնիոնիտի կլինիկական ախտանիշների պարագայում՝ տես «ՊՄԺՊ» գլուխը:



Եթե ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ հայտնաբերվում է սեռական ուղիների վարակ (օր.՝ գոնորեա, խլամիդիա, բակտերիալ վագինոզ), որն անհնար է բուժել հակաբիոտիկային կանխարգելիչ թերապիայի միջոցով, ապա նրանց նշանակվում են հակաբիոտիկներ, որոնց նկատմամբ զգայուն են տվյալ հարուցիչները:

### **Կորտիկոստերոիդների նշանակում**

Ապացուցված է, որ նախաձննդյան կորտիկոստերոիդների կիրառումը ՎԾ բարձր ռիսկի խմբում գտնվող կանանց մոտ արագացնում է պտղի թոքերի հասունացումը: Այն նվազեցնում է նորածնային մահացության, ԾԴՀ, ներփորոքային արյունազեղումների, մեռուկացնող էնտերոկոլիտի, վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության հաճախականությունը, ինչպես նաև շնչառական աջակցության և նորածնային ինտենսիվ խնամք ստանալու կարիքը:

Կորտիկոստերոիդները նշանակվում են 24 շաբաթական գեստացիոն տարիքից մինչև 34 շաբաթական ժամկետը: «Փրկարար» թերապիայի միանվագ կուրս նշանակվում է, եթե

- ըստ կլինիկական գնահատումների՝ պացիենտի մոտ առկա է առաջիկա 7 օրվա ընթացքում ծննդաբերության բարձր ռիսկ,
- նախաձննդյան կորտիկոստերոիդների առաջին կուրսից անցել է առնվազն երկու շաբաթ:

Դեղաչափերի և նշանակման կարգերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար տես «Մայրություն» ուղեցույց N 5:

### **Առաջարկություններ**

*ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ պետք է կիրառել նախաձննդյան կորտիկոստերոիդներ:*

**A**

### **Ամնիոցենտեզ/Ամնիոինֆուզիա**

Բժշկական պրակտիկայում ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ ամնիոցենտեզ չի անցկացվում: Այն կարող է կիրառվել առանձնահատուկ դեպքերում ենթակլինիկական վարակի առկայությունը կամ պտղի թոքերի հասունությունը որոշելու նպատակով:

ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ ամնիոինֆուզիայի անցկացում ծննդաբերության ժամանակ խորհուրդ չի տրվում: Չկան բավարար ապացույցներ՝ առաջարկելու ամնիոինֆուզիան որպես թոքային հիպոպլազիայի կանխարգելման միջոց ծայրահեղ ՊՄՎՊ-ի պարագայում:

### **Պրոգեստերոն**

Ապացուցվել է, որ պրոգեստերոնը չի կանխարգելում ՊՄՎՊ-ով ուղեկցվող վաղաժամ ծննդաբերությունը: Այն կանանց մոտ, ովքեր պրոգեստերոն են ստանում անամնեզում ՎԾ կամ ՊՄՎՊ-ի հետևանքով ՎԾ ունենալու պատճառով, պրոգեստերոնի կիրառումը դադարեցվում է ՊՄՎՊ ամստորոշման պահից սկսած:

### **Կանխարգելիչ տոկոլիզ**

ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ արգանդի ակտիվ գործունեության բացակայության պարագայում կանխարգելիչ տոկոլիզ խորհուրդ չի տրվում:

ՊՄՎՊ-ով և արգանդի կծկողական ակտիվությամբ կանանց դեպքում, որոնց պահանջվում է տեղափոխել այլ մակարդակի բուժօգնություն կամ նշանակել նախածննդյան կորտիկոստերոիդներ, կարելի է դիտարկել տոկոլիդի կարճատև կուրսի անցկացում: Սակայն այս որոշումն ընդունելու համար հարկավոր է հաշվի առնել ներարգանդային վարակի առկայության հնարավորությունը, որի միակ կլինիկական դրսևորումը կարող է լինել արգանդի կծկողական ակտիվությունը: Խորիոամնիոնիտի հիմնավորված կասկածի դեպքում տոկոլիդ խորհուրդ չի տրվում:

ՊՄՎՊ-ի պարագայում տոկոլիդը չի ունենում որևէ զգալի ազդեցություն պերինատալ ելքերի բարելավման վրա: Ավելին, տոկոլիտիկների կիրառումը բարձրացնում է խորիոամնիոնիտի ռիսկը:

Տոկոլիտիկների դեղաչափերի և նշանակման կարգերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար տես «Մայրություն» ուղեցույց N 5:

### Առաջարկություններ

*ՊՄՎՊ տոկոլիդ խորհուրդ չի տրվում, քանի որ այս բուժումը էապես չի բարելավում պերինատալ ելքերը:*



### Արգանդի պարանոցի սերկլած

Սերկլածի (շրջակարի) հեռացման օպտիմալ ժամկետը ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ անորոշ է: Խորհուրդ է տրվում հեռացնել սերկլածը մինչև 23 շաբաթական ժամկետը լրանալը՝ հաշվի առնելով մոր մոտ խորիոամնիոնիտի և նորածնի մոտ սեպսիսի զարգացման բարձր ռիսկը (թեև հակաբիոտիկների ընդունումը նվազեցնում է ռիսկերը): Սերկլածի ուշ հեռացումը, երբ արդեն սկսվում է կամ ցուցվում է ծննդաբերությունը, զուգակցվում է մոր/պտղի մոտ սեպսիսի ավելի մեծ ռիսկի հետ, ուստի խորհուրդ չի տրվում:

23-ից մինչև 34 շաբաթական գեստացիոն տարիքը, հակացուցումների բացակայության պարագայում (օրինակ՝ վաղաժամ ծննդաբերություն, պտղի ոչ կայուն վիճակ կամ որևէ վարակ), սերկլածի ուշ հեռացումը համարվում է նպատահարմար, քանի որ թույլ է տալիս ավարտել նախածննդյան կորտիկոստերոիդների կուրսը:

Հեռացնելուց հետո պարանոցի շրջակարը ուղարկվում է մանրէաբանական հետազոտության:

### Մազնեզիումի սուլֆատ

Եթե վաղաժամ ծննդաբերությունը պլանավորվում կամ ակնկալվում է առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում (<32 շաբաթ), առաջարկվում է մազնեզիումի սուլֆատի ինֆուզիա պտղի նեյրոպրոտեկցիայի նպատակով (հակացուցումների բացակայության պարագայում):

Դեղաչափերի և նշանակման կարգերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար տես «Մայրություն» ուղեցույց N 5:

### Մոր իրազեկում

Պետք է իրազեկել կանանց անձնական հիգիենայի կանոնների պահպանման մասին, ներառյալ՝ հիգիենիկ միջադիրները չորս ժամը մեկ կամ ըստ պահանջի փոխելու անհրաժեշտության մասին: Տամպոնների օգտագործումն արգելվում է:

Կարևոր է խրախուսել կանանց հաճախակի կատարել ուղքերի վարժություններ և կրել ճնշող գուլպաներ, որոնք նպաստում են խորը երակների թրոմբոզի կանխարգելմանը:

32 շաբաթից փոքր գեստացիոն տարիքի կամ հղիության ընթացքում որևէ բարդություն ունեցող կանանց համար կազմակերպել հանդիպում-խորհրդատվություն մանկաբույժի հետ: Մանկաբույժի հետ քննարկել վաղաժամ ծննդաբերության վարման մոտեցումները, օր.<sup>1</sup> կերակրելու մեթոդներ, նորածնային ինտենսիվ խնամքի անհրաժեշտություն, ռիսկի գործոններ և արդյունքներ:

Կնոջ և նրան ուղեկցող անձի համար կազմակերպել ճանաչողական այց նորածնային ինտենսիվ խնամքի բուժհաստատություն:

Տեղեկացնել կանանց այն մասին, որ ՊՄՎՊ-ի պարագայում պետք է խուսափել սեռական հարաբերություններից:

### **Բազմապտուղ հղիություն**

Երկպտուղ հղիության ընթացքում ՊՄՎՊ-ի վարումը իրականացվում է նույնպիսի մոտեցումներով, ինչպես միապտուղ հղիության պարագայում:

### **Ամբուլատոր վարում**

Բոլոր ուսումնասիրված ուղեցույցներում դիտարկվում է ՊՄՎՊ-ի նաև ամբուլատոր վարումը: Ներկայումս չկան բավարար վկայություններ տնային պայմաններում ՊՄՎՊ անվտանգ վարման վերաբերյալ: Կասկածվող ՊՄՎՊ-ի դեպքում կանանց խորհուրդ է տրվում դիմել բուժհաստատություն:

