



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

**ТАВСИЯҶОИ КЛИНИКӢ
ОИД БА ИЛЛАТҶОИ ГИПЕРТЕНЗИОНӢ
ДАР СОҶАИ АКУШЕРӢ**

Душанбе 2015



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

734025, ш.Душанбе, к.Шевченко, 69, тел. (372) 221-18-35, факс (372) 2-21-75-25

ФАРМОИШ

аз «21» 04 соли 2015

№ 162

ш.Душанбе

Дар бораи тасдиқ намудани
«Тавсияҳои клиникӣ оид ба
иллатҳои гипертензионӣ
дар соҳаи акушерӣ»

Бо мақсади таъмини сифати баланд ва дастрасии кӯмаки ташхисию табобатӣ, ташкил намудани пешбурди ягона барои идоракунии онҳо бо дарназардошти шароити имкониятҳои маҳаллӣ, самаранок истифода бурдани хизматрасониҳои тиббӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ мутобиқи банди 10 - и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 тахти №148 тасдиқ шудааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ» тасдиқ карда шавад (замима мегардад).
2. Ба сардори Раёсати ташкили хизматрасониҳои тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Раҳматуллоев Ш.Р.) дар якҷоягӣ бо ректорони муассисаҳои давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон» (Қурбон У. А., Аҳмадов А. А.), директори Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинотологии Тоҷикистон», (Ҳақназарова М. А.), сардорони раёсатҳои тандурустии ВМКБ, вилоятҳои Хатлону Суғд ва ш. Душанбе (Некушоева Н.С.,

Маллазода С.Х., Ваҳобов С.А., Муминов Б.Ф.) ва менечерони госпиталӣ ва КАТС-и ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ супориш дода шавад:

а) воридсозӣ ва истифодаи «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ»- и тасдиқгардидаро дар амалияи муассисаҳои КАТС, госпиталӣ ва барномаҳои таълимии пойгоҳҳои муассисаҳои давлатии таълимӣ ва клииникии кафедраҳои акушерии гинекологӣ ва тибби оилавӣ таъмин намоянд. Мӯҳлат дар давоми соли 2015;

б) бо мақсади таъмин намудани эҳтиёҷоти муассисаҳои тиббӣ ба «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ» дар бораи теъдоди нашри онҳо ба Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дархост пешниҳод намоянд;

в) дар якҷоягӣ бо ташкилотҳои байналмилалӣ барои нашри миқдори зарурии «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ» чораҳои зарурӣ андешанд. Мӯҳлат то охири моҳи март соли 2015.

3. Фармоиши Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 26 сентябри соли 2008, таҳти №540 дар бораи «Стандарти таъобати клиникӣ оид ба гестоз» аз эътибор соқит карда шавад.

4. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якуми вазир Л.Бобоҳочиева гузошта шавад.

Вазир



Н. Салимзода

ДУРУСТ

САРСУХАН

Иллатҳои гипертензиони дар соҳаи акушерӣ то ҳол сабаби пешбари беморот ва фавтияти модарӣ ва перинаталӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб мераванд. Бо мақсади беҳтар намудани расонидани ёри ҳангоми пайдо шудани ин авориз дар соли 2008 стандартҳои миллӣ оид ба вайроншавиҳои гипертензиони дар муассисаҳои сатҳи 2-3 таҳия карда шуд. Дар натиҷаи воридкунии стандартҳо, ҳангоми таъбири пре/эклампсия истифодаи маводҳои доругӣ бо таъсири исботнашуда, аз ҷумла ҷузъҳои хун, амалиётҳои беасос, инчунин буриши кайсарӣ ва истифодаи чангакҳои акушерӣ 8-9 маротиба кам шуд, оқибатҳо барои модар ва тифл беҳтар шуданд.

Аммо дар натиҷаи баҳодиҳии сифати ёрии акушерӣ ва неонаталӣ дар сатҳи статсионарӣ ва амбулаторӣ дар Тоҷикистон, ки дар якҷоягӣ бо мутахассисони ТУТ, ки дар солҳои 2012-2013 гузаронида шуд, маълум гашт, ки на ҳамаи ҷузъҳои стандарт оид ба вайроншавиҳои гипертензиони иҷро шуда истодаанд. То айнаи ҳол дар як қатор шӯъбаҳои реаниматсионии беморхонаҳои марказии ноҳиявӣ маводҳои доругӣ бо таъсири исботнашуда, аз ҷумла актовегин, дибазол, папаверин ва диг., тадохули (трансфузия) плазма, албумин, инфузияи маҳлулҳои коллоидӣ васеъ истифода бурда мешавад. Натиҷаҳои аудити ҳолатҳои фавқуллода ва таҳқиқоти махфии ҳолатҳои фавтияти модарӣ низ ҳулосаҳои дар боло зикршударо тасдиқ мекунанд.

Дар асоси ин, қарор дода шуд, ки стандартҳои миллӣ аз нав дида баромада шаванд. Ҳангоми аз нав дида баромадани тавсияҳои клиникӣ гурӯҳи корӣ аз тавсияҳои навтарини ТУТ оид ба пешгирӣ ва таъбири преэклампсия ва эклампсия (1,4,5,14,18), дастурамалҳои беморхонаҳои пешбари ҷаҳон (3,13,15), бо таъбири асосҳои тиббии исботшуда бо сатҳи баланди исботнокӣ (6-11,16,17).

Дар тавсияҳои клиникӣ зерин, нисбат ба тавсияҳои ТУТ, ҳаҷми муоинаҳои лабораторӣ ва функционалӣ васеъ карда шудааст, ки ин бо баландшавии сатҳи бемориҳои музмин дар занон вобаста аст. Васеъ намудани ҳаҷми муоина инчунин бо он вобаста аст, ки занон дар давраи ҳомиладорӣ якумин маротиба ба кормандони тиб муроҷиат менамоянд.

Истифодаи тавсияҳои зерин барои назорат ва таъбири занони ҳомила, зоянда ва таваллудкарда бо вайроншавиҳои гипертензиони дар ҳамаи сатҳҳои муассисаҳои тандурустӣ ҳатмӣ мебошад. Дар асоси ин тавсияҳо дар муассисаҳое, ки ёрии акушерӣ мерасонанд, бояд протоколҳои маҳаллӣ таҳия карда шаванд.

Дар замимаҳо нишондодҳои миёнаи эътидолии муоинаҳои лабораторӣ ва ҳуҷҷатҳо бо ишора ба сатҳ ва сифати тавсияҳое, ки дар фаъолияти амалӣ истифода бурдан мумкин аст, инъикос ёфтаанд.

Миннатдорӣ

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ барои дастгирӣ дар таҳияи стандартҳои зерин миннатдории худро баён намуда, барои ҳамкории ҳамчониба ва судмани минбаъда изҳори умедворӣ менамояд.

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон миннатдории худро ба Ҷамъияти Олмон оиди Ҳамкории Техникӣ (GIZ) барои дастгирӣ ва ёрии фаъол дар раванди воридкунии ва ҷоп намудани стандартҳои миллӣ баён намуда, барои ҳамкории ҳамчониба ва судмани минбаъда изҳори умедворӣ менамояд.

МУРАТТИБОН:

Узакова У.Д. -

дотсенти кафедраи акушерӣ и гинекологии №1
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, мутахассиси
ғайривоҳидии ВТҲИА ҚТ, н.и.т.

Абдурахманов Ф. М.

роҳбари шӯъбаи акушерии ПИТАГ ва П
ВТҲИА ҚТ, д.и.т., профессор

Абдурахманова Ф.М. -

мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т.,
профессор

Камилова М.Ё. -

корманди калони илмии шӯъбаи
обсервационии ПИТАГ ва П ВТҲИА ҚТ,
д.и.т., дотсент

Мухамадиева С.М. -

профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии
ПИТАГ ва П ВТҲИА ҚТ, д.и.т.

Нарзуллаева Е.Н. -

машваратчии илмии ПИТАГ ва П ВТҲИА ҚТ,
профессор

Додхоева М.Ф. -

мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т.,
профессор, аъзо-корр. АИ ҚТ, академики АИТ
ВТ ҚТ

Курбанова М.Х. -

роҳбари шӯъбаи гинекологии ПИТАГ ва П
ВТҲИА ҚТ, д.и.т., профессор

Ашурова Г.С.

директори Маркази миллии солимии
репродуктивии ВТҲИА ҚТ

ТАҚРИЗГАРОН:

СТЕЛИАН ХОДОРОЖА

н.и.т., дотсенти кафедраи акушерӣ ва
гинекологии Донишгоҳи Давлатии Тиббии
Кишинев «Н. Тестемицану», машваратчии
муваққатии бюрои Аврупоии ТУТ

З.М. РАФИЕВА

дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т.

РЎИХАТИ ИХТИСОРОТ

АДР	аломати дисстреси респираторӣ
АлАТ	аланинаминотрансфераза
АН	адади нафаскашӣ
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
АТД	адади таппиши дил
АЧТВ	
БИТ	боздошти инкишофёбии тифл
БМН (БМШ)	беморхонаи марказии ноҳиявӣ (шаҳрӣ)
БЭ	беҳискунии эпидуралӣ
ГХБМТ	гардиши хуни бачадонӣ-машинавӣ-тифлӣ
Д/В	дохиливаридӣ
Д/М	дохилимушакӣ
КАТС	кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ
КТГ	кардиотокография
КФА	кӯмаки фаврии акушерӣ
МСР	маркази солимии репродуктивӣ
МУС	муоинаи ултрасадоӣ
НСШ	нафасдиҳии сунъии шушҳо
НШГ	норасогии шадидаи гурдаҳо
СБД	сабти барқи дил
ТЗГ	табобати зиддигипертензионӣ
ТУТ	Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
ФА	фишори артериалӣ
ФМ	фавтияти модарӣ
ФМВ	фишори марказии варидӣ
ҲТИ	ҳучраи табобати интенсивӣ
ШАҲ	шӯъбаи аворизҳои ҳомиладорӣ
ШЭТИ	шӯъбаи эҳғарӣ ва табобати интенсивӣ
Нб	гемоглобин
HELLP	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelet (гемолиз, баландшавии сатҳи ферментҳои чигар, пастшавии тромбоцитҳо)
Нt	гематокрит

ПЕШГУФТОР

Иллатҳои гипертензионӣ дар 10-12% ҳомиладорон дида мешавад. Иллатҳои гипертензионӣ ба гипертензияи музмин ва гестационӣ, преэклампсия ва эклампсия тақсим мешавад (1, 5,15).

Гипертензияе, ки якумин маротиба баъд аз 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ пайдо мешавад, метавонад ҳамчун аворизи мустақил, масалан, гипертензияи гестационӣ, ё ин, ки ҳамчун аломати преэклампсия пайдо шавад.

Басомади пре/эклампсия дар ҷаҳон 10-12%, фавтияти перинаталӣ ҳангоми ин авориз 18-20% ташкил медиҳад.

Преэклампсия дар 25% ҳолатҳо сабаби боздошти инкишофёбии тифл (вазни навод камтар аз 1500,0 грамм), дар 15% ҳолатҳо сабаби валодат пеш аз мӯҳлат мешавад.

Ба омилҳои асосии инкишофёбии норасоии узвҳои эклампсия ва HELLP синдром мебошад, ки басомади ин аворизҳо дар давлатҳои инкишофёфтаи мутаносибан 6-8% ва 10-20% ташкил медиҳад.

Зиёда аз 90% ҳолатҳои эклампсия баъд аз 28 ҳафтаи ҳомиладорӣ, тақрибан 7,5% дар мӯҳлати 21-27 ҳафтаи ҳомиладорӣ, ва танҳо дар ҳолатҳои алоҳида (1,5%) – то 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ инкишоф меёбад. Дар бисёри ҳолатҳо эклампсия равиши ҳомиладориро (38-53%), камтар – равиши валодат (18-36%) ва давраи баъдивалодатиро (11- 44%) аворизнок мегардонад.

Сабаби инкишофёбии пре/эклампсия тухми ҷанин аст, ва усули ягонаи табобат – қатъ кардани ҳомиладорӣ мебошад. Ҷорабиниҳои табобати дигар дар мавриди инкишофёбии пре/эклампсия танҳо симптоматикӣ мебошанд ва барои пешгирӣ ва таболати ихтилоҷ ва паст намудани сатҳи баланди ФА равона карда шудаанд.

Преэклампсия ва эклампсия хавфи баланди фавтияти модарӣ ва перинаталӣ доранд. Азбаски дар айни замон технологияҳои самараноки расонидани ёри тиббӣ аниқ муайян карда шудаанд, ин аворизҳо сабабҳои идорашавандаи фавтияти модарӣ ба ҳисоб мераванд. Омилҳои асосии пешгирии оқибатҳои номусоид барои модар ва тифл ин саривақт расонидани ёри акушерӣ мебошад.

ТАСНИФИ КЛИНИКИИ ИЛЛАТҲОИ ГИПЕРТЕНЗИОНӢ

Барои табиби амалӣ истифодаи таснифи клиникӣ иллатҳои гипертензионӣ ҳангоми ҳомиладорӣ, валодат ва давраи баъдивалодатие, ки дар асоси тавсияҳои мутахассисони ТУТ таҳия карда шудааст, муносибтар аст.

Таснифи клиникӣ иллатҳои гипертензионӣ дар бар мегирад:

- Гипертензияи артериалӣ, ки ба музмин ва гестационӣ тақсим мешавад;
- Преэклампсия;
- Эклампсия.

Таснифи мазкур дар соли 2007 аз ҷониби ассотсиатсияи акушер-гинекологони Тоҷикистон қабул ва барои истифода дар амалияи акушерӣ тавсия карда шуд, дар соли 2014 дар ҷаласаи васеи ассотсиатсия аз нав дида баромада шуд.

Аломатҳои асосии иллатҳои гипертензионӣ:

- гипертензияи артериалӣ;
- протеинурияи аворизнок;
- ихтилоҷи тоникӣ-клоникӣ;
- вайроншавии функсияҳои узвҳои ҳаётан муҳим;

Мавҷудияти варамҳоро барои ташхис и иллатҳои гипертензионӣ истифода намебаранд, азбаски варамҳои мӯътадил дар 50-80% занҳо бо равиши физиологии ҳомиладорӣ ҷой доранд. Танҳо варамҳое, ки зуд пайдо ва инкишоф меёбанд, хусусан дар мавқеи камар, аҳамияти ташхисӣ доранд.

Набудани варам ҳангоми пре/эклампсия хатарноктар аст, назар ба мавҷудияти онҳо.

Ташхиси гипертензияи артериалӣ ва муайян намудани вазнинии ҳолат аз дуруст чен намудани ФА вобаста аст. Риоя намудани қоидаҳои зерин ҳангоми чен кардани ФА ҳатмист.

Қоидаҳои чен кардани ФА (5):

1. Чен кардани ФА бо аппаратҳое, ки манометрҳои симобӣ доранд, аниқтар аст. Дигар аппаратҳо бояд бо манометрҳои симобӣ мувофиқа карда шаванд (II 2A). Ченкунакҳои электронии ФА барои баҳо додани ФА ҳангоми преэклампсия бояд истифода бурда нашаванд, азбаски метавонанд нишондодҳоро паст нишон диҳанд (II 2A).
2. Мизоч бояд дар ҳолати ором, аз рӯи имконият баъд аз дамгирӣ бошад (на камтар аз 5 – 10 дақ).
3. Мавқеъ – нимнишаста дар зери кунҷи 45 дараҷа ё дароз кашида – яктарафа.
4. Манжетаи аппарат барои чен намудани фишор бояд бо давраи китфи мизоч мувофиқ бошад (1,5 маротиба дарозтар аз давраи даст). Манжета бояд дар сатҳи дили мизоч ҷойгир бошад (II-2a).
5. Маротибаи аввал бояд ФА дар ҳарду даст чен карда шавад, минбаъд танҳо дар дасте, ки сатҳи ФА дар он баландтар аст (III B).
6. Сатҳи фишори систоликӣ аз рӯи садои зарби I Коротков (саршавии садоҳои зарби дил) баҳо дода мешавад. Сатҳи фишори диастоликӣ аз рӯи садои зарби V Коротков баҳо дода мешавад (IA).
7. Нишондодҳо бояд бо аниқӣ то 2 мм сут. сим. сабт карда шаванд.

Ташхиси гипертензияи артериалӣ асоснок аст, агар сатҳи ФА (5):

- ФА диастоликӣ – 110 мм сут. сим. ва баландтар аз он ё ФА систоликӣ – 160 мм сут. сим. ва баландтар аз он (чен кардани яккарата кифоя аст) ё
- ФА диастоликӣ - аз 90 то 110 мм сут. сим. ё ФА систоликӣ аз 140 то 160 мм сут. сим., баъд аз чен кардани дукарата бо фосилаи 15 дақиқа (II-2B).

Меъёрҳои гипертензияи мӯътадил (2a):

- ФА диастоликӣ - аз 90 то 110 мм сут. сим. (баъд аз чен кардани дукарата бо фосилаи 15 дақиқа);
- ФА систоликӣ аз 140 то 160 мм сут. сим. (баъд аз чен кардани дукарата бо фосилаи 15 дақиқа).

Меъёрҳои гипертензияи вазнин (5):

- ФА диастоликӣ - 120 мм сут. сим. ва баландтар (чен кардани яккарата кифоя аст);
- ФА диастоликӣ - аз 110 то 120 мм сут. сим. (баъд аз чен кардани дукарата бо фосилаи 15 дақиқа);
- ФА систоликӣ 160 мм сут. сим. ва баландтар (баъд аз чен кардани дукарата бо фосилаи 15 дақиқа) (II-2B).

Протеинурияи аворизнок

Сабаби пайдоиши протеинурияи аворизнок - вайроншавии функсияи узвҳои ҳаётан муҳим мебошад.

Ҳисоби аниқи сафедаи пешоб танҳо ҳангоми таҳлили сатҳи сафеда дар пешоби шабонарӯзӣ мумкин аст (дар 24 соат).

Меъерҳои таҳлили протеинурияи аворизнок (5):

- Мавҷудияти 300 мг сафеда ва зиёда аз он дар пешоби шабонарӯзӣ (дар 24 соат) ё
- 300 мг сафеда ва аз он зиёд дар ду таҳлили пешоб, ки бо фосилаи на камтар аз 4 соат гирифта шудааст;
- 3г/л ва зиёда аз он дар таҳлили яккаратаи пешоб (2а)
-

Протеинурияи аворизнок ба мӯътадил ва вазнин тақсим мешавад:

- Мӯътадил: сатҳи протеинурия аз 0,3 г/л то 3,0 г/л.;
- Вазнин: сатҳи протеинурия 3г/л ва баландтар.

Скрининг бо истифодаи тест – хат ё ҷӯшонидани пешоб гузаронида мешавад.

Истифодаи тест-хат:

- Канори индикатории тест-хат ба пешоб ворид карда мешавад, мавҷеи реагентдор бо яд пурра дар пешоб бошад ва дарҳол бароварда мешавад;
- Микдори зиёдании пешоб аз тест-хат бо воситаи тақсонидани он бартараф карда мешавад;
- Тест-хат дар ҳолати горизонталӣ дошта мешавад ва бо намунаҳои рангҳое, ки дар ҷадвал нишон дода шудааст, мувофиқа карда мешавад;
- Натиҷаҳои тест тақрибан ба сатҳи зерини протеинурия мувофиқат мекунад: 1+ = 0,3 г/л, 2+ = 1 г/л и 3+ = 3 г/л.

Ҷӯшонидани пешоб:

- Пешоб ба найчашиша (пробирка) гирифта шавад;
- Ҷӯшонидани шавад;
- Интизор шавед, то пробирка хунук шавад;
- Баҳодиҳии пешоби ҷӯшонидашуда:
- тақсонии ғавс («пешоб бурида шудааст») нишонаи мавҷудияти сафеда аст.
- агар пешоб шаффоф ё хира бошад: 2-3 қатра туршии уксус ҷақсонидани шавад. Дар мавриди нософ мондани пешоб – дар он сафеда мавҷуд аст, агар пешоб шаффоф шавад – сафеда нест.

ШАКЛҲОИ КЛИНИКӢ ИЛЛАТҲОИ ГИПЕРТЕНЗИОНӢ (5, 18):

- Гипертензия артериалӣ;
- Презклампсия;
- Эклампсия

ГИПЕРТЕНЗИЯИ АРТЕРИАЛӢ

Гипертензия дар давраи ҳомиладорӣ ба шаклҳои зерин тақсим мешавад:

- гестатсионӣ (вобаста ба ҳомиладорӣ);
- музмин (новобаста аз ҳомиладорӣ).

Тасниф:

- гипертензияи гестатсионӣ - гипертензияе, ки ибто ҳомиладорӣ вобаста буда, нахустин маротиба дар нимаи дуюми он ташхис карда шуда, дар давраи баъдивалодатӣ **нест мешавад**.
- гипертензияи музмин –гипертензияе, ки нахустин маротиба то ҳомиладорӣ ё дар нимаи аввали ҳомиладорӣ муайян карда шудааст. Гипертензияи музмин аломати бемории музмин аст (бемории фишорбаландӣ, нуқсони дил, аворизи эндокринӣ, гломерулонефрит ва дигар бемории вазнин), бо назардошти ин аз лаҳзаи муайян кардани баландшавии ФА бояд муоинаи пурра ва таъбабат гузаронида шавад.

Меъерҳои ташхисии гипертензияи гестатсионӣ:

- Танҳо баъд аз 20 ҳафтаи ҳомилагӣ инкишоф меёбад ва
- Дар давоми якчанд рӯз ва ё 6 ҳафтаи аввали баъд аз таваллуд бартараф мешавад.

Меъерҳои ташхисии гипертензияи музмин:

- ташхис то ҳомиладорӣ ё дар нимаи аввали ҳомиладорӣ (то 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ) гузошта мешавад;
- дар давраи баъдивалодатӣ (42 рӯзи баъди валодат) гипертензияи артериалӣ бартараф намешавад;
- аломати бемории музмин (бемории фишорбаландӣ, нуқсони дил, аворизи эндокринӣ ва ғ.) мебошад.

Вобаста аз сатҳи ФА гипертензия ба ду дараҷаи вазнинӣ тақсим мешавад:

- Муътадил;
- Вазнин.

Гипертензияи муътадил, меъерҳои ташхисӣ:

Ҳангоми дукарата чен кардани ФА:

- ФА диастоликӣ - аз 90 то 105 мм сут. сим. ё/ва
- ФА систоликӣ - аз 140 мм сут. сим. то 160 мм.сут. сим.

Гипертензияи вазнин, меъерҳои ташхисӣ: (2а):

- ФА диастоликӣ 120 мм сут сим ва зиёдтар аз он (ченкунии яккарата кифоя аст) ё;
- ФА диастоликӣ аз 110 мм сут сим то 120 мм сут. сим. (ченкунии дукарата бо фосилаи 15 дақиқа) ё/ва;
- ФА систоликӣ аз 160 мм сут. сим. ва зиёдтар аз он (ченкунии яккарата кифоя аст).

Пешбурд ҳангоми гипертензияи артериалӣ (1,5)

Назорат дар сатҳи антенаталӣ аз ҷониби акушер-гинеколог, дар мавриди лозимӣ якҷоя бо терапевт ё дигар табиби соҳавӣ таъмин карда мешавад. Бистарикунонӣ ба муассисаҳои акушерии сатҳи 2-3 ё шӯъбаҳои соҳавӣ (кардиологӣ, нефрологӣ ва ғ.) БМН (БМШ), пажӯҳишгоҳҳои илмӣ-тадқиқотӣ ва марказҳои мувофиқи нишондод таъмин карда мешавад. Дар муассисаҳои соҳавӣ машваратчӣ акушер-гинеколог бояд ҳар рӯз муоинаи зани ҳомиладорро гузаронад.

Пешбурд хангоми гипертензияи артериалӣ дар сатҳи КАТС:

Гипертензияи мӯътадил:

- Табиби оилавӣ/момодоя дарҳол баъд аз муайян намудани баландшавии ФА бояд машварати терапевт, машваратчии акушер-гинеколог, директори МСР таъмин намояд;
- Муоинаи иловагӣ:
 - таҳлили кушоди хун бо ҳисоби тромбоцитҳо;
 - муайян намудани сатҳи билирубини хун, АЛАТ – ду маротиба (то 12 ҳафта ва дар 38 ҳафтаи ҳомиладорӣ);
 - сабти барқи дил;
 - муоинаи окулист (қаъри чашм).
 - Дар 37-39 ҳафтаи ҳомиладорӣ – доплерографияи гардиши хуни бачадонӣ-машимавай-тифлӣ (аз рӯи имконият).
 - Муоинаҳои дигар – мувофиқи протоколи пешбурди ҳомилагии физиологӣ;
- Назорати минбаъдaro машваратчӣ – акушер-гинеколог дар якҷоягӣ бо табиби соҳавӣ (терапевт, кардиолог, нефролог ва диг.) таъмин мекунад;
- Муоинаи такрорӣ директори МСР дар мӯҳлати 30-32 ва 38 ҳафтаи ҳомиладорӣ гузаронида мешавад;
- Дар мавриди набудани аворизҳои акушерӣ ва лозимияти бистарикунонӣ аз рӯи бемории ғайригениталӣ – бистарикунонӣ ба шӯъбаи соҳавӣ таъмин карда мешавад (кардиологӣ, нефрологӣ ва ғ.).
- Хангоми гипертензияи мӯътадили гестатсионӣ таъмин карда мешавад бо маводҳои доругӣ лозим нест.
- Ба ҳомиладорон тавсия дода мешавад, ки хӯроки бо магний бойро истеъмол намоянд: ҷави русӣ (овсянка), гречка, сӯк (пшено), лӯбиё, ҷав (ячмень), чормағз, арахис, меваҳои хушк, испаноқ (шпинат);
- назорати амбулаторӣ дар мавриди таъмин намудани шароити зерин мумкин аст:
 - маҳдуд кардани ҳаракатҳои ҷисмонӣ, ҳоби комил;
 - назорати ҳолат ва чен кардани ФА 2 маротиба дар як рӯз;
 - маълумотдиҳӣ ба зан оиди аломатҳои хавфнок;
 - имконияти дарҳол бистарикунонӣ ҳангоми пайдоиши аломатҳои хавфнок;
- дар нимаи дуоми ҳомиладорӣ ҳар 3 рӯз баҳодиҳии такрорӣ ҳолати зан (муайян намудани сатҳи сафедаи пешоб ва аломатҳои дигари преэклампсия, ҳолати тифл) таъмин карда шавад.

Гипертензияи вазнин:

1. таъмин кардани зидтигипертензионии фаврӣ (ниг. ТЗГ);
2. баҳодиҳии мавҷудияти аломатҳои преэклампсия (пурсиши шиқоятҳо, муоина, сатҳи сафедаи пешоб);
3. муоинаи якҷояи машваратчӣ-акушер-гинеколог, директори МСР ва машваратчии соҳавӣ вобаста ба бемории ғайригениталӣ (кардиолог, нефролог ва диг.);
4. Бистарикунонии фаврӣ:
 - a. Дар мавриди набудани аворизи акушерӣ бистарикунонӣ ба шӯъбаи соҳавӣ барои муоина, таъмин кардани масъалаи идомаи ҳомиладорӣ, ва муоинаи ҳаррӯзаи машваратчӣ-акушер-гинеколог (табиби дараҷаи тахассуснокиаш якум/олӣ).
 - b. Нишондод ва усули қатъ намудани ҳомиладорӣ ё валодаткунониро машваратчӣ/мудирӣ шӯъбаи соҳавӣ (кардиолог, эндокринолог, нефролог ва диг.) ҳал мекунад. Дар роҳат муфассал чорабиниҳои таъмин кардани – ташхисӣ, нишондод, усули қатъ намудани

- ҳомиладорӣ сабт карда мешавад. Имзои мудирӣ шӯъба ва табиби табобаткунанда ҳатмист.
- c. Ҳангоми гипертензияи гестационии вазнин – бистарикунонӣ ба муассисаи сатҳи 2 дар мӯҳлати 22-27 ва 35 ҳафтаи ҳомиладорӣ ва зиёда аз он. Дар мӯҳлати 28-34 ҳафтаи ҳомиладорӣ ё мавҷудияти аломатҳои боздошти инкишофёбии тифл дар мӯҳлати 35 ҳафтаина ва зиёда аз он – бистарикунонӣ ба муассисаи сатҳи 3 таъмин карда мешавад.
 - d. Дар роҳхат – муфассал маълумоти собиқавӣ ва ташхисию табобатӣ сабт карда мешавад.

Пешбурд ҳангоми гипертензияи артериалӣ дар сатҳи госпиталии муассисаҳои сатҳи 2-3

Пешбурди гипертензияи мӯътадил: ниг. Пешбурд дар сатҳи КАТС

Пешбурди гипертензияи вазнин:

1. Табобати зиддигипертензионии фаврӣ (ниг.ТЗГ);
2. Мавҷудияти аломатҳои презкламписия баҳо дода шавад (пурсиши шикоятҳо, гузаронидани муоина, муайян намудани сатҳи сафедаи пешоб);
3. Ҳангоми гипертензияи музмини вазнин ва тавсияи қатъ намудани ҳомиладорӣ ё валодати пеш аз мӯҳлат – пешбурд аз рӯи тавсияҳои мутахассиси соҳавӣ (усули қатъкунӣ/валодаткунонӣ) бурда мешавад.
4. Ҳангоми гипертензияи гестационии вазнин – бистарикунонӣ ба муассисаи сатҳи 2 дар мӯҳлати 22-27 ва 35 ҳафтаи ҳомиладорӣ ва зиёда аз он. Дар мӯҳлати 22-27 ҳафтаи ҳомиладорӣ ва ФА идоранашаванда - идома додани ҳомиладорӣ номатлуб аст. Дар мӯҳлати 35 ҳафтаина ва зиёда аз он – барангезиши валодат. (Пешбурди валодат ниг. Валодаткунонӣ). Дар мӯҳлати 28-34 ҳафтаи ҳомиладорӣ ё мавҷудияти аломатҳои боздошти инкишофёбии тифл дар мӯҳлати 35 ҳафтаина ва зиёда аз он – бистарикунонӣ ба муассисаи сатҳи 3 таъмин карда мешавад.
5. Ҳачми муоина ниг. чадвали 2;
6. Дар мавриди сатҳи идоранашавандаи ФА систоликӣ – 170 мм сут. сим. ва зиёда аз он ё /ва ФА диастоликӣ 110 мм сут. сим. ва зиёда аз он масъалаи қатъ кардани ҳомиладорӣ ё валодаткунонии бармаҳал ҳал карда шавад (ниг. Валодаткунонӣ), пешгирии ихтилоҷ гузаронида шавад.
7. Қатъ кардани ҳомиладорӣ ё валодаткунонӣ дар муассисаҳои валодатии сатҳи 2-3 вобаста ба мӯҳлати ҳомиладорӣ гузаронида мешавад.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Преэклампсия яке аз иллатҳои ҷиддии гипертензионӣ ҳисобида мешавад ва дар бисёри ҳолатҳо сабаби оқибатҳои номусоид барои модар ва тифл мешавад. То айни ҳол патогенези преэклампсия номаълум аст.

Мейёрҳои умумикабулшудаи преэклампсия пайваستшавии протеинурия ба гипертензияи артериалӣ ҳисобида мешавад, ки он аломати вайроншавии функсияҳои узвҳои ҳаётан муҳим мебошад.

Преэклампсия – нишондод барои бистарикунонӣ ба муассисаи сатҳи 2 ё 3, вобаста ба мӯҳлати ҳомиладорӣ ва ҳолати тифл мебошад.

Омилҳои хавфи преэклампсия (5):

- Пре/эклампсия дар собиқа (II – 2B);
- Бемориҳое, ки сабаби инкишофёбии машимаи калон мешаванд (ҳомилагии бисёртифла) (II2B);
- Бисёрвазнӣ (II – 2B);
- Гипертензияи музмин (II – 2B);
- Бемориҳои аутоиммунӣ (масалан, бодхурии сурхи системавӣ (системная красная волчанка), аломати антифосфолипидӣ ва ғ.);
- Бемориҳои гурда;
Ғайр аз ин, ба гурӯҳи хавфи инкишофёбии пре/эклампсия нахустҳомиладорони синни бармаҳал (15-19 сола) ва деринаи (35 сола ва зиёдтар) репродуктивӣ дохил мешаванд.

Преэклампсия тақсим мешавад ба:

- мӯътадил
- вазнин

Тақсимкунӣ аз рӯи дараҷаи вазнинӣ нисбӣ аст, азбаски гузариши преэклампсияи мӯътадил ба вазнин метавонад тез ва нобахангом бошад (5).

Меъёрҳои ташхисии преэклампсияи мӯътадил ин якҷояшавии аломатҳои гипертензияи мӯътадил ва протеинурияи мӯътадил мебошад:

- баландшавии ФА диастоликӣ аз 90 то 110 мм сут. сим. баъд аз 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ ё баландшавии ФА систоликӣ аз 140 то 160 мм сут. сим. бо пайвастшавии
- протеинурияи аворизнок аз 300 мг/л то 3 г/л пешоби шабонарӯзӣ (дар 24 соат) ё дар ду таҳлили пешоб, ки бо фосилаи на камтар аз 4 соат гирифта шудааст.

Пешбурди преэклампсияи мӯътадил дар сатҳи КАТС:

1. ташкили фаврии бистарикунонӣ дар мошини санитарӣ ба муассисаи сатҳи 2-3 (вобаста аз мӯҳлати ҳомиладорӣ);
2. дар роҳхат муфассал чорабиниҳои табобатию ташхисӣ сабт карда шавад;
3. табобат бо маводҳои доругӣ ҳангоми преэклампсияи мӯътадил гузаронида намешавад;
4. бистарикунонӣ ба шӯъбаи аворизҳои ҳомиладорӣ таъмин карда мешавад.

Пешбурд ҳангоми преэклампсияи мӯътадил дар ШАҲ муассисаҳои сатҳи 2-3:

1. нақшаи пешакии пешбурд ва валодаткунонӣ дар якҷоягӣ бо мудирӣ шӯъба дар рӯзи воридшавии зан, хотимавӣ – дар рӯзи дуҷуми воридшавӣ аниқ карда мешавад;
2. назорати мунтазам аз рӯи ҳолати тифл ва зани ҳомиладор: ғайр аз табиби табобаткунанда, назорати табиби навбатдор ҳар 12 соат бо қайд намудан дар таърихи валодат, момодоя сатҳи ФА, набз, миқдори нӯшокии истеъмолнамуда ва пешоби хоричнамуда, таппиши дили тифл ҳар 4 соат бо танаффус ба хоби шаб (варақаи назоратӣ) таъмин карда мешавад;
3. ҳаҷми ҳатмии муоина бояд дар 2 рӯзи аввали бистарикунонӣ таъмин карда шавад, ғайр аз таҳлили хун бо тромбоситҳо, таҳлили умумии пешоб, ки дар рӯзи воридшавӣ гирифта мешаванд (ниг. Ҳаҷми муоина);
4. муайян кардани сатҳи протеинурия: 1 маротиба дар 3 рӯз, дигар таҳлилҳо – 1 маротиба дар як ҳафта, аз рӯи нишондод – зиёдтар;
5. ба ҳомиладор маълумот додан оид ба аломатҳои хатарнок ва лозимияти фавран муроҷиат намудан ба кормандони тиб ҳангоми пайдоиши онҳо;
6. табобати медикаментозӣ лозим нест;

7. ҳангоми ҳомилагии расида – барангезиши валодат, ҳангоми ҳомилагии норасида – назорат дар статсионар.

Пешбурди валодат ҳангоми презклампсияи мӯътадил дар муассисаҳои сатҳи 2-3:

1. муоинаи мудирӣ шӯба ва интиҳоби пешбурди валодат дар соатҳои аввали бистарикунонӣ; ҳангоми навбатдорӣ – муоина ва интиҳоби пешбурд аз ҷониби навбатдори масъул, дар мавриди банд будани ӯ – аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш якум/олӣ;
2. назорат аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш якум/олӣ таъмин карда мешавад;
3. таҳлилҳо дар 30 дақиқаи аввали баъд аз воридшавӣ гирифта мешаванд;
4. баҳодихӣ ҳолати тифл бо истифодаи КТГ ё гӯш кардани таппиши дили тифл ҳар 15 дақиқа бо қайд намудан дар партограмма;
5. ба зани зоянда маълумот додан оид ба аломатҳои хатарнок ва лозимияти ғавран мурочиат намудан ба кормандони тиб ҳангоми пайдоиши онҳо;
6. таъмин намудани назорати мунтазам аз рӯи ҳолати зани зоянда: ҳангоми мунтазам будани фаъолияти валодат – ҳар 30 дақиқа, ҳангоми набудани фаъолияти валодат – бо фосилаи 1 соат;
7. амниотомияи бармаҳал ҳангоми кушодашавии гарданаки бачадон – 4 см;
8. бедаркунии валодат ҳатмист: усули интиҳоб – анестезияи эпидуралӣ;
9. Муфассал ниг. Валодаткунонӣ

Пешбурди давраи баъдивалодатӣ ҳангоми презклампсияи мӯътадил:

1. назорат аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш якум/олӣ таъмин карда мешавад;
2. дар 24 соати аввал – назорати набз, ФА, ҳолати бачадон ва маҳбал, хусусият ва миқдори лохияҳо, ҳарорат, ҳаҷми пешоби хоричшуда бо фосилае, ки дар партограмма қайд карда шудааст, дар шабонарӯзҳои дуюм ва минбаъда – дар варақаи назоратӣ нишондодҳои дар болозикршуда ҳар 4 соат бо танаффус ба хоби шабонарӯзӣ (Замимаи 1);
3. муоина дар рӯзи воридшавӣ: ҷамъи таҳлилоҳе, ки дар ҷадвали 1 нишон дода шудаанд;
4. муайян намудани протеинурия ҳар 3 рӯз;
5. ба зани таваллудкарда маълумот додан оид ба аломатҳои хатарнок ва лозимияти ғавран мурочиат намудан ба кормандони тиб ҳангоми пайдоиши онҳо;
6. ширмакони ғайринишондод нест;
7. ҷавобдиҳӣ на барвақтар аз шабонарӯзи сеюми давраи баъдивалодатӣ ҳангоми қаноатбахш будани ҳолати модар ва навзод, нишондодҳои эътидолии хун ва пешоб (ҷадвали 1). Иқтибос бо маълумоти муфассал оид ба равиши валодат, натиҷаҳои муоина, тавсияҳо ба дасти зан ҳангоми ҷавобшавӣ дода мешавад;
8. дар рӯзи ҷавобдиҳӣ мудирӣ шӯба бояд маълумотро ба муассисаи КАТС аз рӯи зисти зан расонад.

Ҷадвали 1

Ҳаҷми муоинаҳои ҳатмӣ ҳангоми гипертензияи мӯътадил ва презклампсия

Узв/система	Ҳаҷми муоина	Чанд маротиба то валодаткунонӣ	Баъд аз валодат (24 соати баъди валодат)
Хун	Нб, Нт, миқдори тромбоситҳо	1 маротиба дар 7 рӯз	1 маротиба
Системаи дилу	Ҷен кардани ФА, набз	Ҳар 4 соат бо танаффус ба хоби шаб	

рағҳо	СБД	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар	
Коагулограмма	Сатҳи фибриноген	Ҳар 7 рӯз	1 маротиба
Гурдаҳо	Баҳои диурез	Ҳар 4 соат	
	Сатҳи протеинурия	1 маротиба дар 3 рӯз	
	Таҳлили умумии пешоб	1 маротиба дар 7 рӯз	1 маротиба
	МУС	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар	
Чигар	Сатҳи билирубин Муайян намудани АлАТ;	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар 1 маротиба	1 маротиба 1 маротиба
	МУС	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар	
Машваратҳо	Терапевт*	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар	Аз рӯи нишондод
Баҳои ҳолати тифл	МУС тифл - фетометрия, микдори обҳои тифлӣ; Муайян кардани ГХБМТ (доплерография) КТГ тифл	Дар шабонарӯзи якум аз лаҳзаи аниқ кардани ташхис	

*дигар мутахассисони соҳавӣ – аз рӯи нишондод

ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН

Меъёрҳои ташхисии преэклампсияи вазнин:

1. Гипертензияи артериалӣ: сатҳи ФА диастоликӣ аз 110 мм сут сим ва болотар аз он ё ФА систоликӣ 160 мм сут сим баъд аз 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ бо протеинурия: аз 3 г/л ва зиёда аз он (дар 24 соат), ё дар ду намунаи пешобе, ки паи ҳам бо фосилаи на камтар аз 4 соат гирифта шудааст.
2. Ё гипертензияи артериалӣ ё/ва протеинурияи аворизнок бо пайваस्तшавии як ё якчанд аломати зерин:
 - Гиперрефлексия;
 - Дарди сар;
 - Вайроншавии биноиш;
 - Дилбеҳузурӣ ва/ё қайқунӣ;
 - Дард дар мавқеи болоии шикам (эпигастрий ё зери қабурғаҳои рост);
 - Зардшавии ранги пӯст ва луобпардаҳои намоён;
 - Олигурия (хориҷшавии пешоб камтар аз 400,0 мл дар 24 соат ё камтар аз 100,0 мл дар 4 соат);
 - Гемолизи эритроцитҳо;
 - Баландшавии сатҳи ферментҳои чигар (АлАТ зиёда аз 50 АД/л);
 - Камшавии шумораи тромбоцитҳо камтар аз 150000×10^9 /л;
 - Варами шушҳо.

Ҳаҷми муоинаҳои ҳатмӣ дар занон бо преэклампсияи вазнин*

Узв/система	Ҳаҷми муоина	Чанд маротиба то валоҷаткунонӣ
Хун	Нб, Нт, миқдори тромбоцитҳо	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), минбаъд аз рӯи нишондод
Системаи дилу рағҳо	Чен кардани ФА, набз	Ҳар соат
	СБД	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар
Коагулограмма	Вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт	Ҳангоми воридшавӣ дарҳол, минбаъд аз рӯи нишондод
	Сатҳи фибриноген, АЧТВ	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), минбаъд аз рӯи нишондод
Гурдаҳо	Баҳои диурез	Ҳар 4 соат
	Сатҳи протеинурия	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), минбаъд аз рӯи нишондод
	Таҳлили умумии пешоб	Ҳар 24 соат
	Сатҳи мочевина, креатинин, мочевая кислота, электролитҳо (K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+}) дар хун	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), минбаъд аз рӯи нишондод
	МУС	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар
Чигар	Сатҳи билирубин ва фраксияҳои он; Муайян намудани АлАТ;	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), минбаъд аз рӯи нишондод
	МУС	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар
Баҳои ҳолати тифл	МУС тифл - фетометрия, миқдори обҳои тифлӣ; Муайян кардани ГХБМТ (доплерография), КТГ тифл аз рӯи имконият	Дар 4 соати аввали баъд аз аниқ кардани ташхис

*Дигар намуди муоинаҳо ва машваратҳо – аз рӯи нишондод

Пешбурд ҳангоми преэклампсияи вазнин дар сатҳи КАТС:

1. расонидани ёрии фаврии акушерӣ (пешгирии ихтилоҷ ва табоботи зиддигипертензионӣ);
2. ташкил намудани бистарикунони фаврӣ дар мошини санитарӣ ба муассисаи сатҳи 2-3 (вобаста аз мӯҳлати ҳомиладорӣ);
3. дар роҳхат чорабиниҳои табобатӣ-ташхисӣ муфассал сабт карда шаванд;

4. бистарикунонӣ ба ҲТИ шӯъбаҳои валодатӣ ё ШЭТИ муассисаҳои сатҳи 2-3 вобаста аз протоколи маҳаллии дар муассиса қабулшуда.

Пешбурд хангоми преэклампсияи вазнин дар муассисаҳои сатҳи 2-3:

- расонидан/идома додани ёрии фаврии акушерӣ (пешгирӣ ва табобати зиддигипертензионӣ);
- вобаста аз протоколи маҳаллии дар муассиса қабулшуда бистарикунонӣ ба ҲТИ ё ШЭТИ;
- назорат аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш яқум/олӣ таъмин карда мешавад, муоина ҳар 4 соат, аз рӯи нишондод – зиёдтар;
- тактикаи акушерӣ дар якҷоягӣ бо мудирӣ шӯъба муайян карда мешавад (навбатдори масъул), ва бо гузоштани имзои ӯ тасдиқ карда мешавад;
- дар мавриди набудани аломатҳои вайроншавии функцияҳои узвҳои ҳаётан муҳим муоинаи анестезиолог-реаниматолог 2 маротиба дар шабонарӯз бо фосилаи 12 соат, инчунин хангоми супоридан-қабул кардани зан, бо гузоштани имзо тасдиқ карда мешавад;
- дар мавриди пайдоиши аломатҳои вайроншавии функцияҳои узвҳои ҳаётан муҳим назорат аз ҷониби мудирӣ шӯъба/машваратчиӣ шӯъба акушер-гинеколог, мудирӣ шӯъба таъмин карда мешавад. Муоинаи навбатдори масъул ва анестезиолог-реаниматолог ҳар 4 соат, аз рӯи нишондод - зиёдтар.

I. Дар шӯъбаи қабул:

1. момодоя/табиб баҳои тезро гузаронида, расонидани ёрии фаврии акушериро сар мекунад (пешгирии ихтилоҷ ва табобати зиддигипертензионӣ);
2. ба шӯъбаи қабул мудирӣ шӯъба, анестезиолог-реаниматолог ё хангоми навбатдорӣ – навбатдори масъул ё акушер-гинекологи дараҷаи тахассуснокиаш яқум/олӣ даъват карда мешаванд;
3. ба шӯъбаи лозимӣ якҷоя бо табиб гузаронида мешавад: ҲТИ шӯъбаи таваллудӣ ё шӯъбаи эҳёгарӣ (мувофиқи протоколи маҳаллӣ).

II. Дар шӯъба:

1. чорабиниҳо оид ба пешгирии ихтилоҷ ва табобати зиддигипертензионӣ идома дода шаванд;
2. муоинаи пурраи клиникӣ-лабораторӣ гузаронида шавад (ниг. поёнтар);
3. назорати нишондодҳои асосӣ ҳар соат, аз рӯи нишондод зиёдтар бурда шавад (ниг. Варақаи назорат, замимаи 1);
4. назорати мунтазам аз рӯи ҳолати тифл (ҳар 4 соат дар мавриди набудани фаъолияти валодат);
5. валодаткунонӣ. Нақшаи пешбурд дар вақти корӣ аз ҷониби мудирӣ шӯъба дар якҷоягӣ бо мудирӣ шӯъбаи эҳёгарӣ ва табобати интенсивӣ муайян карда мешавад. Муоинаи маъмурияти муассисаи табобатӣ ва машваратчиӣ шӯъба бояд дар рӯзҳои корӣ гузаронида шавад. Хангоми навбатдорӣ – нақшаи пешбурд аз ҷониби навбатдори масъул дар якҷоягӣ бо табиби эҳёгари навбатдор муайян карда мешавад (ниг. Валодаткунонӣ);
6. назорат аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш яқум/олӣ бурда мешавад, ҳар 4 соат дар таърихи валодат маълумот сабт карда мешавад, аз рӯи нишондод – зиёдтар.

Нақшаи пешбурди валодат ҳангоми преэклампсияи вазнин:

I. Дар шӯъбаи қабул:

1. момодоя/табиб баҳои тезро гузаронида, расонидани ёрии фаврии акушериро сар мекунад (пешгирии ихтилоҷ ва табобати зиддигипертензионӣ);
2. ба шӯъбаи қабул мудирӣ шӯъба, анестезиолог-реаниматолог ё ҳангоми навбатдорӣ – навбатдори масъул ё акушер-гинекологи дараҷаи тахассуснокиаш яқум/олӣ даъват карда мешаванд;
3. ба шӯъбаи лозимӣ яқоя бо табиб гузаронида мешавад: ҲТИ шӯъбаи таваллудӣ ё шӯъбаи эҳёгарӣ (мувофиқи протоколи маҳҳалӣ).

II. Дар шӯъба:

1. муоинаи мудирӣ шӯъба дарҳол баъд аз воридшавии зан дар вақти корӣ ё навбатдори масъул ҳангоми навбатдорӣ (агар онҳо банд бошанд – муоина аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш яқум/олӣ) гузаронида мешавад;
2. таҳлилҳо гирифта мешаванд, МУС дар 30 дақиқаи баъд аз воридшавӣ гузаронида мешавад (ҷадвали 2, пунктҳои 1-7);
3. назорат аз рӯи ҳолати тифл: КТГ ё гӯш кардани таппиши дили тифл ҳангоми валодат ҳар 15 дақиқа, қайд кардани нишондод – ҳар 30 дақиқа, дар мавриди набудани фаъолияти валодат – гӯш кардан ва қайд кардани таппиши дили тифл ҳар як соат;
4. амниотомияи бармаҳал ҳангоми кушодашавии гарданаки бачадон 4 см ва зиёдтар;
5. бедардкунӣ валодат ҳатмист: усули интиҳоб – беҳискунии эпидуралӣ;
6. валодат аз рӯи нақшаи пешбурд дар рӯзҳои корӣ аз ҷониби мудирӣ шӯъба, ҳангоми навбатдорӣ – аз ҷониби навбатдори масъул дар яқоягӣ бо мудир ё эҳёгари навбатдор бурда мешавад;
7. назорат аз ҷониби табиби дараҷаи тахассуснокиаш яқум/олӣ таъмин карда мешавад.

Нишондод барои буриши қайсарӣ ҳангоми преэклампсияи вазнин

- Эклампсия;
- Бемориҳои музмини зан, ки сабаби набудани имконияти валодат бо роҳҳои табиӣ мешаванд;
- Набудани самара аз барангезиш ё пурзӯркунии валодат;
- Пайвастшавии дигар аворизи акушерӣ (валодати дарозмуддат/обструктивӣ, пешомади коси тифл, ҳомилагии аз мӯҳлат гузашта, тифли калон ва ғ.);
- Аворизҳои вазнини преэклампсия – норасогии шадиди дил ё нафаскашӣ, норасогии шадиди гурдаҳо, норасогии шадиди чигар ва гурдаҳо, HELLP-синдром, ҷудошавии шабакия (сетчатка), хунрезӣ ба шабакия (сетчатка), пеш аз мӯҳлат ҷудошавии машимаи дурустҷойгиршуда, сактаи майна (инсулт), хунрезӣ ба капсулаи глиссонӣ – хунравии чигарӣ, иғмо (кома), варами мағзи сар.
- Гипертензияи артериалии идоранашаванда;
- Дистресси тифл дар мӯҳлати ҳомилагии зиёда аз 28 ҳафтаина, ё баъд аз 22 ҳафтаина дар мавриди мавҷудияти шароит барои нигоҳубин.

Нақшаи пешбурди давраи баъдивалодатӣ ҳангоми преэклампсияи вазнин:

1. зан ба шӯъбаи баъдивалодатӣ баъд аз маслиҳат бо мудирӣ шӯъбаи баъдивалодатӣ гузаронида мешавад. Гузаронидани зан ба шӯъбаи баъдивалодатӣ дар вақти шаб манъ аст. Бе зарурият гузаронидани зан дар вақти навбатдорӣ тавсия дода намешавад;
2. дар рӯзи аввали гузариш муоинаи мудирӣ шӯъба хатмист;
3. дар 24 соати аввал – назорати нишондодҳои дар саҳифаи дуҷоми партограмма қайдшуда ва дар шабонарӯзҳои минбаъда то ҷавобшавӣ – варақаи назорат бурда мешавад. Дар 48 соати аввали баъди валодат – нишондодҳо ҳар соат, минбаъд ҳар 4 соат бо танаффус ба хоби шаб баҳо дода мешаванд;
4. муоина: муайян намудани протеинурия ҳар 3 рӯз, таҳлилҳои биохимиявӣ ҳар 7 рӯз, агар дигар нишондодҳо набошанд (ҷадвали 2 п.1-6);
5. ба зани таваллудкарда маълумот додан оид ба аломатҳои хатарнок ва лозимияти ғавран мурочиат намудан ба кормандони тиб ҳангоми пайдоиши онҳо;
6. ширмакони ғайринишондод нест; масъалаи ширмакони бо акушер-гинеколог ва неонатолог маслиҳат карда мешавад.

**Ҷадвали пешбурди преэклампсияи вазнин дар муассисаҳои сатҳи 2-3
вобаста аз мӯҳлати ҳомиладорӣ**

Пешбурди ҳомиладорӣ	Пешбурди валодат
Мӯҳлати миладорӣ камтар аз 28 ҳафтаина: бистарикунонӣ ба муассисаи сатҳи 2	
<ul style="list-style-type: none"> • идома додани ҳомиладорӣ номатлуб; • пешгирии ихтилоҷ; • табобати зиддигипертензионӣ. 	<ul style="list-style-type: none"> • пешгирии ихтилоҷ ва табобати зиддигипертензионӣ; • барангезиши валодат вобаста аз ҳолати гарданаки бачадон аз рӯи ҷадвали Бишоп: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 9 – 13 ҳол: амниотомия, ҳангоми набудани самара дар давоми 4 соат, барангезиши валодат бо маҳлули окситотсин; ➢ камтар аз 6 ҳол: мизопроствол (сайтотек) – 25 мкг ҳар 6 соат то пайдоиши шароит барои амниотомия; • бедардкунии валодат, усули беҳтарин – беҳискунии эпидуралӣ; • фаъол бурдани давраи 3 валодат; • назорати партографӣ, назорати нишондодҳои саҳифаи 2 партограмма, варақаи назоратӣ (замимаи 1) хатмист.
•	•
Мӯҳлати ҳомиладорӣ 28 -34 ҳафтаина – бистарикунонӣ ба ШЭТИ ё ХТИ шӯъбаи валодатии муассисаи сатҳи 3 (мувофиқи протоколи маҳалӣ)	
<ul style="list-style-type: none"> • пешгирии ихтилоҷ; • табобати зиддигипертензионӣ. • пешгирии АДР навзодон дар мавриди набудани: <ul style="list-style-type: none"> ✓ гипертензия идоранашаванда; ✓ вайроншавии функцияҳои узвҳои ҳаётан муҳим; ✓ хунравӣ; ✓ дистресси тифл, 	<ul style="list-style-type: none"> • пешгирии ихтилоҷ ва табобати зиддигипертензионӣ; • пешгирии АДР навзодон; • назорати функцияи узвҳои ҳаётан муҳим, чорабиниҳои табобатӣ (замимаи 1), ҳолати тифл, дарди кашишхурӣ, хориҷот аз маҳбал ҳар соат, аз рӯи нишондод – зиёдтар; • Баъд аз анҷои пешгирии АДР навзодон: • Дар мавриди набудани нишондод барои буриши қайсарӣ – барангезиши валодат, ки вобаста аз ҳолати гарданаки бачадон аз рӯи ҷадвали Бишоп: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 9 – 13 ҳол: амниотомия, ҳангоми набудани самара дар давоми 4 соат, барангезиши валодат бо маҳлули окситотсин; ✓ камтар аз 6 ҳол: мизопроствол (сайтотек) – 25 мкг ҳар 6 соат то пайдоиши шароит барои амниотомия;

<p>дигар нишондодҳо барои валодаткунонии фаврӣ.</p> <p>Чадвали пешгирии АДР навзодон:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дексаметазон 6 мг д/м ҳар 12 соат дар давоми 48 соат (вояи умумӣ 24 мг) ё бетаметазон 	<ul style="list-style-type: none"> • бедардкунии валодат, усули бехтарин – бехискунии эпидуралӣ; • назорати ҳолати тифл: КТГ ё гӯш кардани таппиши дили тифл ҳар 15 дақиқа, қайд намудан ҳар 30 дақиқа; • фаъол бурдани давраи 3 валодат; • назорати партографӣ, назорати нишондодҳои саҳифаи 2 партограмма, варакаи назоратӣ (замимаи 1) хатмист.
<p>Мӯҳлати ҳомиладорӣ 35 ҳафтаинава зиёда аз он: бистарикунонӣ ба ШЭТИ ё ҲТИ шӯъбаи валодатии муассисаи сатҳи 3 (мувофиқи протоколи маҳҳалӣ)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • пешгирии ихтилоҷ; • табобати зиддигипертензионӣ. 	<ul style="list-style-type: none"> • пешгирии ихтилоҷ ва табобати зиддигипертензионӣ; • назорати функсияи узвҳои ҳаётан муҳим, чорабиниҳои табобатӣ (замимаи 1), ҳолати тифл, дарди кашишхурӣ, хоричот аз маҳбал ҳар соат, аз рӯи нишондод – зиёдтар; • барангезиши валодат, ки вобаста аз ҳолати гарданаки бачадон аз рӯи чадвали Бишоп: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 9 – 13 ҳол: амниотомия, ҳангоми набудани самара дар давоми 4 соат, барангезиши валодат бо маҳлули окситотсин; ✓ камтар аз 6 ҳол: мизопростол (сайтотек) – 25 мкг ҳар 6 соат то пайдоиши шароит барои амниотомия; • бедардкунии валодат, усули бехтарин – бехискунии эпидуралӣ; • назорати ҳолати тифл: КТГ ё гӯш кардани таппиши дили тифл ҳар 15 дақиқа, қайд намудан ҳар 30 дақиқа; • фаъол бурдани давраи 3 валодат; • назорати партографӣ, назорати нишондодҳои саҳифаи 2 партограмма, варакаи назоратӣ (замимаи 1) хатмист.

*Простагландинҳо Е1 (мизопростол, сайтотек, миролют) то пайдоиши фаъолияти мунтазами валодат ё пайдоиши шароит барои амниотомия бояд истифода бурда шаванд!

Кӯмаки фаврии акушерӣ ҳангоми презклампсияи вазнин:

1. Даъват барои ёрӣ;
2. Зани ҳомиладор (зоянда, таваллудкарда) ба тарафи чап, ба ҷои ҳамвор ҳобонида мешавад;
3. Барои пешгирии ихтилоҷ вояи боркунандаи MgSO₄ (4-6 грамм) дар давоми 10-20 дақиқа д/в ворид карда мешавад;
4. Воридкунии д/в вояи боркунандаи MgSO₄. (1-2 грамма в час) сар карда мешавад;
5. Нифидепин 10 мг (1 ҳаб) ё дигар маводбарои ТЗГ (гидралазин, лабетолол) дода мешавад. Истифодаи маводҳои зиддигипертензионӣ барои идораи сатҳи ФА диастоликӣ на баландтар аз 100 мм сут сим, ва ФА систоликӣ - на баландтар аз 160 мм сут сим равона карда шудааст;
6. Зани ҳомиладор ба ҳучраи табобати интенсивӣ ё шӯъбаи эҳёгарӣ ва табобати интенсивӣ (мувофиқи протоколи маҳҳалӣ) бо ҳамроҳии табиб гузаронида шавад.

ЭКЛАМПСИЯ

Эклампсия бо инкишофёбии ихтилоҷ дар нимаи дуоми ҳомиладорӣ, валодат ва давраи баъдивалодатӣ, хусусан дар заминаи дигар аломатҳои иллатҳои гипертензионӣ рух медиҳад. Дар адабиёти англисзабон ва тавсияҳои ТУТ ҳамчун аломатҳои хоси эклампсия ихтилоҷ дар заминаи гипертензия ва протеинурия ҳисобида мешавад.

Кома (набудани ҳуш) ва дигар аломатҳои эклампсия ба аломатҳои, ки ҳангоми эклампсия кам дида мешаванд, дохил мешаванд.

Сабабҳои ихтилоҷ дар амалияи акушерӣ метавонад бо бемориҳои музмини зан вобаста бошад, аз ҷумла:

- Бемориҳои мағзи сар: хунрезӣ, аневризма, тромбози варидҳо, омос, абсесс, малформатсияҳои рагу варидӣ, энсефалит, менингит ва диг.;
- Эпилепсия;
- Гипергликемия;
- Вайроншавии мубодилаи электролитӣ: гипонатриемия, гипокалиемия;
- Пурпураи тромботикии тромбоситопеникӣ;
- Таъсири маводҳои доругӣ (амфетамин, кокаин, теофиллин, хлзапин);
- Аломати постпункционӣ ва ғ.

Сабабҳои зиёди инкишофёбии ихтилоҷро ба назар гирифта, ҳангоми эклампсия ҳатман бояд машварати асабшинос, окулист ва дигар мутахассисон гузаронида шавад.

То аниқ қардани сабаб, ҳама гуна ихтилоҷ дар зани ҳомиладор, зоянда ва таваллудкарда бояд ҳамчун эклампсия баҳо дода шавад.

АСОСҲОИ ПЕШБУРДИ ЭКЛАМПСИЯ:

- кӯмаки фаврии акушерӣ;
- табобати ихтилоҷ;
- табобати зиддигипертензионӣ;
- валодаткунонӣ.

КҶМАКИ ФАВРӢ ҲАНГОМИ ИХТИЛОҶ

1. Занро танҳо нагузошта барои кӯмак даъват намоед.
2. Занро дар таҳти ҳамвор, ба паҳлуи чап хобонида, сарашро ба паҳлу гардонед (бо мақсади пешгирии аспиратсия).
3. Баҳои тези ҳолати зан (набз, Ф/Х, нафаскашӣ). Дар баробари ин аз ҳамроҳони зан (ҳешовандон ва табибон) собиқаи зан чамъ карда шавад.
4. Ҳангоми ихтилоҷ занро доред, то ин, ки осеб наёбад. Агар забон дар байни дандонҳо монда бошад: дандонҳоро бо даҳонвасеъкунак кушода, забонро бо забондорак дошта, роҳҳои нафаскаширо озод намоед. Дар ҳолатҳои дигар зарурати истифодаи даҳонвасеъкунак ва забондорак нест!
5. Баъд аз қатъ гардидани ихтилоҷ роҳҳои нафас аз назар гузаронида мешавад, барои тасмим гирифтани аз озод будани роҳҳои нафас.
6. Додани оксиген бо воситаи ниқоб бо суръати 4-6 л дар як дақиқа таъмин карда мешавад.
7. Дар мавриди апноэи дурудароз нафаскашии ёридоханда бо истифодаи халтаи Амбу гузаронида мешавад.
8. Баъд аз барқароршавии нафаскашӣ вояи нигоҳдорандаи MgSO₄ (4-6 грамм) д/в гузаронида мешавад, дар мавриди такроршавии ихтилоҷ – 2 грамм MgSO₄, воридкунии вояи нигоҳдоранда бо суръати 1-2 грамм дар як соат сар карда мешавад.
9. Агар сатҳи ФА 160/110 мм сут сим ва зиёда аз он бошад, маводи зиддигипертензионӣ (регос ё д/в) дода мешавад.

10. Оҳиста зан ба аробача хобонида шавад.
11. Бистарикунонӣ ё гузаронидан ба ҳучраи табобати интенсивӣ ё шӯъбаи эҳғарӣ ва табобати интенсивӣ (агар ихтилоҷ дар статсионар ба амал ояд) бо воситаи аробача бо ҳамроҳии анестезиолог-реаниматолог ва акушер-гинеколог.

Пешбурд ҳангоми эклампсия дар сатҳи КАТС ё дар хона:

1. расонидани кӯмаки фаврии акушерӣ;
2. ташкили бистарикунонии фаврӣ бо воситаи мошини санитарӣ ба муассисаи сатҳи 2-3 (вобаста аз мӯҳлати ҳомиладорӣ) бо ҳамроҳии табиб (машваратчӣ-акушер-гинеколог/табиби оилавӣ). Пешакӣ ба муассисаи ёрии валодатӣ хабар расонида шавад;
3. дар роҳхат чорабиниҳои табобатӣ-ташхисӣ муфассал қайд карда шавад;
4. бистарикунонӣ ба шӯъбаи эҳғарӣ, ки дар наздикии чарроҳгоҳ ҷойгир аст (бе гузариш аз қабулгоҳ) таъмин карда мешавад.

Пешбурд ҳангоми эклампсия дар статсионар:

Дар шӯъбаи қабул:

1. баҳои тез ва кӯмаки фаврии акушериро момодоя/табиби қабулгоҳ сар мекунад;
2. ба шӯъбаи қабул мудири ШЭТИ (анестезиолог-реаниматолог), ҳангоми навбатдорӣ – навбатдори масъул акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог, лаборант даъват карда мешавад;
3. баъд аз ворид кардани вояи боркунандаи сулфати магний аз варида дигар хун гирифта мешавад: 1,0 мл барои муайян кардани вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт (пробирка барои санҷиш ҳангоми зарурият нигоҳ дошта мешавад), таҳлили хун барои муайян намудани нишондодҳои биохимиявӣ, коагулограмма ва муайян кардани гурӯҳи хун ва резус-мансубият (агар маълум набошад). Таҳлилҳо дарҳол ба озмоишгоҳ фиристода мешаванд;
4. ба ҳучраи табобати интенсивии шӯъбаи реаниматсия, шӯъбаи валодатӣ мувофиқи протоколи маҳҳалӣ бо ҳамроҳии табиб анестезиолог-реаниматолог гузаронида мешавад;

II. Дар шӯъба:

1. чорабиниҳо оид ба табобати ихтилоҷ ва ТЗГ идома дода мешаванд;
2. ба шошадон катетери доимӣ гузошта мешавад, пешоби хоричшуда қайд карда мешавад ва барои таҳлили умумӣ фиристода мешавад;
3. муоинаи пурраи клиникӣ – лабораторӣ гузаронида мешавад (ниг. поёнтар);
4. назорати бефосилаи нишондодҳои асосӣ бурда мешавад, ҳар 30 дақиқа дар корти наркозӣ қайд карда мешавад, аз рӯи нишондод – зиёдтар. Аз лаҳзаи саршавии чарроҳӣ – қайдҳои корти наркозӣ мувофиқи Фармоиши ВТХИА №78 пур карда мешавад.
5. нақшаи пешбурдро дар вақти корӣ машваратчии шӯъба дар якҷоягӣ бо мудири ШЭТИ ва маъмурияти таваллудхона (сардухтур ё муовини ӯ оид ба кори муоличавӣ) муайян мекунад. Ҳангоми навбатдорӣ – нақшаи пешбурдро навбатдори масъул дар якҷоягӣ бо табиби эҳғари навбатдор муайян мекунад. Нақшаи интиҳобшуда дар мавриди набудани вайроншавии функсияҳои узвҳои ҳаётан муҳим бо табиби ургентӣ маслиҳат карда мешавад. Дар мавриди мавҷудияти вайроншавии функсияҳои узвҳои ҳаётан муҳим даъват ва муоинаи табиби ургентӣ ҳатмист, дар мавриди лозимӣ – ташкил намудани консилиум аз ҳисоби мутахассисони пешбар ва соҳавӣ (нефролог, кардиолог ва ғ.);

6. масъалаи валодаткунонӣ бояд дар 2 соати аввали баъди устуворшавии ҳолат ва тайёрӣ ба чарроҳӣ ҳал карда шавад;
7. назоратро табиби дараҷаи тахассуснокиаш якум/олӣ таъмин менамояд, қайдҳо дар таърихи валодат – ҳар 4 соат, аз рӯи нишондод – зиёдтар.

Ҷадвали 2

Ҳаҷми ҳатмии муоинаи занони ҳомиладор бо эклампсия*

Узв/система	Ҳаҷми муоина	Чанд маротиба то валодаткунонӣ
Хун	Нв, Нt, миқдори тромбоцитҳо	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), баъд аз рӯи нишондод
	Таҳлили умумии хун	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), баъд аз рӯи нишондод
Системаи дилу рағҳо	Чен кардани ФА, набз	Ҳар соат
	Сабти барқи дил	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар
Коагулограмма	Вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт	При поступлении сразу, далее по показаниям
	Сатҳи фибриноген, АЧТВ	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), баъд аз рӯи нишондод
Гурдаҳо	Баҳои диурез	Ҳар 4 соат
	Таҳлили умумии хун	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), баъд аз рӯи нишондод
	Сатҳи сафедаи пешоб	Ҳар 24 соат
	Сатҳи мочевина, креатинин, мочевая кислота , электролитҳои хун (K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+})	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), баъд аз рӯи нишондод
	МУС	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар
Чигар	Сатҳи билирубин ва фраксияҳои он Муайян кардани АлАТ;	На дертар аз 3 соат аз лаҳзаи воридшавии зан, минбаъд ҳар рӯз (дар ду рӯзи аввал), баъд аз рӯи нишондод
	МУС	1 маротиба, аз рӯи нишондод – зиёдтар
Баҳои ҳолати тифл	МУС тифл - фетометрия, миқдори обҳои тифлӣ;	Дар 4 соати аввали баъд аз аниқ кардани ташхис

	КТГ тифл ва муайян намудани гардиши хуни бачадонӣ-тифлӣ-машимавӣ – аз рӯи имконият	
Машваратҳо	Окулист (қаъри кос) Асабшинос; Нефролог	

Дигар намуди муоинаҳо ва машваратҳо – аз рӯи нишондод;

*миқдори миёна нишон дода шудааст, аз рӯи нишондод зиёдтар.

**НАҚШАИ РАСОНИДАНИ ