

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**АССОТСИАТСИЯИ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГҲОИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**БАРАНГЕЗИШИ ВАЛОДАТ
(Дастурҳои клиникӣ)**

ДУШАНБЕ 2023

ТАҲИЯГАРОН:

- Абдусамадзода З.** – муовини вазири Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, н.и.т.
- Юнусова Д.З.** — мудирӣ шуъбаи ниғахдории тандурустии модару кудак ба нақшагирии оила Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
- Камилова М.Я.** — мудирӣ шуъбаи акушерии Муассисаи давлатии «НИИ АГ и П», д.и.т
- Мухаммадиева С.М.** – профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии МДТ «ДТБКСТТ», д.и.т.
- Давлатзода Г.К.** - директори Муассисаи давлатии «ПАГ ва П», н.и.и.
- Узақова У.Д.** — доценти кафедраи акушерӣ ва гинекологии № 1 МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», н.и.т.
- Абдурахмонова Ф.М.** -

ТАҚРИЗГАРОН:

- Рофиева З.Ҳ.**- д.и.т.,муд.кафедраи акушерӣ ва гинекологии
Донишгоҳи милли

Мутахассиси байналмилалӣ:

ПЕШГУФТОР

Тавсияҳои клиникӣ барои пеш аз индуксия ва индуксияи таваллуд бахшида шуда, барои акушер-гинекологҳо пешбинӣ шудаанд. Дар протокол далелҳо оид ба нишондодҳо, ғайринишондодҳо, шартҳои имкони оғози таваллуд, интихоби доруҳо вобаста ба ҳолати гарданаки бачадон, намудҳои гуногуни стандартии индуксия, эҳтимолияти аворизҳо ва тактикаи пешбурди занҳо ҳангоми пайдошавии аворизҳо оварда шудаанд. Алгоритмҳои гуногуни тарз ва усулҳои барангезиш пешниҳод карда мешаванд.

Протоколи пешина барои доруҳои дар SALS мавҷудбуда дар кишвар пешбинӣ шудааст (Стандарти миллии идоракунии таваллуди хавфи баланд. (Маҷмӯи стандартҳо). Алгоритми пешбурд. Фармони ВХТ № 450 аз 29.07.2010с.).

Вақтҳои охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон маводҳои нав (динопростон) ба қайд гирифта шудаанд, ки истифодаи онҳо барои барангезиши валодат дар асоси маълумоти тиббӣ далелнок асос ёфтааст, ки сабаби баррасии ҳуҷҷатҳои мавҷуда пайдо гапштааст.

Мақсади асосии ин ҳуҷҷат беҳтар намудани далелҳои мавҷуда, татбиқ ва оптимизатсияи ба роҳ мондани барангезиши валодат барои беҳбудии натиҷаҳо дар занон ва навзодон мебошад.

Протокол тавсияҳои умумии асоснок, ки дар асоси тиббӣ далелнок таҳия шудаанд, пешниҳод мекунад. Пойгоҳи далели тавсияҳо нашрияҳои буданд, ки ба базаи Китобхонаи Кохрейн, РФИМЎД, МЎDLINЎ ва Ў-ЛІЙҚАҚҮ дохил карда шудаанд. Протокол хулосаи мувофиқашудаи коршиносони акушер-гинекологҳоро пешниҳод мекунад.

МУНДАРИЧА

I. Қисми муқаддимаӣ.....	5
Маълумоти умумӣ дар бораи протокол.....	5
Рӯйхати ихтисорот.....	6
Муқаддима.....	7
Усули таҳияи дастурҳо	8
Луғат.....	9
II. Қисми асосӣ.....	12
Дастурҳо оиди ташкил намудани барангезиши валолат ҳангоми зарурят.....	13
Дастурҳо оид ба нишондодҳо барои барангезиши валолат	14
Ғайринишондод барои барангезиши валолат.....	22
Дастурҳо оиди ғайринишондод барои барангезиши валолат	23
Усулҳои барангезиши валолат.....	24
Аворизҳои имконпазири барангезиши валолат	30
III. Тартиби амалиётҳои стандартии ТАС(замимаҳо).....	32
Рӯйхати адабиёти истифодашуда.....	44

Қисми муқаддимаӣ

Маълумоти умумӣ дар бораи дастурамал

Мушкilotҳои клиникӣ	барангезиши валодат
Навъи таҳияи хуччат	Мутобиқшавӣ
Марҳилаҳои кӯмакрасонӣ	муассисаҳои сохтори акушерии Ҷумҳурии Тоҷикистон (беморхонаҳо).
Истифодабарандагон	ташкilotчиёни соҳаи тандурустӣ, акушер-гинекологҳо, акушерҳо, донишҷӯёни муассисаҳои тиббӣ, шунавандагони муассисаҳои таълимоти баъди дипломи.
Гуруҳи мақсаднок	заноҳои ҳомиладор.
Мақсади тавсияҳо	баланд бардоштани сифати нигоҳубини модарон ва кудакон (баланд бардоштани дараҷаи самарабахши барангезиши валодат, кам кардани аворизҳои барангезии валодат, кам кардани шумораи ҷарроҳии бурриши қайсарӣ, басомади барангезиши валодат аз руи нишондодҳо, истифодабарии барангезиш бо назардошти аворизҳо).
Санаи офариниш	2023 с
Санаи ба нақшагирии навсозӣ	2028 с. ё ҳангоми дастрасшавии далелҳои нави асоснокшуда. Ҳамаи ислоҳҳо ба тавсияҳои пешниҳодшуда дар хуччатҳои

Суроға барои мукотибот

Душанбе, к. Мирзо Турсунзода, 31

Почтаи электронӣ:

marhabo1958@mail.ru

ФЕХРАСТИ ШАРТИИ ИБОРАҶОИ КУТОХКАРДАШУДА

СУТ	Созмони Умумичаҳонии Тандурустӣ
ШВ	Шоҳаи варидӣ
БГТ	Бемории гемолитикии тифл
ДГ	Диабети гестатсионӣ
ИВБ	Индекси вазни бадан
БҚ	Бурриши қайсарӣ
КТГ	Кардиотокограмма
МҚТБ	Мувофиқи чадвали таъғирёфтаи Бишоп
ВТТ	Вазни тахминии тифл
ДҚ	Диабети қанд
СМАТ	Синдроми маҳдудшавии афзоиши тифл
ПМДПНТ	Пеш аз мухлат даридани пардаҳои назди тифлӣ
УС	Ултрасадо
ГМ	Гипертензияи музмин.
ЗЗД	Зудии зарбазании дил
ГБ	Гарданаки бачадон
СБД	Сатҳи боэътимодии далелҳо
СЭТ	сатҳи эътимоднокии тавсияҳо
КШАГ	Коллеҷи шоҳии акушерҳо ва гинекологҳо

МУҚАДДИМА

Дар айни замон, барангезиши валодат дар тамоми кишварҳои ҷаҳон афзоиш ёфта, яке аз расмиёти маъмултарин дар амалияи акушерӣ мебошад. [1]. Ин ба афзоиши шумораи занони ҳомиладори гирифтори патологияи экстрагениталии, афзоиши шумораи занони ҳомиладори синусолӣ, афзоиши шумораи аворизҳои ҳомиладорӣ ва занони дорои хавфи баланди перинаталӣ ва акушерӣ вобаста аст. Барангезиши валодат дар ҳолатҳои истифода мешавад, ки тамдиқи ҳомиладорӣ хатари оқибатҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталиро дорад. Барангезиши валодат пешгирии аворизҳоро дар бар мегирад, ки хангоми пешрафти ҳомиладорӣ метавонанд бадтар шаванд. Ба ин маъно, барангезиши валодат аз бад шудани вазъи модар ва тифл дар бемориҳои мухталифи экстрагениталӣ ва аворизҳои ҳомиладорӣ пешгирӣ мекунад, ки ба коҳиши чарроҳии бурриши қайсарӣ мусоидат мекунад [2,3].

Дар айни замон, барангезиши валодат дар саросари ҷаҳон афзоиш ёфта, дар кишварҳои пешрафта тақрибан 25% -ро ташкил медиҳад. Дар Америкаи Шимолӣ шумораи валодати индуксионӣ ба 20%, дар кишварҳои Осиё ва Америкаи Лотинӣ — паҳншавии басомад хеле васеъ буда, басомади максималӣ ба 35% мерасад. Дар кишварҳои Африка сатҳи басомади барангезиши валодат паст аст. Дар Русия - дар минтақаҳои гуногун, шумораи валодати сунӣ аз 13% то 20% -ро ташкил медиҳад. Дар Британияи Кабир ҳар 5-умин таваллуд бо барангезиш ба вучуд меояд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи барангезиши валодат бо вобастагӣ аз сатҳи муассиса фарқ мекунад [1,4].

Методологияи таҳияи дастур

Дар раванди мутобиқсозӣ тавсияҳои СУТ (2018), протоколҳои Русия ва Узбекистон истифода бурда шудаанд. Баҳодихии пешакии тавсияҳо бо истифода аз асбоби ЎГҚЎЎ II гузаронида шудааст [5]. Дар тавсияҳои ин дастури клиникӣ, ҳама маълумот аз рӯи дараҷаи эътимоднокии (далелҳо) вобаста ба шумора ва сифати таҳқиқот оид ба ин масъала гурӯҳбандӣ карда мешаванд. Чадвали барои арзёбии сатҳи эътимоднокии далелҳо ва чадвали арзёбии сатҳи боваринокии тавсияҳо истифода бурда шудааст. Пойгоҳи далели тавсияҳо нашрияхое буданд, ки ба базаи китобхонаи Кохрейн, PUBMED, MEDLINE и E-LIBRARY дохил карда шудаанд ва дар таҳияи тавсияҳои СУТ истифода бурда шудаанд[6].

Чадвали баҳодихии сатҳи боэътимоднокии далелҳо (СБД)

СБД	Рамзушой
1	Баррасии систематикӣ тадқиқотҳо бо назорати усули истинод ё баррасии систематикӣ озмоишҳои клиникӣ тасодуфӣ бо истифода аз мета-таҳлил
2	Тадқиқоти инфиродӣ бо назорати истинод ё озмоишҳои клиникӣ тасодуфӣ инфиродӣ ва баррасии систематикӣ таҳқиқоти ҳама гуна тарх, ба истиснои озмоишҳои клиникӣ тасодуфӣ, бо истифода аз мета-таҳлил
3	Тадқиқотҳо бидуни назорати пайдарпайи усули истинод ё таҳқиқот бо усули истинод, ки аз усули омӯзиш ё таҳқиқоти муқоисавӣ тасодуфӣ, аз ҷумла таҳқиқоти когортӣ мустақил нестанд
4	Тадқиқотҳои ғайримуқоисавӣ, тавсифи ҳолати клиникӣ
5	Дарои танҳо механизми амал ё хулосаи коршиносон аст.

Чадвали баҳодиҳии сатҳи эътимоднокии тавсияҳо (СЭТ)

СЭТ	Рамзкушӣ
А	Тавсияи қавӣ (ҳамаи тадбирҳои (натичаҳои) самаранокии баррасишуда муҳиманд, ҳама тадқиқотҳо дорои сифати баланд ё қаноатбахши методологӣ доранд, хулосаҳои онҳо барои натичаҳои дорои тавачҷӯх мувофиқанд).
Б	Тавсияҳои шартӣ (на ҳама тадбирҳои (натичаҳои) самаранокии баррасишаванда муҳиманд, на ҳама тадқиқотҳо сифати баланд ё қаноатбахши методологӣ доранд ва/ё ин ки, хулосаҳои онҳо барои натичаҳои дорои тавачҷӯх номувофиқанд).
С	Тавсияҳои заиф (набудани далелҳои сифати хуб (ҳамаи тадбирҳои (натичаҳои) самаранокии баррасишуда муҳим нестанд, ҳама тадқиқотҳо сифати пасти методологӣ доранд ва хулосаҳои онҳо барои натичаҳои дорои тавачҷӯх мувофиқ нестанд).

Луғат

Барангезиши таваллуд ё барангезиши валодат (infction of laйоқ) – бо мақсади таваллуд бо роҳҳои табиӣ чинсӣ ба таври сунъӣ ба вучуд овардани фаъолияти валодат, бо усулҳои фармакологӣ ва/ё ғайрифармакологӣ дар муҳлати 22 ҳафтаи ҳомиладорӣ ё бештар аз он.

Пеш аз барангезиш – омода намудани гарданаки бачадон барои барангезиш.

Таваллудкунонии бармаҳал - ба таври сунъӣ катъ намудани ҳомиладорӣ (барангезиши валодат ва таваллуд бо роҳҳои табиӣ чинсӣ ё буриши қайсарӣ) то табиӣ пайдошавии фаъолияти зоиш, аз ҷумла то муҳлати ҳомиладорӣ расида.

Таваллуди барномавӣ - таваллудкунонӣ дар мавриди мавҷуд будани нишондодҳои тиббӣ ё ҳамчун пешгирии аворизҳои хомиладорӣ (хавфи баланди перинаталӣ ва модарӣ), ки бо назардошти ҳолати гардани бачадон, бо роҳи барангезиши валодат дар вақти муқарраршуда анҷом дода мешавад.

Гарданаки бачадони баркамол – Дар мавриде гарданаки бачадон "баркамол" (тайер) ҳисобида мешавад, ки агар хусусиятҳои он дорои эҳтимолияти баланди саршавии фаъолияти валодати худсарона ё воқуниш ба даҳолатҳоро, ки барои барангезиши валодат андешида мешаванд (≥ 7 хол аз руи ЧБ) нишон диҳанд. Ҳолати мусоиди гарданаки бачадон бо давомнокии кӯтоҳтари барангезиш алоқаманд аст.

Гарданаки бачадони нокамол (тайёр набуда) - Гарданаки бачадон «нокамол» ҳисобида мешавад, дар мавриде, ки хусусиятҳои он эҳтимолияти ками саршавии фаъолияти валодати худсарона ё воқуниш ба даҳолатҳоро, ки барои барангезиши валодат андешида мешаванд (≥ 6 хол аз руи ЧБ) нишон диҳанд. Ҳолати номусоиди гарданаки бачадон бо хавфи баланди БҚ алоқаманд аст.

Сифати ёрии тиббӣ – ин сатҳест, ки хизматрасониҳои тиббии ба шахсони алоҳида ва гуруҳҳои аҳолии расонидашуда, эҳтимолияти ноил шудан ба натиҷаҳои дилхоҳ дар соҳаи тандурустӣ баландтар мекунад ва ба донишҳои таҳассусии бо далелҳои воқеӣ асосёфта мувофиқат мекунад.

Чадвали Бишоп - чадвали баҳодиҳӣ барои муайян кардани дараҷаи «камолият» (тайёри)-и гарданаки бачадон бо назардошти чунин хусусиятҳо, ба монанди дарозӣ, консистенсия, сатҳи ҷойгиршавии гарданаки бачадон нисбат ба меҳвари кос, диаметри ноаи сервикалӣ.

Тартиби стандартии амалиётҳо (ТСА) - ин як қатор дастурҳо ба тариқи ҳуҷҷатҳо тартибдодашуда ё амалҳои пайдарҳаме мебошад, ки барои иҷрои кори муайян равона карда мешаванд. Ҳуҷҷате, ки ҷараёни

оптималии корро тавсиф мекунад, дорои маълумот дар бораи пайдархамӣ ва мӯҳлатҳои амалиётҳо барои ноил шудан ба сатҳи зарурии сифати раванд ва самаранокии он мебошад.

Преэклампсия - ҳолати патологӣ бисёрсистема, ки дар нимаи дуоми ҳомиладорӣ (пас аз ҳафтаи 20-ум) рух медиҳад, ки бо фишорбаландии артериалӣ дар якҷоягӣ бо протеинурия ($\geq 0,3$ г/л дар пешоби ҳаррӯза), аксар варам ва зухуроти норасоии бисёрузвагӣ тавсиф мешавад.

Гипертензияи музмин - пеш аз ҳомиладорӣ ё то 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ ба қайд гирифта мешавад. Он метавонад этиологияи ибтидоӣ ё дуумдараҷа дошта бошад.

Гипертензияи гестатсионӣ - гипертонияи артериалӣ, ки пас аз 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ ба қайд гирифта шуда, бе протеинурияи назаррас муқаррар карда мешавад.

II. ҚИСМИ АСОСӢ

Принсипи асосии барангезиши валодат - барангезиши таваллуд бо сабабҳои тиббӣ дар ҳолатҳои гузаронида мешавад, ки натиҷаи пешбинишуда аз хавфҳои имконпазир зиёдтар аст (ниг. Ҷадвали Сифати тавсия - баланд. Қувваи тавсия – қавӣ.)

Ташкили ёрирасонӣ ба занон ҳангоми барангезиши валодат

1. Барангезиши таваллуд дар беморхонаҳои дараҷаи 2 ва 3 бо назардошти мавҷудияти шароит ва воситаҳо барои баҳодихии ҳолати зан ва тифл гузаронида мешавад.
2. Барангезиши валодат бояд бо назардошти хатарҳои гиперстимуляция, даридани бачадон ва дистресси тифл бо эҳтиёт анҷом дода шавад.

3. Хангоми барангезиши валодат бо истифодабарии окситоцин, мезопростол ва динопростон назорати доимии занонро талаб мекунад.
4. Бенатича будани барангезиши валодат на ҳама вақт нишондод барои ҷарроҳии бурриши қайсарӣ мебошад.
5. Барангезиши таваллуд бояд дар он муассисаҳои тиббӣ гузаронида шавад, ки он ҷо дорои шароити гузаронидани ҷарроҳии бурриши қайсарӣ аст.
6. Барангезиши валодат бояд пас аз маслихатдиҳии зан ва бо розигии ихтиёри ӯ гузаронида шавад.
7. Қарор дар бораи гузаронидани барангезиши валодатро духтури масъул (мудири шӯъба, сарнаббатдор ё духтури дорандаи дараҷаи олии тахассусӣ) қабул мекунад.

ДАСТУРҲО ОИДИ ТАШКИЛИ ЁРИРАСОНӢ БА ЗАНОН ҲАНГОМИ ЗАРУРИЯТИ БАРАНГЕЗИШИ ВАЛОДАТ

Тавсияҳо	СЭТ	СБД	Эзоҳ:
Барангезиши валодат бояд дар беморхонаҳои сатҳи 2 ва 3 гузаронида шавад, дар ҳолати мавҷуд будани шарт ва шароит барои баҳодихии ҳолати зан ва тифл.	5	А	Барои баровардани қарор дар бораи барангезиши валодат баҳогузори карда, бовари ҳосил кардан даркор аст, ки натиҷаи пешбинишуда аз хавфҳои имконпазир зиёдтар аст.
Хангоми барангезиши валодат бо истифодабарии окситоцин, мезопростол ва динопростон назорати доимии занонро талаб мекунад.	5	С	Барангезиши валодат хавфи гиперстимуляция, даридани бачадон ва дистресси тифлро дорад.

Барангезиши валодатро берун аз беморхона гузаронидан мумкин нест.	5	С	Изхороти таснифнашудаи таҷрибаҳои пешрафта. Табибон ҳолатҳои даридани бачадонро ҳангоми истифодаи барангезии таваллуд берун аз беморхона мушоҳида кардаанд.
Барангезиши валодат бояд дар он муассисаҳои тиббӣ гузаронида шавад, ки он ҷо дорои шароити гузаронидани ҷарроҳии буриши қайсарӣ аст.	5	А	Изхороти таснифнашудаи таҷрибаҳои пешрафта. Дар мавриди пайдо шудани аворизҳои барангезиши валодат, дар баъзе мавридҳо гузаронидани ҷарроҳии буриши қайсарӣ лозим мешавад.
Барангезиши валодат бояд пас аз маслиҳатдиҳии зан ва бо розигии ихтиёри ӯ гузаронида шавад.	5	А	Гузаронидани амалиётҳо бе розигии ихтиёрии беморон ҳуқуқҳои онҳоро поймол мекунаанд. (https://onlinỹ.zakon.kz/Docf mỹnt/?doc_id=30931074)

ТАВСИЯҲО АЗ РҶИ НИШОНДОДҲОИ БАРАНГЕЗИШИ ВАЛОДАТ

Нишондод: ҳомиладорӣ аз мӯҳлат гузашта

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барангезиши валодат барои заноне тавсия дода мешавад, ки муҳлати ҳомиладорӣ аниқ ба 41+ расидааст.	С	5	Ба шароите, ки дуруст муайян кардани муҳлати ҳомиладорӣ (УС-и аввал то 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ) имконнопазир аст, татбиқ намегардад.

Нишондод - иллатҳои гипертензионӣ

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Ҳангоми гипертензияи музмини миёна, барангезиши валодат бояд дар муҳлати зиёда аз 37 ҳафтаи	В	2	Ин муҳлат барои ҳолатҳои муайян карда шудааст, ки ба ғайр аз гипертензия дигар нишондод барои барангезиш вучуд надорад. Дар гипертензияи гестатсионӣ, ки на

ҳомиладорӣ гузаронида шавад.			чандон вазнин аст, барангезии таваллуд дар ҳафтаи 37 ё бештар аз он ҳамчун тактикаи афзалиятнок барои коҳиш додани аворизҳои модар тавсия дода мешавад.
Дар ҳолати преэклампсия барангезиши валодат гузаронида шавад (ниг. ба протоколи "Иллатҳои гипертензиони"	А	1	Дар ҳолати ноустувор будани ҳолати модар, новобаста аз қобилияти зинда мондани тифл, ҳангоми ба эътидол омадани вазъи модар таваллудкунони тавсия дода мешавад. Ин равиш хавфи аворизҳои модаронро коҳиш медиҳад, аммо хавфи қобили зист мондани навздро зиёд мекунад.

Нишондод - Диабети қанд

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Ҳангоми диабет қанди навъи 1 ё навъи 2, ки бе вайроншавии мубодилаи моддаҳо ва дигар аворизҳои модар ва тифл вучуд доранд, таваллуд пас аз 37 ҳафтаи ҳомиладорӣ тавсия дода мешавад.	В	2	Тавсия барои занони ҳомила бо диабет навъи 1 ё навъи 2 ҳангоми набудани аворизҳо, ки ба нақша гирифта нашудаанд, бо барангезиши валодат ё агар нишон дода шуда бошад, бо роҳи буриши қайсарӣ дар муҳлати аз 37 то 38 ҳафта ва иловаи 6 рӯзи дигари ҳомиладорӣ [1,4].
Агар диабет гестационӣ ягона патология бошад, муҳлати ҳомиладорӣ аз 41 ҳафта кам бошад, таваллудкунони тавсия дода намешавад.	С	5	

Нишондод - тифли калон

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
----------	-----	-----	------

<p>Барангезиши валодат ба заноне, ки диабети қанд надоранд, бо гумонбари ба тифли калон тавсия дода намешавад.</p>	<p>С</p>	<p>5</p>	<p>Афзалиятнок ё хавфнок будани барангезиши валодат нисбат ба тактикаи назоратӣ ҳангоми гумонбарӣ ба доштани тифли калон муайян карда нашудааст. Дар баробари ин, аз хулосаи дигар тадқиқотҳо бар меояд, ки тактикаи назоратӣ ҳангоми гумонбарӣ ба тифли калон афзалтар аст. То имрӯз, далели баландсифат барои манфиати ягон стратегияи идоракунии додашуда вучуд надорад.</p>
--	----------	----------	---

Нишондод - Ҳомиладории бисёртифла

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
<p>Ҳангоми дугоникҳо ва вайроншавии гардиши хун дар рагҳои ноф, барангезиши валодат тавсия дода мешавад - дар 36-37 ҳафтаи ҳомиладорӣ дар беморхонаҳои сатҳи 3</p>	<p>С</p>	<p>5</p>	
<p>Дар сурати фавти антенаталии яке аз дугоникҳо ва қаноатбахш будани ҳолати тифли зинда ҳангоми ҳомиладории бисёртифла серфарзанд, барангезиши валодат аз оғози 37 ҳафтаи ҳомиладорӣ гузаронида мешавад.</p>	<p>С</p>	<p>5</p>	

Нишондод- бисёробӣ

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
<p>Банақшагирии барангезиши валодат дар мавриди бисёробӣ барои паст кардани авориз ҳангоми ҳомиладорӣ ва таваллуд</p>	В	3	

Нишондод - камхунии гемолитикии тифл бо аллоиммунизатсия

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
<p>Муайян кардани вақт ва усули таваллуд дар мавриди аллоиммунизатсия ва камхунии тифл бо тариқи инфродӣ ва бо назардошти анамнези акушерӣ, ҳолати тифл, хизматрасонии акушерӣ ва неонаталии ва имкониятҳои</p>	С	5	

таваллудхонаҳо.			
-----------------	--	--	--

Нишондод - пеш аз мӯҳлат даридани пардаҳои наздифлӣ пас аз 22 ҳафтаи ҳомиладорӣ

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барангезиши валодат ҳангоми пеш аз мӯҳлат даридани пардаҳои наздифлӣ ва мавҷуд будани сироятёби пас аз 34 ҳафтаи ҳомиладорӣ	А	1	<p>Бо мақсади паст кардани хавфи аворизҳои сироятёбӣ.</p> <p>Агар дар зан баъд аз 34+0 ҳафтаи ҳомиладорӣ, вале то 37+0 ҳафтаи ҳомиладорӣ пеш аз муҳлат даридани пардаҳои назди тифлӣ мушоҳида карда шавад, вариантҳои тактикаи назоратӣ ва ё барангезиши валодат то 37+0 ҳафтаи ҳомиладориро бо ӯ муҳокима кунед.</p> <p>Ҳангоми қабули қарори муштарак омилҳои зеринро ба назар гиред:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хавфҳо барои зан (масалан, сепсис, эҳтимоляти зарурият барои гузаронидани бурриши қайсарӣ) • хавфҳо барои кӯдак (масалан, сепсис, оризаҳои вобаста бо таваллуди пеш аз мӯҳлат) • дастрас будани шӯъбаҳои эҳғарии наводон

			• шароитҳои писандидаи инфиродии зан ҳафт].
Ба занони гирифтори пеш аз муҳлат даридани пардаҳои назди тифлӣ то муҳлати ҳомиладорӣ 34 ⁺⁰ ҳафта, дар мавриди набудани дигар нишондодҳои акушерӣ (масалан, сироятёбӣ ё хатар барои тифл) барангезиши валодат набояд гузаронида шавад.			Пешниҳоди тактикаи назоратӣ то 37 ⁺⁰ ҳафтаи ҳомиладорӣ.

Нишондод - ғавти антенаталӣ

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барангезиши валодат ҳангоми ғавти тифл новобаста аз муҳлати ҳомиладорӣ барои кам кардани хатари аворизи сироятӣ	БО	5	Ҳангоми ғавти антенаталии тифл, пеш аз муҳлат даридани пардаҳои наздифлӣ, сироятёбӣ ё хунравӣ, барангезиши валодат ба таври ғаврӣ варианти афзалиятнок

			мебошад [1,4].
--	--	--	----------------

Нишондод - Синдроми сустинкишофёбии дохилибатнии тифл

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барангезиши валодат дар 38 ^{0/7} -39 ^{0/7} ҳафтаи ҳомиладорӣ бо доштани тифл вазни байни 3 ва 10 фоиз ва нишондиҳандаҳои муътадили индекси муқовимати муқаррарии рағҳо мувофиқи доплерометрияи ултрасадоӣ дар артерияи ноф	С	5	Барои паст намудани хатари мурдатаваллуд
Дар мавриди вучуд доштани синдроми сустинкишофёбии дохилибатнии тифл ва баланд шудани нишондиҳандаҳои муқовимати рағҳо мувофиқи УС ва Доплерометрия дар артерияи ноф аз 95	В	2	

фоиз баландтар, дар 37 ^{0/7} ҳафтаи ҳомиладорӣ барангезиши валодат сар карда шавад.			
Зарурати истифодабарии усулҳои механикӣ (катетери Фолей) барои коҳиш додани хатари гиперстимуляция ҳангоми барангезиши валодат ба занҳои ҳомиладори гирифтори синдроми сустинкишофёбии дохилибатнии тифл.	А	1	Гурӯҳи корӣ истифодабарии ояндаи катетери Фолейро баррасӣ мекунад.

Нишондод - бемориҳои соматикӣ модар, ки ба функсияҳои узвҳои ҳаётан муҳими ӯ таъсир мерасонанд

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барангезиши валодат барои занони гирифтори патологияи соматикӣ буда, аз рӯи нишондиҳандаҳои тиббӣ дар ҳолатҳое, ки натиҷаи пешбинишуда аз хавфҳои имконпазир зиёдтар аст,	А	1	

гузаронида мешавад.			
---------------------	--	--	--

Нишондод – Қатъ намудани ҳомиладорӣ бо нуқсонҳои тифл

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Ба заноне, ки тифлашон дорандаи нуқсонҳои бо ҳаёт номувофиқанд дар семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ барангезиши валолат тавсия дода мешавад.	А	5	

Гайринишондод барои барангезии валолат

- Ҳама зиддиятҳо барои таваллуд бо роҳҳои табиӣ чинсӣ аз ҷониби модар;
- Пешомади рағҳои ноф (vasa previa) ;
- Пешомади ҳамроҳак;
- Кундаланг ҷойгиршавии тифл;
- Номутобиқ будани андозаи коси модар нисбат ба андозаи сари тифл;
- Қаблан дар зан доштани ҷарроҳии бурриши қайсарии корпоралӣ ё бурриши қайсарӣ бо чоки Т- шакл дар бачадон;
- Герпеси фаъоли узвҳои таносул;
- Саратони инвазивии гарданаки бачадон;
- Качшавии сохтории устухонҳои коси хурд;
- Даридани бачадон дар анамнез;

- Миомэктомияи консервативӣ бо воридшавӣ ба ковокии бачадон,
- Пешомади экстенсории (рост кардани сар) сар (рӯй, пешонӣ) ҳангоми пеш аз муҳлат даридани пардаҳои назди тифлӣ;
- Пешомади сурин (дар бисёр мавридҳо);
- Омосҳои бачадон, ки ба таваллуди тифл монсӯ мешаванд;
- Нуқсонҳои тифл, ки ҳангоми онҳо таваллуди абдоминалӣ тавсия дода мешавад;
- Ҳолати аввалини сироятёбии герпесӣ камтар аз 6 ҳафта ё нишонаҳои мавҷуд будаи клинӣ такрорёбӣ дар арафаи таваллуд;
- Беморие, ки аз вируси норасоии масунияти одам ба вучуд омадааст (сарбории вирусӣ пас аз 34-36 ҳафтаи ҳомиладорӣ маълум нест ё зиёда аз 1000 нусха/мл, табобати зиддиретровирусӣ ҳангоми ҳомиладорӣ гузаронида нашудааст ва/ё пешгирии зиддиретровирусӣ ҳангоми таваллуд имконнопазир аст).

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Бо назардошти шароитҳои клинӣ, ки имконнопазирии таваллуд бо роҳҳои табиӣ чинсиро муайян мекунанд, нишондодҳо барои таваллудкунонӣ бо роҳи бурриши қайсарӣ ҳамчун ғайринишондод ба барангезиши валодат ҳисобида мешавад.	С	5	

<p>Ба заноне, ки дар анамнез таваллуди босуръат доранд, барангезиши валодат пешниҳод кардан манъ аст.</p>	<p>С</p>	<p>5</p>	<p>Бо назардошти имконияти такрории таваллуди босуръат. ҳ10].</p>
<p>Пешомади сурин</p>	<p>С</p>	<p>3</p>	<p>Барангезиши валодат одатан ҳангоми пешомади сурини тифл тавсия дода намешавад. Дар мавриди бенатича будани чархгардонии беруна, рад кардан ё зидди нишондод бошад, агар зан аз таваллудкунони бо роҳи бурриши қайсарии нақшавӣ даст кашад, пас аз машваратгузаронӣ бо зан оиди оризаҳои вобаста ба таваллуд, барангезиши валодат пешниҳод карда шавад.</p>

УСУЛҲОИ БАРАНГЕЗИШИ ВАЛОДАТ

Усулҳои ғайрифармакологии барангезии валодат

Чудо кардани пардаҳои назди тифлӣ

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барои кам кардани басомади барангезиши валодати стандартӣ – чудокардани пардаҳо.	А	2	Ҳангоми набудани нишондодҳои фаврии қатъ намудани ҳомиладорӣ истифода бурда мешавад. Дар натиҷа дард, норухатӣ ва хунравӣ аз маҳбал метавонад ба вуқӯъ ояд [12].

Истифодабарии катетери васеъкунандаи гарданаки бачадон

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Бо мақсади ғайридоруворӣ тайёр кардани гарданаки бачадон барои таваллуд, истифода бурдани катетери васеъкунандаи гарданаки бачадон тавсия дода мешавад.	В	2	.
Ҳангоми дастрас набудани простагландинҳо (аз ҷумла мезопрогестол) ё ғайринишондод доштани истифодабарии онҳо барои барангезиши валодат, катетери васеъкунандаи гарданаки бачадон дар якҷоягӣ бо	С	3	

окситоцин тавсия дода мешавад.			
--------------------------------	--	--	--

Амниотомия

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Амниотомияро ҳамчун барангезиши валодат дар мавриди ҳолати мусоид доштани гарданаки бачадон истифода баред. (МҚТБ ≥ 7) ⁶	А	1	
Амниотомияи маҳдудӣ барои барангезии валодат тавсия дода намешавад.	С	2	<i>Ба заноне, ки гардани бачадони мусоид доранд, барои барангезиши валодат танҳо амниотомия истифода бурдан мумкин аст, вале мувофиқии амниотомия бо окситосин ба дохили варид нисбатан самарабахштар аст. Баъд аз амниотомия фавран окситоцинро барои муқаррар намудани фаъолияти дурусти зоиш сар кардан лозим аст. Таъхиргузории оғози маҳлули окситосин ба тулкашии давраи зоиш оварда мерасонад ва хавфи сироятёбии навзодонро зиёд мекунад. Таъхиргузории</i>

			<p><i>маҳлули окситосин ба занони такрорзоянда ба муддати 1 – 2 соат мумкин аст, зеро дар онҳо бо оғози фаврии маҳлули окситосин пас аз амниотомия, басомади вайроншавии ритми дили тифл мувофиқи СТГ меафзояд. Илова бар ин, ба таъхир андохтани оғози маҳлули окситосин пас аз амниотомия дар занони такрорзоянда аз истифодаи он дар 35,6% пешгирӣ мекунад [9].</i></p>
--	--	--	--

Усулҳои бо доруворӣ барангезиши валодат

I. Простагландинҳо

1. Доруҳои простагландин E2

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барои барангезиши валодат истифодабарии миқдори ками вагиналии динопростон тавсия дода мешавад.	A	2	Динопростон аналоги гландин Ў2 мебошад [13,14].

2. Аналогҳои простагландин Ў1 - Мизопростол

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Барои барангезиши валодат, истифодабарии мизопростол даҳонӣ (25 мкг дар ҳар 2 соат)	А	2	Мизопростол аналоги гландин Ў1 мебошад [15].
Барои барангезии валодат, мизопростолро вагиналӣ (дар ҳар 6 соат 25 мкг) истифода бурдан мумкин аст.	С	2	Бо мақсади пешгири аз гиперстимулятсия меъёри миқдори ҳаб бояд дақиқ риоя карда шавад. [16]
Мизопростол барои барангезиши валодат ба заноне, ки дар анамнез ҷарроҳии бурриши қайсарӣ доранд, тавсия дода намешавад.	А	5	

3. Окситосин

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Пас аз истифодаи пешакии простагландинҳо, окситосин бояд, баъд аз гузаштани 6 соат истифода шавад.	А	1	
Бо мақсади барангезиши	А	1	Ҳангоми маҳлули окситосин

валодат бо гарданаки мусоид ($MCTB \geq 6$), маҳлули окситосинро ба дохили варид тавассути қатрагӣ аз рӯи нақша истифода баред.			мониторинги доимии инфиродӣ гузаронида мешавад
Гузаронидани окситосин аз рӯи нақша барои таъмини самарабахшӣ ва беҳатарии барангезиши валодат.	А	1	
Пас аз оғоз шудани фазаи фаъоли давраи аввали зоиш (дилататсияи гарданаки бачадон бештар аз 5 см ё баробар), маҳлули окситосинро интихобан қатъ кардан мумкин аст.	А	1	Интихоби аниқ.

4. Мифепристон -барои гарданаки бачадони номусоид ва фавти антенатали тифл истифода бурда мешавад.

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Бо мақсади барангезиши валодат хангоми фавти антенаталӣ тифл, як ҳаб мифепристон бо вояи	А	1	Мақсади истифодабарии мифепристон ноил шудан ба ҳолати мусоиди гарданаки бачадон ($MCTB \geq 7$) мебошад.

200мг дар ҳузури духтур хӯронида шавад, ҳангоми зарурият ҳаби дуҷум бо ҳамин воя пас аз 24 соат хӯронида мешавад.			
---	--	--	--

Интихоби усули барангезиш

Тавсияҳо	СБД	СЭТ	Эзоҳ
Ҳангоми интихоби усули барангезиши валодат, муоинаи маҳбалӣ барои баҳо додани ҳолати гарданаки бачадон мувофиқи ҷадвали тағирёфтаи Бишоп (МҚТБ) гузаронида мешавад.	В	1	Натиҷаҳои мунтазами баррасишуда нишон доданд, ки баҳодиҳи аз руи ҷадвали Бишоп барангезиши муваффақро ба мисли фибронектини ҳомиладорӣ ё андозагирии сонографии дарозии гарданаки бачадон пешгӯи мекунанд.
Ҳангоми интихоби усули барангезиши валодат, ки механизми амали усул, фосилаи вақт барои ба даст овардани натиҷа, ғайринишондод барои истифодабарӣ ва имконияти омехта кардан бо усулҳои дигар ба назар гирифта шаванд.	С	5	Бомуваффақият ба анҷом додани барангезиши валодат на танҳо бо ҳолати гарданаки бачадон, инчунин бо омилҳои, ки аз қабилҳои таваллуди такрорӣ, даридани пардаҳои назди тифлӣ, индекси вазни бадан, набудани бемориҳои ҳамрадиқ ва аворизҳои акушерӣ алоқаманд аст.

АВОРИЗҲОИ ИМҚОНПАЗИРИ БАРАНГЕЗИШИ ВАЛОДАТ

Гиперстимуляцияи бачадон кашишхурии бошиддат ва/ё тез-тези бачадон, ки боиси ноқаноатмандии ҳолати тифл мешавад (тахикардия ва/ё аритмия ва/ё брадикардия). Дардзании аз ҳад зиёди бошиддат 5 ё бештар маротиба дар 10 дақиқа.

Дистресси тифл – Тахикардияи тифл - зудии зарбазании дили тифл аз 160 маротиба зиёдтар дар 1 дақиқа. Брадикардия – камтар аз 120 зарба дар 1 дақиқа.

Пеш аз муҳлат ҷудошавии хамроҳаки дуруст ҷойгиршуда. (ниг. Стандарти милли оид ба «Хунравии акушерӣ»).

Даридани бачадон

Кӯмак ба занони гирифтори аворизҳои барангезиши валодат.

Дар сурати пайдо шудани гипертонус ё гиперстимуляция фавран чунин амалҳоро ба анҷом расонед:

1. қатъ кардани барангезиши валодат (қатъ намудани маҳлули окситосин, хориҷ кардани доруҳои вагиналии воридкардашуда).
2. занро ба тарафи чапаш хобонидан ;
3. таъмини оксиген бо суръати 8 л / дақиқа;
4. ворид кардани маҳлули Рингер ва маҳлули натрий хлорид ба миқдори 500,0 мл дар давоми 15 дақиқа;
5. токолиз бо бета-адреномиметикҳо (гинипрал 10 мг (2 мл) ба дохили варид ё тербуталин 250 мкг ё салбутамол 100 мкг оҳиста ба дохили

варид) ё атозибан 6,75 мг ба дохили варид дар давоми як дақиқа гузаронида шавад ё ин ки нифидипин даҳонӣ қабул карда шавад.

6. Дар мавриди ба вучуд омадани аломатҳои изтиробии тифл ё ғайриимкон будани қатъ кардани гиперстимуляция бурриши кайсарӣ гузаронида шавад.

РАСМИЁТИ СТАНДАРТИИ АМАЛИЁТ (РСА)

Замимаи № 1

Маслиҳатдиҳии зан пеш аз барангезиши валода аз тарафи духтури акушер – гинекологи ба принципҳои машваратдиҳӣ омузонидашуда гузаронида мешавад.

Муҳокима бо зан оиди:

- нишондодҳои барангезии валодат
- ғоида/хавфнокӣ ба модар ва/ё тифл
- ҳолатҳои инфиродӣ
- усулҳои пешниҳодшавандаи барангезиш
- Тарзҳои таъобати дард
- тактикаи пешбурд, дар мавриди бенатича будани барангезиши валодат ё рад кардан аз ҷониби зан
- барои қабули қарор вақт диҳед
- Забонхати розигии зан гирифта шавад.

Машварат ҳатман бояд маълумоти зеринро дар бар гирад:

- нишондод барои барангезиши валодат, усулҳои имконпазир, маводҳои дорувории истифодашаванда;
- имконияти такрории барангезиши валодат;
- имконияти таваллуд бо роҳи абдоминалӣ;
- муҳлати ҳомиладорӣ;

- ҳолати гарданаки бачадон.

Замимаи №2

Баҳодихии ҳолати модар ва тифл пеш аз барангезиши валодат

1. Мегузаронад – духтури акушер-гинекологи дорандаи таҳассуси дараҷаи якум ё дараҷаи олий, ҳангоми пайдошавии зарурият гузаронидани консилиум тибқи протоколи дохилӣ
2. Баҳодихии ҳолати соматикӣ модар
3. Баҳодихии вазъи акушерӣ
4. Баҳодихии ҳолати тифл: зудии зарбазани дили тифл, доплерометрия
5. Баҳодихии ҳавфи барангезиши валодат барои модар ва тифл
6. Бақайдгирӣ дар таърихи таваллуд.

Ба назар гирифта шавад:

- Анамнези акушерӣ
 - Муайян кардани муҳлати ҳомиладорӣ
 - Муоинаи ибтидоӣ (набз, t^0 , Ф/Х, ЗН)
 - Палпацияи шикам (ҷойгиршавӣ, мавқеъ, намуди мавқеъ, қисми пешомади тифл)
 - Дилзани тифл
 - КТГ
 - Муоинаи маҳбалӣ:
- баҳодихии гарданаки бачадон тибқи МҚТБ
- пуррагии ҳубоби назди тифлӣ

Замимаи №3

Ҷадвали тағйирёфтаи Бишоп

Хусусиятҳои гарданаки бачадон	Ҷадвали тағйирёфтаи Бишоп			
	0	1	2	3
Қушодашавӣ (см)	<1	1-2	3-4	>4
Дарозӣ (см)	>4	3-4	1-2	<1
Мавқеи қисми пешомада нисбат ба кос (см)*	3 см баландта рр (-3)	2 см баландтар (-2)	Баландтар аз 1 см ё дар сатҳ (-1/0)	Поёнтар аз 1-2 см (+1/+2)

Дарачаи дуруштӣ	сахт	мулоимшу да	нарм	-
Мавқеъ нисбат ба мехвари коси хурд	Ба қафо	Марказони дашуда / ба пеш	-	-
Холи умуми аз руи чадвали Бишоп:				

- қисми пешомадаи тифл нисбат ба ҳамвориҳои коси хурд ҳангоми пешравии он бо роҳҳои табиӣ чинсӣ:

- ҳамвораи, аз кос гузаранда - дараҷаи 0 (сари тифл бо сегменти калон дар даромадгоҳи коси хурд);
- ҳамвораҳосе, ки аз сатҳи 0 болотар ҷойгиранд, мутаносибан ҳамчун сатҳҳои -1, -2, -3 ҳисобида мешаванд;
- ҳамвораҳосе, ки аз сатҳи 0 поёнтар ҷойгиранд, мутаносибан ҳамчун сатҳҳои +1, +2, +3 ҳисобида мешаванд. Дар ин ҳолат, сатҳи +3 ба ҷойгиршавии сар дар қабри кос мувофиқ меояд.

Шарҳдиҳӣ:

Баҳодихии ҳолати гарданаки бачадон	Гарданаки бачадони номусоид	Гарданаки бачадон мусоид
Холҳо аз руи чадвали Бишоп	≤6	≥7

Тағйирёбии ҷамъи холҳо

1 хол илова кунед, дар мавриди:

преэклампсия;

Таваллуди худсарона дар анамнез.

1 хол кам карда шавад дар мавриди:

Ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта;

Таваллуди нахустини пешмеомада;

То валодат даридани пардаҳои назди тифлӣ ё давраи дуду дарози беобӣ

Пеш аз ҳар як марҳилаи барангезӣ / барангезиши таваллуд, баҳогузорӣ карда мешавад ва дар таърихи таваллуд сабт карда мешавад.

Замимаи № 4

Усулҳои барангезиши валодат вобаста ба дараҷаи камолоти гарданаки бачадон:

то 6 балл - динопростон

6 - 8 ҳол- простагландинҳо (динопростон ё мизопростол)

зиёда аз 8 ҳол амниотомия бо маҳлулии окситоцин.

Замимаи № 5

Барангезиши валодат бо динопростон

1. Барангезиши валодат бо динопростон танҳо дар шароити беморхонаи сатҳи 2^Й, 3 гузаронида шавад.

2. Барангезиши валодат бо динопростон таҳти назорати мониторинги доимии ҳолати модар ва тифл гузаронида шавад.

3. Ҳолати модар ва тифл ҳатман дар вақти воқеъӣ аз ҷониби акушер-гинеколог дар таърихи таваллуд сабт карда шавад.

Техникаи барангезиши валодат бо динопростон

1. Пеш аз истеъмоли дору масонаро холи кардан лозим аст.

2. 1 ҳабро ба гумбази қафои маҳбал пас аз каме тар кардани он бо оби хунук ворид кунед.

3. Вояи максималии иҷозатдодашудаи динопростон дар як шабонарузӣ: простагландин E₂ (3 мг) - на бештар аз 2 ҳаб: 1 ҳаб на зудтар аз 6 соат ҳар кадоме (фосилаи иҷозатдодашуда байни қабули доруҳо аз 6 то 12 соатро дар бар мегирад);

4. Азнавбаҳодиҳии ҳолати гарданаки бачадон пас аз 6 соат. Агар амниотомия аз ҷиҳати техникӣ имконнопазир бошад, вояи дуюми дору ворид карда шавад. Пеш аз ҳар як ворид кардани динопростон, ба ҳолати тифл баҳо додан лозим аст.

Замимаи № 6.

Усули истифодабарӣ ва вояи умумии максималии Мифепристон:

- ҳангоми ғавти антенаталии тифл истифода бурда мешавад
- истифодабарии маводи доруворӣ танҳо дар беморхона, таҳти назорати шабурузии кормандони тиб иҷозат дода мешавад;
- вояи тавсияшудаи дору 200 мг як маротиба даҳонӣ аст;

- дар мавриди тағироти нокифоя дар гарданаки бачадон пас аз вояи аввал ($MCTB \leq 6$), истифодабарии такрории доруворӣ танҳо пас аз 24 соат иҷозат дода мешавад;
- 24-48 соат пас аз қабули доруи охирини мифепристон, барангезиши валодатро бо роҳҳои зерин идома додан мумкин аст: амниотомия (агар аз ҷиҳати техникӣ имконпазир бошад) бо фаврӣ воридкунии маҳлули окситосин ё мизопроствол/динопростон.
- истифодаи ҳамзамони доруҳои зидди илтиҳобии гайристероидӣ, аз ҷумла туршии асетилсалисилиро бояд пешгирӣ кард, зеро ин метавонад самаранокии мифепристонро коҳиш диҳад.

Замимаи № 7.

Усули истифодабарии мизопроствол (Дахонӣ)

1. Бо истифода аз зарфи махсуси ченкунӣ маҳз 200 мл оби тоза гирифта шавад.
2. Ҳаби мизопростволро бо қошук пора кунед.
3. Хокаро дар об то вақти пурра ҳал шудан омехта кунед.
4. Маҳлулро ба шиша рехта ва номи маҳлул ва концентратсияи онро дар шиша навишта часпонед.
5. Қабули 25 мл маҳлул дар ҳар 2 соат то дами оғоз шудани кашишҳои фаъол.
6. Вояи максималӣ: 200 мкг дар 24 соат. Истифодаи маҳлули мизопроствол баъд аз 24 соати пас аз тайёр кардани он тавсия дода намешавад.
7. Маҳлулии окситосин на пештар аз 6 соат пас аз вояи охирини мизопроствол имконпазир аст.

Усули истифодабарии мизопроствол (маҳбалӣ)

1. Пеш аз истеъмоли дору масонаро ҳолӣ кардан лозим аст.
2. 25 мкг-ро ($1/8$ ҳаб аз 200 мкг) ба гумбази қафои маҳбал ворид кунед.
3. Мизопростволҳои максималии иҷозатдодашудаи шабонарӯзӣ 200 мкг аст: $1/8$ ҳаб ҳар 6 соат ворид карда мешавад.
4. Ҳолати гарданаки бачадон пас аз 6 соат аз нав баҳо диҳед. Агар амниотомия аз ҷиҳати техникӣ имконнопазир бошад, вояи дуҷоми дору гузаронида мешавад. Пеш аз ҳар як ворид кардани мизопроствол ҳолати модар ва тифл бояд баҳодиҳӣ карда шавад.
5. Окситосинро 6 соат пас аз вояи охирин истифода бурдан мумкин аст.

Замимаи № 8

Барангезиши валодат бо вояи ками окситосин

Вақт пас аз оғози маҳлул (дақ)	Микдори окситосин (Ад/дақ.)	Бо инфузomat (мл/соат)	Бо системаи д/в (катраҳо/дақ)
		Маҳлул 10 Ад . дар 500 мл	Маҳлул 5 Ад. дар 500 мл
0	1	3	2
30	2	6	4
60	4	12	8
90	8	24	16
120	12	36	24
150	16	48	32
180	20	60	40
210	24	72	48
240	28	84	56
270	32	96	64
300	36	108	72
330	40	120	80

Микдори окситосин бояд дар партограмма дар давоми тамоми таваллуд сабт карда шавад. Окситосин бояд танҳо ба дохили варид ворид карда шавад. Кушиш кунед, то 3-4 кашишхӯрӣ дар давоми 10 дақиқа бо давомноки 40-60 сониягӣ буда, давраи танафус ҳадди аққал 60 сонияро ташкил диҳад. Барангезиш бо окситосинро метавон ҳамчун усули омили таваллуд бо роҳҳои табиӣ ҷинсӣ пас аз бурриши қайсарӣ дар анамнез истифода бурд. Вояи максималӣ набояд аз 5 Ад/дақ барои заноне, ки ҷарроҳии бурришӣ қайсарӣ дар анамнез доранд ва аз 10 Ад/дақ барои заноне, ки дар анамнез ҷарроҳии бурриши қайсарӣ надоштад, зиёд бошад. Пас аз оғози воридкунии окситосин д/в, тавсия дода мешавад, ки суръати маҳлул, ақсуламали бачадон ва тапиши дили тифлро бодикқат назорат кунед, пас аз оғози кашишхуриҳо - назорати доимии дилзании тифл ё КТГ бурда шавад.

Замимаи 9

Усули ҷудо кардани пардаҳои назди тифлӣ аз кутби поёнии бачадон

То оғози барангезиши валодат бо дигар усул гузаронда мешавад. Иҷрои ин усул оддӣ аст, ҳароҷотро талаб намекунад ва дар ҳолате, ки гарданаки бачадон нокамол (тайёр набуда) аст, бетаъсир надорад.

Усулҳои ҷудо кардани пардаҳо аз кутби поёнии бачадон:

– ба зани ҳомиладор машварат гузаронида, розигии хаттӣ гирифташ лозим аст;

- беморро ба пушт хобондан (ба рахт ё курсии гинекологӣ);
- дастҳо шуста ва хушконида шаванд;
- дастпӯшакҳои безарар пӯшидан лозим аст;
 - бо 1 ё 2 ангушти ба новаи сервикалӣ дохилгашта: ҳолати гардани бачадонро баҳогузори кунед, қисми пешомадаи тифлро муайян кунед, пешомади нофро инкор кунед;
 - бо ҳаракатҳои аррамонанд, оҳиста пардаҳои назди тифлӣ аз новаи сервикалӣ ва сегменти поёнии бачадон ҷудо карда шаванд;
 - боварӣ ҳосил кунед, ки ягон таррошуҳоти патологӣ вучуд надорад (хун, об);
 - баъди кашидани дастпӯшакҳо дастҳо шуста ва хушконида шаванд;
 - баҳогузориҳои ҳолати тифл: гӯш кардани дилзании тифл дар давоми 1 дақиқа;
 - ба зани ҳомила барои бархестан кӯмак расонед;
 - Сабти маълумот дар таърихи таваллуд.

Замимаи № 10

Техникаи амниотомия

1. Ба зани ҳомиладор машваратдиҳи гузаронида, розигии хаттии зан гирифта шавад.
2. Гуш кардани дилзании тифл дар давоми 1 дақиқа.
3. Барои амниотомия милқати безараргардонидашуда ё асбоби махсуси барои амниотомия лозим аст.
4. Беморро ба тахтапушташ дар курсии гинекологӣ ё дар рахт хобонед (дар болои рахт – пойҳо дар зону кат карда шаванд, кафи пойҳо якҷоя ва зонуҳо ҷудо карда шаванд).
5. Барои баҳодиҳии миқдор ва ранги моеъи амниотикӣ зарфи тоза (таҳоратлаттаи сафед) дар зери коси зан гузошта шавад.

6. Дастҳо шуста ва хушконида шаванд.
7. Дастпушакҳои безарар пушидан лозим аст.
8. Ангуштҳои ишоратӣ ва мобайнии як дастро ба новаи сервикалӣ ворид кунед, зичӣ, мавқеъ, ҳамворшавӣ ва дараҷаи кушодашавии гарданаки бачадонро қайд кунед, пардаҳои назди тифлиро аз сегменти поёнии бачадон ҷудо кунед.
9. Бо дасти дигар шохаи милқат ё асбобро гирифта, онро ба новаи сервикалӣ байни ангуштони ишоратӣ ва миёнаи дасте, ки дар маҳбал аст, ворид кунед ва кӯшиш кунед, ки ба бофтаҳои нарм даст нарасонед ва ба пардаҳои назди тифлӣ равона созед.
10. Ду ангуштро ба пардаҳои назди тифлӣ расонида, бо нӯги милқат ҳубоби назди тифлиро кушоед. Обҳои назди тифлиро оҳиста раҳо кунед.
11. Ангуштони худро ба сӯрохи дар натиҷа ба вучуд омада дароварда, то ҳади имкон пардахоро кушода кунед.
12. Сатҳи истодани сарро муайян кунед, афтидани танобаки нофро инкор кунед.
13. Дасти худро бароред.
14. Муоинаи обҳои назди тифлӣ гузаронида шавад: миқдор, ранг, омехтаҳо;
15. Баъд аз кашидани дастпушакҳо, дастҳоро бишӯед ва хушк кунед.
16. Дилзании тифлро гӯш карда баҳогузорӣ кунед;
17. Ба зани ҳомиладор барои хенстан кӯмак кунед.
18. Маълумотро дар таърихи таваллуд сабт карда, дар он ҷо қайд кардан лозим аст:
 - вақт ва сана.
 - нишондод.
 - миқдор ва ранги обҳои назди тифлӣ.
 - ҳолати гарданаки бачадон, сатҳи истодани сар ва тапиши дили тифл пеш ва баъд аз он амниотомия.
 - имзои духтур.

Пайдо нашудани фаъолияти мунтазами зоиш дар давоми 4 соати баъди амниотомия, ҳамчун бенатиҷа будани барангезиши валодат ҳисобида мешавад.

ВАСЕЪ КАРДАНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН БО КАТЕТЕРИ ФОЛЕЙ

Тачҳизот ва асбобҳои зарурӣ:

- Манбаи барқ ва миз барои асбобҳо;
- Дастпӯшакҳои безарар;
- Оинаҷаҳои маҳбали (безарар);
- Исканҷаҳо (маҳкамшаванда);
- Катетери Фолей 16F ё 18F.
- Оби безараргардонидашуда/маҳлули физиологӣ (30-80 мл) дар сӯзандору;
- Лейкопластер ё лентаи часпак.

Қадамҳои ворид кардани катетери Фолей:

- Баҳодиҳии нишондодҳо ва ғайринишондодҳо барои барангезиши валодат;
- Гузаронидани муоинаи маҳбалӣ барои баҳодиҳии ҳолати гарданаки бачадон;
- Доштани катетери Фолей бо исканҷа тақрибан 1 см аз охири он.
- Хобонидани зан дар ҳолати литотомия;
- Оҳиста гузоштани оинаҷаҳои тамизгашта ба маҳбал ;
- Ворид кардани катетери Фолей ба гарданаки бачадон то новаи дарунӣ;
- Боварӣ ҳосил кунед, ки баллони катетер аз новаи дарунӣ болотар ҷойгир аст;
- Баллончаи катетерро бо 30-80 мл об ё маҳлули физиологӣ бо истифода аз сӯзандору дам кунед (баллонҳои ҳаҷман калонтар фосилаи вақти аз барангезиши валодат то таваллудро кӯтоҳтар мекунад)
- Катетерро эҳтиёткорона кашед, то боварӣ ҳосил кунед, ки он дуруст ҷойгир шудааст. Ягон қисми баллон набояд аз гарданаки бачадон намоён бошад;
- Оинаҷаҳои маҳбалро хориҷ кунед;
- Қисми боқимондаи катетерро ба ҳалқа печонед ва онро дар маҳбал ҷойгир кунед ё бо лентаи часпак ба пой бемор пайваст кунед;

- Катетерро то саршавии зоиш ё на камтар аз 12 соат (максимум 18 соат) дар дарун гузоред;
- Пеш аз хориҷ кардани катетер баллонро холӣ кунед ва сипас барангезиши валодатро бо простагландинҳо ё окситосин идома диҳед.

Замимаи № 12

Усулҳое, ки барои барангезиши валодат тавсия дода намешаванд.

Доруворӣ	Ғайридоруворӣ
Истеъмоли динопростон	Иловаҳои гиёҳӣ
Ворид кардани динопростон ба д/в	Сӯзандармонӣ
Ворид кардани экстраамниотики динопростон ё PGF2 а (энзапрост)	Гомелпатия
Ворид кардани динопростон ба дохили новаи сервикалӣ	Равғани кастор
Гиалорунидаза	Ваннаҳои гарм
Кортикостероидҳо	Клизма
Эстрогенҳо	алоқаи цинсӣ
Ба маҳбал ворид кардани донаторҳои оксиди азот	
Мифепристон (ба истиснои фавти антенаталии тифл)	

Замимаи № 13

Розигии ихтиёрии огоҳонидашуда барои барангезиши валодат

Ман,

(ному насаби пурраи бемор) " _____ " _____ таваллуд, ки дар суроғаи _____

_____ ба қайд гирифта шудаам, розигии огоҳонидашудаи худро ба муҳофизат тиббии дарпешистода дар _____

(номи муассисаи тиббӣ) медиҳам.

Ба ман ба тариқи фаҳмо оиди тарз ва усулҳои имконпазири даҳолати тиббии пешбинишуда, оқибати онҳо, зарурят, мақсад ва натиҷаҳои интизоршудаи табобати дарпешистода, аз ҷумла эҳтимолияти аворизҳо, инчунин оқибати рад кардани даҳолати тиббӣ ба ман фаҳмонида шуданд.

Маро огоҳониданд, ки натиҷа ва оқибати даҳолати тиббиро аниқ пешгӯӣ кардан имконнопазир аст. Ман мефаҳмам, ки ҳама гуна табобат ё амалиёт метавонад ба ҳаёт хавфнок бошад ва метавонад ба маъюбии муваққатӣ ё доимӣ, қисман ё пурра оварда расонад. Нисбати натиҷаҳои даҳолати тиббӣ ҳеч гуна кафолат дода намешавад.

Ман мефаҳмам, ки дар чараёни муҳофизати тиббӣ ҳолатҳои фавқуллодаи ғайричашидодӣ ва мушкилиҳо ба миён омада метавонанд, ки дар онҳо ман ба амалҳои зарурии фавқуллода (таҷдид ё расмиёт) розӣ шуда наметавонам. Дар чунин ҳолатҳо, рафти даҳолати тиббиро духтурон бо салоҳиди худ иваз карда метавонанд.

Ман медонам, ки барои ба ҳадди аксар расонидани самаранокии муҳофизати тиббии дарпешистода ман вазифадорам ба духтур дар бораи тамоми мушкилоти марбут ба саломатӣ, ирсият, аз ҷумла зухуроти аллергия, таҳаммулнопазирии инфиродӣ ба маводи муҳаддир ва ғизо, инчунин тамокукашӣ, истеъмоли машрубот, маводи муҳаддир ё захролуд маълумот диҳам.

Ман мефаҳмам, ки ҳангоми чарроҳӣ талафоти хун имконпазир аст ва шояд интиқоли хуни донор ё ҷузъҳои он зарур бошад, ки ман розигии ихтиёрии худро медиҳам.

Ман розӣ ҳастам, ки аз ман намунаҳои маводи биологиро барои мақсадҳои таҳқиқӣ ва табобатӣ, аз ҷумла ҳуҷайраҳо, бофтаҳо, мосҳои биологӣ бигиранд.

Ба ман фаҳмонда шуд, ки ман ҳуқуқ дорам аз як ё якчанд усулҳои табобат ва офиятбахшӣ ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ даст кашам ё қатъӣ (онҳоро) талаб намоям ва оқибати эҳтимолии чунин радкунӣ ба ман фаҳмонда шуд.

Ман иҷозат медиҳам, ки маълумот дар бораи беморӣ, пешгӯиҳо ва табобати ман танҳо:

(шахсони боэътимод)

Ман бо ҳамаи нуқтаҳои ҳамина ҳуҷҷат шинос карда шудам, онҳо ба ман фаҳмо ҳастанд, ки имзои дар зер гузоштаам аз ин гувоҳӣ медихад.

Имзо Санаи "___" _____

Замимаи № 14

№.	Меъёри сифат	Ҳа/Не
1	Нишондодҳо ба назар гирифта шудаанд.	Ҳа/Не
2	Ғайринишондодҳо ба назар гирифта шудаанд.	Ҳа/Не
3	Гарданаки бачадон баҳодихӣ шудааст.	Ҳа/Не
4	Усули дуруст интихоб шудааст.	Ҳа/Не
5	Ҳолати тифл пеш аз барангезиши валодат баҳодихӣ шудааст.	Ҳа/Не
6	Дар чараёни барангезиши валодат мониторинг гузаронида шудааст.	Ҳа/Не

АДАБИЁТ

1. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018.
2. Gibbs Pickens C.M. et al. Term Elective Induction of Labor and Pregnancy Outcomes among Obese Women and Their Offspring // *Obstet. Gynecol.* 2018. Vol. 131, № 1. P. 12–22.
3. Saccone G. et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials // *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2019. Vol. 98, № 8.
4. Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение). клинические рекомендации. РОАГ. Москва. 2021 г.
5. Оценочный инструмент анализа руководств(клинических рекомендаций) AGREE II. – 2017. – 52 с/
6. Рекомендации ВОЗ по индукции родов. – 2018. – 42 с.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра. – 2015 год
8. Диабет во время беременности: ведение от предзачатия до послеродового периода Руководство NICE Опубликовано: 25 февраля 2015 г. Последнее обновление: 16 декабря 2020 г.)
9. Inducing labour NICE guideline Published: 4 November 2021
10. NICE clinical guideline 70 Developed by the National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, Induction of labour, 2008 г.
11. Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 4. Art. No.: CD004901. DOI: 10.1002/14651858.
12. Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 1. Art. No.: CD000451. DOI: 10.1002/14651858.CD000451.pub2. (This review was updated for the present guide-lines.)
13. Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for labor induction at term: A systematic review and meta-analysis Aihai Liu, Jieqiang Lv, Yue Hu, Junzhe Lang, Luhang Ma, Wenbing Chen *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 40, No. 4: 897–906, April 2014;

14. Carlos De Bonrosto Torralba et al. Low-dose vaginal misoprostol vs vaginal dinoprostone insert for induction of labor beyond 41st week: A randomized trial *Acta Obstet Gynec Scand.* 2019.98. - 913-918
15. Alfirevic Z, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. DOI: 10.1002/14651858. CD001338.pub2f labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 2. Art. No.: CD001338;
16. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Issue 1. Art. No.: CD000941; DOI: 10.1002/14651858. CD000941.
17. Martin J.A. et al. Births: Final for 2017 // *Natl. Vital Stat. Reports.* 2018. Vol. 67, № 8. P. 1–49.
18. Hedegaard M. et al. Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: A historical cohort study // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2015. Vol. 122, № 10. P. 1377–1385.
19. Melamed N. et al. PInduction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus presented at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, February 1-6, 2016. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2016. Vol. 214, № 3. P. 364.e1-364.e8.
20. Chodankar R., Sood A., Gupta J. An overview of the past, current and future trends for cervical ripening in induction of labour // *Obstet. Gynaecol.* 2017. Vol. 19, № 3. P. 219–226.
21. Gupta J. et al. Synthetic osmotic dilators in the induction of labour—An international multicentre observational study // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2018. Vol. 229. P. 70–75.
22. Penfield C.A., Wing D.A. Labor Induction Techniques: Which Is the Best? // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* Elsevier Inc, 2017. Vol. 44, № 4. P. 567–582.
23. Grobman W.A. et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women // *N. Engl. J. Med.* 2018. Vol. 379, № 6. P. 513–523.
24. Nakano T. et al. Factors associated with emergency cesarean delivery during induction of labor in nulliparous women aged 35 years or older at term // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2018. Vol. 44, № 9. P. 1747–1751
25. Bergholt T. et al. Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term—A Nordic register-based study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 2. P. 283–289.

26. Carpenter J.R. Intrapartum management of the obese gravida // *Clin. Obstet. Gynecol.* 2016. Vol. 59, № 1. P. 172–179.
27. Kawakita T. et al. 53: Predicting vaginal delivery in nulliparous women undergoing induction of labor // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017. Vol. 216, № 1. P. S38–S39.
28. Coates D. et al. A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour // *PLoS One* / ed. Mastrolia S.A. 2020. Vol. 15, № 1. P. e0228196.
29. Gleason R.L. et al. A safe, low-cost, easy-to-use 3D camera platform to assess risk of obstructed labor due to cephalopelvic disproportion // *PLoS One.* 2018. Vol. 13, № 9. P. 1–30.
30. Malonga F.K. et al. External anthropometric measurement and pelvimetry among nulliparous women in lubumbashi: Risk factors and predictive score of mechanical dystocia // *Pan Afr. Med. J.* 2018. Vol. 31. P. 1–9.
31. Ayala N.K., Lewkowitz A.K., Rouse D.J. Delivery at 39 Weeks of Gestation // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 4. P. 949–952.
32. Sinkey R.G. et al. Elective Induction of Labor in the 39th Week of Gestation Compared With Expectant Management of Low-Risk Multiparous Women // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 134, № 2. P. 282–287.
33. Brzezinski-Sinai N.A. et al. Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified? // *J. Matern. Neonatal Med.* 2019. Vol. 32, № 14. P. 2271–2279.
34. Carlsson Fagerberg M., Källén K. Third-trimester prediction of successful vaginal birth after one cesarean delivery—A Swedish model // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 5. P. 660–668.
35. de Vaan M.D.T. et al. Mechanical methods for induction of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 2019, № 10.
36. Selin L. et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial // *Women and Birth. Australian College of Midwives*, 2019. Vol. 32, № 4. P. 356–363.
37. De Vivo V. et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2020. Vol. 222, № 4. P. 320–329.
38. Chappell L.C. et al. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial // *Lancet.* 2019. Vol. 394, № 10204. P. 1181–1190.
39. Butalia S. et al. Hypertension Canada’s 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy // *Can. J. Cardiol.* 2018. Vol. 34, № 5. P. 526–531.

40. ACOG. ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 6. P. e237–e260.
41. Berger H., Gagnon R., Sermer M. Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy // *J. Obstet. Gynaecol. Canada.* Elsevier Inc., 2019. Vol. 41, № 12. P. 1814-1825.e1.
42. Metcalfe A. et al. Timing of delivery in women with diabetes: A population-based study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 3. P. 341–349.
43. Martins J.G., Biggio J.R., Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012) // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2020. Vol. 223, № 4. P. B2–B17.