### **Ծննդալուծման ժամկետի և եղանակի ընտրություն**

Ընդհանուր առմամբ, 34 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետով չբարդացած ՊՄՎՊ-ով հղիության մեծագույն ռիսկը պտղի անհասունությունն է: Ուստի՝ որևէ բարդության (օր.<sup>1</sup> վարակի, ընկերքի շերտազատման, պորտալարի արտանկման, պտղի անկայուն դիրքի և այլն) բացակայության պարագայում այս ժամկետի հղիության համար իրականացվում է սպասողական վարում:

34-ից մինչև 36 շաբաթ և 6 օր ժամկետում երկարատև (24-36 ժամից ավելի անջուր շրջան) սպասողական վարում ցուցված չէ, քանի որ այն մեծացնում է խորիոամնիոնիտի և պորտալարի կոմպրեսիայի ռիսկը՝ առանց դրական ազդեցություն ունենալու պերինատալ ելքերի վրա: Հղիության 34 շաբաթը լրանալու դեպքում պետք է ծննդալուծել առանց ստուգելու պտղի թոքերի հասունության աստիճանը\*։ Ավելի մեծ հղիության ժամկետում սպասողական վարում իրականացնելու դեպքում կանանց պետք է իրազեկել խորիոամնիոնիտի ռիսկի մեծացման և նորածնի մոտ շնչառական խանգարումների ռիսկի փոքրացման վերաբերյալ:

\* Այնուամենայնիվ, հղիության ժամկետի վերաբերյալ անորոշության պարագայում պետք է փորձել կատարել ամնիոտիկ հեղուկի նմուշառում հեշտոցային կամարից՝ պտղի թոքերի հասունության ստուգման նպատակով: Պտղի թոքերի հասունության նախնական սկրինինգի համար կիրառվում է լամելյար մարմինների հաշվարկ (տես Հավելված Գ): Եթե թեստի արդյունքների համաձայն նորածնային շնչառական խնդիրների ռիսկը ցածր է, դիտարկել ծննդալուծումը, քանի որ տվյալ հանգամանքներում անհասունության ռիսկերը շատ ավելի փոքր են, քան Սպասողական վարման ընթացքում մոր կամ պտղի մոտ բարդությունների զարգացման ռիսկերը: Եթե ամնիոտիկ հեղուկի նմուշառումը չի հաջողվում, կամ ըստ թեստի արդյունքների ենթադրվում է նորածնային շնչառական խանգարումների բարձր ռիսկ, պետք է շարունակել սպասողական վարումը մինչև 36 շաբաթական հղիության ժամկետը (լավագույն հաշվարկներով) և ծննդալուծել առանց ամնիոտիկ հեղուկի նմուշառման փորձերի:

ՊՄՎՊ-ով կանանց ծննդալուծման օպտիմալ ժամկետների վերաբերյալ տեղեկատվությունը ամփոփված է «Խնամքի պլանավորում» գլխում:

### **Ծննդալուծման եղանակ**

Հեշտոցային ծննդալուծման հակացուցումների բացակայության դեպքում պացիենտների մեծ մասը ծննդաբերում է ինքնաբեր կամ խթանված հեշտոցային ծննդալուծման միջոցով: Կեսարյան հատում իրականացվում է ստանդարտ ցուցումների պարագայում: Լրացուցիչ տեղեկատվության համար տես «Մայրություն» ուղեցույց N 5:

### **Առաջարկություններ**

*Ծննդաբերությունը պետք է դիտարկել հղիության 34 շաբաթականում: Այն դեպքերում երբ այս ժամկետում դիտարկվում է սպասողական վարում, կանայք պետք է տեղեկացվեն խորհրամանիոնիտի ռիսկի բարձրացման և շնչանական խնդիրների ռիսկի նվազեցման մասին:*



### **Հետագա հղիություններ**

Ինչպես արդեն նշվել է, անամնեզում առկա ՊՄՎՊ-ն հանդիսանում է կրկնվող ՊՄՎՊ-ի ռիսկի մեծ գործոն: Խորհուրդ է տրվում հետագա հղիությունների ընթացքում կիրառել պրոգեստերոն: Անամնեզում ՎԾ ունեցող կանանց հետազոտությունները ցույց են տվել, որ թե՛ անվնաս, թե՛ պատռված պտղաթաղանթներով պացիենտների մոտ պրոգեստերոնի կիրառումը հետագա հղիությունների ժամանակ նվազեցրել է ՎԾ կրկնման ռիսկը: Բացի այդ, որոշ դեպքերում ՊՄՎՊ-ն զուգակցվում է պարանոցային անբավարարության հետ: Հետագա հղիությունների ժամանակ պարանոցի երկարության գերձայնային հետազոտությունը և սերկյաժը կարող են նվազեցնել ՎԾ կրկնման ռիսկը:

**ՊՏՂԱԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՄԻՆՉՏՆԵՂԱԲԵՐԱԿԱՆ  
ԺԱՄԿԵՏԱՅԻՆ ՊԱՏՌՈՒՄ (ՊՄԺՊ)**

## ՊՄԺՊ վարման ալգորիթմ

### ՊՄԺՊ-ով հոսպիտալացված պացիենտներ

#### Գնահատում

- Անամնեզ, ընդհանուր և մանկաբարձական զննում
- Հեշտոցային զննում հայելիներով՝ ՊՄԺՊ հաստատելու համար
- ԿՏԳ
- Տրամադրել խորհրդատվություն և առաջարկել վարման տարբերակներ ըստ ՊՄԺՊ հետազոտման արդյունքների

#### ՊՄԺՊ > 18 ժամից

- Եթե առկա է ՊՄԺՊ >18 ժամից, սկսել ԲԽՍ հակաբիոտիկային կանխարգելում՝ անկախ ցանկացած այլ կլինիկական գործոնների առկայությունից:
- Առաջարկել ծննդաբերության խթանում և կնոջն իր զուգընկերոջ հետ միասին ներգրավել որոշումների ընդունման գործընթացի մեջ:

#### Ակտիվ վարում

- Տեղափոխել ծննդաբերական բաժանմունք
- Կատարել մոր և պտղի վիճակի պարբերական գնահատում
- ԲԽՍ դրական պատասխանի դեպքում սկսել ԲԽՍ հակաբիոտիկային կանխարգելում
- Այլապես՝ սկսել ԲԽՍ հակաբիոտիկային կանխարգելում, եթե ՊՄԺՊ-ից անցել է 18 ժամ, ծննդալուծումը դեռևս տեղի չի ունեցել կամ առկա են այլ ռիսկի գործոններ\*:
- Սկսել ծննդաբերության խթանում օքսիտոցինի ինֆուզիայով

#### Սպասողական վարում

- ԲԽՍ դրական պատասխանի դեպքում խորհուրդ է տրվում հոսպիտալացում, հակաբիոտիկային կանխարգելման անցկացում և ծննդաբերության խթանում:
- ԲԽՍ բացասական պատասխանի դեպքում վարումն իրականացվում է ըստ ՊՄԺՊ ցուցումների:
- Եթե ՊՄԺՊ-ից անցել է 18 ժամ, սկսել ԲԽՍ հակաբիոտիկային կանխարգելում և ծննդաբերության խթանում օքսիտոցինի ինֆուզիայով:
- Ծննդաբերության խթանում պետք է նախաձեռնել ըստ կլինիկական վիճակի, սակայն 24 ժամից ոչ ուշ:
- Անցկացնել մոր և պտղի վիճակի գնահատում ամեն 4 ժամը մեկ:
- Տեղեկացնել կնոջը, որ ծննդալուծումը հարկավոր է արագացնել, եթե փոփոխվում է հեշտոցային արտադրության գույնը կամ հոտը, նվազում է պտղի շարժումների քանակը, կամ հղիի մոտ տենդ է առաջանում:

\* անամնեզում՝ նորածնային ինվազիվ ԲԽՍ, ԲԽՍ բակտերիուրիա ընթացիկ հղիության ժամանակ, միջծննդաբերական շրջանում 38.0°C կամ ավելի բարձր մարմնի ջերմաստիճան

## Ներածություն

Չկա պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռման համընդհանուր սահմանում: Ընդունված է ՊՄԺՊ ախտորոշել այն դեպքում, երբ 37 շաբաթ և ավելի հղիության ժամկետում պտղաթաղանթների պատռմանը հաջորդող չորսժամյա լատենտ շրջանից հետո ծննդաբերական գործունեությունը դեռևս բացակայում է:

ՊՄԺՊ-ն տեղի է ունենում ժամկետին ծննդաբերող կանանց 6–19%-ի մոտ: Նույնիսկ արգանդի պարանոցի անբարենպաստ վիճակի պարագայում կանանց մեծամասնության մոտ ինքնաբեր ծննդաբերություն է սկսվում ՊՄԺՊ-ին հաջորդող 12 ժամվա ընթացքում:

- 50%-ի մոտ ծննդաբերությունը սկսվում է 12 ժամ անց,
- 86%-ի մոտ՝ 24 ժամվա ընթացքում,
- 94%-ի մոտ՝ 48–95 ժամվա ընթացքում,
- 6%-ի մոտ ծննդաբերությունը չի սկսվում 96 ժամվա ընթացքում:

ՊՄԺՊ-ի ռիսկերը կապված են մոր և նորածնի մոտ վարակի, պորտալարի արտանկման և պտղին սպառնացող վիճակի հետ, որոնք կարող են հանգեցնել վիրահատական ծննդալուծման կամ Ապգարի սանդղակով ցածր ցուցանիշների: Խորիոամնիոնիտի հաճախականությունը ՊՄԺՊ-ով կանանց մոտ կազմում է 6–10% և հանդիպում է 24 ժամ առաջ տեղի ունեցած պտղաթաղանթների պատռվածքով կանանց մինչև 40%-ի մոտ: Մատնային հեշտոցային հաճախակի զննումները, ծննդաբերական գործունեության տևողության երկարաձգումը և ամնիոտիկ հեղուկում մեկոնիումի առկայությունը խորիոամնիոնիտի զարգացման ռիսկի հիմնական գործոններն են: Մոր մոտ հետծննդյան էնդոմետրիտի զարգացման ընդհանուր ռիսկը կազմում է 3–4%:

## ՊՄԺՊ գնահատում

### Մոր վիճակի գնահատում

Մոր վիճակի գնահատումը ներառում է կծկանքների, վարակի (օր.՝ տենդ, տախիկարդիա, արգանդի ցավոտություն) և ընդհանուր և մանկաբարձական բարդությունների գնահատում:

- Անամնեզ և ընդհանուր և մանկաբարձական զննման անցկացում:
- Հայելիներով զննումը թույլ է տալիս խուսափել մատնային հեշտոցային զննման անհրաժեշտությունից, ինչը նվազեցնում է վարակի ռիսկը և կարող է կիրառվել մասնավորապես սպասողական վարման ընթացքում:
- Անհրաժեշտության դեպքում հաստատել ՊՄԺՊ ախտորոշումը պտղաջրերի կուտակման վիզուալիզացիայի, թեստի կամ մանրադիտակային քննության միջոցով:
- Գնահատել արգանդի պարանոցի բացման աստիճանը:
- Բացառել պորտալարի արտանկումը:
- Վերցնել հեշտոցային քսուք միկրոկենսաբանական հետազոտման համար (ներառյալ ԲԽՍ սկրինինգը, եթե պատասխանը առկա չէ կամ դեռևս հետազոտում չի կատարվել):

### Պտղի վիճակի գնահատում

- Պտղի վիճակը գնահատվում է ոչ սթրեսային թեստի միջոցով: Կարող է անցկացվել նաև բիոֆիզիկական պրոֆիլի գնահատում:

- Ըստ անհրաժեշտության, պտղի դիրքը որոշվում է արտաքին մանկաբարձական գննման և ԳՁՀ միջոցով:

### Լաբորատոր հետազոտություններ

ՊՄԺՊ-ի դեպքում անց են կացվում նույնպիսի լաբորատոր հետազոտություններ, ինչպես ինքնաբեր ծննդաբերության նախանշաններով հոսպիտալացված կանանց մոտ:

### ՊՄԺՊ վարում

Զբարդացած ՊՄԺՊ-ի վարման վերաբերյալ որոշում կայացնելու դժվարությունը կայանում է նրանում, թե արդյոք պետք է խթանել ծննդաբերությունը, թե՛ ընտրել սպասողական գործելակերպը: Կինը և իր զուգընկերը պետք է իրազեկվեն ՊՄԺՊ-ի ակտիվ և կոնսերվատիվ վարման տարբերակների մասին՝ ստորև ներկայացված աղյուսակի տվյալների համաձայն:

Ակտիվ գործելակերպը հավաստիորեն նվազեցնում է խորիոամնիոնիտի և էնդոմետրիտի հավանականությունը և նորածնային ինտենսիվ խնամքի կարիքը և, ընդհանուր առմամբ, բարձրացնում է մոր բավարարվածությունը ծննդաբերության արդյունքներով: Չկան հավաստի տվյալներ, որոնց հիման վրա կարելի է խորհուրդ տալ ոչ բարդացած հղիության պարագայում սպասողական վարման առավելագույն տևողության վերաբերյալ: Սակայն, ըստ նախնական տվյալների, խորիոամնիոնիտի ռիսկը զգալիորեն բարձրանում է 24-ժամյա սպասողական վարումից հետո: Ծննդաբերության խթանման վերաբերյալ ուղեցույցների մեծ մասը խորհուրդ է տալիս բոլոր կանանց առաջարկել ծննդաբերության խթանում անմիջապես ՊՄԺՊ-ից հետո կամ 24 ժամ անց:

### Սպասողական և ակտիվ վարման հարաբերական ռիսկերը

	Ակտիվ (%)	Սպասողական (%)	Հարաբերական ռիսկ [ՀՌ]
Խորիոամնիոնիտ	6.8	9.8	0.74
Էնդոմետրիտ	2.3	8.3	0.30
Հոսպիտալացում նորածնային ինտենսիվ խնամքի բաժանմունք	12.6	17.0	0.73
Նորածնային վարակ	2.3	2.9	0.83

### Սպասողական վարում

Վարման գործելակերպի ընտրությունը պետք է համաձայնեցնել կնոջ հետ: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ բարդությունների ռիսկը զգալիորեն աճում է 24-ժամյա անջուր շրջանից հետո, սպասողական մոտեցումը կարելի է կիրառել առաջին 24 ժամվա ընթացքում: Սպասողական գործելակերպի դեպքում հղիի և պտղի հսկողությունից բացի կարևոր նշանակություն ունի ԲԽՍ-ի կանխարգելումը, որին վերաբերող տեղեկությունները տես “B խմբի ստրեպտոկոկային պերինատալ ինֆեկցիայի կանխարգելումը և բուժումը” բաժնում:



## Ակտիվ վարում

- Ակտիվ վարում նախընտրող հղիներին ընդունել ծննդաբերական բաժանմունք:
- ԲԽՍ վարակ կրող կանանց մոտ խորհուրդ է տրվում սկսել հակաբիոտիկների պարենտերալ կուրս և հնարավորինս սեղմ ժամկետում նախաձեռնել ծննդաբերության խթանում.
  - Խթանում օքսիտոցինով.  
Եթե չորսժամյա լատենտ շրջանից հետո ծննդաբերությունը չի սկսվում, իրականացնել օքսիտոցինի ինֆուզիա: Պետք է պատրաստ լինել արգանդի պարանոցի երկարատև բացման փուլին:
  - Խթանում պրոստագլանդինով.  
Առկա վկայությունները չեն հաստատում պրոստագլանդին E2-ի կիրառման անվտանգությունը կամ արդյունավետությունը ՊՄԺՊ-ի պարագայում: Այնուամենայնիվ, պարանոցի խիստ անհասության դեպքում կարելի է օգտագործել պրոստագլանդին, եթե տվյալ պացիենտի համար պոտենցիալ ռիսկերի և օգուտների գնահատման արդյունքում ենթադրվում է պարանոցի հասունացման հատկապես այս միջոցի շահավետությունը:

## Հակաբիոտիկների նշանակում

Ռիսկի գործոնների առկայության պարագայում (անամնեզում՝ նորածնային ինվազիվ ԲԽՍ, ԲԽՍ բակտերիուրիա ընթացիկ հղիության ժամանակ, 18 ժամ առաջ կամ ավելի վաղ տեղի ունեցած պտղաթաղանթների պատռում, միջծննդաբերական շրջանում 38.0°C կամ ավելի բարձր մարմնի ջերմաստիճան) ԲԽՍ հակաբիոտիկային պարենտերալ կանխարգելում պահանջվում է բոլոր դեպքերում (անկախ ԲԽՍ գաղութացման վիճակից):

## Խորիոամնիոնիտ

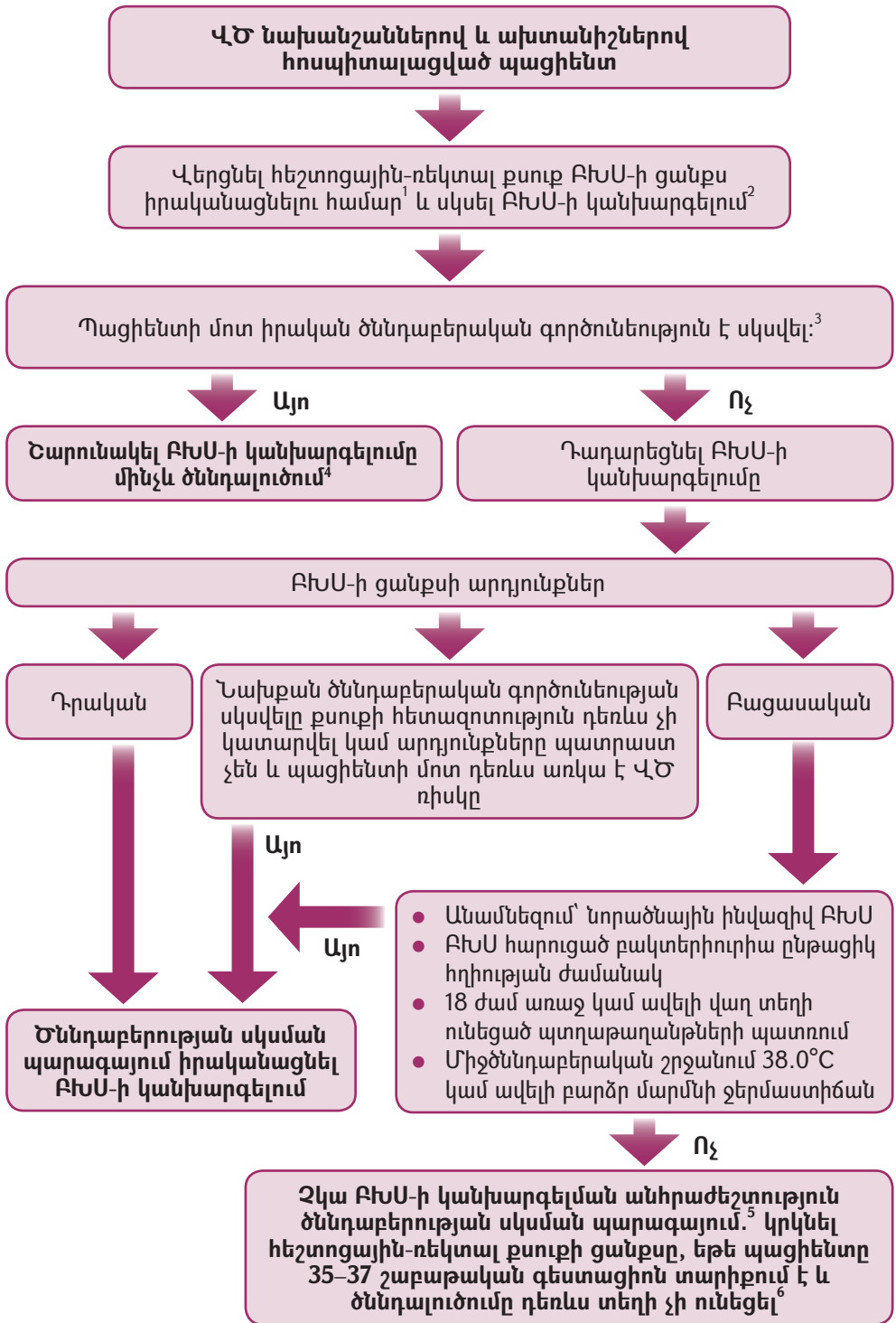
- Խորիոամնիոնիտի ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական դրսևորումների վրա, ուստի զարգացման վաղ փուլում խորիոամնիոնիտը բարդ է ախտորոշել:
- Կլինիկական պատկերը կարող է ներառել մարմնի բարձր ջերմաստիճան մոր մոտ և ներքոհիշյալ ախտանիշներից երկուսը կամ ավելին.
  - Լեյկոցիտոզ ( $> 15 \times 10^9 / \text{l}$ )
  - Մոր մոտ տախիկարդիա ( $> 100$  զ/ր)
  - Պտղի մոտ տախիկարդիա ( $> 160$  զ/ր)
  - Արգանդի ցավոտություն
  - Հեշտոցային արտադրություն սուր հոտով
  - C-ռեակտիվ պրոտեին՝  $> 40$
- Պետք է հաշվի առնել վարակի մեկ այլ օջախի հնարավորությունը (օր.՝ միզուղիների կամ շնչուղիների), ինչը կարող էր հանգեցնել նշված փոփոխությունների առաջացմանը:
- Սուր բորբոքման նշաններով ընկերքի և պտղաթաղանթների հյուսվածքաբանական քննությունը հետծննդյան շրջանում կարող է հաստատել ախտորոշումը:

## Վարում

- Ներարգանդային վարակի վերահսկման նպատակով նշանակվում են հակաբիոտիկներ, սակայն խորիոամնիոնիտը կարող է վերջնականապես բուժվել միայն ծննդաբերությունից հետո, երբ արգանդից հեռացվեն վարակված բեղմնավորման արգասիքները: Խորիոամնիոնիտի հաստատման դեպքում ցուցված է ծննդաբերության անհապաղ դրդում կամ խթանում կամ ստանդարտ մանկաբարձական ցուցումներով կատարվող կեսարյան հատում:
- Էմպիրիկ թերապիայի ստանդարտ կուրսը 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 ալերգիկ է բետա-լակտամների նկատմամբ, ամպիցիլինի փոխարեն կիրառել 1 գ վանկոմիցին, ն/ե, ամեն 12 ժամը մեկ:
- Հետծննդյան հակաբիոտիկային թերապիայի օպտիմալ տևողությունը անորոշ է: Որոշ ուղեցույցներ առաջարկում են շարունակել հակաբիոտիկների ընդունումը հետծննդյան շրջանում մինչև պացիենտի մոտ մարմնի կայուն նորմալ ջերմաստիճանի հաստատումը և ախտանիշների լրիվ անհայտացումից հետո առնվազն 24 ժամվա ընթացքում:

**ԵՍՄԲԻ ՍՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ  
ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԵՎ  
ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

**ՎԾ-ով կանանց մոտ ԲԽՍ-ի միջծննդաբերական կանխարգելման ալգորիթմ**



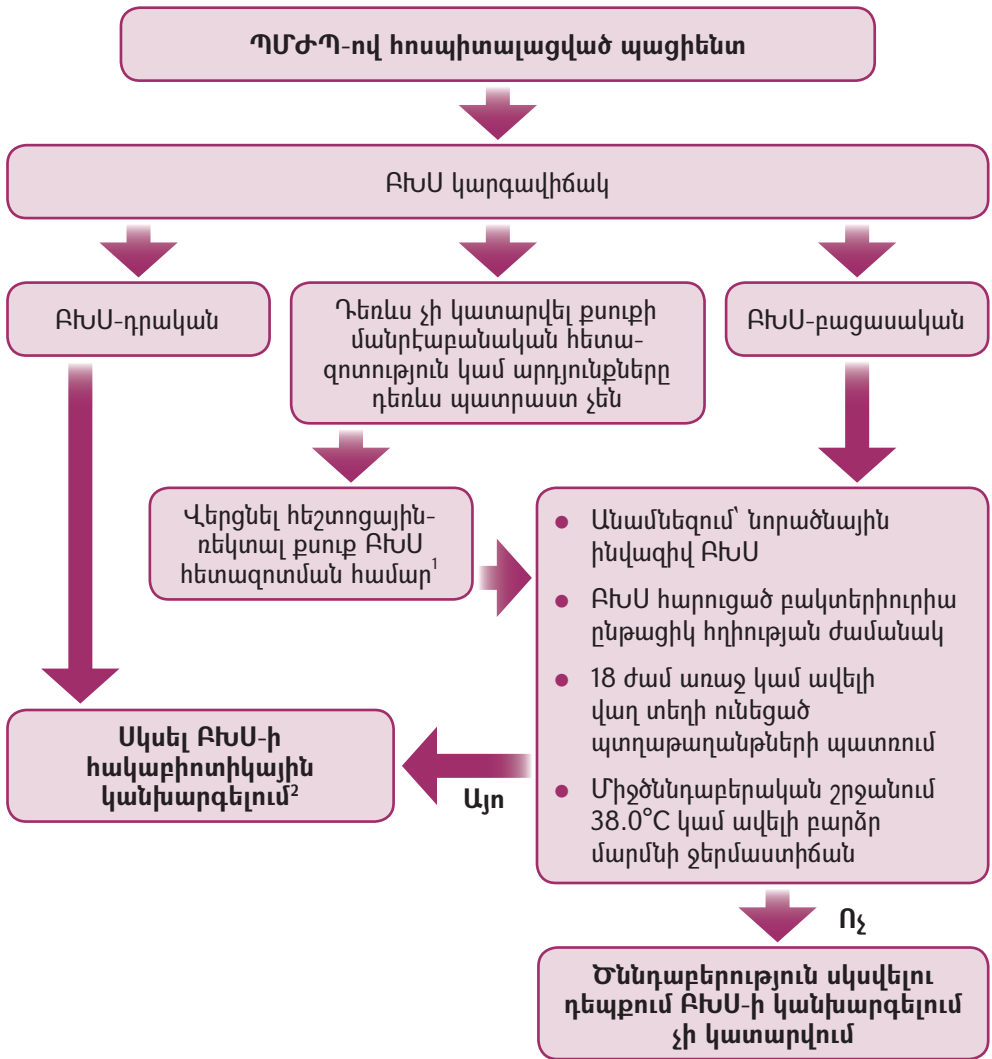
**ՆՇՈՒՄ.** հեշտոցային-ռեկտալ քսուք վերցնելու կարիք չկա այն պացիենտների մոտ, ովքեր ընթացիկ հղիության ժամանակ ունեցել են ԲԽՍ բակտերիոլիա կամ որոնց անամնեզում առկա է նորածնային ինվազիվ ԲԽՍ-ի վարակ, քանի որ այս պացիենտները համարվում են ԲԽՍ-դրական:

1. Եթե նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում պացիենտի մոտ կատարվել է հեշտոցային-նեկտալ ԲԽՍ-ի հետազոտություն, վարումը իրականացվում է սույն հետազոտության արդյունքների հիման վրա: Վերջին 5 շաբաթվա ընթացքում կատարված ցանքսի բացասական պատասխանի դեպքում ԲԽՍ-ի կանխարգելման նպատակով հակաբիոտիկներ չեն նշանակվում:
2. Խորհուրդ տրվող հակաբիոտիկների նշանակման կարգերը տես էջ 34-ում:
3. Պարբերաբար գնահատել պացիենտի ծննդաբերական գործունեության առաջընթացը. եթե, ըստ կլինիկական գնահատման, իրական ծննդաբերական գործունեություն չի սկսվում, պետք է դադարեցնել ԲԽՍ-ի կանխարգելումը:
4. Եթե ԲԽՍ-ի ցանքսի պատասխանը ձեռք է բերվում նախքան ծննդաբերության սկսվելը և այն բացասական է, պետք է դադարեցնել ԲԽՍ-ի կանխարգելումը:
5. Բացառություն է կազմում այն դեպքը, երբ նախքան ծննդաբերության սկսվելը կատարված հաջորդ ցանքսի պատասխանը դրական է:
6. ԲԽՍ սկրինինգի բացասական պատասխանը ուժի մեջ է 5 շաբաթվա ընթացքում: Եթե անամնեզում ՎԾ ունեցող պացիենտը հոսպիտալացվում է ՎԾ նախանշաններով և ախտանիշներով և բացասական ԲԽՍ սկրինինգից անցել է 5 շաբաթից ավելի, պետք է կրկնել սկրինինգը:



1. Եթե նախորդ 5 շաբաթվա ընթացքում պացիենտի մոտ կատարվել է հեշտոցային-ռեկտալ ԲԽՍ հետազոտություն, վարումը իրականացվում է սույն հետազոտության արդյունքների հիման վրա: Այն հղիներին, որոնց մոտ հաստատվում է ԲԽՍ գաղութացումը, նշանակվում է միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելում: Վերջին 5 շաբաթվա ընթացքում կատարված ցանքսի բացասական պատասխանի դեպքում ԲԽՍ կանխարգելման նպատակով հակաբիոտիկներ չեն նշանակվում:
2. Խորհուրդ տրվող հակաբիոտիկների նշանակման կարգերը տես էջ 34-ում:
3. ՊՄՎՊ-ով կանանց մոտ ԲԽՍ կանխարգելումը դադարեցվում է 48 ժամ անց, եթե այդ ժամանակամիջոցում ծննդաբերությունը դեռևս չի սկսվել: Եթե ԲԽՍ-ի նկատմամբ ցանքսի պատասխանը ձեռք է բերվում 48 ժամվա ընթացքում և այն բացասական է, ԲԽՍ կանխարգելումը դադարեցվում է սկսած այդ պահից:
4. Բացառություն է կազմում այն դեպքը, երբ նախքան ծննդաբերության սկսվելը կատարված հաջորդ ցանքսի պատասխանը դրական է:
5. ԲԽՍ սկրինինգի բացասական պատասխանը ուժի մեջ է 5 շաբաթվա ընթացքում: Եթե ՊՄՎՊ-ով պացիենտը հոսպիտալացվում է ՎԾ նշաններով և ախտանիշներով և բացասական ԲԽՍ սկրինինգից անցել է 5 շաբաթից ավելի, պետք է կրկնել սկրինինգը:

**ՊՄԺՊ-ի պարագայում միջծննդաբերական ԲԽՍ կանխարգելման ալգորիթմ**



**ՆՇՈՒՄ.** հեշտոցային-ռեկտալ քսուփ վերցնելու կարիք չկա այն պացիենտների մոտ, ովքեր ընթացիկ հղիության ժամանակ ունեցել են ԲԽՍ-ի հարուցած բակտերիուրիա կամ անամնեզում առկա է նորածնային ինվազիվ ԲԽՍ վարակ, քանի որ այս պացիենտները համարվում են ԲԽՍ-դրական:

1. ԲԽՍ-ի նկատմամբ ցանքսի վերջնական արդյունքները կարող են ձեռք բերվել լավագույն դեպքում 24-48 ժամ անց, սակայն կարող են օգտակար լինել նորածնային խնամքը բարելավելու համար:
2. Խորհուրդ տրվող հակաբիոտիկների նշանակման կարգերը տես էջ 34-ում:



## Ներածություն

B խմբի ստրեպտոկոկը (*Streptococcus agalactiae*) վաղ (մինչև 7 օրական տարիքը) նորածնային սուր սեպսիսի ամենատարածված պատճառն է և վարակիչ հիվանդությունների հետևանքով նորածնային մահացության և հիվանդացության հիմնական պատճառը: Հղիի սեռական ուղիների ստորին հատվածի **ԲԽՍ** գաղութացումը մեծացնում է նորածնի վարակման ռիսկը վերտիկալ փոխանցման միջոցով: **ԲԽՍ** վարակը նորածնին փոխանցվելու ռիսկի առկայության դեպքում կիրառվում է միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելում, որը զգալիորեն նվազեցնում է (սակայն ամբողջությամբ չի կանխարգելում) վաղ սեպսիսի հաճախականությունը (տես Հավելված Դ): Միջծննդաբերական կանխարգելումը չի կանխում **ԲԽՍ**-ով պայմանավորված ուշ դրսևորվող հիվանդությունները:

## Հղիության վարում

- **ԲԽՍ** սկրինինգի օպտիմալ ժամկետը 35–37 շաբաթական հղիության ժամկետն է:
- **ԲԽՍ** վարակի նախածննդյան բուժում խորհուրդ չի տրվում:
- Չկան ապացույցներ, որ միջծննդաբերական հեշտոցային լվացումները նվազեցնում են նորածնիների մոտ **ԲԽՍ**-ի ռիսկը:

## ԲԽՍ-ի հակաբիոտիկային կանխարգելման ցուցումներ.

Միջծննդաբերական <b>ԲԽՍ</b> կանխարգելումը ցուցված է	Միջծննդաբերական <b>ԲԽՍ</b> կանխարգելումը ցուցված չէ
Անամնեզում՝ նորածնային ինվազիվ <b>ԲԽՍ</b> -ի հարուցած հիվանդություն	<b>ԲԽՍ</b> նախորդ հղիության ընթացքում (եթե չկա <b>ԲԽՍ</b> կանխարգելման ցուցում ընթացիկ հղիության ժամանակ)
<b>ԲԽՍ</b> -ի հարուցած բակտերիուրիա ընթացիկ հղիության ցանկացած եռամսյակում	<b>ԲԽՍ</b> բակտերիուրիա նախորդ հղիության ժամանակ (եթե չկա <b>ԲԽՍ</b> կանխարգելման ցուցում ընթացիկ հղիության ժամանակ)
Ընթացիկ հղիության ուշ ժամկետներում հեշտոցային-ռեկտալ սկրինինգի դրական պատասխան	Ընթացիկ հղիության ուշ ժամկետներում հեշտոցային-ռեկտալ սկրինինգի բացասական պատասխան
<b>ԲԽՍ</b> անհայտ կարգավիճակ ծննդաբերական գործունեության սկսման պահին (ցանքսը չի կատարվել, անավարտ է կամ ցանքսի պատասխանը դեռևս պատրաստ չէ) և ներքոհիշյալ պայմաններից ցանկացածը. <ul style="list-style-type: none"> <li>- ծննդալուծումը տեղի է ունենում 37 շաբաթից փոքր հղիության ժամկետում,</li> <li>- պտղաթաղանթների պատռումը տեղի է ունեցել 18 ժամ առաջ կամ ավելի վաղ,</li> <li>- միջծննդաբերական շրջանում մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում (<math>\geq 38.0^{\circ}\text{C}</math>):</li> </ul>	Կեսարյան հատում՝ անվնաս պտղաթաղանթների պարագայում, նախքան կնոջ մոտ ծննդաբերական գործունեության սկսվելը՝ անկախ <b>ԲԽՍ</b> կրգավիճակից կամ հղիության ժամկետից

## Առաջարկություններ

Ներկայիս ապացույցները չեն աջակցում ՄՀԿ օգտագործմանը այն կանանց մոտ, որոնց մոտ **ԲԽՍ** հայտնաբերվել է նախորդ հղիության ժամանակ

**D**

Պետք է առաջարկել ՄՀԿ այն կանանց ում մոտ ԲԽՍ բակտերիուրիան հայտնաբերված է ընթացիկ հղիության ժամանակ



