

**АССОЦИАЦИЯ АКУШЕР-  
ГИНЕКОЛОГОВ ТАДЖИКИСТОН**  
**АВОРИЗХОИ ХОМИЛАДУРИ**  
**(дастурамани методи барои тартиб додани**  
**протоколҳои клиники дар муассисаҳои ёри**  
**вазояти)**

ВАЗОРАТИ ТАНДЛУВУСТИ  
ҶУМҲУРИИ ТАДЖИКИСТОН



4. Management of Twin Pregnancies (Part 1). Journal SOGC, No.91, July 2000.
5. Management of Twin Pregnancies (Part 11). Journal SOGC, No.92, August 2000.
6. Mary E. D'Alton, M.D. Multiple pregnancies: multiple problems. Lecture, 2001, Columbia University College of Physicians and Surgeons.

7. Integrated Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors, 2000, S89-S91.
8. P.E. Børtdahl, P.Lossins, T.Skothelm, Twin Pregnancy, The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology. Clinical Guidelines in Obstetrics 1999, Chapter 19.
9. Guidelines for management of twins and multiple pregnancy. Wiltshire health care NHS Trust. Maternity services. Doc. No. 378. 19/12/1997.
10. Management of Twin Pregnancies (Part 1). Journal SOGC, No.91, July 2000.
11. Management of Twin Pregnancies (Part 11). Journal SOGC, No.92, August 2000.
12. Mary E. D'Alton, M.D. Multiple pregnancies: multiple problems. Lecture, 2001, Columbia University College of Physicians and Surgeons.

**Дополнительная литература**

- Следует уделять особое внимание шевелению плода, симптомам гипертензивных нарушений, признакам угрозы прерывания беременности и преждевременных родов.



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН



**АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-  
ГИНЕКОЛОГОВ ТАДЖИКИСТАНА**

**ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**  
(методические рекомендации для создания  
местных протоколов в родовспомогательных  
учреждениях)



уровне АНУ часе;

- Осмотр врача на амбулаторном уровне АНУ часе;
- Во время многоплодной беременности увеличивается частота осложнений для беременной и плодов;
- Активное ведение послеродового периода.

**Важные сведения для пациентки**

**Ведение III периода родов:**

- Если околоплодные воды не отошли – комбинированный поворот плода на ножку с последующей экстракцией; при неудачной попытке поворота – кесарево сечение.
- при преждевременной отслойке плаценты и/или дистрессе плода, роды закончить как можно скорее через естественные родовые пути или с помощью кесарева сечения.

**Ведение III периода родов:**

- Активное ведение послеродового периода.

**Важные сведения для пациентки**

- Во время многоплодной беременности увеличивается частота осложнений для беременной и плодов;
- Осмотр врача на амбулаторном уровне АНУ часе;

**ТАХИРАРОН:**

Узакова У.Д. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

Додхоева М.Ф. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., академик АИТ ВТ ЧТ, д.и.т., профессор

Исмаилова Т.Д. доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

Кадирова С.Г. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т.

Чабарова Д.Ч. доцент кафедры акушерства и гинекологии №3 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

Бариева Л.С. врач акушер-гинеколог родильного дома №3 г. Душанбе

Тулаева Л.С. начальник отдела управления по обеспечению безопасной беременности и планированию семьи МЗ РТ

Ашурова Г.С. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

**ТАХИРАРОН:**

Узакова У.Д. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

Додхоева М.Ф. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., академик АИТ ВТ ЧТ, д.и.т., профессор

Исмаилова Т.Д. доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

Кадирова С.Г. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т.

Чабарова Д.Ч. доцент кафедры акушерства и гинекологии №3 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

Бариева Л.С. врач акушер-гинеколог родильного дома №3 г. Душанбе

Тулаева Л.С. начальник отдела управления по обеспечению безопасной беременности и планированию семьи МЗ РТ

Ашурова Г.С. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, д.и.т., профессор

**ЧУМХУРИИ ТОҶИКИСТОН ТАСЛИК ШУДАСТ**

**НАШИРИИТИ Вазорати нитандурустии ва дастурамали методӣ аз ҷониби шӯрои реҷакционӣ ва**

Методические рекомендации утверждены редакционно-издательским советом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан протокол № от

#### СОСТАВИТЕЛИ:

Узакова У.Д. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, к.м.н.

Додхоева М.Ф. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ТГМУ академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор

Исмаилова Т.Д. доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, к.м.н.

Кадирова С.Г. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, к.м.н.

Джабарова Д.Д. главный акушер гинеколог управления здравоохранением г. Душанбе

Бариева Л.С. заведующая центром репродуктивного здоровья при родильном доме №3 г. Душанбе

Тулаева Л.С. врач акушер-гинеколог родильного дома №3 г. Душанбе

Ашурова Г.С. начальник отдела управления по обеспечению безопасной беременности и планированию семьи МЗ РТ

#### РЕЦЕНЗЕНТЫ:

С.М. МУХАМАДИЕВА заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ТИПМК МЗ РТ д.м.н., профессор

Ф.М. АБДУРАХМАНОВА заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТГМУ д.м.н., профессор

• Баъди таваллуди тифли дуйӯм инфузияи 5 ЕД окситотсин дар 500 мл маҳлули физиологӣ сар карда мешавад.

#### Маълумотҳои муҳим барои зани ҳомила

- Дар вақти ҳомилагии бисёртифла миқдори аворизоҳо барои зани ҳомила ва тифлон зиёд мешавад;
- Муоинаи духтур дар сатҳи нигоҳубини антенаталӣ бештар мебошад;
- Аҳамияти махсусро ба ҷунбиши тифл, аломатҳои вайроншавиҳои гипертензивӣ, хавфи исқоти ҳамл ва валодати пеш аз мӯҳлат додан лозим аст.

#### Адабиёти иловагӣ

1. Integrated Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors, 2000, S89-S91.
2. P.E. Børdahl, P.Lossins, T.Skotheim. Twin Pregnancy. The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology. Clinical Guidelines in Obstetrics 1999, Chapter 19.
3. Guidelines for management of twins and multiple pregnancy. Wiltshire health care NHS. Trust. Maternity services. Doc. No. 378. 19/12/1997.

Сах.	4	Ихтисорот
	5	Сарсухан
	10	Кайкунии хомилаторон
	15	Кайкунии аз ҳад зиёти хомилаторон
	26	Тарфи бармаҳали ҷаннин
	26	Искоти хамли худсарона
	32	Искоти хамли ба вуҷуд наомада
	43	Хубобомос
	53	Фавти дохилибатнии тифл
	60	Rh-изоиммунизатсия
	67	Боздошти инкишифи дохилибатнии тифл
	75	Хомилатии аз мӯҳлат гузашта
	81	Аворизи мухити наздифли
	83	Бисёрби
	87	Камоби
	91	Хомилатии бисёртифла

- Дар маврида пешомади сарии тифли якӯм валодатро момодоя қабул мекунад.
- Мавкеи тифли дуйӯмро муайян мекунад.
- Хангоми зарурат акушер-гинеколог чархонидани тифли дуйӯмро ба пойҳо иҷро мекунад.
- Дар мавриди пешомади сари тифли дуйӯм, хангоми зарурат пардаҳои наздифлиро мекафонанд, навзодро момодоя ё ин ки духтур акушер-гинеколог қабул мекунад.
- Дар мавриди пешомади косии тифли дуйӯм амниотомия гузаронида мешавад, навзодро духтур акушер-гинеколог қабул мекунад.
- Дар мавриди мавкеи кӯндаланги тифли дуйӯм:
  - Агар обҳои наздифли нарехта бошанд – чархонидани тифл ба пойҳо бо экстраксия баъдинаи тифл гузаронида мешавад; дар мавриди бе самара будани чархонидан – буриши қайсарӣ.
  - Дар мавриди пеш аз мӯҳлат чудошавии машина ва ё дистресси тифл, валодат ба таври фаврӣ бо роҳҳои табиӣ ё ин ки буриши қайсарӣ анҷом дода мешавад.

### Бурдани даврани III валодат:

- Бурдани фаёлона;

Оптимальное время для родоразрешения при двойне – 38 недель
1-й период родов:
Положение и предлежание второго плода не всегда удаётся определить и это не должно беспокоить врача, так как метод родоразрешения зависит от предлежащей части первого плода.
• Если первый близнец в головном предлежании – роды вести через естественные родовые пути.
• Если первый близнец в тазовом предлежании – обсудить вопрос об операции кесарево сечение.
• Партографический мониторинг с бетистрацией сердечных тонов обоих плодов.
• Вести внутривенный катетер (ангиокат).
• Подготовить СЭП, аппарат УЗИ в родильном зале.
• Обезболивание: эпидуральное обезболивание.
<b>В период изгнания</b>
В родах должны присутствовать два квалифицированных врача акушера-гинеколога, две акушерки, два неонатолога.
➤ Когда первый близнец в головном предлежании – роды принимают акушерка.

<b>Везние родов</b>	
Оптимальное время для родоразрешения при двойне – 38 недель	
1-й период родов:	
Положение и предлежание второго плода не всегда удаётся определить и это не должно беспокоить врача, так как метод родоразрешения зависит от предлежащей части первого плода.	
• Если первый близнец в головном предлежании – роды вести через естественные родовые пути.	
• Если первый близнец в тазовом предлежании – обсудить вопрос об операции кесарево сечение.	
• Партографический мониторинг с бетистрацией сердечных тонов обоих плодов.	
• Вести внутривенный катетер (ангиокат).	
• Подготовить СЭП, аппарат УЗИ в родильном зале.	
• Обезболивание: эпидуральное обезболивание.	
<b>В период изгнания</b>	
В родах должны присутствовать два квалифицированных врача акушера-гинеколога, две акушерки, два неонатолога.	
➤ Когда первый близнец в головном предлежании – роды принимают акушерка.	

<b>Содержание</b>	<b>Стр.</b>
Список сокращений	104
Введение	105
Рвота беременных	110
Неукротимая рвота беременных (Hyperemesis gravidarum)	115
Ранние потери плода	125
Самопроизвольный выкидыш	125
Несостоявшийся выкидыш	131
Пузырный занос	143
Внутриутробная гибель плода	153
Rh-изоиммунизация	160
Внутриутробная задержка развития плода	167
Переношенная беременность	175
Патология околоплодной среды	182
Многоводие	184
Маловодие	188
Многоплодная беременность	192

оценка свертываемости крови беременной.  
пуповине и средней мозговой артерии) в  
плода (КТГ, доплерометрия кровотока в  
наблюдение за состоянием развивающегося  
• если меньше 34 недели – еженедельное  
больше – рекомендуют родоразрешение;

• если срок беременности 34 недели и  
При тибели одного из плодов:

кесарево сечение.

больше на 500 грамм и выше – плановое  
близнецов, когда масса второго близнеца  
14. В случае неодинакового развития  
36 неделе.

рекомендуют плановое кесарево сечение на 34-  
мониторингом беременности  
монохориальной

13. При  
дородное родоразрешение;

12. При признаках синдрома фето-  
фетальной трансфузии (типичная форма фето-  
беременности)

«Гипертензивные нарушения во время  
госпитализации (см. стандарт)

11. При гипертензивных нарушениях  
и препараты железа).

10. Коррекция анемии (фоллиевая кислота  
преждевременных родов – постельный режим.

9. При угрозе выкидыша или

### Список сокращений

АД	артериальное давление
АЖ	амниотическая жидкость
АНУ	антенатальный уход
ВЗРП	внутриутробная задержка плода
ВУИ	внутриутробная инфекция
ДИ	доверительный интервал
ЗРП	задержка развития плода
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
КС	кесарево сечение
КТГ	кардиотокография
НБ	неразвивающаяся беременность
ОВ	околоплодные воды
ОШ	отношение шансов
РДС	респираторный дистресс-синдром
СЗП	свежезамороженная плазма
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЧДД	частота дыхательных движений
ЧСС	частота сердечных сокращений
Rh	резус
FDA	Food and Drug Administration

шараёни мобайнии мағзи сар) ва баҳоидиҳи ба  
лахташавии хуни зани хомила.

### Бурдани валодат

Вақти мусоид барои валодаткунонӣ дар  
мавриди дугоник – 38 ҳафта мебошад.

### Давраи I валодат:

Мавкё ва қисми пешомадаи тифли  
дуюмро на ҳама вақт муайян кардан мумкин  
аст ва ин бояд духтурро ташвиш надиҳад,  
барои он ки усули валодат ба қисми  
пешомадаи тифли якӯм вобастагӣ дорад.

• Агар тифли якӯм бо пешомади сар  
бошад – валодат бо роҳҳои табиӣ бурда  
мешавад.

• Агар тифли якӯм бо пешомади кос  
бошад – буриши қайсарӣ гузаронида  
мешавад.

• Мониторинги партографӣ бо  
кайдкунии таппиши дили ҳарду тифлон.

• Ворид намудани найи дохили варидӣ  
(ангиокат).

• Омода намудани зардоби нав яхкарда  
шуда, асбоби УС дар толори валодат.

• Бедардкунӣ: эпидуралӣ.

### Дар давраи дуйӯми валодат

Дар равиши валодат ду духтури акушер-  
гинекологи таҷрибанок, ду момодоя, ду  
неонатолог бояд иштирок намоянд.

Хаман он амалхоё, ки дар вақти ҳомилагӣ истифода бурда мешавад бояд ҳатман дар лағлаи, ва маводҳои доруӣ барои модар ва тифли бояд безарар бошад.

Як қатор назарияҳои ҳама, ки аз нуктаи назари ТИ асоснок ногаҳида ба он оварда расонд, ки маводҳои доруӣ аз ҷониби ҳомиладорон истифодашуда сабаби натиҷаҳои номатлуб мешавад.

Таъсири зери барои баъдан бардоштани сатҳи дониши ва малакаи акушер – ва дутаҷрибаҳои клиникаӣ тарбияшуда дар асоси нишонҳои доради протоколҳои клиникаӣ равоана карда шудааст. Таъсири дар асоси нишонҳои тиббӣ истифодашуда дар лағлаи карда шудаанд.

Интиҳои таъсири маводҳои саҳноҳои лағлаҳои исботноки гузаронида шудааст. Хангоми ҷой доштани таҷрибаҳои сатҳи баъдан истифодаи таҷрибаҳои алабаи оварда мешавад. Хангоми ҷой доштани лағлаҳои номатлуби ҳуҷраҳои кӯтоҳи нишонҳои асоси оварда мешавад. Дар мавриди набулдани нишонҳои бо таҷрибаҳои гузаронидашуда (РКИ) асоснокшуда, натиҷаҳои таҷрибаҳои баъдан истифодаи таҷрибаҳои гузаронидашуда оварда мешавад.

## САРҶУҲАН

3. Дар мавриди хавфи исқоти ҳамл ё ин ки валодати пеш аз мӯҳлат – речаи бистарӣ.
4. Табобати камхунӣ (турши фолат ва маводҳои оҳан).
5. Хангоми вайроншавиҳои гипертензивӣ: бистари кардан (ниг. стандарти «Вайроншавиҳои гипертензивӣ дар вақти ҳомилагӣ»)
6. Хангоми ҷой доштани аломатҳои тарнсфузии фето-феталӣ (гипоксияи тифл) – валодатқунонии фаври лозим аст;
7. Дар мавриди ҳомилагии монохориалии моноамниотикӣ буриши қайсарии нақшавӣ дар мӯҳлати ҳомилагии 34-36 ҳафта тавсия карда мешавад.
8. Дар ҳолати инкишофи гуногуни дугоникҳо, хангоме, ки дугоникҳои дуҷум аз якҷум 500 г ва зиёда аз он калонтар бошад – буриши қайсарии нақшавӣ гузаронида мешавад.

### Дар мавриди фавти яке аз тифлон:

- Агар мӯҳлати ҳомиладорӣ 34 ҳафта ва зиёда бошад – валодатқунонӣ тавсия карда мешавад;
- Агар аз 34 ҳафта кам бошад – назорати мунтазам (ҳар ҳафта) аз рӯи ҳолати тифли инкишофёбанда бурда мешавад (КТГ, доплерометрияи гардиши хун дар ноф ва

еҷенедельно.

4. До 22-й недели – 1 раз в месяц; с 22-й недели – каждые 2 недели; с 30-й недели – еженедельно.

3. Амбулаторное наблюдение за беременной с многоплодной беременностью ведёт акушер-гинеколог. Количество посещений врача индивидуально.

4. До 22-й недели – 1 раз в месяц; с 22-й недели – каждые 2 недели; с 30-й недели – еженедельно.

### Таблица

> 20 мм.  
> различия в окружности живота плодов  
> различия в массе плодов > 20%;

### Глинецев подерживают при:

**Дискордантное (неодинаковое) развитие**

состояния плодов).

патологии УЗИ проводят чаще (для оценки при подерении на какую-либо околоплодных вод и длину шейки матки. Оценивают рост плодов, количество После 24-й недели – УЗИ каждые 4 недели. Развитие плодов, количество плацент, ВПР. УЗИ на 18-20-й неделе – оценивают обогоек.

время для оценки хориона и околоплодных УЗИ на 11-13-ой неделе – оптимальное определение количества плодов (для многоплодную беременность (для при первом подерживании).

## ВВЕДЕНИЕ

Любые медицинские вмешательства во время беременности должны быть строго обоснованы, а медикаменты быть безопасными для матери и плода.

Целый ряд ошибочных подходов, не обоснованных с точки зрения ДМ привели к тому, что медикаменты, которые используются у беременных, становятся причиной неблагоприятных исходов.

Данные рекомендации направлены на повышение знаний и навыков акушеров-гинекологов и семейных врачей, а также для оказания помощи в составлении местных протоколов. Рекомендации преимущественно основаны на данных доказательной медицины

Выбор рекомендаций **проведен в зависимости от уровня и градации доказательности.** При наличии исследований высокого уровня доказательств литературная ссылка включает лишь источник. При наличии противоречивых данных приводится краткое изложение основных данных. При отсутствии РКИ, приводятся данные исследований, проведенных на достаточно высоком методологическом уровне.

Литературная ссылка указана в квадратных, уровень доказательности в круглых скобках.

Таблица 1



Другие осложнения:  
 ▶ Премежная врата беремных;

Сампроизволя ный выкидывш в 12-23 недели (в преждевремен ные роды в 24-32 недели, % ЗРП, % Пороки развития плода, %	1	5	1	2	8
Фето- фетальная трансфузия: у «донора» - ЗРП; олигоурия, маловодие; у «реципиента» - полиурия, многоводие, гиперволемия , ССН	Преждев Риск гибели у ремных 2-го плода – 25%	Внутритробная гибель одного из плодов			

IV – иботконкион аз кумитаи експертхо ё ни ки дар асоси тафрибаи киниши иинохсони дар асоси тафрибаи инохсон ба даст оварда ба даст шуда	С – иботконкион аз хисоботи кумитаи ни ё ни експертхо дар асоси тафрибаи киниши иинохсон оварда ба даст шуда	шуда	шуда	шуда	шуда
---	--	------	------	------	------

#### Аворизҳои дигар:

- ▶ Қайкунии аз ҳад зиёди хомиладорон;
- ▶ презклампсия;
- ▶ диабет қанди хомиладорӣ;
- ▶ пеш аз муҳлат ҳудошавии машина ва пешомади машина;
- ▶ хунравӣ дар давраи баъди валодатӣ;
- ▶ тромбоемболия;
- ▶ камхунӣ;
- ▶ зиёдвазнӣ, бемории вариди, геморрой, мушкilotҳои механикӣ бо ҳаҷми калони бачадон вобаста (пиелонефрит – 18%, холецистит – 4-10%).

#### Ташхис

##### Аломатҳои субъективӣ:

- ▶ ҳаракатнокии аз ҳад зиёди тифл.

##### Аломатҳои объективӣ:

- ▶ зуд калон шудани андозаҳои бачадон, андозаи бачадон ба муҳлати хомиладорӣ мувофиқат намекунад;
- ▶ баланд ҷойгирии қаъри бачадон;
- ▶ палмосидани 3 ва аз он зиёда қисмҳои калони тифл;
- ▶ дар ду нуктаи бачадон шунидани таппиши дили тифл бо фарқияти 10 зарба дар як дақиқа ва зиёд.

##### Муоинаи УС:

Муоинаи аввалин – ҳангоми пайдошавии шубҳа ба хомилагии бисёртифла (барои муайян намудани микдори чанинҳо).

исследования: сравнительные исследования, корреляционные исследования, описание случаев	
IV доказательства, полученные от комитета экспертов или на основании клинического опыта признанных авторитетов	С – доказательства представлены из отчётов экспертных комитетов или мнения и/или клинический опыт уважаемых авторитетов. Указывает на отсутствие клинических исследований хорошего качества (уровень доказательности - IV)

При назначении медикаментозной терапии во время беременности использованы рекомендации FDA USA (Food and Drug Administration Управление пищи и лекарств США) в котором различают 5 категорий лекарств (А, В, С, Д, Х).

Осложнения	Одно- лодная	Беремен- ная	албная	Монохори- альная
	Двойная, тип плацентации			

Перинатальная смертность при многоплодной беременности в 5 раз выше, чем при одноплодной. Большинство осложнений связано с типом плацентации.

<p>проходит в первые 3 дня, то у каждого плода своя плацента и амнион (бихориальный и биамниотический - 1/3 всех случаев);</p> <p>разделяет 2 амниона состоит из 3-х листков: перетордка, которая</p> <p>разделяет 2 амниона</p> <p>перетордка, которая</p> <p>состоит из 3-х листков: в амнион</p> <p>и биамниотический - перетордка из 2-х листков (2/3);</p> <p>деление на 8-13 день после овуляции - монохориальная моноамниотическая (&gt;2%);</p> <p>если разделение яйцеклетки происходит через 13 дней, то бывает неполное разделение близнецов - «сиамские близнецы» (1 случаем на 50 000-80 000 родов)</p>	<p>Часто плаценты прилегают друг к другу и выглядят как одна. При бихориальной плаценте - перетордка, которая разделяет 2 амниона</p> <p>состоит из 3-х листков: в амнион и биамниотический - перетордка из 2-х листков (2/3);</p> <p>деление на 8-13 день после овуляции - монохориальная моноамниотическая (&gt;2%);</p> <p>если разделение яйцеклетки происходит через 13 дней, то бывает неполное разделение близнецов - «сиамские близнецы» (1 случаем на 50 000-80 000 родов)</p>
--	---

Хаптом таҷриба дар	Хаптом таҷриба дар	С
нифедипин,	нифедипин,	
карда напулдаст	карда напулдаст	
нишонлодҳои РКИ тасдиқ	нишонлодҳои РКИ тасдиқ	
шудааст, аммо бо	шудааст, аммо бо	
чанин/тифл муайян карда	чанин/тифл муайян карда	
хайвонҳо хатар барои	хайвонҳо хатар барои	
хаптом таҷриба дар	хаптом таҷриба дар	
гузаронида напулдаст ва ё	гузаронида напулдаст ва ё	
напулдаст, аммо РКИ	напулдаст, аммо РКИ	
чанин/тифл муайян карда	чанин/тифл муайян карда	
хайвонҳо хатар барои	хайвонҳо хатар барои	
Хаптом таҷриба дар	Хаптом таҷриба дар	В
Парастетамол,	Парастетамол,	
лоруги бехатар аст.	лоруги бехатар аст.	
муайян нанамудааст. Маводди	муайян нанамудааст. Маводди	
баракт ва деринани хомилати	баракт ва деринани хомилати	
истифода дар муҳлатҳои	истифода дар муҳлатҳои	
РКИ хатарро хаптом	РКИ хатарро хаптом	А
туршии фолат	туршии фолат	
Мисолҳо	Мисолҳо	Хаптом

Тавсияҳои FDA USA (Food and Drug Administration USA - Раёсати хӯрок ва Дорувории ИМА)

Хаптом таҷриба намудани табобат бо истифодаи дорувори дар вақти хомилати тавсияҳои FDA USA (Food and Drug Administration USA - Раёсати хӯрок ва дорувории ИМА), ки дар он 5 дараҷаи хатарнокии дорухо муайян шудааст (А, В, С, Д, Х), ба назар гирифта мешавад.

Таблица 2  
Рекомендации FDA USA (Food and Drug Administration USA)

Категории	Определение	Примеры
А	РКИ не установлен никакой риск при использовании в ранние и поздние сроки беременности. Лекарство является безопасным	фолиевая кислота
В	В исследованиях на животных риск для эмбриона\плода не обнаружен, однако РКИ не проведены и/или В исследованиях на животных обнаружен риск для эмбриона\плода, но не подтвержденный данными РКИ	парацетамол, пенициллин, ранитидин
С	В исследованиях на животных обнаружен тератогенный эффект для эмбриона\плода, но не проведено ни одного исследования на беременных женщинах и/или невозможно провести исследование ни на животных, ни на беременных женщинах Медикаменты данной категории используют, только если польза превышает риск	нифедипин, фуросемид
Д	Доказан риск для плода, но необходимость лечения беременной превышает этот риск.	диазепам, кордарон и др

худсарона дар 12-23 хафта (дар %)			
Валодат пеш аз муҳлат дар 24-32 хафта, %	1	5	10
Боздошти инкишофи тифл %	5	10	20
Нуксонҳои инкишофи тифл, %	1	2	8
			Трансфузияи фето-фетали: дар «донор» - боздошти инкишоф; олигоурия, камобӣ; дар «ресипиент» - полиурия, бисёробӣ, гиперволемиа, норасоии кори дилу рағҳо
		Валодат и пеш аз муҳлат	Хатари фавти тифли 2-юм – 25%
		Фавти дохилибатнии яке аз чанинҳо	

Х	Хатар барои чаннин дар натиҷаи тахлили ҷар хайвонҳо ва омамон исбот карда шудааст. Хатар хантоми истифода аз фонда зиёд аст. Хантоми хомилаҳои истифодаи Х катъиян манъ аст.
Д	Хатар барои чаннин исбот шудааст, аммо зарурати табобати занни хомила аз ни хатар боғотар аст. Мавадҳои лорути хантоми холатҳои барои ҳаёти занни хомила хатарноштар, ки барои табобати он литар мавад нест, истифода бурда мешавад.
	Хайвонҳо таъсири тератогенӣ барои чаннин/тифл муайян карда шудааст, аммо ягон таъриба дар занҳои хомила гузаронида нашудааст. Ва ё имконияти гузаронидани таъриба на дар хайвонҳо ва на дар занҳои хомила нест. Мавадҳои лорувори танҳо дар мавриди бештар будани фонда назар ба хатар истифода бурда мешавад.

<p>➤ Агар тақсимшавӣ дар 3 рӯзи аввал ба вучуд ояд, дар ҳар чаннин машина ва амниони худ ҳафт (бихориалӣ ва биамниотикӣ - 1/3 ҳамаи ҳолатҳо);</p> <p>➤ Агар тақсимшавӣ дар рӯзҳои 3-8 – монохориалӣ ва биамниотикӣ – девора аз 2 парда иборат (2/3);</p> <p>➤ Тақсимшавӣ дар рӯзҳои 8-13 баъди овулятсия – монохориалӣ моноамниотикӣ (&lt;2%);</p> <p>➤ Агар тақсимшавӣ баъди 13 рӯз бошад, тақсимшавии нопурраи дугоникҳо ба амал меояд – „дугоникҳои сиами“ (1 ҳолат ба 50 000-80 000 валодат)</p>	<p>моноамниотикӣ). Хангоми машинаи бихориалӣ – девора аз 3 қабати пардаҳо иборат аст: дар марказ - хорион ва аз канораҳо - амнион</p>
--	---

Фавтияти перинаталӣ хангоми хомилагии бисёртифла5 маротиба нисбати хомилагии яктифла зиёд мебошад. Аксари аворизҳо бо намуди машинаи вобастагӣ дорад.

Аворизҳо	Ҳомила-гии яктифла	Дугоник, намуди машина	
		Бихориалӣ	Монохориалӣ
Искоти ҳамли	1	2	12

Монозиготные близнецы	Дизиготные близнецы
Идентичные	
Тип плацентации (число плацент и амнионов)	
<p>количество образующихся хорионов зависит от времени деления зиготы после оплодотворения: внутри своего амниона: бихориальный и</p>	

на 100), перцентажем (18 на 100).  
 100), стимуляция овуляции кlostибегидом (8 частота многоплодной беременности (до 22 на В результате развития ЭКО растёт беременность).  
 0,4%, дизиготные – 2/3 или 1-2% всех деления одной зиготы (монозиготные).  
 одной оплодотворённой клетки, в результате (дизиготные) или – развитие эмбрионов из может быть: оплодотворение двух яйцеклеток Причиной многоплодной беременности однолучае на 80 родов.  
 натральноном зачатии двойня рождается в Многоплодие: около 1%. При Определённые: многоплодная беременность – одновременное развитие в матке двух плодов (близнецов) и более.

**МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

	<p>Препараты используют при угрожающем жизни матери состоянии, для лечения которых нет другого медикамента</p>	
Х	<p>Доказан риск для плода на исследованиях с животными и людьми. Риск использования, больше чем польза. Во время беременности препараты категории X запрещены</p>	<p>талидомид, тетрациклин, флуконазол, непрямые антикоагулянты, андрогены и др.</p>

normal human pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 182. — P. 1581-1588.  
 6. Marino T. Ultrasound abnormalities of the amniotic fluid, membranes, umbilical cord, and placenta // Obstetrics and Gynecology Clinics. — 2004. — Vol. 31. — N. 1.

**РВОТА БЕРЕМЕННЫХ (EMESIS GRAVIDARUM)**

Тошнота и рвота наиболее частая и характерная жалоба у беременных в первом триместре, которая чаще развивается в 6-16 недель беременности, и проходит самостоятельно у 90% женщин [1].

Распространенность составляет 70-85%; симптомы сохраняются до конца беременности у 13% , тяжёлая рвота имеет место в 0,3-0,4% случаев [1]. Причина неизвестна, но многие авторы связывают рвоту с повышенным содержанием хорионического гонадотропина, например при многоплодной беременности, и пузырном заносе.

Рвота беременных не оказывает влияния на исход беременности и развитие плода (1b), но значительно ухудшает самочувствие беременной [2].

Рвоту беременных относят к ранним гестозам среди которых выделяют:

- часто встречающиеся (рвота беременных, слюнотечение);
- редкие формы (дерматозы, тетания, остеомалация, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных).

В данных рекомендациях подробно представлена рвота беременных. Редко встречающиеся формы раннего гестоза и

➤ бисёр воҳуранда (кайкуни хомилагори, рафтани оби дахон)

Доранд:

Бармаҳаг мутобик буда, намудҳои зеринро Кайкунии хомилагори ба гестозҳои ҳамо ба мекунанд [2].

Намерасонад (1b), аммо ҳолати зани хомиларо хомилати ва инкишофи ҷанини таъсир Кайкунии хомилагори ба натиҷаи

- худобомос.

- хомилати бисёртифла.

мекунанд:

будани гонадотропини хориони вобаста аммо баъзе муаллифони кайкуниро бо зиёд [1]. Сабаҳои ни ҳолатҳои номатълум мешавад, дараҷаи вазнини дар 0,3-0,4% занон во меҳурда аз 10 зан дар якташа боки меоманд, кайкунии Нишонаҳои номбаршуда то охири хомилати Такроршави 70 – 85% ро таъкил медеҳад. Метгарад [1].

мешавад ва дар 90% занҳо мустакилона асосан дар ҳафтаҳои 6-16 хомилати дида, хомиларо ҳос буда, дар семоҳаи аввал, ақсар вақт дида шаванд ва ба занҳои Дилбехузири ва кайкунии шикоятҳои дар

**КАЙКУНИ ХОМИЛАГОРИ**

**ХОМИЛАГИИ БИСЁРТИФЛА**

**Мавхум:** хомилагии бисёртифла – дар як вақт инкишоф ёфтани ду ва аз он зиёда ҷанин дар баҷадон.

**Такроршавӣ**

Ҳомилагии бисёртифла: қариб 1%. Ҳангоми бордоршавии оддӣ дугоникҳо дар 80 валолат як маротиба дида мешаванд.

Сабаби хомилагии бисёртифла: бордоршавии ду тухмхуҷайра (дизиготӣ) ё ин ки – инкишофи эмбрионҳо аз як тухмхуҷайраи бордоршуда, дар натиҷаи таҷқсимшавии зигота (монозиготӣ). Монозиготӣ 1/3 ё ин ки қариб 0,4%, дизиготӣ – 2/3 ё ин ки 1-2% ҳамаи валолатҳо дида мешавад.

Дар натиҷаи таракқӣ ёфтани бордоркунии сунъӣ (ЭКО) микдори хомилагии бисёртифла низ зиёд шуда истодааст (то 22 ба 100), пурзуркунии овулятсия бо кластилбегит (8 ба 100), пергонал (18 ба 100).

Дугоникҳои монозиготӣ	Дугоникҳои дизиготӣ
Монанд мебошанд	
Намуди машима (микдори машима ва амнионҳо)	
Микдори хорионҳои инкишофёбанда аз вақти тақсимшавии зигота баъди бордоршавӣ вобаста аст:	➤ Ҳамеша 2 хорион ва 2 амнион ҳаст (хар ҷанин машима ва амниони худро дорад: бихориалӣ ва

Использованная литература:  
4. Magann E.F., Chauhan S.P., Washington W., Whitworth N.S. et al. Using the largest vertical pocket containing amniotic fluid volume measurement to or through the cord? // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2002. — N 20(5). — P. 464-467.  
5. Magann E.F., Sanderson M., Martin J.N., Chauhan S. The amniotic fluid index, single deepest pocket, and two-diameterpocket in

**Принципы ведения беременности в стационаре.**  
 > При наличии ВПР не совместимого с жизнью в любом сроке - показано прерывание беременности или родоразрешение;  
 > При ЗРП и маловодии - пролонгирование беременности (см. стандарт ЗРП) родоразрешения (см. стандарт ЗРП)  
 > При маловодии в III триместре беременности, без нарушения роста плода, возможно благоприятный исход родов, оправданно родоразрешение в 37-38 недель беременности.  
 > Ведение родов в зависимости от срока гестации (см. Стандарт «Физиологические роды», «Преклеветременные роды»).

слюнотечение указаны с целью своевременного обследования и решения вопроса о пролонгировании беременности. Различают три степени тяжести рвоты беременных: легкая, средняя и тяжелая (табл.3).

Таблица 3  
**Клиническая классификация рвоты беременных**

Симптомы и признаки	Степени тяжести рвоты беременных		
	лёгкая	средняя	тяжёлая
общее состояние;	Удовлетворительное	Нарушается	ухудшается, адинамия,
аппетит	умеренно снижен	Значительно снижен	нет
частота рвоты	до 5 раз в сутки чаще после еды, иногда натощак	6-10, не связана с приёмом пищи	Более 10 раз, не связана с приёмом пищи, пищу не удерживает
Головокружение	редко	умеренное или значительное	выраженное
потеря веса	До 5% (не более 3 кг)	5-10% (2-3 за 1-2 недели)	Более 10% (8-10кг)
стул	норма	в 2-3 дня	задержка стула
Мочеотделение в сутки (мл)	800,0 -900,0	700,0 - 800,0	Менее 700,0

Алгоритм в вагинальном		сабук	миёна	вазнина
Холати	Канот-	Дигартун	Адинамия	Умуми
Иштихо	Каме	Хело паст	Нест	Нест
Такрошав	То 5	6-10 бор,	Зиёда аз 10	Тароршав
ни кайкуни	маротиб	новобаста	аз	новобаста аз
	а дар	шабона-	хурокхурри	хурокхурри,
	рўз	баъди	лошта	наметавонад
	баъзан	дари		

**Таснифи клиникки кайкуни хомиладорон**  
 Чадавлари 3  
 (чадавлари 3).  
 Вобаста аз зухуроти кайкуни се дарачаи мешавад.  
 Дар тавсияҳои зерин кайкуни хомиладорон мухтасар дода шудааст. Намудиҳои кам вохӯрандаи гестозҳои бармаҳал ва рафтани оби дахон бо мақсади таъхиши саримаҳал ва ҳал намудани масъалаи давом додани хомилати пешкаш карда мешавад.  
 Вобаста аз зухуроти кайкуни се дарачаи он лида мешавад: сабук, миёна ва вазнини (чадавлари 3).  
 > кам вохӯранда (дерматозҳо, гестания, остеомиелитсия, атрофия зарди шадиди чигар, диққи нафаси хомиладорон).  
 Дар тавсияҳои зерин кайкуни хомиладорон мухтасар дода шудааст. Намудиҳои кам вохӯрандаи гестозҳои бармаҳал ва рафтани оби дахон бо мақсади таъхиши саримаҳал ва ҳал намудани масъалаи давом додани хомилати пешкаш карда мешавад.  
 Вобаста аз зухуроти кайкуни се дарачаи он лида мешавад: сабук, миёна ва вазнини (чадавлари 3).

Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2002. — N 20(5). — P. 464-467.

2. Magann E.F., Sanderson M., Martin J.N., Chauhan S. The amniotic fluid index, single deepest pocket, and two-diameterpocket in normal human pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 182. — P. 1581-1588.

3. Marino T. Ultrasound abnormalities of the amniotic fluid, membranes, umbilical cord, and placenta // Obstetrics and Gynecology Clinics. — 2004. — Vol. 31. — N. 1.



Дар катори хомилати бемориҳои зерин сабаби кайкунии шуда метавонанд, ки бо онҳо таъхироти таърифи гузаронидани лозим аст:

- Хубобомос
- Аппендицити
- Панкреатити
- Ногзарони
- Рудахо
- Заҳролудшави бо
- Хурока
- Гепатит
- Чурраи сурохи
- Дарди гурда
- Пилонелити
- Рудани 12-ангушта
- Заҳми меъда ва
- Паҷӯшани
- Тиреотоксикоз

Дар катори хомилати бемориҳои зерин сабаби кайкунии шуда метавонанд, ки бо онҳо таъхироти таърифи гузаронидани лозим аст:

- Хубобомос
- Аппендицити
- Панкреатити
- Ногзарони
- Рудахо
- Заҳролудшави бо
- Хурока
- Гепатит
- Чурраи сурохи
- Дарди гурда
- Пилонелити
- Рудани 12-ангушта
- Заҳми меъда ва
- Паҷӯшани
- Тиреотоксикоз

Гиношрӣ	ва	ба	ва	ва
ва	ва	ва	ва	ва
ва	ва	ва	ва	ва
ва	ва	ва	ва	ва

- Номувофикии гравидограмма бо мӯҳлати хомиладорӣ;
- Мавкеи нодурусти тифл, баъзан қисмҳои тифл хуб палмосида мешавад;
- Муоинаи УС:
  - Паст шудани индекси ҳаҷми обҳои наздифилӣ аз 10 см
  - андозаи тӯли камтар аз 2 см (чуқурии кеса 2-8 см меъёр, 1-2 см – сарҳадӣ, камтар аз 1 см – патологӣ).

**Аворизҳо:**

- Дистресси тифл (10%);
- Сирояти дохилибатнӣ (1,6%);
- Пневмопатия (4,9%);
- Гипоплазияи шушҳо;
- Качшавии дасту пойҳо (контрактураҳои бугумҳо, качпой);
- Фавти тифл

**Тактикаи бурдан  
Сатҳи антенаталӣ:**

1. Инкор намудани нуқсонҳои инкишофи тифл;
2. Гузаронидани машварат;
3. Бистарикунонӣ. Тактикаи баъдина аз сабаби камобӣ вобаста мебошад

➤ отставание размеров плода (окружность живота, высота стояния дна матки);

**ДИАГНОСТИКА:**

- противовоспалительных средств
- Прием
  - ДРПО;
  - переносимая беременность;
  - патология плаценты (инфаркты коллагеновые заболевания);
  - заболевания матери (преэклампсия, хронические сердечно-сосудистые, почечные и мочеполочные, анемия или полицитемия стеноз уретры, двусторонняя обструкция мочевого пузыря);
  - ВПР (патология плаценты)

**Возможные причины маловодия:**

Распространенность: 0,3-0,4%. При рождении пороках развития плацента встречается в 10 раз чаще.

Определение: Маловодие (олигогидрамнион) - это состояние, при котором имеет место малое количество вод, т. е. менее 500,0 мл

**МАЛОВОДИЕ**

**Лечение рвоты беременных:**

При рвоте лёгкой степени ограничиваются диетой и акупрессурой. Госпитализации подлежат беременные с рвотой беременных тяжёлой степени, иногда – среднетяжёлая форма. Нельзя помещать в палату двух подобных больных, так как у выздоравливающей женщины может возникнуть рецидив заболевания под влиянием больной с продолжающейся рвотой.

Основным правилом медикаментозной терапии при тяжелой и средней степени тяжести рвоты является парентеральный метод введения в течение 5-7 дней (до достижения стойкого эффекта).

1. Начать лечение с диеты:
  - Рано утром съест кусочек хлеба
  - Частый приём пищи, лучше лёжа, малыми дозами, после приёма пищи полежать. Лучше есть во второй половине дня, избегать чувство голода.
  - Употреблять продукты, богатые углеводами, например, сухое печенье, любимые блюда. Исключить острую и жирную пищу, алкоголь, приправы, всё, что вызывает рвоту.

После прекращения рвоты и появления аппетита начинают давать жидкую пищу, позже добавить сухое печенье и постепенно

1. Амниотомия (околоплодные воды вытаскивать медленно по игле, сбоку, выше внутреннего зева, не извлекая ручку из влажной, чтобы предотвратить выделение пуповины или ручки плода).

2. Медикаментозное родовозбуждение начинают не ранее, чем через 2 часа после выведения околоплодных вод (см. Стандарт «Родовозбуждение»). Не использовать мизопростол.

3. Ведение родов при доношенном сроке (см. Стандарт «Физиологические роды»), при доношенном сроке (см. Стандарт «Преждевременные роды») соответственно стандартам.

добавлять другую твёрдую пищу. Лекарственные средства назначают также внутрь.

2. Акупрессура точки Neiguan (примерно на 3 поперечных пальца выше области запястья на ладонной стороне может быть эффективна при постоянной тошноте (по данным 2 РКИ) [1,6]

3. медикаментозное лечение проводить при отсутствии эффекта от диеты и акупрессуры, **только в особо тяжёлых случаях** (см. Nuregemesis gravidarum) [1].

4. Использование иглокалывания требует дальнейших исследований, РКИ не доказана их эффективность [6].

#### **Показания для прерывания беременности при рвоте беременных:**

- > непрекращающаяся рвота;
- > нарастающее обезвоживание организма;
- > прогрессирующее снижение массы тела;
- > прогрессирующая ацетонурия в течение 3-4 дней;
- > нарушение функции нервной системы (апатия, апатия, бред, эйфория);
- > билирубинемия (до 40-80 мкмоль/л). Гипербилирубинемия 100 мкмоль/л и более является критической;
- > желтушное окрашивание склер и кожи.

сигнализация такова: табор шудани холат ба вчуд омаданаш мумкин аст.

Қидаи асосии табобати медицинаентозии хангоми қайқунии дараҷаи вазиини ва вазиини миёна ни ворид намудани мавод бо усули парентерали дар муддати 5-7 рӯз (то самаранокии уствор) мебошад.

1. Табот аз физиотри офоз карда мешавад:

- > Саҳари барвакт як бурда нон истиёмол намудан
- > Физоро тез-тез, бо микдори кам, хутар дар холати дар ҷойоб будан истиёмол намудан. Хутараш истиёмолги физодар нимамидиуми рӯз, зан бояд гурусна намонад
- > Маводҳои аз ултеводҳо боӣ, масалан қанднаи хушк
- > Истеъмол накардани физиотри тунд ва рағанин, алқотол ва ҳамаи маводҳо, ки сабаби қайқуни мешаванд. Истеъмолги физиотри липоҳ.

2. Акупрессура (фишор овардан) ба нуктаи Neiguan (тақрибан ба 3 ангушти қундагонт болотар аз банди даст хангоми липобехузури бардавом самаранок шуда метавонад) (бо натиҷаҳои 2 РКИ) [1,6].

3. Табот бо истифодаи дорувори дар мавриди набулдани самара аз акупрессура ва физиотри,

## **КАМОБӢ**

**Мавҳум: Камобӣ (олигогидрамнион)** - ин холатест, ки дар он кам будани микдори обҳои наздифлӣ дида мешавад, яъне камтар аз 500,0 мл

**Тақроршавӣ:** 0,3-0,4%. Хангоми нуқсонҳои инқишофи тифл 10 маротиба зиёд во - меҳӯрад.

#### **Сабабҳои камобӣ:**

- Нуқсонҳои инқишофи тифл (патологияи системаи пешобронӣ: агенезия ё ин ки тангшавии найи пешоброн, обструксияи дугарафаи найҳои пешоброн, агенезия ва ё носуҳои зиёди гурдаҳо);

- Бемориҳои модар (пре\эклампсия, бемориҳои музмини системаи дилу рағ, гурдаҳо ва бемориҳои бофтаҳо);

- Ҳолатҳои аворизноки машина (сактаҳо)

- Ҳомилагии аз мӯҳлат гузашта;

- То валодат даридани пардаҳои наздифлӣ;

- Истеъмоли маводҳои зидди уфунатии ғайристероидӣ

#### **Ташҳис:**

- > Хурд будани андозаҳои тифл (ҳаҷми шикам ва баландии қаъри бачадон);



Қаққулини аз ҳад зиёди ҳомиладорро дар агабититинглинсабабон ба беморихон чигар, ки бо ҳомилагӣ вобаста аст, вобаста мекунад. Особи чигар дар мавриди аворизин 50% ва зиёдтарро ташкил медеҳад.

Саршавии бемори ба мӯҳлати ҳомиладории 6-10 ҳафта ҳос мебошад. Зухуроти он одатан дар 12 ҳафтаи ҳомилагӣ тамом мешавад, аммо дар 9% ҳомиладорон то 16-18 ҳафтаи ҳомилагӣ ва баъзан то валолати давом меёбад.

**Ҷаҳзи тафривиро бо беморихон зерин гузарондан лозим аст:**

1. Беморихон системаи ҳоима (тепатит, гасрит, панкреатит, холестит, захми меъда, аппендитит, гасронтероколит)
2. Муайян намудани глюкозаи хун, калий, натрий, хлорид, креатинин, туршии пешоб (мочевиная) ва билирубин дар зарбоби хун
3. Муайян намудани фиброноки ферментҳои зарбоби хун: аланин-ва аспаргатаминотрансфераза, фосфатазаи шири

➤ **Ҷуминики**

➤ **Муона дар таваллудхона:**

➤ **Ҷуғҳои муонаи лаборатори:**

1. тахлиги умумии хун
2. муайян намудани глюкозаи хун, калий, натрий, хлорид, креатинин, туршии пешоб (мочевиная) ва билирубин дар зарбоби хун

➤ **Осложнения:**

➤ **Со стороны матери:**

- рвота (36%);
- преждевременное иппрежение (28,4%);
- неправоильное положение иппрежение плода (6,5%);
- ДПО;
- преждевременная отслойка плаценты; преэклампсия (5-20%); гипотоническое кровоотечение – у 38,4%

➤ **Со стороны плода:**

- выпадение пуповины и мелких частей плода;
- пневмопати;
- ЗРП;
- гибель плода (10,2%)

➤ **Матка тугоэластической консистенции,** лапяржаеная; повышенная подвижность и неустойчивое положение плода, затрудненная пальпация ий частей плода, приглушенное сердцебиение.

➤ **Травматограрма** – обычно выше 90 перцентили

➤ **УЗИ** – индикс объёма околоплодных вод более 25 см. и/или вертикальняй размер наибольшешо водного кармана > 8 см

5. общий анализ крови
6. определение глюкозы крови, калия, натрия, хлорида, креатинина, мочевой кислоты и билирубина в сыворотке крови
7. определение содержания аланин- и аспаргатаминотрансферазы;
8. УЗИ матки (исключить пузырный занос)

Электролитный баланс демонстрирует гипонатриемию, гипохлоремию, метаболический ацидоз

Всем беременным с рвотой необходимо проводить исследование мочи на наличие ацетона.

#### **Осложнения:**

- Надрыв, вплоть до разрыва пищевода
- Энцефалопатия Wernicke
- Центральный портальный миелиноз
- Кровоизлияние в сетчатку глаза
- Недостаточность функции почек
- Спонтанный пневмомедиастениум

*Энцефалопатия Wernicke – очень редкое, опасное осложнение, обусловленное дефицитом витамина В1. характерные симптомы: нарушение памяти, атаксия, нарушение движения глаз, горизонтальный или вертикальный нистагм, птоз век, кровоизлияние в сетчатку, отёк диска зрительного нерва [3].*

#### **Тактикаи бурдан**

Сатхи антенаталӣ:

➤ муоинаи УС – ҳангоми зиёдшавии бисёробӣ назорат дар давоми 2 моҳ бурда мешавад (1бор дар 1 моҳ);

➤ Дар ҳолатҳои зерин зани ҳомила бистарӣ карда мешавад:

- Хангоми бад шудани ҳолати зан (пайдошавии нафастангӣ, баландшавии Ф/Х);
- Барои қатъ намудани ҳомилагӣ ва валодаткунонӣ (пеш аз мӯҳлат ё ин ки дар мӯҳлат) хангоми ҷой доштани нишондоҳо: нуқсонҳои инкишофи тифл, аломатҳои бад шудани ҳолати тифл; бисёробие, ки то 28 ҳафтаи ҳомилагӣ ба вучуд омадааст.

Сатхи таваллудхона (**сатхи II–III**):

➤ Дар мавриди набудани аломатҳои бисёробии зиёд, масъалаи идома додани ҳомиладорӣ ҳал карда мешавад;

➤ Дар мавриди афзоиш ёфтани аломатҳои клиникии бисёробӣ (зиёдшавии нафастангӣ, баландшавии Ф/Х), пайдошавии аломатҳои бад шудани ҳолати тифл – валодаткунонӣ;

➤ Дар мавриди мӯҳлатҳои норасидаи ҳомилагӣ валодаткунонӣ баъди гузаронидани пешгирии РДС-и навзод сар карда мешавад (ниг. Стандарти «Валодати пеш аз мӯҳлат»).



Количество ОВ можно определить по данным УЗИ:

- Определение максимальной глубины вертикального кармана. Глубина кармана 2-8 см. норма; 1-2 см – пограничная; менее 1 см – патологическая;
- Определение индекса АЖ: сумма 4-х самых глубоких вертикальных размеров в 4-х квадрантах матки, центральной точкой является пупок.

Нарушение поступления АЖ вследствие агенезии или поликистозе почек, ЗРП, приводит к маловодию

Нарушение удержания АЖ вследствие анэнцефалии, атрезии пищевода и 12перстной кишки приводит к многоводию

мг/сутки внутрь) (категория А по FDA). До нормализации питания – витамины вводят парентерально, можно добавлять в растворы.

Таблица 4

**Лекарственные средства, используемые для лечения рвоты беременных**

Производное	Лекарственное средство	Категория FDA
производное бензамида (безопасность не известна, не рекомендуется как препарат первой линии, может назначаться в особо тяжелых случаях [1].	➤ Метоклопрамид (церукал) Дозировка: 10-15 мг орально 4 раза в сутки или 10 мг в/в 4 раза в сутки (вводить медленно)	Категория В: экспериментальные исследования не выявили тератогенного действия либо наблюдаемые у животных осложнения не обнаружены у детей матери которых принимали лекарственные средства в первом триместре беременности
производные фенотиазина [1] (Пациентка должна быть	➤ прометазин (25 мг 4 раза в сутки орально или 12,5 – 25 мг (в/м или	Категория С: экспериментальные исследования не выявили

**Табобат:**

1. Физотири
2. Баркарор намудани, ҳаҷми хуни дар гардиш буда: инфузияи маҳлули лактат ё ни ки атсетати Рингер (бехтар аст).
- Барои мубориза бо беошудани организм, барои деоксикация табобати инфузиониро ба микдори 2,0 – 2,5 л дар шабонарӯз истифода мекунанд. Ҳамаарӯза дар давоми 5-7 рӯз маҳлули лактат ё ни ки атсетати (бехтар) Рингер-Локка (1000-1500 мл), маҳлули 5% глюкоза (500-1000 мл) бо инфузияи маҳлули 1 адад инфузия ба 4,0 л глюкозаи хушк) ворид карда мешавад. Ба маҳлули витаминҳои В1 ё В6 илова кардан мумкин аст. Суръати инфузия 50,0 мл дар як соат.
3. Мавоҳҳои энди ки кикуни: хангоми кайкикуни тақрорёбанди дохили маъҷад истифода мекунанд. Истифода намудани блокаторҳои ресепторҳои дофамини: маҳлули фенотиазин ё ни ки бензамид тавсия дода мешавад (ҷадвали 4).
4. Витаминҳо: Бехатарии витамини В1 ва В12 исбот нашудааст ва ба самаранокиаш таъсиқ шудааст (зани ҳомиларо оғох кардан лозим) [1]. Туршии фолат (3 мг/дар шабонарӯз) (дарҷаи А бо FDA). То ба эътидол омадани физиотри – витаминҳо бо

**БИСЁРОБИ.**

**Мавҳум: бисёробӣ (полигидрамнион)** – ҳолати аворизнок аст, ки хангоми он микдори моеи амниотикӣ зиёд мебошад (зиёда аз 1500,0 мл).

**Тақроршавӣ:** 0,2–1,25% ба микдори умумии валодатҳо.

**Сабобҳои эҳтимолии бисёробӣ:**

Модарӣ:	Машимавӣ:	Тифлӣ:
➤ Даибети қанд ➤ Носозгории иммунологи хуни модар ва тифл;	➤ хориоангиома; ➤ фистулаи артериовенозӣ; ➤ вайроншавии фаъолияти секреторӣ ва резорбсионии амнион	➤ ҳомилагии бисёртифла (аломати трансфузияи фето-феталӣ); ➤ бисёробии идиопатикӣ; ➤ нуксонҳои инкишофи тифл (атрезияи сурхрӯда ва рӯдаи 12 ангушта, анэнцефалия)

**Ташҳис:**

- номувофиқии ҳаҷми шикам, баландии қаъри бачадон бо муҳлати ҳомилагӣ;
- бачадон таранг, эластикии саҳт;

Дарачан FDA	Маводи доруги мешаванд	Махсули
Дарачан В: тахлилиҳои таҷрибавӣ дар шабонарӯз ё 10 таҷрири тератогенир о муайян накарданд, ё ни ки авориҳои дар хайвоноҳо ба вучуд омада дар тифлоини модадон, ки маводҳои доругиро дар сеоҳаи аввалии хониҳои истеъмоли	Метоклопрамид (серукал) 10-15 мг хурдан 4 маротиба дар шабонарӯз ё 10 таҷрири тератогенир о муайян накарданд, ё ни ки авориҳои дар хайвоноҳо ба вучуд омада дар тифлоини модадон, ки маводҳои доругиро дар сеоҳаи аввалии хониҳои истеъмоли	Махсули бензамид (бекатариа ш номальум, хамчун ё 10 мг л/в 4 маротиба (охиста ворид кардан) тавсия дода намешавад, танҳо дар хонаҳои маҳсуан вазнин тавин карда мешавад).

Чавали 4  
Маводҳои доруге, ки барои табобати  
кайкунии хониҳои дорон карда  
мешаванд, инчунин ба дохили махлуҳо илова  
кардан мумкин аст.  
Тақиқи парентерали истифода бурда  
мешаванд, инчунин ба дохили махлуҳо илова  
кардан мумкин аст.

наздитифлӣ дар сеоҳаи 2-юм ба гипоплазияи  
тифл сабаб мешавад

Миқдори обҳои наздитифлӣ аз рӯи  
нишондодҳои муоинаи УС муайян карда  
мешавад.

- Муайян намудани чуқурии  
максималии кисаи вертикалӣ. Чуқурии киса 2-  
8 см меъёр, 1-2 см – сарҳадӣ, камтар аз 1 см –  
патологӣ.

- Муайян кардани ҳаҷми обҳои  
наздитифлӣ: ҳосили кисаи калонтарини моеи  
амниотикии озод дар 4 квадрантҳои шикам  
дар см. нуктаи маркази ноф мебошад.

Вайроншавии ҳосилшавии обҳои  
наздитифлӣ бо сабаби агенезия ва ё носурҳои  
зиёди гурдаҳо, боздошти инкишофи  
дохилибатнии тифл ба камобӣ меорад.

Вайроншавии хоричшавии обҳои  
наздитифлӣ бо сабаби анэнцефалия, атрезияи  
сурхрӯда ва рӯдаи 12 ангушта ба бисёробӣ  
меорад.

Отсутствие АЖ во 2-ом триместре приводит к  
• Созданию условий для развития лёгких.

• Предупреждение сращений между  
профилактика контрактуры;

• Создание условий для движения плода и  
повреждения;

• Защита плода от механического

**Функции АЖ:**

• При перенатальном в 42 недели - 350,0 мл.  
в 40 недель - 800,0 мл; в 42 недели - 350,0 мл.

- В 38 недель - 1000,0 мл.
- В 30 недель - 600,0 мл;
- В 20 недель - 300,0 мл;
- В 10 недель около 30,0 мл;

**Объём околоплодных вод:**

лёгкими.  
мочи плода и незанятельное количество

• с 16 недель - преимущественно за счёт  
кожа становится непроницаемой для воды;

- попадает через кожу и пуповину в 16 недель -  
• с 10 - это транскутат плазма, который

• До 10 недель амнионом;

**Амниотическая жидкость образуется:**

**ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ.**

предупрежде на, что возможна сонливость)	ректально); ➤ хлорпромазин (10 - 25 мг 4 раза в сутки орально или 25 мг в/м 4 раза в сутки или 50-100 мг ректально 3 раза в сутки; ➤ прохлорпераз ин (5 - 10 мг 3 раза в сутки орально или 5-10 мг в/м 4 раза в сутки или 25 мг ректально 2 раза в сутки).	тератогенного действия либо наблюдаемые У животных выявлено тератогенное действие, РКИ не проводилось, либо действие препарата не изучено.
---	--	---

Критериями достаточности инфузионной  
терапии являются:

- уменьшение обезвоживания;
- повышение тургора кожи;
- нормализация гематокрита;
- увеличение диуреза;
- улучшение самочувствия.
- Комплексную терапию продолжают  
до стойкого прекращения рвоты,  
нормализации общего состояния,  
постепенного нарастания веса. Выписка через  
5 - 7 дней после прекращения рвоты.

**Нишондоҳо барои катъ кардани табobati  
иниузиони нхи мбшанид:**

намуданд, дида нашудааст.	Масули Фенотиазин (25 мг 4 маротиба дар тахлихон Дарачаи С; тахлихон як шабонарӯз хӯрдан ё ин ки 12,5 таъсири – 25 мг/м ё ба воситаи маъка; о муайян накарданд, ё (10 - 25 мг 4 ин ки дар маротиба дар як шабонарӯз хӯрдан ё 25 мг/м 4 маоти ва ё 50-100 мг дар маъка 3 маротиба; прохорперазин н (5 – 10 мг 3 маротиба хӯрдан ё 5-10 мг/м 4 маротиба ё 25 мг дар маъка 2 даротиба дар як шабонарӯз). карда нашудааст.	Мужкин аст) шуданаш хоболд шавад, ки отоҳида (мизоч бод) Фенотиазин н (10 - 25 мг 4 маротиба дар як шабонарӯз хӯрдан ё 25 мг/м 4 маоти ва ё 50-100 мг дар маъка 3 маротиба; прохорперазин н (5 – 10 мг 3 маротиба хӯрдан ё 5-10 мг/м 4 маротиба ё 25 мг дар маъка 2 даротиба дар як шабонарӯз).
Женева: Всемирная организация Здравоохранения	11. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003. 12. Royal College of Obstetrician and Gynecologists ( RCOG). Practice Pattern. Management of postterm pregnancy. Evidence – based guidelines for clinical issues in obstetrics and gynecology. Number 6, October 1997.	

Лечение выраженного слюнотечения: полоскание полости рта настоем шалфея, ромашки, коры дуба, раствором ментола и средства, снижающие слюноотделение (церукал). При большой потере жидкости назначают внутривенно капельно растворы Рингера-Локка, 5,0 % глюкозы. Для предупреждения и устранения мацерации слюной кожи лица используют смазывание ее цинковой пастой, пастой Лассара или вазелином.

**Дерматозы беременных** – группа различных кожных заболеваний, которые возникают при беременности и проходят после ее окончания. Дерматозы появляются в виде зуда, крапивницы, герпетических высыпаний. Наиболее частой формой дерматоза является зуд беременных (pruritus gravidarum). Зуд может появляться в первые месяцы и в конце беременности, ограничиваться областью наружных половых органов или распространяется по всему телу. Зуд нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность или подавление настроения. Зуд при беременности необходимо дифференцировать с заболеваниями, которые сопровождаются зудом: сахарный диабет, грибковые заболевания кожи, трихомониаз, аллергические реакции.

### АВОРИЗИ МУҲИТИ НАЗДИТИФЛӢ.

#### Моен амниотикӣ ҳосил мешавад:

- То 10 ҳафтаи ҳомилагӣ аз тариқи амнион;

- Баъди 10 ҳафтаи ҳомилагӣ – ин трансудати зардоби хун, ки бо воситаи пӯст ва ноф дар 16 ҳафтаи ҳомилагӣ хориҷ мешавад – пӯст барои об ногузаро мешавад;

- аз 16 ҳафта – асосан аз ҳисоби пешоби тифл ва қисман бо шушҳои тифл.

#### Ҳачми обҳои наздитифлӣ:

- дар 10 ҳафта қариб 30,0 мл;
- дар 20 ҳафта – 300,0 мл;
- дар 30 ҳафта – 600,0 мл;
- дар 38 ҳафта – 1000,0 мл.

- Ҳангоми аз мӯҳлат гузаштани ҳомилагӣ ҳачми обҳои наздитифлӣ кам мешавад: дар 40 ҳафта – 800,0 мл; дар 42 ҳафта- 350,0 мл.

#### Вазифаҳои обҳои наздитифлӣ:

- Ҳифз намудани тифл аз осебҳои механикӣ;

- Муҳайё намудани шароит барои ҳаракати тифл ва пешгирии контрактура;

- Пешгирии часпидани тифл бо амнион;

- Муҳайё намудани шароит барои инкишофи шушҳои тифл. Набудани обҳои



Диагноз подтверждается при осмотре новорожденного, околоплодных вод и плаценты. Признаки переносимости у

неонатальной реанимации.

быть готовность к оказанию эффективной квалифицированной неонатолога, должна роды вести в присутствии беременной при переносимости оперативном родоразрешении.

• При переносимости родоразрешения самостоятельно решать вопрос об оперативном родоразрешении.

• При механических водах и нарушениях сердечного ритма плода независимо решается вопрос об оперативном родоразрешении.

• Если кардиотокография данные нормальные, даже при густых мекониальных водах, новорожденный чаще всего рождается в хорошем состоянии.

• При стимуляции родов и деятельности или при мекониальных водах аблюция за состоянием плода должна быть непрерывным: КТГ (по возможности) или акультация в течение минуты.

### Тактика ведения родов

10. После 43 недель – безотлагательное возмужение родовой деятельности (уровень 1а). [3,6]

рефлексы. Пальпация лобкового сочленения болезненна. На рентгенограммах таза иногда обнаруживают расхождение костей лобкового сочленения, однако, в отличие от истинной остеопороза в костях отсутствуют деструктивные изменения. Стертая форма остеопороза – проявление гиповитаминоза D.

Лечение: витамин D, рыбий жир.

**Острая желтая атрофия печени.** (atrophia hepatitis blava acuta) наблюдается чрезвычайно редко и может быть исходом чрезмерной рвоты беременных или возникнуть независимо от нее. В результате жирового и белкового перерождения печеночных клеток происходит уменьшение размеров печени, возникновение некрозов и атрофии печени. Заболевание крайне тяжелое (интенсивная желтуха, зуд, рвота, судорожные припадки, кома), обычно приводит к гибели больной.

Лечение заключается в немедленном прерывании беременности, хотя и прерывание беременности редко улучшает прогноз.

**Бронхиальная астма беременных** (asthma bronchiale gravidarum) наблюдается очень редко. Причиной возникновения бронхиальной астмы является гипопункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена. Бронхиальную астму

бурда мешавад. Литипротаксигерол, витамин Д истифода максади табобат паратиперодин, калтсид, музмин хомитатори катъ карда мешавад. Бо вазиини бемори ё ин ки авҷирии тетаники калтсид чой дорад. Дар мавриди равнши назди сипаршакт ва вайроншавии муבודитан шудан ё ин ки набудани фаволияти гадудухон («пои багерина»), мушакхон руй («дахони мохи») дида мешавад. Дар асоси бемори паст (астма аккушерӣ), баъзан мушакхон пой гравидарум) бо кашимишурӣ мушакхон даст (тетания хомитаторон) мушакхон пой гузаронида мешавад.

инкор шудани бемориини лозим аст (сатҳи 1а). Табобатро бо маводҳои седативӣ, алوماتҳои хасосистноки.

бемориҳои занбурӯӣ, трихомоноз, доранд, фарқ кардан лозим аст: бемориҳои аз литар беморӣ, ки алوماتи хорӣ асабҳои зан мешавад. Хорӣ ишиши хомитаторидор сабабҳои бехобӣ ва багудани холати тамоми бадаи лопта бошад. Хорӣ ишиши ва ё метавонад дар мавқеи узвҳои таносудӣ ва нохири хомитатори пайдо шуда метавонад ва дар Хорӣ ишиши хам дар моҳҳои аввал ва хам дар хорӣ ишиши (pruritus gravidarum) дида мешавад. метавонад. Ақсаран дерматозҳо ба намуди хорӣ, варамии пӯст, алумиҳои герпетикӣ

5. **Аз 43 ҳафтаи хомилагӣ – хатман барангезиши валодат гузаронидан лозим аст (сатҳи 1а).** [3,6].

### Тактикаи бурдани валодат

• Хангоми пурзуркунии фаъолияти валодат ва ё обҳои мекониали назорат аз руи ҳолати тифл бояд мунтазам бурда шавад: КТГ (аз руи имконият) ё ин ки микдори таппиши дили тифл дар давоми як дақиқа баъди ҳар 15 дақиқа

• Агар нишондодҳои КТГ дар меъёр бошад, хангоми обҳои ғавси мекониали низ тифл дар ҳолати хуб таваллуд мешавад.

• Дар мавриди обҳои мекониали ва вайроншавии ритми дилзании тифл хатман масъалаи буриши қайсари ҳал карда мешавад.

• Валодат бо иштироки неонатологи тахассуснок бурда мешавад, омодагии барои эҳёи навзод хатмист

Таххис хангоми муоинаи навзод, обҳои наздифли ва ҳамроҳак тасдиқ карда мешавад. Аломатҳои аз мӯҳлат гузаштани навзод – аломати S.Clifford (танаи дароз ва лоғар, бо ранги сабз ё зард, саҳт будани устухонҳои сар, дарз ва нармакҳои танг, масератсияи дастон ва пойҳо, нохунҳои дароз, андоми мисли муйсафед, чашмони кушода) муайян карда мешавад.



отсутствие живых детей) и в других случаях повышения риска [1].

**Безлеие в стационаре [1,3,6]**

Данных для профилактической индукции раньше 41 недели нет (1a).

При отсутствии других осложнений: 6. Провести консультирование. Указать, что индукция может оказаться без эффекта и потребуются дополнительные родоразрешение. 7. Предложить плановую индукцию родов, после 41 недели гестационного срока (уровень 1a) [4].

• Провести консультирование и получить информированное согласие. В принятии решения начать индукцию родов или нет, должна участвовать сама беременная. Предоставить пациентке полную информацию о возможности небольшого снижения риска перинатальной смертности при использовании индукции родов. Для предотвращения 1 случая перинатальной смертности от причин, связанных с перенашиванием необходимо 500 индукций родов.

8. При отказе от индукции необходимо усиленный мониторинг состояния плода: • проведение нестрессового теста (при реактивном НСТ - 2 раза в неделю);

11. Wegrzyniak LJ, Repke JT, Ural SH. Treatment of hyperemesis gravidarum. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(2):78-84.

12. Xu J, MacKenzie IZ. The current use of acupuncture during pregnancy and childbirth.

Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 Mar;24(2):65-71. Review. PMID: 22249144 [PubMed - indexed for MEDLINE]

10. Rebarber A, Desch C, Palmer B, Saltzman D, Klausner CK, Fox NS, Istwan N, Rhea D, 2003. Под ред. Вашингтонского С.Е. справочник. Часть 4. Москва, Медиа Сфера, 1. Доказательная медицина. Ежегодный **Алгоритм истифолашула:**

Табобат: маводҳои калтсий, витаминҳои гуруҳи В, маводҳои селативӣ самаран хуб мемиханд.

Табобат: хар ҷи зӯдтар катъ намудани ҳомилагӣ, гарчанд ни ба бехтаршавии ҳолати мерасонад.

ташаннуҷ, кома) ва ба фавтият оварда (зардшавии шадид, хорш, кайқунӣ, пайдошавии некроз ва атрофияи ҷигар ба вҷуд меояд. Бемори ниҳоят вазнин мегузарад (зардшавии шадид, хорш, кайқунӣ, ташаннуҷ, кома) ва ба фавтият оварда намудан ба он, ки ҳангоми набудани самара аз барангезиши валодат буриши қайсарӣ лозим мешавад.

2. Дида баромадани эҳтимоли индуксия баъди 41 ҳафтаи ҳомилагӣ (1a) [4].

• Гузаронидани машварат ва гирифтани индуксияи валодатро худи зани ҳомила ҳал мекунад. Ба зани ҳомила оиди хатари камтарини фавтияти перинаталӣ ҳангоми истифодаи индуксияи валодат пурра маълумот дода мешавад. Барои пешгирӣ намудани 1 ҳодисаи фавтияти перинаталӣ бо сабабҳои вобаста бо ҳомилагии аз мӯҳлат гузашта 500 индуксияи валодат гузаронидан лозим аст.

3. Ҳангоми даст кашидани зан аз барангезиши валодат мониторинги ҳолати тифл

пурзӯр карда мешавад:

• гузаронидани тести бидуни стрессӣ (ҳангоми реактивӣ будан – 2 маротиба дар як ҳафта)

3. Kumar D, Geller F, Wang L, Wagner B, Fitz-Gerald MJ, Schwendtmann R. Wernicke's encephalopathy in a patient with hyperemesis gravidarum. Psychosomatics. 2012 Mar-Apr;53(2):172-4. Epub 2012 Jan 13. No abstract available. PMID: 22243990 [PubMed - indexed for MEDLINE]
4. Reichman JP, Kitzbride MS. Reviewing the evidence for using continuous subcutaneous metoprolol and ondansetron to treat nausea & vomiting during pregnancy. // Manag Care. 2012 May;21(5):44-7.
5. Wegryznjak LJ, Rerke JT, Ural SH. Treatment of hyperemesis gravidarum. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(2):78-84.
6. Xu J, Mackenzie IZ. The current use of acupuncture during pregnancy and childbirth. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 Mar;24(2):65-71. Review. PMID: 22249144 [PubMed - indexed for MEDLINE]

• аз рӯи нишондодҳои муоинаи УС, ки дар семоҳаи якӯм ё ин ки 18-20 ҳафтаи ҳомилагӣ гузаронида шудааст

Нишондодҳои муоинаи УС, ки аломатҳои ғайримустақими ҳомилагии аз мӯҳлат гузашта мебошанд:

• камобӣ (чен намудани чуқурии кисаҳои вертикалӣ (меъёр аз 2 то 8 см) ва муайян намудани индекси обҳои наздифли)\*;

- мавҷуд будани петрификатҳои зиёд;
- камшавии ғавсии машина;
- ғавшавии устухонҳои сар.

\*Индекси обҳои наздифли: чамъи чуқурии зиёдтарини кисаҳои вертикалӣ дар 4 квадрантҳо, ноф нуқтаи марказӣ мебошад.

#### Бурдан дар сатҳи антенаталӣ

• Бистарӣ намудан ба таваллудхонаи сатҳи II – III барои валодаткунонӣ дар мӯҳлати 41 ҳафтаи ҳомилагӣ.

Ҳангоми ҷой доштани презклампсия, диабет, ҳомилагии бисёртифла, боздошти инкишофи дохилибатнии тифл, пешомади коси, тифли калон, ААА (синни деринаи репродуктиви, мурдатаваллудкуни дар собика, набудани қудакони зинда) ва дар диғар ҳолатҳои хавфи баланд аз мӯҳлат гузаронидани ҳомилагӣ номукин аст [1].

Не следует допускать перенашивания беременности при преэклампсии, диабете, двойне, ВЗРП, газовом преэклампсии, крупном плоде, ОАА (поздний репродуктивный возраст, мёртворождения в анамнезе,

уровня оказания акушерской помощи для родоразрешения при сроке гестации 41 недели.

• Госпитализация в стационар II – III **Ведение на антенатальном уровне**

точкой является пункт карманов в 4-х квадрантах, центральной глубины самых глубоких вертикальных \*Индекс околоплодных вод: сумма

- утолщение костей черепа.
- уменьшение толщины плаценты;
- множество петрификатов;

вод)\*; до 8 см) и определение индекса околоплодных глубины вертикального кармана (норма от 2

• маловодие (привести измерение

перенашивания служат данные УЗИ: свидетельствуют об истинном

Косвенными признаками

триместре или на 18-20 неделе беременности

• по данным УЗИ, проведенного в первом

регулярном менструальном цикле);

• по последней менструации (при

## РАННИЕ ПОТЕРИ ПЛОДА

### I. Самопроизвольный выкидыш

**Определение:** Самопроизвольный выкидыш – спонтанное изгнание плодного яйца без медицинского вмешательства при сроке беременности до 22 недель

**Частота:** 10-20% от общего числа беременных, в Республике Таджикистан среди госпитализированных в ОПБ достигает 7-8%. Во многих случаях выкидыш происходит до того, как женщина поймёт, что она беременна. При сроке гестации в 6-8 недель частота самопроизвольного выкидыша составляет около 5% и снижается до 2% при сроке гестации более 12 недель. В группе риска частота спонтанной потери плода составляет – 20% вне зависимости от наличия сердцебиения плода.

Частота повторяющихся выкидышей – 1-2%

Локализация беременности может быть затруднена в 8-31 % случаев в ранние сроки гестации. Такие беременные классифицируются как беременные с неизвестной локализацией (IV). В подобных случаях необходимо проведение трансвагинального УЗИ (IV)



Мушакоси баҷадон  
сервикали  
Норасотии истмико-  
баҷадон  
Аномалинии инкишофи  
Сироятҳои вирусӣ  
диабети қанд  
лютеини, гипотиреоз,  
норасотии лавраи  
Омилиҳои эндокрини:  
**Омилиҳои шубҳаҳои этиологии**  
медикал  
хамро таъкил  
нисфи ҳамаи искоти  
моносомия) қариб  
Триплоидия ё ни ки  
(трисомия,  
хромосомаҳо  
Норасотии  
Аномалинии эмбрион  
Ихтилофи иммунологии  
Омилиҳои этиологии исботшуда  
**Ҷаннин:**  
**Модари:**  
**Сабаҳои искоти ҳамли худсарона**  
Ҷадвали 5  
модари ва ҷаннини таксим мешаванд  
(ҷадвали 5):  
**Сабаҳои искоти ҳамли худсарона ба**

англ. под ред. Михайлова А.В., Санкт-Петербург; Изд-во "Петрополис", 2003.

2. Integrated Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors, 2000, S89-S91.

3. Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000944.

4. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Nutrient treatment for suspected impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 1997;(1).

5. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Hospitalisation for bedrest for suspected impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 1997;(4).

6. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Betamimetics for suspected impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000036.

7. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Calcium channel blockers for potential impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000049.

8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline: «The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus». November, 2002.

9. RCOG practice bulletin. Intrauterine growth restriction. International Journal of Gynecology & Obstetrics 72 (2001) 85-96

12. Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000944.  
13. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Nutrient treatment for suspected impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 1997;(1).  
14. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Hospitalisation for bedrest for suspected impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 1997;(4).  
15. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Betamimetics for suspected impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000036.  
16. Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Calcium channel blockers for potential impaired fetal growth. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000049.  
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline: «The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus». November, 2002.  
18. RCOG practice bulletin. Intrauterine growth restriction. International Journal of Gynecology & Obstetrics 72 (2001) 85-96

#### Диагностические признаки выкидыша:

- Уменьшаются и/или исчезают признаки беременности
- Кровянистые выделения/кровотечение из половых путей – наиболее частый признак возможного выкидыша, встречается примерно в 30%.
- Схваткообразные боли внизу живота и/или боли в пояснице
- Отхождение продуктов зачатия из половых путей
- Исследование с помощью зеркал, проводится для исключения причины, связанной с шейкой матки
- Структурные изменения шейки матки, диагностируемые при вагинальном исследовании (проводится для оценки состояния шейки матки, размеров матки и наличия образований в придатках)

#### Локальный гипертонус матки при УЗИ не имеет клинического значения

Таблица 6

#### Клинические признаки самопроизвольного выкидыша

Стадии выкидыша	Клиника
Угрожающий выкидыш (abortus)	Скудные кровянистые выделения из влагалища

Используемая литература:  
10. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В., Санкт-Петербург, Изд-во "Петрополис", 2003.  
11. Integrated Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors, 2000, S89-S91.

Не показана эффективность госпитализации и постельного режима, бета-метиметиков, блокаторов кальциевых каналов, гормональной терапии, гепарина, малых доз аспирина, ацетилсалициловой кислоты и др. для улучшения перинатальных исходов при ВЗРП, в связи с чем препараты с не доказанной эффективностью не рекомендуются использовать (уровень В) [4,5,6,9].

Во время родов проводить непрерывное кардиотокографическое наблюдение (КТГ).  
Провести гистологическое исследование плаценты;

Температура в помещении должна быть 28 градусов С и выше.

imminens)	Ноющие или схваткообразные боли внизу живота Размер матки соответствует сроку задержки менструации Тест на беременность положительный
Начавшийся (abortus progrediens)	Обильные или умеренные кровянистые выделения из влагалища Излитие околоплодных вод Схваткообразные или ноющие боли внизу живота Размер матки соответствует сроку задержки менструации, шейка матки может быть раскрыта УЗИ – отслойка хориона различной степени, ретроплацентарная гематома
Аборт в ходу Неполный (abortus incompletus)	Обильные кровянистые выделения из влагалища со сгустками и элементами плодного яйца Схваткообразные боли внизу живота Размер матки меньше срока задержки менструации, шейка матки раскрыта УЗИ – полость матки расширена, плодное яйцо отсутствует или у внутреннего зева
Полный (abortus completus)	Умеренные или скудные кровянистые выделения из влагалища

## Липертонуси мавзени баъдон хангом миюнаи УС ахамияти клиникаро налораи

Дар изофатихо гузаронида мешавад) андозаҳои баъдон ва ҷой доштани ҳосилаҳо баҳо додан ба ҳолати тарланаки баъдон, баъдон хангом миюнаи маҳбали (барои тарланаки сохти тарланаки) > Дитаргунави инавии сохти тарланаки вобаста буда гузаронида мешавад > Миюна бо ёрии онаҳо барои инкор рохон чинси > Хориҷавии маҳсулоти бордоршавӣ аз ё/дар дар камар > Дарди кашинхурӣ дар поёни шикам мешавад. Искоти хамл, тақрибан дар 30% ҳолатҳо дида чинси – аломати нисбатан зӣёд вохӯрандаи > Хориҷоти хунин/хунравӣ аз рохон компати > Камшавӣ ё бартарфаф шудани аломатҳои > **Аломатҳои таҳисии искоти хамл:** мешавад (ҷадавали 6). Искоти хамлӣ пурра ва ноупра фарк карда, искоти хамлӣ саршуда, аҷғирӣ искоти хамл, **Таснифи клиника.** Хавфи искоти хамл,

мешавад (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»).

- Валодатро акушер-гинекологи дорои дараҷаи оӣ, ё ин ки дараҷаи I мебарад.
- Валодат бо иштироки неонатологи пуртаҷриба бурда мешавад, омодагии эҳёи самараноки неонатологӣ ҳатмӣ мебошад. Ҳарорат дар утоқи валодат бояд 28 градус С ва боло аз он бошад.
- Дар давоми валодат назорати кардиотокографиро пайваста гузаронидан лозим аст.
- Гузаронидани муоинаи гистологии машина ва таҳлили бактериологии обҳои наздифлӣ

Самаранокии бистарӣ намудан ва табобат бо истифодаи аспирин, бета-метиметикҳо, токолитикҳо барои беҳтар намудани натиҷаҳои перинаталӣ хангоми боздошти инкишофи дохилибатнии тифл исбот нашудааст, бо назардошти он маводҳои самаранокиашон исбот нашударо **истифода бурдан лозим нест (сатҳи В) [4,5,6,9].**

Адабиёти истифодашуда:  
1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с

<p>Мархтан искоти хамли</p>	<p>Хавфи искоти хамли (abortus imminens)</p> <p>Хориҷоти каме хунини аз маҳбаги Дарди бекарор ё кашпишхуранда дар поси иншам Андозаи баҷадон ба мӯҳлати боздошти хайз мувофиқат мекунад Тест барои ҳомилатӣ мусбат</p>	<p>Искоти хамли саршуда Рехтани обхон наздигити маҳбаги Дарди бекарор ё кашпишхуранда дар поси иншам Андозаи баҷадон ба мӯҳлати боздошти хайз мувофиқат мекунад, гарданакаи бачадон метавонад қушода бошад Муоинаи УС – қучидаи инча гунгон, гематома дар пушти машина</p>	<p>Авҷирии искоти хамли Нопурра (abortus incomplete)</p> <p>Хориҷоти хунини зиёд аз маҳбаги бо лахтаҳои хун ва элементҳои тухмин чаннин Дарди кашпишхури дар поёни шикам Андозаи баҷадон аз мӯҳлати боздошти хайз хурдтар мебошад, гарданакаи бачадон қушода мебошад Муоинаи УС – ковокии баҷадон</p>
-------------------------------------	--	--	---

Ҷадвали 6  
Алгоритми клиникӣ ва исботи хамли  
хуҷарагона

- Хангоми чой доштани бемориҳои гайригениталӣ, гузаронидани табобати онҳо.
- Гузаронидани машварат: оиди истеъмоли сабзавотҳо, меваҳо, масолеҳи растаниҳои хӯшадор ва ширӣ, қатъ намудани тамокукашӣ тавсияҳо дода мешавад
- Валодаткунонӣ дар сатҳи сеюм, ки шароит барои нигоҳубини тифли хурд дорад, беҳтар мебошад.
- Баҳодихии ҳолати тифл**
- муоинаи доплерографии гардиши хуни бачадонӣ-машимаӣ на камтар аз баъди 2 ҳафта (сатҳи В) (7);
- КТГ-и тифл (2 маротиба дар давоми ҳафта) (I, A);
- баҳодихӣ ба инкишофи тифл аз рӯи муоинаи УС.
- баҳодихии микдори моеи амниотикӣ аз руи УС (I, III).

**Валодаткунонӣ:**

• Дар мӯҳлати ҳомилатӣ то 36 ҳафта, гузаронидани пешгирии РДС-и навзодон, дар мӯҳлати 36 ҳафта ва зиёда аз он – валодаткунонӣ (I, A). Хангоми набудани нишондодҳо барои валодати фаврӣ – барангезиши фаъолияти валодат гузаронида

• Родоразрешение в I категории или I категории выше («Родовозбуждение»).  
• Роды ведут акушер-гинеколог высшей квалификации неонатолога, должна быть готовность к оказанию экстренной помощи в неонатальной реанимации. Условия

**Оценка состояния плода**  
• доплерографическое исследование маточно-плацентарного кровотока не чаще, чем через 2 недели (уровень В) [7];  
• КТГ плода (2 раза в неделю);  
• УЗИ-оценка роста плода.  
• УЗИ-оценка объема амниотической жидкости.

Родоразрешение оптимально проводить в стационаре третьего уровня, где есть условия для выхаживания маловесных детей.

	<p>Схваткообразные боли внизу живота уменьшаются Размер матки меньше предполагаемого срока беременности (по задержке менструации при регулярном цикле), шейка матки раскрыта Во влагалище могут быть элементы плодного яйца УЗИ – полость матки не расширена, плодное яйцо отсутствует</p>
--	--

\*\* Обильное (стандартная пелёнка промокает за 5 минут и меньше). Необильное (стандартная пелёнка промокает более чем за 5 минут)

**Лечение**

**Специфического медикаментозного лечения, основанного на доказательствах, не существует. Приём аналогов гестагена (дюфастон, утрожестан и др) в первом и втором триместрах беременности не предотвращает угрозу выкидыша.** По результатам мета-анализа 14 исследований приём прогестагенов при сроке гестации до 20 недель не снижает риск выкидыша (число участников 1988 женщин из развитых стран).

При повторных выкидышах в анамнезе РКИ обнаружено статистически значимое снижение частоты выкидышей при использовании гестагенов. Данный результат



шудани омории тақдоршавии исботи хамл муайяна карда шуд (МШФБ – 0,39; 0,17-0,91). Ин натиҷаҳо бо ҳаётӣ шартан мувофиқ аст, барои он ки миқдори мизоноҷи зиёд набуд, аммо доираи таъкирот васеъ аст.

Дар ҳомиладорон бо валолати пеш аз муҳлат дар соҳиба истифодаи протестерон мумкин аст (Cates).

Бо зани ҳомила гузаронидаани машварат ва пешниҳод кардани маълумоти зерин лозим аст:

2. Эҳтимоли исботи хамл ҳангоми ҷой доштани хунравии 50% ро таъкиди мегирад. Дар занҳои ҳомилае, ки ҳомиладорӣ бо дард, ҳавфи бағалани ифтиҳо ва бағалани меъда, хавфи дарди кашшиҳурӣ ба хунравӣ – ни аломати натиҷаи бағалани меъда.

3. Илова шудани дарди кашшиҳурӣ ба хунравӣ – ни аломати натиҷаи бағалани меъда.

4. Аломати пешуии хуб: муҳлати калони ҳомиладорӣ, ки дар он вақт аломати исботи хамл ба вуҷуд омадааст, мавҷуд будани таъкиди ифтиҳо хамл 2,1% барои занҳои (эҳтимоли исботи хамл 16,1% - боғалар аз 35 сола) ҳангоми аломатҳои исботи хамл муайяна карда шуд:

**Бурдан дар сатҳи антенаталӣ**

1. Дар мавриди пайдо шудани шубҳа ба боздошти инкишофи тифл, духтури оилави ҳатман зани ҳомиларо ба муоинаи акушер-гинекологи машваратчи бояд рағбона кунад;

2. Назорати баъдинаро акушер-гинекологи машваратчи ба ӯҳда мегирад.

**Баҳодиҳии ҳолати тифл аз рӯи нишондодҳои зерин гузаронида мешавад:**

1. баҳодиҳӣ ба инкишофи тифл аз рӯи муоинаи УС (ҳаҷми шикам ва вазни таҳминии тифл, ки аз ҷониби як нафар муайян карда шавад) (сатҳи А);

2. ҳолатҳои биофизикии тифл (мониторинги ҳаракати фаъол, ҳаракатҳои нафаскашӣ, тонуси бачадон, ҳаҷми моеъи амниотикӣ) (II);

3. муоинаи доплерографикии гардиши хуни бачадонӣ ва машимаӣ (аз рӯи имконият), истифодаи доплерометрияи артерияи банди ноғ усули бовариноки таъкиди вайроншавии ҳолати тифл мебошад (сатҳи II).

4. ҳангоми таъкиди шудани таъкиди боздошти инкишофи дохилибатнии тифл, зани ҳомила бистарӣ карда мешавад, агар вазни таҳминии тифл камтар аз 2000 грамм бошад, ба сатҳи III, 2000 грамм ва зиёда аз он ба сатҳи II.

бурдан ба сатҳи III, 2000 грамм ва зиёда аз он ба сатҳи II.

8. При подверждении диагноза ВЗРП, госпитализировать беременную женщину в стационар, при предполагаемой массе плода менее 2000 грамм на III уровне, 2000 грамм и более на II уровне.

Сравнительный анализ подсчета ЧС плода, доплерометрия кровотока в артерии пупочной плода и оценка биофизического профиля показала, что только определение нарушения состояния плода рол ВЗРП (уровень А).

наиболее достоверным методом диагностики доплерометрии пупочной артерии является использование (по маточно-плацентарного кровотока) исследования амниотической жидкости);

7. доплерографическое исследование (мониторинг двуглазной активности, дыхательных движений, тонуса матки, объема (уровень А);

6. биофизический профиль плода (уровень А);

человеком) (уровень А);

плода определены, по возможности, одним (окружность живота и предполагаемая масса плода ультразвуковая оценка роста плода);

5. ультразвуковая оценка роста плода (окружность живота и предполагаемая масса плода по нижеследующим данным):

**Необходимо провести оценку состояния консультирант акушер-гинеколог.**

4. Дальнейшее наблюдение осуществляется акушер-гинеколог;

беременную на осмотр к консультирант

• При спонтанном прекращении кровотечения необходимо оценить жизнеспособность плода. Провести:

- тест на беременность;
- УЗИ.

При использовании прогестерона и его аналогов провести консультирование в котором обязательно отразить:

- Возможный исход;
- Возможные осложнения;
- Риск прерывания беременности;
- Пациентка должна подписать информированное согласие на гормонотерапию

## II. Несостоявшийся выкидыш

Несостоявшийся выкидыш (missed abortion) или неразвивающаяся беременность – это сохранение в полости матки погибшего плода в течение длительного времени, обычно более двух менструальных циклов. Истинным несостоявшимся абортom считают только тот, при котором погибшее плодное яйцо находится в полости матки не менее двух недель

Частота ранней гибели плода составляет 15% от всех беременностей

The European Society for Human Reproductive Special Interests Group for Early

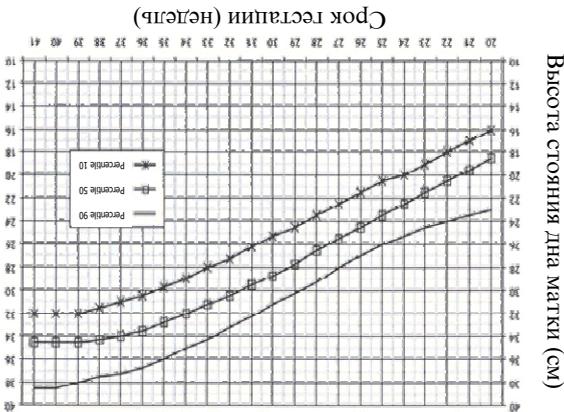
Искоти хамли ба вуҷуд наомада (missed abortion) – ин нигоҳ дошта шудани ҷаннини ғавғида дар қовоқии баҷадон дар қовоқии ғавғида дар қовоқии ғавғида аз дӯ лавраи хайзи. Агар тухми ҷаннини ғавғида дар қовоқии баҷадон на камтар аз ду ҳафта истода бошад, он искоти хамли ба вуҷуд наомадаи ҳақиқӣ ҳисобида мешавад.

**II. Искоти хамли ба вуҷуд наомада**

- Речан эҳтиёткунанда бо маҳдуд намудани карбории ҷисмонӣ тавсия карда мешавад (самараноқияш исбот карда нашудааст).
- Ханҷомии худсарона қаръ шудани ҷаннини хатман ба қобилияти зинда мондани ҷаннини баҳо додан лозим аст.
- Гузаронидани амалҳои эҳрин хатмист:
  - > тест барои тасдиқи ҳомиладорӣ;
  - > муоинаи УС;
- Ханҷомии истифода бурдани протестерон ва аналогҳои он гузаронидани машвараат бо шарҳи масъалаҳои эҳрин лозим аст:
  - > окцибати эҳтимолӣ
  - > аворизҳои эҳтимолӣ
  - > хатарҳои қатъшавияи ҳомиладорӣ
  - > занни ҳомилага боқдорӣ
- маълумоти бораи гузаронидани таъбаоти ҳормонали имзо намояд.

3. При положении на ЗРП, семейный врач обязан в тот же день направить

**Ведение на антенатальном уровне**



*График роста плода в зависимости от срока*

Не все новорожденные, рост которых замедлился по данным графика, рождаются с ЗРП. Это могут быть здоровые, но генетически маленкие новорожденные. Важными показателями динамики роста плода являются не числовые выражения ВСДМ, а их постоянное увеличение (рис.1)

Pregnancy Loss, рекомендует при гибели эмбриона/плода использовать термины «несостоявшийся выкидыш, ранняя потеря плода, отсроченный или скрытый выкидыш». На практике в такой ситуации имеет место гибель эмбриона/плода, но цервикальный канал закрыт.

**Причины:**

- > Хромосомные нарушения
- > Инфекции (персистирующие в эндометрии вирусы, хламидиоз, гонорея и бактериальный вагиноз)
- > АФС
- > недостаточность лютеиновой фазы (Низкий начальный уровень прогестерона в крови менее 20 нмоль/л прогнозирует спонтанное прерывание беременности с чувствительностью 93% и специфичностью 94%. Считают, что уровень более 25 нмоль/л больше указывает, а более 60 нмоль/л строго ассоциированы с нормальной беременностью. Гипофункция желтого тела чаще всего является следствием гиперандрогении, гиперпролактинемии или, непосредственно, гипофункции яичников)

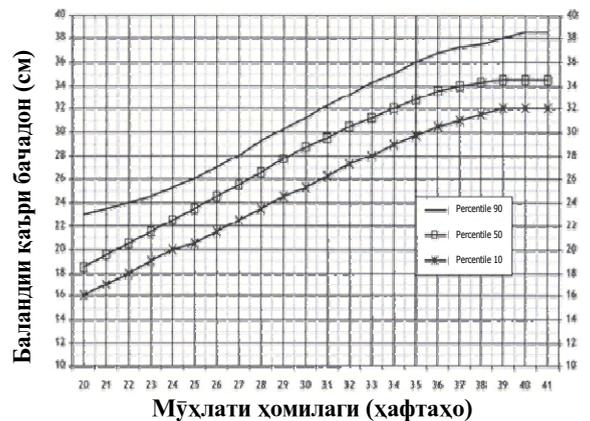
**Диагностика:**

- Кровянистые выделения и боли, которые появляются значительно позже внутриутробной гибели плода

шуда буд, бо боздошти инкишофи дохилибатнӣ таваллуд мешаванд. Инҳо метавонанд тифлони солим, аммо аз ҳисоби генетики навзодони хурд бошанд.

Нишондоди асосии инкишофи тифл ададҳои баландии қарри баҷадон ва мунтазам зиёдшавии онҳо мебошад (акси1)

**Ҷадвали инкишофи дохилибатни**





- Патологические состояния беременности: АГ, преэклампсия, заболевания сердца, легких, почек, сахарный диабет (с повреждением сосудов), иммунные заболевания, гемоглобинопатии, аномалии матки, кровоотечение во время беременности, инфекции, воздействие тератогенов;
- внутриутробная смерть плода, преэклампсия, ЗРП в анамнезе;
- курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем;
- многоплодная беременность;

### Факторы риска ВЗРП

встречается в 3 – 10% всех беременностей. Подсчитано, что в Таджикистане задержка внутриутробного развития плода

### Распространенность:

Подсчитано, что в Таджикистане задержка внутриутробного развития плода, в результате которого размеры оказываются ниже 10-ой перцентили.

**Определение:** Внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП) – замедление индивидуального, обусловленного роста, в результате которого размеры оказываются ниже 10-ой перцентили.

## ВНУТРИУТРОБНАЯ ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА (ВЗРП).

признаков жизнедеятельности плода. Клинические признаки угрозы прерывания могут отсутствовать.

При более длительном пребывании погибшего эмбриона в матке его визуализация невозможна, а признаки его жизнедеятельности отсутствуют.

- Размеры матки отстают от срока беременности

- структура плодного яйца изменена - отмечается деформация, нечеткие контуры и форма плодного яйца, наличие множественных перетяжек и отдельных разрозненных экстроструктур

- Вариантом эхографической картины НБ может быть переходящая брадикардия или синкопальное отсутствие сердцебиения у нормального плода, что требует наблюдения в течение нескольких минут. Другими признаками смерти плода являются выраженное маловодие, а также повреждение костей черепа с захождением костных отломков один за другой.

Особая форма неразвивающейся беременности – прекращение развития одного из плодов при многоплодии в ранние сроки. Нередко у таких женщин отмечается резорбция одного из эмбрионов при нормальном развитии другого. Чаще регресс

шавад,  
компилатори то 8 ҳафтаина гузаронида  
• Агар муоина дар муҳлати  
вучуд мояд.  
• ақсаран гематомаи ретрохориали ба  
хело хурд ва бе таъсири дил мешавад.  
• компилати мувофиқ аст, аммо эмбрион  
чанин бо андозаҳои муҳлати  
• эмбрион дида намешавад ва ё тухми  
дорад  
• пардаи десидуали сатҳи номунтазам  
муҳлати компилатори,  
• андозаҳои тухми чанин хурдтар аз  
баъди 7 ҳафтаи компилатори.

• ақсаран эмбрионии дида мешавад,  
яъне набудани эмбрион дар ковокии баъдон.

### \*Вариантҳои муоинаи ултрасадои

- муайян намудани сатҳи тоналотропони хорионии.
- муоинаи УС\*  
• компилатори 18 ҳафтаина ва дартар аз он  
набудани чунбнги тифл дар муҳлати  
• компилати бо муоинаи УС),  
• набудани тапшии дили чанин (аз 12  
• баъдон бо муҳлати компилати.  
• муоинаи маҳабти: номувофиқии андозаҳои  
фавти дохилибатнии чанин пайдо мешавад  
• хориоти хуни ва дард, ки хело барътар аз

### Таърих:

## БОЗДОШТИ ИНКИШОФИ ДОХИЛИБАТНИИ ТИФЛ.

**Мавхум:** Боздошти инкишофи дохилибатнии тифл – сустшудани инкишофи шахсӣ, бо вобастагии генетикии чанин мебошад, ки дар натиҷа андозаҳои он аз 10-ум перцентил паст мешавад.

### Тақроршавӣ:

Аз рӯи омор дар Тоҷикистон боздошти инкишофи дохилибатнии тифл дар 3 – 10% ҳамаи ҳомилаториҳо дида мешавад.

### Омилҳои ҳатар:

- Ҳолатҳои аворизноки ҳомилатор: гипертензияи артериали, преэклампсия, бемориҳои дил, шушҳо, гурдаҳо, диабети қанд (бо осебияти рағҳои хунгард), бемориҳои иммунологӣ, гемоглобинопатияҳо, аномалияҳои бачадон, хунравӣ дар вақти ҳомилаторӣ, сироятҳо, таъсири маводҳои тератогенӣ;

- Фавти дохилибатнии тифл, преэклампсия, боздошти инкишофи тифл дар собақа;

- Тамоқукашӣ, истеъмоли маводи муҳодир, истеъмоли машрубот;
- Ҳомилагии бисёртифла;
- Паст будани сатҳи иҷтимоӣ - иқтисодӣ;



матери внутримышечно 300 µg (1500 IU) анти-Д иммуноглобулина.

Кроме того, иммунопрофилактика должна проводиться всем резус-отрицательным женщинам (уровень В) после:

- аборта (самопроизвольного или искусственного);
- внематочной беременности;
- пузырного заноса;
- любой внутриматочной процедуры.

Иммунопрофилактика уменьшает риск изоиммунизации беременных до 0,2%.

**Использованная литература**

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В., Санкт-Петербург: Изд-во "Петрополис", 2003.
2. Kuliev A, Evaluation of chorionic villus sampling safety. WHO/RANO Consultation on CVS. Prenatal Diagnosis, 1999, 19 (2), 97-99.
3. Muller F, Sault C, Lemaу C, Rousset-Mizon N, Forestier F, Frenco JL, Second trimester two-step trisomy 18 screening using maternal serum markers. Prenatal Diagnosis, 2002, 22 (7), 605-608.
4. Tongsong T, Wanaarak C, Kupavakiatkul C, Sitirhochitayakul S, Piyamongkol

*действие прогестерона на уровне рецепторов. Препарат оказывает выраженное влияние на состояние шейки матки, повышает сократительную активность миометрия, потенцирует действие эндогенных простагландинов и повышает чувствительность миометрия к утеротоническим средствам. На фоне приема препарата происходит отторжение децидуальной оболочки и выделение плодного яйца.*

Мизопроустол (сайтотек, гемепрост, миролот) - синтетическое производное ПГ Е1. Мизопроустол индуцирует сокращение гладких мышечных волокон миометрия и расширение шейки матки. Способность мизопроуста стимулировать сокращения матки облегчает раскрытие шейки и удаление содержимого матки

Комбинированное использование мифепристона с простагландинами патогенетически обосновано, так как он повышает чувствительность утеромиоцитов к эндогенным и экзогенным простагландинам

По действующим схемам лечения предусмотрено введение начальной дозы мифепристона, после которой следует ввести синтетический аналог простагландина,

*эндогенными синтетикӣ, фароҳияти Мифепристон (мифегин, некротон) – гарданаки баҷадои ва кюретаж лозим аст.*

амалиёти вакуум-аспирация ва ё васеъкунии эвакуацияи мейкаментозӣ гузаронидаи Хантоми хунравии эида дар мавриди (б) танҳо простатландинҳо

Рӯи нақша (а) эидипрогестатенҳо ва простатландинҳо аз мешавад:

бордоршавӣ бо усулҳои зерин гузаронида

**Эвакуацияи мейкаментозии масолахи**

он истифода бурда мешавад.

васеъкунии гарданаки баҷадои ва кюретажи дар муҳлатҳои то 12 ҳафтаи ҳомилаги минималии баҷадои ва гарданаки онро дорад.

Дар муҳлатҳои то 8 ҳафтаи ҳомиладорӣ вакуум-аспирацияи дасти хатари осеби минималии баҷадои ва гарданаки онро дорад.

Дар муҳлатҳои то 8 ҳафтаи ҳомиладорӣ бо кюретаж ва ё вакуум-аспирация иборат бордоршавӣ аз васеъкунии гарданаки баҷадои масолахи

**Эвакуацияи чарпоҳии**

- бо восити доруворихо
- ба таври чароҳӣ

**Ҳомилагии инкишофшуда:**

Усулҳои тоза кардани баҷадои Хантомӣ

- тоза кардани баҷадои

**Лактикаи бурдан:**

- Ё ин ки дар муҳлати ҳомиладорӣ 28 ва 34 ҳафта дохили мушак ворид намудани 500 IU анти-Д иммуноглобулин.

➤ Баъди таваллуди кӯдаки навзод бо резус D мусбат мансубияти хун, дар давоми 72 соати аввали баъди валодат ба модар ворид намудани 300 µg (1500 IU) анти-D иммуноглобулин дохили мушак

Ба гайр аз ин пешгирии иммунологӣ ба хамаи занони бо резус манфи мансубияти хун баъди ҳолатҳои зерин бояд гузаронида шавад (сатхи В):

- Искоти хамл (худсарона ё ин ки сунъӣ);
- Хомилагии гайрибатни;
- Хубобомос;
- Баъди ҳар як амалиёти дохили бачадонӣ.

Пешгирии иммунологӣ хатари изоиммунизатсияи занҳои ҳомиларо то 0,2% кам мекунад.

#### Адабиёти истифодашуда

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с



### Сразу после рождения из пуповинной крови новорожденного определить:

- состояние матери и плода.
- при сроке беременности 28 - 34 недели провести профилактику РДС, после чего (см. стандрт «Родовозуждение», «Профилактика РДС новорожденного»).

### При выборе родовспоможения принимать во внимание срок гестации

- Нарушение кровотока отсутствует, титр антител 1:16 и нарастает – родовспоможение не требуется.
  - Нарушение кровотока отсутствует, титр антител не нарастает – продолжать наблюдение.
  - Кровосращение нормальное, титр антител 1:16 и нарастает – родовспоможение показано.
  - УЗИ: для отечной формы ГВН диаметр шейки матки и плодных оболочек в свободной жидкости в серозных полостях плода, размеры печени и селезенки, толщина плаценты.
- (в анамнезе рождение детей с ГВН) допplerометрия проводится с 22 недели беременности, в остальных случаях – с 28 недели.

проведении медикаментозного аборта при гибели плода до 12 недель гестационного срока. В исследовании участвовало 114 женщин, эффективность оказалась выше при использовании 800 мкг., но при использовании данной дозы выше частота побочных явлений. Л.С.Тулаевой доказана эффективность использования 200 мкг мизопростака каждые 4-6 часов, интравагинально.

Мизопростол можно использовать сублингвально в дозе 600 мкг. В течение 72 часов выкидыш происходит в 86% случаев.

Вагинальное введение мизопростака является эффективным для прерывания замершей беременности. В 0-24 недели беременности рекомендуют 200 мкг вагинально с повторением через 12 часов (ВОЗ).

Польза применения ПГ Е1 точно установлена для раскрытия шейки матки, снижения частоты кровотечения, травмы матки и шейки матки. Мизопростол и его аналоги можно вводить орально или вагинально

**Метод опорожнения матки выбирает пациентка после предварительного консультирования.**

- хунравияи зиёди давоннок (С)

(RCCG):

Барои эвакуатсияи ҷароҳии масолеҳи бордоршавии нишондиҳонии зерини ҷой доранд

### Усули тоза кардани баҷадонро мизоч баъд аз машарат интиҳоб мекунал.

Дар Таҷрибаи ТҚР бо истифодаи дохилмаҳабати мизопростаки бо миқдори 600 мкг ва 800 мкг, ҳангоми гузаронидаи исқомати мизоч баъд аз машарат интиҳоб мекунанд. Дар Таҷрибаи ТҚР бо истифодаи дохилмаҳабати мизопростаки бо миқдори 600 мкг ва 800 мкг, ҳангоми гузаронидаи исқомати мизоч баъд аз машарат интиҳоб мекунанд. Дар Таҷрибаи ТҚР бо истифодаи дохилмаҳабати мизопростаки бо миқдори 600 мкг ва 800 мкг, ҳангоми гузаронидаи исқомати мизоч баъд аз машарат интиҳоб мекунанд. Дар Таҷрибаи ТҚР бо истифодаи дохилмаҳабати мизопростаки бо миқдори 600 мкг ва 800 мкг, ҳангоми гузаронидаи исқомати мизоч баъд аз машарат интиҳоб мекунанд. Дар Таҷрибаи ТҚР бо истифодаи дохилмаҳабати мизопростаки бо миқдори 600 мкг ва 800 мкг, ҳангоми гузаронидаи исқомати мизоч баъд аз машарат интиҳоб мекунанд.

дар шараёни мобайнии мағзи сар зиёд мегардад) аҳамияти хосро дорад. Ҳангоми хатари баланди бемории гемолитикии тифли навзод (дар собиқа таваллуди тифл бо бемории гемолитикии) доплерометрия аз 22 ҳафтаи ҳомилаги гузаронида мешавад, дар дигар ҳолатҳо – аз 28 ҳафта.

- вайроншавии гардиши хун набошад, титри антителаҳо зиёд нашаванд, назорат идома дода мешавад.
- гардиши хун дар меъёр, тири антителаҳо 1:16 ва зиёд мешаванд – валодаткунонӣ лозим аст
- вайроншавии гардиши хун ҷой дорад – валодаткунонӣ ҳатмист.
- МУС: барои намуди варамии бемории гемолитикии навзод аҳамияти таххисиро муайян намудани моеи озод дар ковоқиҳои серозии чанин, андозаҳои ҷигар ва испурч, ғавсии машинаи дорад.

### Ҳангоми интиҳоби валодаткунонӣ мӯҳлати ҳомиладорию ба назар гирифтаи лозим аст

- ҳолати модар ва тифл.
- дар мӯҳлати ҳомиладории 28 - 34 ҳафта гузаронидаи пешгирии РДС, баъди он валодаткунонӣ (ниг. Стандарти





Определение: Rh изоиммунизация - это иммунизация беременной женщины с Rh D отрицательной принадлежностью крови Rh D антигеном эритроцитов плода.

**Распространенность**  
 Приблизительно 15% людей являются Rh D отрицательными. Изоиммунизация матери при первой беременности составляет 4-8%, при повторной - 13-17%.

**Осложнения:**  
 Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, проявляющаяся:

- анемией;
- водяной;
- желтухой в первые 24 часа (желтуха, которая появляется в первые сутки жизни, всегда является «опасной»);
- билирубинемия (острое поражение ЦНС);
- ядерная желтуха (необратимое хроническое поражение ЦНС).

Нижеследующие факторы повышают риск сенсбилизации:

- самопроизвольный и искусственный аборт;

## РН-ИЗОИММУНИЗАЦИЯ

**Отдаленные последствия:**

- Плацентарный полип
- Внутриматочные спайки
- Эндометриоз
- Нарушение менструального цикла
- Бесплодие
- Невынашивание последующей беременности

Частота осложнений при хирургическом опорожнении составляет 2,1%, а смертность – 0,5/ 100 000

Медикаментозный метод является эффективной альтернативой для лечения выкидыша в первом триместре (А)

Во избежание ненужной тревожности женщину нужно информировать, что кровотечение может продолжаться до 3 недель после медикаментозной эвакуации матки

**Не использовать интраамниальное введение гипертонического раствора натрия хлорида, грамицидина простагландинов.** Использование гипертонического раствора натрия хлорида, грамицидина имеет много недостатков, включающие инвазивность, травму и инфекцию во время производства амниоцентеза. Гипертонус матки при невозможности управлять действиями препаратов, введенных интраамниально,

1. Энжин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. **Алгоритм истифодашуда:**

**Ворид кардани дохланимали махлуи**  
 типтоникни хлориди натрий, прамитсидин, простогландинох мумкин нест. Истифодаи ни маводохо камбулдиҳои зиёдро ба монанди осеб ва сирот дар ваки гузаронидаи амниосентез дорад. Итиртноусти баҷадои хангоми набудан имконияти доракӯтати таҷрири маводоҳои дохланимали ворид карда шуда ба қомат гипертосомолри ва фаити зан овардани мумкин

Ворид кардани дохланимали махлуи додан лозим аст.

Ҳафтаи баъди эвакуатсияи медицинаментозӣ ба ӯ маълумоти оиди хунравии дар давоми 3 барои барқарор намудани хавотириван, гемоглобин ва табиқати кариотипи зар ва сирот дар ваки гузаронидаи амниосентез дорад. Итиртноусти баҷадои хангоми набудан имконияти доракӯтати таҷрири маводоҳои дохланимали ворид карда шуда ба қомат гипертосомолри ва фаити зан овардани мумкин

**Тақроршавӣ**  
 Тақрибан 15% одамони Rh D манфӣ мебошанд. Изоиммунизатсияи модар хангоми ҳомиладорӣ якҷум 4-8%, ҳомиладорӣ тақрорӣ - 13-17%-ро ташкил медиҳад.

Ҳафтаи баъди эвакуатсияи медицинаментозӣ 100 000-ро ташкил медиҳад.

Ҳафтаи баъди эвакуатсияи медицинаментозӣ самаранок барои табобати исқоти хамл дар сеоҳаи аввал мебошад (А)

Ҳафтаи баъди эвакуатсияи медицинаментозӣ ва сирот дар ваки гузаронидаи амниосентез дорад. Итиртноусти баҷадои хангоми набудан имконияти доракӯтати таҷрири маводоҳои дохланимали ворид карда шуда ба қомат гипертосомолри ва фаити зан овардани мумкин

## РН-ИЗОИММУНИЗАЦИЯ

**Мавхум:** Rh изоиммунизация - ин иммунизацияи зани ҳомила бо Rh манфӣ мансубияти хун бо Rh D антигени эритроцитҳои чанинӣ.

### Тақроршавӣ

Тақрибан 15% одамони Rh D манфӣ мебошанд. Изоиммунизатсияи модар хангоми ҳомиладорӣ якҷум 4-8%, ҳомиладорӣ тақрорӣ - 13-17%-ро ташкил медиҳад.

### Аворизҳо:

Бемории гемолитикии чанин ва тифл, ки бо аломатҳои зерин меғузарад:

- камхунӣ;
- варам;
- зардшавӣ дар давоми 24 соати аввал

**(зардшавӣ дар давоми як шабонарӯзи аввали ҳаёт хамеша «хатарнок» мебошад);**

- энсефалопатияи билирубинӣ (осеби шадиди системаи марказии асаб);
- зардшавии магзи сар (осеби безбоғашти музмини системаи марказии асаб).

Омилҳои зерин хатари сенсбилизатсияро зиёд мекунад:

- исқоти худсарона ва сунбӣ;

- Анти (D) антитела, если беременная резко отрицательна.
- Использованная литература:**
1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В., Санкт-Петербург; Изд-во "Петрополис", 2003.
  2. Diagnosis and management of fetal death (RCOG technical bulletin) // Int J Obstet Gynecol 1998; 42: 291-299.
  3. Faye-Petersen OM, Guinn DA, Wenstrom KD. Value of perinatal autopsy // Obstet Gynecol 1999; 94(6): 915-920.
  4. Incerpi MH, Miller DA, Samadi R. Stillbirth evaluation: what tests are needed? // Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1121-1125.
  5. Urnes A, Dosland S, Lovset T, Nergard A. Intrauterine fetal death. In: Clinical guidelines in obstetrics 1999. The Norwegian Medical Association, 1999, Oslo. P.115-117.
  6. WHO, Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for health Systems. Geneva. 2003. - 140 p.

может привести к гиперосмолярной коме, судорогам и смерти пациентки

#### Использованная литература:

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В., Санкт-Петербург; Изд-во "Петрополис", 2003.
2. Integrated Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors, 2000, S89-S91.
3. Trach T.S. Прогестагены в профилактике выкидышей. 2006. Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. Женева.
4. Oates – Whitehead R.M., Haas D.M., Carrier JAK. Progestogen for preventing miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 4]

- Systematic Reviews, 2007, Issue 4]
- Carrier JAK. Progestogen for preventing miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 4]
5. Oates – Whitehead R.M., Haas D.M., ES Newlands, JP Neilson et al). London:RCOG;2000. (JA Tidy, BW Hancock, *Pregnancy Loss. Guidelines* No. 25. Gynecologists. *The Management of Early*
  4. Royal College of Obstetricians and Gynecol 1989; 73: 414-18.
  - diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet*
  3. Fine C, Bundy AL, Berkowitz R, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic in the Asian population of Northern England and North Wales. *BJOG* 2003; 110: 555-9.
  2. Там ВВ, Евратд JE, Тиды JA, Hancock ВВ. Gestational trophoblastic disease in the Asian population of Northern England and North Wales. *BJOG* 2003; 110: 555-9.
  3. Fine C, Bundy AL, Berkowitz R, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 414-18.
  4. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *The Management of Early Pregnancy Loss. Guidelines* No. 25. London:RCOG;2000. (JA Tidy, BW Hancock, ES Newlands, JP Neilson et al).
  5. Oates – Whitehead R.M., Haas D.M., Carrier JAK. Progestogen for preventing miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 4]

3. Incerpi MH., Miller DA., Samadi R. Stillbirth evaluation: what tests are needed? // Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1121-1125.
4. Diagnosis and management of fetal death (RCOG technical bulletin) // Int J Obstet Gynecol 1998; 42: 291-299.
- Urnes A., Dosland S., Lovset T, Nergard A. Intrauterine fetal death. In: Clinical guidelines in obstetrics 1999. The Norwegian Medical Association. 1999, Oslo. P.115-117.

**Мавхум:** Хубобомос – пролифератсияи авариноки мӯякҳои хорионо мёбошад. **Таърихи:** аз 1 ҳолат бар 100 компари то 1 дар 5 000 дар давлатҳои гуногун. Тақрибан хубобомос дар Англия: 1 бар 714 зинатаварташудагонро, дар ИМА – 1 бар 1 000 – 1 500 компарио ташкил медиҳад [4].

**Омигон сабабшуда:**

- Сини репродуктивии дрина, асосан бо аз 45 сола
- Хубобомос дар собака

**Вобаста аз чой даштаҳои бобҳои амброн/чанин фарқ менавад:**

- Нопура
- Хубобомоси пура
- Хубобомоси пура
- Аз бобҳои дигаршудаи хорионо/машинаи бора аст. Мӯякҳо ба хушани ангури монанд мёбошанд.
- Чанин нест
- Тести генетикӣ чанин 46 XX муайян мекунанд (дар натиҷаи бордоршавии тухмхуҷайраи ноки, ки хубобомоси надорад. Дар марҳабаи тақсимшавии хубобомосҳои падаи ду қарат зид менавад, аммо ни зигота қобилияти

### III. Хубобомос

- Фиреб надодани зан ва ё оила;
- Таъхир додани ёри, ки зуд ба амал овардан мумкин аст;
- Нагурехтан аз хешовандони зан;
- Барои гирифтани посух ба назди дигар кас равон накардан;
- Надодани маълумоти зидмаъно;
- Рад накардани илтимоси зан ва оила.

Контрасепсия, чораҳои барқароркунии идомаи муоина дар МСР

Ҳаҷми идомаи муоинаро инҳо ташкил медиҳанд:

- С – сафедаи реактивӣ
- Муоина барои сифилис, сурхакон, листериоз
- Тест барои толерантӣ ба глюкоза.
- Анти (D) антителаҳо, агар зан резус манфӣ бошад.

#### Адабиёти истифодашуда:

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В., Санкт-Петербург; Изд-во “Петрополис”, 2003.

2. Faye-Petersen OM., Guinn DA., Wenstrom KD. Value of perinatal autopsy // Obstet Gynecol 1999; 94(6): 915-920.

Дар предпрежление жалоб и гражданских исков, медицинским работникам следует соблюдать 10 рекомендаций “НИКОЛА”

- не обвинять женщину и семью;
- не пытаться доказать свою невинность;
- не уклоняться от вопросов;
- не давать информацию, в которой Вы не уверены;
- не лгать женщине или семье;
- не отказывать помощь, которую можно предоставить безотлагательно;
- не избегать родительских материи;
- не направлять за ответами к кому-либо еще;
- не представлять противоречивую информацию;
- не отказывать женщине или семье в их просьбах.

Контрацепция, рэабилитация, дообследовани в ЦРЗ

Объём дообследованиа включает:

- С – реактивный белок
- Исследование на сифилис, краснуху, листериоз
- Тест на толерантность к глюкозе.

### ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

**Определение:** Пузырный занос – патологическая пролиферация ворсин хориона

**Распространенность:** от 1 случая на 100 беременностей до 1 на 5 000 в разных странах. Частота пузырного заноса в Англии составляет: 1 к 714 живорожденным, в США – 1 на 1 000 – 1 500 беременностей [4].

#### Предрасполагающие факторы:

➢ Поздний репродуктивный возраст, особенно более 45 лет

➢ Пузырный занос в анамнезе

**В зависимости от наличия тканей эмбриона/плода выделяют:**

➢ Частичный

➢ Полный пузырный занос

#### Полный пузырный занос:

➢ состоит из перерождённого хориона/плаценты. Ворсинки часто напоминают гроздь винограда

➢ плод отсутствует

➢ генетическое тестирование плода обнаруживает 46 XX (вследствие оплодотворения дефектной яйцеклетки, не имеющей хромосом. В процессе дальнейшего деления отцовские хромосомы удваиваются, однако такая зигота является

2. Осмотр новорожденного неонатологом с соответствующей записью в историю развития новорожденного

3. Аутопсия плода

4. При желаниии матери предоставлять возможность поддержать ребенка или, при ее отказе, поместить в соответствующее условия (холодильник) до проведения аутопсии. Обязательно: вымыть ребенка, завернуть в пленки.

5. Родильницу, потерявшую ребенка, не следует госпитализировать в одну палату с женщиной с живым новорожденным.

6. Для подавления лактации назначать Парлодел (Бромкриптин), orally, по 2,5 мг 2 раза в день после родов до прекращения лактации.

7. Произвести фотографияческие снимки плода.

8. По возможности определить кариотип плода.

Выписка: при отсутствии медицинских противопоказаний необходимо выписать мать из стационара как можно раньше. Если это невозможно, позволить родственнымникам оставаться в палате в течение первой ночи.

Необходимо передать родильницу под активный патронаж участковому врачу по месту жительства.

нежизнеспособной, так как эмбриона не образуется, и происходит только рост ворсин.)

➤ составляет около 80% всех случаев

#### Частичный пузырный занос:

➤ состоит из перерожденного хориона/плаценты

➤ есть плод, обычно с отсутствием признаков жизнедеятельности

➤ генетическое тестирование плода обнаруживает триплоидию: 69 XXУ (образуется в связи с оплодотворением яйцеклетки двумя сперматозоидами, поэтому клетки в этом случае содержат большое количество дополнительных хромосом, что делает продукт зачатия нежизнеспособным)

➤ составляет около 20% всех случаев

В 15-20% случаев пузырный занос ведет себя как злокачественная опухоль, то есть внедряется в здоровые ткани и дает метастазы.

Рецидивирующий пузырный занос может прогрессировать в метастатическую хорионкарциному

**Рецидив трофобластической болезни составляет – 1-2%**

**Риск рецидива трофобластической болезни:**

➤ При полном пузырном заносе – 20% женщин имеют рецидив, который проявляется

#### 2%-ро ташкил метилад

Тарпорёбин ёёморини трофобластики – 1-

шуданро дорад. Хубобомоси тарпорёбанада эхтимоли ба хорионкарциномаи метастатикӣ мубадала меахад.

Бофтаҳои солим ворид шуда метастазҳо омоси багисифат маълум менамояд, ба Дар 15-20% ҳолатҳо ҳубобомос худро чун меахад.

➤ Кариб 20% ҳамаи ҳолатҳо ро ташкил зинагирано на меахад)

мебошад, ки он ба зинта кобилигии хушайра доройи хромосомаҳои иловагӣ сперматозоид ба вуҷуд меояд, аз ин сабаб бордоршавии тухмхушайра бо ду мекунад: 69 XXУ (дар натиҷаи

➤ Тести генетикӣ трипloidияро муайян зинагӣ

➤ Чанин ҳафт, аммо ба аломатҳои хорион/нашима иборат аст

➤ Аз бофтаҳои дигаргушудан **Хубобомоси нопура:**

меахад

➤ Кариб 80% ҳамаи ҳолатҳо ро ташкил мекунанд ва танҳо инкишоби намешавад ба танҳои инкишоби

зинагирано на дорад, чунки эмбрион пайдо

то аутопсия гузоштан лозим аст. Ҳатман тифлро шуста ба парпеч печондан лозим аст.

5. Зани таваллудкардари дар як уток бо зани тифли зинда дошта бистарӣ кардан норовост.

6. Барои пешгирии лактатсия Парлодел (Бромкриптин) 2,5 мг 2 маротиба дар як рӯз то қатъ шавии лактатсия таин кардан лозим аст.

7. Аксбардории тифл.

Иктибос: дар мавриди набудани гайринишондохои тиббӣ занро ҳарчӣ зудтар аз таваллудхона рухсат кардан лозим аст. Агар ин номумкин бошад, ба ҳешовандон барои мондан дар давоми шабонарузи аввал иҷозат дода мешавад.

Зани таваллудкардари барои патронажи ғаёло ба духтури минтақавӣ супоридан лозим аст.

Барои пешгирии шикоят ва даъвои шаҳрвандӣ ба кормандони тиб иҷроиши 10 тавсияи «ҲЕҶ ВАҚТ» ҳатмист:

- Зан ва оиларо гунаҳгор накардан;
- Кӯшиши исботи бегуноҳии худро накардан;
- Аз саволҳо саркашӣ накардан;
- Надодани маълумоте, ки ба он боварӣ надоред;

муҳлатҳои барвақти ҳомилати (типтерезия).

- Вайроншавихон гипертензияи дар қайқунии аз ҳад зиёд
- Дараҷаи зиёди гестоз бармаҳал: ултраасдон\*\*
- Акси ҳос хангоми муоинаи мебошад
- Сатҳи гонадотропини хоринони бағал дар аввали семоҳаи дуҷум ҳорич мешаванд
- Хубобҳои ба хушаи антур монанд шидид мешаванд.
- Ҳахтимоли пайдошавиро дорад, баъзан дар ҳар марҳилаи инкишофи хубобомос
- Хориҷоти хуши аз маҳбад сиеҳранг, тезар ба вучуд меояд.

**Зухурот:**

- Андозаҳои баҷадои нисбати муҳлати ҳомилати калонтар мебошад, афзоиши баҷадои нисбат ба ҳомилати сарбати доғал
- Хангоми хубобомоси нопурра – нисбати пура хатапи тақрибӣ
- Хангоми хубобомоси тақрибӣ нисбати пура хатапи тақрибӣ
- Хангоми хубобомоси пура – дар 20% занон тақриб мебад, ки он ҳамчуни хубобомоси тақрибӣ

**Ҳатари тақрибӣ:**

Хангоми хубобомоси пура – дар 20% занон тақриб мебад, ки он ҳамчуни хубобомоси тақрибӣ

лозим мебошад (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»).

Пеш аз барангезиши нақшавии валодат ҳатман на камтар аз 2000,0 мл. маҳлули 0,9% NaCl, зардобии нав яқарда шудаи яқгурӯҳа ба миқдори на камтар аз 900,0 – 1000,0, маводҳои утеротоникӣ (окситотсин, метилэргометрин, мизопроствол) бояд дошта бошанд.

#### Бурдани валодат:

- Дастгирии руҳӣ хангоми валодат.
- Валодат бо эҳтиёт, бо роҳҳои табиӣ, беҳатар барои зан бурда шавад.
- Фаёлона бурдани давраи III валодат.
- Назорат аз рӯи нишондоди тести наздибистарӣ ва ё вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт: то валодат, дар давоми он ва баъд аз валодат.

#### Баъди валодат:

1. Муоинаи дақиқи ҳамроҳак (хусусияти он, андозаҳои, вазнаш) бо гузаронидани таҳлили гистологӣ.
2. Муоинаи навзод бо ҳамроҳии неонатолог
3. Аутопсияи тифл
4. Агар зан хоҳиш дошта бошад, тифлро ба дасти ӯ додан лозим аст, агар нахоҳад, онро дар шароити мусоид (дар доҳили яҳдон)

1. Таҷрибавӣ осморт послед (особенности, размеры, вес) с последующим гистологическим исследованием.

**После родов:**

- Проводить контроль прикроватного теста или ВСК по Ли – Уайту: до, во время и после родоразрешения.
- Активное ведение III периода родов.

естественные родовые пути.

- Роды вести максимально бережно для женщин, предпочтительно через
- Оказывать психологическую поддержку в родах.

**Ведение родов:**

Перед запланованной индукцией родов необходимо иметь в наличии не менее 900,0 – 1000,0, утеротонические препараты (окситотсин, метилэргометрин, мизопроствол).

Перед запланованной индукцией родов необходимо иметь в наличии не менее 2000,0 мл. 0,9% NaCl, однократно свежзамороженную плазму в объеме не менее 900,0 – 1000,0, утеротонические препараты (окситотсин, метилэргометрин, мизопроствол).

При снижении количества пробопитов менее 150 000 или спустя 4 недели не произошли спонтанные роды, показано родоразрешение. (см. стандарт «Родоразрешение»).

После запланованной индукции родов необходимо иметь в наличии не менее 2000,0 мл. 0,9% NaCl, однократно свежзамороженную плазму в объеме не менее 900,0 – 1000,0, утеротонические препараты (окситотсин, метилэргометрин, мизопроствол).

После запланованной индукции родов необходимо иметь в наличии не менее 2000,0 мл. 0,9% NaCl, однократно свежзамороженную плазму в объеме не менее 900,0 – 1000,0, утеротонические препараты (окситотсин, метилэргометрин, мизопроствол).

как деструктурирующий пузырьный занос или хорионкарцинома

➤ При частичном пузырьном заносе – имеет более низкий риск рецидива, чем полный

#### Клиника:

- матка больше ожидаемого срока, а её увеличение наблюдается быстрее, чем при физиологической беременности.
- влажливое кровотечение, тёмное, может появиться на любом этапе развития пузырьного заноса и иногда бывает обильным
- пузырьки, напоминающие гроздь винограда отходят чаще в начале второго триместра
- уровень ЧХГ выше нормы
- специфическая картина при УЗИ\*\*
- выраженная степень раннего гестоза: неукротимая рвота
- гипертензивные нарушения в раннем сроке (гипертензия, пре\эклампсия)
- тека-лютеиновые кисты\*
- Иногда острые боли в животе, которые могут быть при прорастании стенок матки
- Редко тиреотоксикоз
- При метастазировании в лёгкие: кашель и/или кровохарканье. При метастазах

крови. Однако, учитывая, что время гибели контролируя количество тромбоцитов в родов до 4 недель (от момента гибели плода), возможно, ожидать спонтанное начало консультирования.

4. Родоразрешить беременную как можно быстрее после проведения системной крови.

Одним из важнейших компонентов консультирования является информирование о возможности нарушения свёртывающей системы крови.

4. Провести консультирование. Необходимо помнить, что интервал между установлением диагноза внутриматочной гибели плода и родоразрешением является периодом огромного стресса для беременной.

3. Продолжить обследование: • определить уровень гемоглобина; • содержание тромбоцитов и параметров свёртывающей системы крови (фибрин, фибриногена крови, протромбинового теста).

### Принципы ведения в стационаре:

2. Госпитализировать в стационар, на II – III уровень. Результаты анализов занести в обменную карту или передать с курьером

- ВИЧ / СПИД;
- гепатиты В, С.

в головной мозг: головные боли и неврологические симптомы.

\* *Лютеиновые кисты - множество наполненных прозрачной жидкостью кист, стенки которых состоят из тонкого слоя лютеиновых клеток. Причиной является то, что ткань пузырного заноса вырабатывает большое количество хорионического гонадотропина, который приводит к образованию в яичниках лютеиновых кист, которые развиваются в 30-40% случаев. Важной особенностью их является обратное развитие после удаления пузырного заноса. Очень редко лютеиновые кисты появляются через 4-5 недель после рождения пузырного заноса. При наличии лютеиновых кист значительно дольше определяется хориальный гонадотропин*

### Диагностика:

2. УЗИ \*\*. Пузырный занос следует исключить при диагностике неразвивающейся беременности или анэмбрионии по данным УЗИ. При полном пузырном заносе диагноз может быть подтверждён УЗИ, который имеет ограниченную ценность при неполном пузырном заносе (С).

При полном пузырном заносе [3]:

1. Муоннаи УС \*\*. Хангоми тахиси компигии инкишопнаёфта ё ни ки

### Ташхис:

Муайян карда мешавад.  
гонадотропини хорионӣ дар мӯдаати тӯлонӣ Хангоми маъҷӯр будани носурӯҳои метавонад. Хафтаи таваллудӣ ҳубобомос наҷдо мешавад. хорионҳои кам носурӯҳои тоҷи баъди 4-5 ҳафтаи метавонад. Дар ҳубобомос носурӯҳои баъди барқарор намудани хорионҳои интизорӣ метавонад. Хусусияти хорионҳои муҳимдорҳои метавонад, ки носурӯҳои дар 30-40% сабабҳои маъҷӯр будани носурӯҳои тоҷи дар он ки баъди барқарор намудани носурӯҳои тоҷи дар асти, ки бофтаи ҳубобомос микдори хорионҳои тоҷи барқарор намудани асти. Сабабҳои тоҷи барқарор намудани асти, деғораҳои аз кабатҳои тоҷи тоҷи \* Носурӯҳои тоҷи – носурӯҳои тоҷи бо аломатҳои неврологӣ.

метастазҳо ба маъҷи сар: дарди сар ва шӯшҳо: суфта ва ё суфта бо хун. Хангоми Хангоми наҷдошавии метастазҳо дар Баъзан тиреотоксикоз деғораҳои баъди аз вучуд меояд. Хангоми гуаштаи ҳубобомос аз Баъзан дарди шадид дар шикам, ки Носурӯҳои тека-лютеинӣ\* (преклампсия)

равона кардан ба таваллудхона бо воситаи миёнарав.

### Асосҳои бурдан дар таваллудхона:

1. Идома додани муоина:

- Муайян намудани сатҳи гемоглобин;
- Микдори тромбоцитҳо ва нишондодҳои системаи лахташавии хун (фибрин, фибриногени хун, тести наздибистарӣ).

2. Гузаронидани машварат. Дар ёд бояд дошт, ки давраи аз гузоштани таххис ва то валодаткунонӣ барои зани ҳомила ниҳоят вазнин мебошад.

Яке аз чузҳои машварат додани маълумот оиди эҳтимоли вайроншавии системаи лахташавии хун мебошад.

3. Ҳар чӣ зудтар валодаткунонӣ баъди гузаронидани машварат.

• Дар давоми 4 ҳафта (аз вақти фавти тифл) интизории саршавии мустақилонаи валодат мумкин аст, аммо бо назорати микдори тромбоцитҳои хун. Аммо бо назардошти он, ки на ҳамеша муайян кардани вақти фавти тифл мумкин мебошад, валодаткунониро тӯл кашонидан лозим нест

• Хангоми паст шудани микдори тромбоцитҳо аз 150 000 ё ин ки баъди 4 ҳафта валодат ба вучуд наояд, барангезиши валодат

**Тактикаи бурдан [1,2,4]:**

ағамбриноннин аз рӯи иншонидӯхон ултрасадои худобомосро фарқ кардан лозим аст. Дар мавриди худобомоси пура ташихро бо муоинаи УС тасдиқ кардан мумкин аст, ки ни муоинаи хангоми худобомоси нопура аҳамияти маҳдудро дорад (С).

Хангоми худобомоси пура [3]:

- Алломати «тӯфони барфӣ» - мӯякҳои хориҷии дигаргӯшуда бо шакл ва андозаҳои гуногун, бо моеъ ва қисмҳои хунпечешӣ
- Набудани ҷаннин ва ё ҳалтаи амнионӣ
- Носурҳои лютеинӣ: дутарафа, бо девораҳои гуногун, бо диаметри гуногун
- Хангоми худобомоси нопура:
- Алломати «тӯфони барфӣ» - мӯякҳои хориҷии дигаргӯшуда бо шакл ва андозаҳои гуногун, бо моеъ ва қисмҳои хунпечешӣ
- Набудани ҷаннин ва ё ҳалтаи амнионӣ
- Носурҳои лютеинӣ: дутарафа, бо девораҳои гуногун, бо диаметри гуногун

Хангоми худобомоси нопура:

- Алломати «тӯфони барфӣ» - мӯякҳои хориҷии дигаргӯшуда бо шакл ва андозаҳои гуногун, бо моеъ ва қисмҳои хунпечешӣ
- Набудани ҷаннин ва ё ҳалтаи амнионӣ
- Носурҳои лютеинӣ: дутарафа, бо девораҳои гуногун, бо диаметри гуногун

3. Ташиҳи хотимаи вобаста ба муоинаи гистологӣ гузашта мешавад.

**Вобаста ба ҳолати тифл:**

- аномалияҳои хромосомӣ ва ё нуқсонҳои инкишоф;
- дар натиҷаи боздошти инкишофи дохилибатнии тифл;
- ҳолатҳои аворизноки банди ноф (афтидани банди ноф, тромбози рағҳои банди ноф, гиреҳи хақиқии ноф);
- трансфузияи фето - феталӣ хангоми ҳомилагии бисёртифта.

**Омилҳои ҳатар:** синни зани ҳомила боло аз 35 сола, тамоқуқашӣ, зиёдвазнӣ, норасоии вазни бадан, наркомания, қор дар истехсолот бо маводҳои зарарнок.

**Ташҳис**

- Набудани ҷунбиши тифл;
- Набудани таппиши дили тифл (бо стетоскоп, муоинаи УС).

**Бурдан дар сатҳи антенаталӣ:**

1. Муайян кардани:
  - гуруҳ ва Rh мансубияти хун;
  - RW;
  - ВНМО/АНМБ;
  - гепатитҳои В,С.
2. Бистарӣ кардан ба таваллудхонаи сатҳи II – III. Натиҷаҳои таҳлилҳоро ба варакаи мубодилавӣ ворид кардан ё ин ки

- RW;
  - Ҷушворю и Rh принадежность крови;
1. Определить:

**Ведение на антенатальном уровне:**

- отсутствие сердечбиения плода
  - отсутствие движений плода;
- (стетоскопом, УЗИ).

**Диагностика**

Факторы риска: возраст беременной старше 35 лет, курение, ожирение, дефицит массы тела, наркомания, работа, связанная с вредными производственными факторами.

- фето-детальная трансфузия при многоплодной беременности.
- патология пуповины (выпадения пуповины, тромбоз сосудов пуповины, истинный узел пуповины);
- в результате развития плода; задержки развития;
- хромосомные аномалии и/или пороки развития;
- связанные с состоянием плода:
  - кровотечение во время беременности (ПОНР, прележающие плаценты).

- Симптом «снежной бури» - перерожденные ворсины разной формы и размеров, заполненные жидкостью и участками кровоизлияний
  - Отсутствие плода или амниотического мешка
  - Лютеиновые кисты: двухсторонние, тонкостенные, разного диаметра
- При частичном пузырьном заносе:
- Симптом «снежной бури» - перерожденные ворсины разной формы и размеров, заполненные жидкостью и участками кровоизлияний
  - Наличие плода или амниотического мешка
  - Лютеиновые кисты: двухсторонние, тонкостенные, разного диаметра

4. Определение ХГЧ в крови: его содержание превышает нормативные показатели в 2 раза и более (III).

5. Окончательный диагноз основан на гистологическом исследовании продуктов зачатия

**Тактика ведения [1,2,4]:**

3. Если диагноз пузырьного заноса не вызывает сомнения - немедленное удаление продуктов зачатия (С). Методом выбора



баъди 3 ҳафта

1. Гузаронида ни тест барои компиляти

**Баъд аз тоза кардани баъди:**

мебард.

дорида. Назоратро дугхтур акушер-гинеколог назорати диспансерӣ дар давомии 2 сол эҳтиёҷ ба хаммаи занҳо баъд аз тоза кардани баъди дозад, хатари баъдиди хорионэпителиома дозад, бо назардошти он, ки ин натиҷаи худбобомоси

**Нитохуби баъди исботи хамт.**

онкологӣ тавсия дода мешавад (IV)

табобати худбобомоси идомадошта дар исбот напшудааст, ни амалӣ ҷузъи чунӣ Гузаронида ни тоза кардани баъди дозад (C). хорионэпителиома хамт мебард (C). худбобомоси идомадошта ва онкогинеколог барои инкор намунаи бошанд (хунравӣ ва т.) машварати баъди аломатҳои худбобомоси идомадошта дар ҳолатҳо, ки баъд аз ҳоли кардани (амеорея)

3. Бэзурети, вайроншавии давран хайи давран тунӣ – 19 сол ӯда шудааст.

ни киши фетани хорионэпителиома баъди

2. Хорионэпителиома (то 4%). Холати оморо зиёд мекунад.

чунки хатари эмболия ва пахншавии расидани эвакуатсияи ҷузъи дода намешавад.

➤ Инфузияи окситосин то ба анҷом

4. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *The Management of Early Pregnancy Loss*. Guidelines No. 25. London:RCOG;2000. (JA Tidy, BW Hancock, ES Newlands; JP Neilson et al).

как повышает риск эмболии и распространения опухоли.

2. Хорионэпителиома (до 4%). Описаны случаи развития хорионэпителиомы после длительного периода – 19 лет

3. Бесплодие, нарушение менструального цикла (амеорея)

В случаях, когда после первого опорожнения матки продолжают симптомы пузырного заноса (кровотечение и др.) обязательна консультация онкогинеколога для исключения деструктирующего пузырного заноса и хорионэпителиомы (C). Доказательств для рутинного повторного опорожнения матки нет, оно может быть рекомендовано лишь как компонент терапии деструктирующего пузырного заноса в онкологии (IV)

#### **Послеабортный уход.**

Необходимо иметь ввиду, что пузырный занос – представляет высокий риск хорионэпителиомы, поэтому все женщины после опорожнения матки и выписки из стационара подлежат диспансерному наблюдению в течение 2 лет. Наблюдение осуществляет врач акушер-гинеколог.

#### **После опорожнения матки:**

5. Провести тест на беременность через 3 недели

6. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В. СПб.: «Петрополис», 2003.

7. Tham BW, Everard JE, Tidy JA, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease in the Asian population of Northern England and North Wales. *BJOG* 2003; 110: 555–9.

8. Fine C, Bundy AL, Berkowitz R, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 414–18.

6. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В. СПб.: «Петрополис», 2003.

7. Tham BW, Everard JE, Tidy JA, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease in the Asian population of Northern England and North Wales. *BJOG* 2003; 110: 555–9.

8. Fine C, Bundy AL, Berkowitz R, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 414–18.

6. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В. СПб.: «Петрополис», 2003.

7. Tham BW, Everard JE, Tidy JA, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease in the Asian population of Northern England and North Wales. *BJOG* 2003; 110: 555–9.

8. Fine C, Bundy AL, Berkowitz R, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 414–18.

6. У женщин с резус отрицательной принадлежностью крови ввести антирезус D иммуноглобулин

7. После удаления пузырного заноса контроль ХГЧ еженедельно,

пока он не снизится примерно до 100 мМЕ/мл. Если уровень низкий и падает, провести УЗИ. Продолжают определение ХГЧ 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев. Излечимость пузырного заноса составляет практически 100%.

если уровень ХГЧ не меняется или повышается или после периода снижения отмечается повышение его уровня, заболевание расценивают, как злокачественное, больную направляют в онкологическое отделение для проведения химиотерапии. Если отрицательная реакция становится положительной, то больную немедленно госпитализируют для исключения хорионэпителиомы

Контрацепция в течение от 6 месяцев до 1 года (С): оптимальным является использование КОКов в течение 6 месяцев. Приём контрацептивных средств следует начать после нормализации уровня ХГЧ. При отсутствии возможности определения ХГЧ возможно использовать тест на беременность. При его отрицательном значении можно использовать КОКи.

2. Ва заноне, ки резус манфи мансубити хун доранд, вори д намудани антирезус D иммуноглобулини

3. Баъди гирифтани хубобомос назорати микдори гонадотропинини хорионии хар хафта

то паст шудани он то 100 мМЕ/мл. Агар сатхи он паст аст ва боз поён мешавад, муоинаи УС гузаронидаг лозим аст. Микдори ГХ дар 1 мох як бор дар давомии 6 мох муайян карда мешавад. Табоабатшавии хубобомос 100%-ро ташкил медиҳад.

агар микдори ГХ дигар нашавад ва баъд аз багандшавии сатхи он дигар шавад ва баъд аз паст шудани микдори он боз багандшавии мушохида карда шавад, бемори ҳамчун багандшавии баҳо дода шавад ва беморо ба шурбаи онкологӣ барои гузаронидагани химиотерапия равона кардан зарур аст (С), Агар реаксияи манфи мусбат шавад, беморо хатман барои инкор кардани хорионэпителиома бистарӣ кардан зарур аст.

Контрацепсия дар давомии аз 6 мох то 1 сол (С): истифодаи КОКҳо дар давомии 6 мох бартари дорад. Истеъмоли маводҳои контрацептивӣ баъд аз ба меъёр омадани микдори ГХ сар карда мешавад. Хангоми набулдани шароити барои муайян намудани микдори ГХ тест барои хомилатӣ истифода бурдан мумкин аст. Дар мавриди манфи

2. Ва заноне, ки резус манфи мансубити хун доранд, вори д намудани антирезус D иммуноглобулини

3. Баъди гирифтани хубобомос назорати микдори гонадотропинини хорионии хар хафта

то паст шудани он то 100 мМЕ/мл. Агар сатхи он паст аст ва боз поён мешавад, муоинаи УС гузаронидаг лозим аст. Микдори ГХ дар 1 мох як бор дар давомии 6 мох муайян карда мешавад. Табоабатшавии хубобомос 100%-ро ташкил медиҳад.

агар микдори ГХ дигар нашавад ва баъд аз багандшавии сатхи он дигар шавад ва баъд аз паст шудани микдори он боз багандшавии мушохида карда шавад, бемори ҳамчун багандшавии баҳо дода шавад ва беморо ба шурбаи онкологӣ барои гузаронидагани химиотерапия равона кардан зарур аст (С), Агар реаксияи манфи мусбат шавад, беморо хатман барои инкор кардани хорионэпителиома бистарӣ кардан зарур аст.

Контрацепсия дар давомии аз 6 мох то 1 сол (С): истифодаи КОКҳо дар давомии 6 мох бартари дорад. Истеъмоли маводҳои контрацептивӣ баъд аз ба меъёр омадани микдори ГХ сар карда мешавад. Хангоми набулдани шароити барои муайян намудани микдори ГХ тест барои хомилатӣ истифода бурдан мумкин аст. Дар мавриди манфи

будани натиҷаи он истеъмоли КОКҳо мумкин аст.

Хомиладории навбатӣ баъди он, ки дар давоми 6 мох микдори ГХ дар меъёр мебошад, тавсия дода мешавад (С).

### Хомиладорихои навбатӣ

Хатари такрорёбии хубобомос паст мебошад – 1 бар 55 ҳолати хубобомос. 98% хатари такрорёбии хубобомосро надоранд, аммо хангоми хомиладорӣ муайян намудани сатхи ГХ дар хун хатмӣ мебошад.

Аксари занон баъд аз хубобомос ҳоила мешаванд ва онро ба анҷом мерасонанд.

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В. СПб.: «Петрополис», 2003.

2. Tham BW, Everard JE, Tidy JA, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease in the Asian population of Northern England and North Wales. *BJOG* 2003; 110: 555–9.

3. Fine C, Bundy AL, Berkowitz R, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 414–18.