ՄՀԿ պետք է առաջարկել, եթե ԲԽՍ հայտնաբերվում է հեշտոցային քսուքում ընթացիկ հղիության ժամանակ



**Միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելման (ՄՀԿ) նշանակման կարգ**

Չկան բավարար քանակով հավաստի ապացույցներ միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելման օպտիմալ ժամկետի ընտրության վերաբերյալ: Որոշ ծննդաբերությունների արագ ընթացքի պատճառով, մասնավորապես կրկնածին կանանց դեպքում, դժվար է հավաստիորեն հաշվարկել, թե որքան ժամանակ է մնացել մինչև երեխայի ծնվելը: ՄՀԿ իրականացման համար հնարավորինս բավարար ժամանակ տրամադրելու նպատակով սույն ուղեցույցը խորհուրդ է տալիս սկսել ՄՀԿ-ն երեխայի ծնվելուց առնվազն չորս ժամ առաջ: ՄՀԿ-ն կիրառվում է, նույնիսկ եթե ծննդաբերությունն ակնկալվում է երկու ժամից ավելի վաղ, քանի որ այն դեռևս կարող է զգալիորեն նպաստել ելքի բարելավմանը: ՄՀԿ-ն իրականացվում է ներերակային եղանակով: Ապացուցվել է հաբերի կամ միջմկանային ներմուծման եղանակների անարդյունավետությունը: Դիտարկված ուղեցույցներում բերված ամենատարածված հակաբիոտիկների նշանակման կարգերը հետևյալն են.

Հակաբիոտիկ	Նախնական դեղաչափ	Պահպանիչ դեղաչափ
Պենիցիլին G*	5 մլն. միավոր, ն/ե	այնուհետև 2.5–3.0 մլն. Միավոր ամեն 4 ժամը մեկ մինչև ծննդալուծում
Բենզիլպենիցիլին**	3 գ, ն/ե	այնուհետև 1.5 գ ամեն 4 ժամը մեկ մինչև ծննդալուծում
Ամպիցիլին	2 գ, ն/ե	այնուհետև 1 գ, ն/ե, ամեն 4 ժամը մեկ մինչև ծննդալուծում
Կեֆազոլին	2 գ, ն/ե	այնուհետև 1 գ, ն/ե, ամեն 8 ժամը մեկ մինչև ծննդալուծում
<b>Բետա-լակտամների նկատմամբ ալերգիայի պարագայում</b>		
Վանկոմիցին	1 գ, ն/ե, ամեն 12 ժամը մեկ մինչև ծննդալուծում	

\*Խորհուրդ է տրվում ACOG, CDC, SOGC, ANAES, RANZCOG, QCG ուղեցույցների կողմից որպես ընտրության դեղամիջոց:

\*\*Խորհուրդ է տրվում RCOG կողմից որպես ընտրության դեղամիջոց:

**Առաջարկություններ**

Հակաբիոտիկային պրոֆիլակտիկա չի պահանջվում պլանային կեսարյան հատման ենթարկվող կանանց ծննդաբերության բացակայության և անվնաս պտղաթաղանթների դեպքում



Նախորդ երեխայի մոտ ԲԽՍ հիվանդությամբ կանանց ՄՀԿ պետք է կատարվի



Չկա ապացույց, որ միջծննդաբերական հեշտոցային սանացիան նվազեցնում է նեոնատալ ԲԽՍ հիվանդացությունը



## ԲԽՍ հայտնաբերման համար նմուշառում

ԲԽՍ նմուշառման անհրաժեշտության դեպքում պետք է քսուք վերցնել հեշտոցից և անոռեկտալ հատվածից

- փորձանմուշ վերցնելու ձողիկը մտցնել հեշտոցի մեջ 2 սմ խորությամբ և ապա նույն ձողիկը մտցնել անուսի մեջ 1 սմ խորությամբ
- տեղավորել նմուշը բակտերիաների պահպանման պայմաններն ապահովող ստանդարտ տեղափոխման միջավայրում (Ամիս կամ Ստյուարտ) և պիտակավորել,
- նմուշառումը կատարվում է ամբուլատոր պայմաններում բուժաշխատողի կողմից կամ, համապատասխան բացատրություններ տրամադրելուց հետո, պացիենտի կողմից,
- ցերվիկալ, պերիանալ կամ պերինեալ հատվածներից վերցրած նմուշները չեն ընդունվում, և նմուշառման համար հեշտոցային հայելիներ չեն օգտագործվում:

## Կրծքով կերակրում

Կրծքով կերակրումը չի մեծացնում նորածինների մոտ ԲԽՍ-ի կողմից հարուցված հիվանդության ռիսկը, և ԲԽՍ վարակի ուշ դրսևորման խնդրով մտահոգված կնոջը տրվում են կրծքով կերակրման վերաբերյալ ռուտին խորհուրդներ:

## Բակտերիուրիա

ԲԽՍ հայտնաբերվում է հղի կանանց 2%-7%-ի մեզում: Հղի կնոջ մոտ ցանկացած կոնցենտրացիայի ԲԽՍ բակտերիուրիայի առկայությունը համարվում է սեռական ուղիների գաղութացման ցուցանիշ և նորածնի մոտ ԲԽՍ վաղ վարակի մեծացած ռիսկ: Չնայած հղիության ընթացքում որոշ կանայք ստանում են բակտերիուրիայի բուժում հակաբիոտիկներով, այն չի վերացնում ԲԽՍ հարուցիչներին միզասեռական ուղիներից, քանի որ հիվանդությանը բնորոշ է հարուցիչների վերագաղութացում հակաբիոտիկների կուրսն ավարտելուց հետո: Այնուամենայնիվ, հղիության ցանկացած ժամկետում ավտորոշված բակտերիուրիան ճանաչված ռիսկի գործոն է ԲԽՍ վաղ հարուցված հիվանդության համար, ուստի 1996 թ. սկսած՝ դիտարկվում է որպես ցուցում միջծննդաբերական հակաբիոտիկային կանխարգելման համար:

## Առաջարկություններ

*Այն կանայք, որոնց մոտ ընթացիկ հղիության ժամանակ փաստագրվել է ԲԽՍ հարուցած բակտերիուրիա (անկախ մեկ մլ-ում գաղութացված միավորների քանակից), ստանում են համապատասխան բուժում ներերակային հակաբիոտիկներով ծննդաբերության ընթացքում կամ պտղաթաղանթների պատռումից հետո՝ ԲԽՍ վաղ հարուցած նորածնային հիվանդության կանխարգելման նպատակով*

A

*ԲԽՍ հարուցած բակտերիուրիայով կանանց մոտ միզասեռական ուղիների քսուքի կրկնակի ցանքս երրորդ եռամսյակում չի պահանջվում, քանի որ նրանք համարվում են ԲԽՍ կրողներ*

D

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ա. ԱՄՆԻՈՏԻԿ ՀԵՂՈՒԿԻ ՍՏՈՒԳԻՉ ԹԵՍՏԵՐ

*AmnioSense* – ներծծող միջադիր, որը pH >5.2 պարագայում փոխում է իր գույնը:

*Ալֆա միկրոգլոբուլին-1 պլացենտային պրոտեինի անալիզ (AmniSure)* – արագ թեստ է, որն իմունոքրոմատոգրաֆիայի մեթոդների միջոցով հայտնաբերում է պլացենտային ալֆա միկրոգլոբուլին-1-ի առկայությունը հեշտոցային հեղուկի մեջ (PAMG-1):

*Պրոտեին 1 կապող ինսուլինանման ածի գործոն (Actim PROM)* — պրոտեին 1 կապող ինսուլինանման ածի գործոնի՝ պլացենտային պրոտեին 12-ի (PP12) հայտնաբերում (IGFBP-1), որը նպաստում է ՊՄՎՊ-ի ախտորոշմանը խնդրահարույց դեպքերում:

*Պլացենտային պրոտեին 12 և ալֆա-ֆետոպրոտեին (ROM Plus)* – ՊՄՎՊ-ի բացահայտման համար կիրառվող մոնոկլոնային/պոլիկլոնային հակամարմինների թեստ, որը հայտնաբերում է ամնիոտիկ հեղուկին բնորոշ երկու մարկերները՝ պլացենտային պրոտեին 12-ը և ալֆա-ֆետոպրոտեինը (ԱՖՊ):

*Ֆետալ ֆիբրոնեկտին* – ֆետալ ֆիբրոնեկտինի թեստի բացասական արդյունքը հավաստիորեն հաստատում է պտղաթաղանթների պատռման բացակայությունը, սակայն դրական պատասխանը միայն խորիոնի և դեցիդուայի միջև փոխազդեցության խզման ցուցանիշ է, որը կարող է տեղի ունենալ անվնաս պտղաթաղանթների պարագայում:

*Ալֆա-ֆետոպրոտեին (ԱՖՊ)* - հեշտոցային արտազատուկներում ալֆա-ֆետոպրոտեինի առկայության հիման վրա ենթադրվում է ամնիոտիկ հեղուկի ներկայությունը:

*Ներկող նյութի ներմուծում* – նախկինում խնդրահարույց իրավիճակներում կլինիցիստներն անց էին կացնում «տամպոնի թեստ»: Գերծայնային զննման ներքո ինդիգոկարմին ներկող նյութի 1 մլ ստերիլ ֆիզիոլոգիական լուծույթը տրասնսպորտմիսալ ճանապարհով ներմուծվում էր ամնիոտիկ հեղուկի մեջ և հեշտոցի մեջ ներդրվում էր տամպոն:

### Պտղաթաղանթների պատռման ոչ ինվազիվ ախտորոշման մեթոդների ճշգրտությունը

Թեստ/ սուբստրատ	Արդյունքի գնահատում	Զգայունություն, %	Սպեցիֆիկություն, %	Դրական կանխատեսման արժեք, %	Բացասական կանխատեսման արժեք, %
Նիտրազին (pH)	Բացաս./ դրական	90-97	16-70	63-75	80-93
Բյուրեղացում	Բացաս./ դրական	51-98	70-88	84-93	87-97
IGFBP-1	>3 մգ/լ	74-97	74-98	73-97	56-95
AmnioSense	pH >5,2	98.3	70	65-70	98
PAMG-1	>5,0 նգ/մլ	98-99	88-100	98-100	91-99

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ Բ. ՊՄՎՊ-ԻՑ ՄԻՆՉԵՎ ԾՆՆԴԱԼՈՒԾՈՒՄ ԸՆԿԱԾ ԺԱՄԱՆԱԿԱՄԻՋՈՑ՝ ԱՐՏԱՀԱՅՏՎԱԾ ՕՐԵՐՈՎ**

<b>Գեստացիոն ժամկետ</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>
Միջին լատենտ շրջան (օր)	9.0	9.0	9.5	8.0	9.5	7.0	5.0	5.0
Ծննդալուծումը տեղի չի ունենում 7 օր	64%	61%	64%	60%	62%	53%	44%	42%
Ծննդալուծումը տեղի չի ունենում 14 օր	34%	36%	41%	35%	34%	30%	21%	22%

Աղբյուր. Alan M. etal. Am J Perinatol. 2015 Jan; 32(1): 57–62.

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ Գ. ԱՄՆԻՈՏԻԿ ՀԵՂՈՒԿԻ ԼԱՄԵԼՅԱՐ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՐԿ ՀԵՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱՆԱԼԻԶԱՏՈՐՆԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Լամելյար մարմինները ենթաբջջային մասնիկներ են, որոնք էլեկտրոնային մանրադիտակի միջոցով հայտնաբերվում են տարբեր տեսակի բջիջներում նորմալ և պաթոլոգիական իրավիճակներում: Լամելյար մարմինների ամենահայտնի և լայնորեն ուսումնասիրված տեսակը արտադրվում է թոքերի ավելուների պնևմոցիտ II բջիջների կողմից՝ ապահովելով թոքերի սուրֆակտանտը: Կառուցվածքային առումով լամելյար մարմինները բաղկացած են համակենտրոն շերտերից, որոնց մեջ բարձր խտությամբ տեղակայված է պտղի թոքերի կողմից արտադրվող թոքային սուրֆակտանտը [հիմնականում ֆոսֆոլիպիդներ (90%), որոնց կազմի մեջ են մտնում լեցիտինը (L), սֆինգոմիելինը (S) և ֆոսֆատիդիլգլիցերոլը(PG) և պրոտեիններ (10%)]:

Սուրֆակտանտն արտադրվում է պնևմոցիտների կողմից 28 շաբաթական գեստացիոն տարիքից սկսած՝ հասնելով առավելագույն քանակի հղիության ուշ ժամկետներում: 34 շաբաթական կամ ավելի մեծ գեստացիոն տարիքում արտադրված սուրֆակտանտի քանակը բավարար է նորածնի մոտ թոքերի ատելեկտազը և շնչառական դիսթրես համախտանիշը կանխարգելելու համար:

Պտղի թոքերի հասունությունը կարելի է գնահատել՝ չափելով թոքային սուրֆակտանտի հատուկ բաղադրիչների, այն է՝ լամելյար մարմինների խտությունը ամնիոտիկ հեղուկում: Այս մոտեցման համար հիմք է հանդիսացել այն դիտարկումը, որ թոքերի սեկրեցիան արտազատվում է դեպի ամնիոտիկ հեղուկը: Այս գործընթացը փոփոխում է ամնիոտիկ հեղուկի ֆոսֆոլիպիդային կազմը՝ ապահովելով թոքերի հասունացման աստիճանի անուղղակի գնահատման հնարավորություն ամնիոտիկ հեղուկի ուսումնասիրման միջոցով:

Լամելյար մարմինն ունի 1-5 միկրոն միջին տրամագիծ և 1.7-7.3 ֆԼ ծավալ, որը նման է թորմբոցիտի չափսերին, ուստի ավտոմատ հեմատոլոգիական անալիզատորների միջոցով կարելի է հաշվարկել ամնիոտիկ հեղուկի լամելյար մարմինների քանակը: Լամելյար մարմինների հաշվարկ (ԼՄՀ) կատարելու համար հարկավոր է ուշադրություն դարձնել երկու պայմանի՝ ամնիոտիկ հեղուկի նմուշի վիճակի և ավտոմատ հաշվիչ սարքի տեսակի վրա:

Որովայնային կամ հեշտոցային եղանակով ձեռք բերված ամնիոտիկ հեղուկում չպետք է լինի արյուն, այն պետք է պարունակի լորձի և մեկոնիումի նվազագույն քանակ: Պետք է նաև բացառել ցենտրիֆուգայի կիրառումը: Արյան խառնուրդը կարող է հանգեցնել լամելյար մարմինների կեղծ հաշվարկի, քանի որ թորմբոցիտները հաշվարկվում են որպես լամելյար մարմիններ: Ինչ վերաբերում է մեկոնիումի ազդեցությանը, ապա այն մինիմալ է:

Տարբեր ուսումնասիրություններում ԼՄՀ իրականացման համար կիրառվել են ստանդարտ հեմատոլոգիական անալիզատորներ (օր.՝ Coulter LH 750, CoulterAc.Tdiff, Sysmex XE-2100, Sysmex NE-1500, Cell-dyn 3500, ADVIA 120), որոնք ապացուցել են մեթոդի բարձր զգայունությունը: Թոքերի հասունության ցուցանիշով՝ թեստի կանխատեսման արժեքը կազմել է 97-98%, իսկ թերհասունության ցուցանիշով՝ 29-35%:

Որպես կանոն, ԼՄՀ արժեքը մեկ միկրոլիտրում տատանվում է 10.000-ից մինչև 200.000: Հիմք ընդունելով հիմնականում անալիզատորի միջոցով կատարված ուսումնասիրությունները՝ 2001 թ. կոնսենսուսային արձանագրությամբ ընդունվել են պտղի թոքերի հասունության որոշման հետևյալ սահմանային արժեքները.

- մեկ միկրոլիտրում 15,000-ից պակաս արժեքը գրեթե մշտապես զուգակցվում է թոքերի անհասունության հետ,
- մեկ միկրոլիտրում 50,000-ին հավասար կամ դրանից բարձր արժեքը հավաստիորեն հաստատում է թոքերի հասունությունը:

Սակայն, ավտոմատ սարքերում կիրառվում են տվյալների մշակման տարբեր մեթոդներ, ներառյալ՝ լազերային ճառագայթի միջոցով լույսի ռեֆրակցիայի օպտիկական անալիզը, էլեկտրական կամ ռադիոհաճախականության դիմադրությունը, կամ նույնիսկ երկու մեթոդների համակցված կիրառումը, ինչը կարող է հանգեցնել հետազոտության տարբեր արդյունքների: Հետևաբար, բոլոր լաբորատորիաներին խորհուրդ ենք տալիս ընդունել ԼՄՀ սեփական սահմանային արժեքները, քանի որ հեմատոլոգիական անալիզատորները տարբերվում են իրենց զգայունությամբ և կարգավորման կարողություններով:

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ Դ. ՆԱԽԱԾՆԵԴՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ՊԱՐԱԳԱՅՈՒՄ ԲԽՍ ՎԱՂ ՀԱՐՈՒՑՎԱԾ ՀԻՎԱՆ ԴՈՒԹՅԱՆ ՌԻՍԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ՝ ՄՀԿ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԵՎ ՉՍՏԱՆԱԼՈՒ ԴԵՊԲԵՐՈՒՄ**

Ռիսկի գործոն	ԲԽՍ վաղ հիվանդության ռիսկ՝ ՄՀԿ չստանալու դեպքում	ԲԽՍ վաղ հիվանդության ռիսկ՝ լիարժեք ՄՀԿ ստանալու դեպքում	ԲԽՍ վաղ հիվանդության հետևանքով մահվան ռիսկ՝ ՄՀԿ չստանալու դեպքում	ԲԽՍ վաղ հիվանդության հետևանքով մահվան ռիսկ՝ լիարժեք ՄՀԿ ստանալու դեպքում
Միջծննդաբերական տենդ ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )	1:189	1:943	1:1783	1:8915
Ժամկետային ՊՄՊ-ից անցել է 18 կամ ավելի ժամ	1:556	1:2777	1:9754	1:48 772
Անհասունություն ( $\leq 37+0$ շաբաթ)	1:435	1:2173	1:2377	1:11 885
Անհասունություն ( $\leq 35+0$ շաբաթ)	1:357	1:1786	1:1566	1:7829
Նախկին հղիության ընթացքում ԲԽՍ հետազոտման դրական պատասխան	1:1105	1:5525	1:10 424	1:52 122
Ընթացիկ հղիության ընթացքում ԲԽՍ հետազոտման դրական պատասխան	1:434	1:2170	1:4094	1:20 471

Աղբյուր. Group B Streptococcal Disease, Early-onset (Green-top Guideline No. 36). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). July 2012. 2nd edition update Dec 2014.



## ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ե. ԱՊԱՅՈՒՅՑՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԸ ԵՎ 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>A Առնվազն մեկ մեթա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:</p>
<p>1+ Լավ իրականացված մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:</p>	<p>կամ                      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>1- Մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:</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>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>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>2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p>	<p>D 3 կամ 4 վարկանիշ ունեցող ապացույցներ, կամ 2+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p>
<p>2- Դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների բարձր ռիսկով, կամ հնարավորություն և էական հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային չեն:</p>	<p>✓ Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>
<p>3 Ոչ վերլուծական հետազոտություններ, օրինակ, կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարք:</p>	
<p>4 Փորձագիտական կարծիքներ:</p>	

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

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Antenatal prevention of the risk of early neonatal bacterial infection. Agencenationale d'accreditation et d'évaluation en santé (ANAES). Sep 2011: 14 p. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Antenatal\\_prevention.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Antenatal_prevention.pdf)
2. Antibiotic Therapy in Preterm Premature Rupture of the Membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) clinical practice guideline No. 233, September 2009 Reaff. March 2015. J ObstetGynaecol Can 2009;31(9):863–867 <http://sogc.org/guidelines/antibiotic-therapy-in-preterm-premature-rupture-of-the-membranes/>
3. Antibiotics for early-onset neonatal infection: antibiotics for the prevention and treatment of early-onset neonatal infection. Clinical guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London. August 2012. 320 p. [https://www.researchgate.net/publication/260714602\\_NICE\\_Clinical\\_Guideline\\_149\\_-\\_Antibiotics\\_for\\_the\\_prevention\\_and\\_treatment\\_of\\_early-onset\\_neonatal\\_infection](https://www.researchgate.net/publication/260714602_NICE_Clinical_Guideline_149_-_Antibiotics_for_the_prevention_and_treatment_of_early-onset_neonatal_infection)
4. Diagnosis of preterm labor and overview of preterm birth. UpToDate. Apr 2016. [http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor-and-overview-of-preterm-birth?source=search\\_result&search=preterm&selectedTitle=1-150](http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor-and-overview-of-preterm-birth?source=search_result&search=preterm&selectedTitle=1-150)
5. Early onset Group B streptococcal disease. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. November 2010. 16p. [https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g\\_gbs5-0.pdf](https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_gbs5-0.pdf)
6. Group B Streptococcal Disease, Early-onset (Green-top Guideline No. 36). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). July 2012. 2nd edition update Dec 2014. 13p. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg36/>
7. Group B streptococcal infection in pregnant women. UpToDate. March 2016. [http://www.uptodate.com/contents/group-b-streptococcal-infection-in-pregnant-women?source=search\\_result&search=gbs+pregnancy&selectedTitle=1-82](http://www.uptodate.com/contents/group-b-streptococcal-infection-in-pregnant-women?source=search_result&search=gbs+pregnancy&selectedTitle=1-82)
8. Ji Lu, Ann M. Gronowski, Charles Eby. Lamellar body counts performed on automated hematology analyzers to assess fetal lung maturity. LAB MEDICINE. July 2008. Volume 39 Number 7, 419-423.
9. Lockwood CM, Crompton JC, Riley JK, et. al. Validation of lamellar body counts using three hematology analyzers. Am J Clin Pathol. 2010 Sep;134(3):420-8. doi: 10.1309/AJCPWEUIM2CWUOV8.
10. Management of Group B Streptococcal Bacteriuria in Pregnancy. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) clinical practice guideline No. 276, March 2012. 5p. J ObstetGynaecol Can 2012;34(5):482–486. <http://sogc.org/wp-content/uploads/2012/09/gui276CPG1205E.pdf>
11. Management of premature rupture of the fetal membranes at term. UpToDate. June 2016. <http://www.uptodate.com/contents/management-of-premature-rupture-of-the-fetal-membranes-at-term>
12. Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 159 (interim update). ObstetGynecol 2016; 127:e29–38
13. Maternal Group B Streptococcus in pregnancy: screening and management. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). C-Obs 19: March 2016: 13 p.: [http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc\\_view/953-c-obs-19-screening-and-treatment-for-group-b-streptococcus-in-pregnancy.html](http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc_view/953-c-obs-19-screening-and-treatment-for-group-b-streptococcus-in-pregnancy.html)
14. Pre labour rupture of membranes at term (term PROM). Clinical guideline for management. NHS Royal Cornwall Hospitals. June 2014. 10 p. <http://www.rcht.nhs>

uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/MidwiferyAndObstetrics/RuptureOfMembranesAtTermTermPROMGuidelineOnTheManagementOfPreLabour.pdf

15. Prelabour rupture of the membranes (PROM)  $\geq$  37 weeks. Clinical guideline. SA Health Safety & Quality Strategic Governance Committee. September 2015. 9 p. [https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f3f6dd004eed8eb6afefaf6a7ac0d6e4/Prelabour+Rupture+of+the+Membranes+greater+than+37+wks\\_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f3f6dd004eed8eb6afefaf6a7ac0d6e4](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f3f6dd004eed8eb6afefaf6a7ac0d6e4/Prelabour+Rupture+of+the+Membranes+greater+than+37+wks_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f3f6dd004eed8eb6afefaf6a7ac0d6e4)
16. Prelabour rupture of the membranes at term. Clinical guidelines. King Edward Memorial Hospital for Women, Department of Health Western Australia, 2016. 6 p. [http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G\\_guidelines/sectionb/2/b2.8.pdf](http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/2/b2.8.pdf)
17. Premature Rupture of Membranes. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 160 (interim update). January 2016. *ObstetGynecol* 2016;127:e39–51
18. Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Green-top Guideline No. 44. November 2006 Rev. December 2014. 12 p. [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_44.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_44.pdf)
19. Preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM). Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Care, Health Service Executive. Guideline No. 24. April 13 Rev. April 2015. 19 p. <https://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/obsandgynaeprogramme/pretermrupture.pdf>
20. Preterm premature (prelabor) rupture of membranes. UpToDate. May 2016. <http://www.uptodate.com/contents/preterm-premature-prelabor-rupture-of-membranes>
21. Prevention of Early-Onset Group B Streptococcal Disease in Newborns. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); April 2011. 8 p. (ACOG practice bulletin; no. 485). *ObstetGynecol* 2011;117:1019-27 <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Prevention-of-Early-Onset-Group-B-Streptococcal-Disease-in-Newborns>
22. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR* 2010;59 (No. RR-10):36 p. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5910.pdf>
23. Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med* 2002;347:233–9.
24. The Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) clinical practice guideline No. 298, October 2013. 10 p. *J ObstetGynaecol Can* 2013;35(10):e1–e10 <http://sogc.org/guidelines/prevention-early-onset-neonatal-group-b-streptococcal-disease-replaces-149-sept-2004/>
25. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. College Statement C- Obs 36. Term Prelabour Rupture of membranes. March 2014. <http://www.ranzcog.edu.au/publications/>
26. Thielman J, Konnyu K, Grimshaw J, Moher D. What is the evidence supporting universal versus risk-based screening for group B streptococcal infection in newborns? Ottawa Hospital Research Institute; Oct 2011: 11 p. <http://www.ohri.ca/kta/docs/KTA-GBS-Evidence-Summary.pdf>
27. Van der Ham DP, Vijgen SMC, Nijhuis JG, van Beek JJ, Opmeer BC, Mulder ALM, et al. (2012) Induction of Labor versus Expectant Management in Women with Preterm Prelabor Rupture of Membranes between 34 and 37 Weeks: A Randomized Controlled Trial. *PLoS Med* 9(4): e1001208. doi:10.1371/journal.pmed.1001208

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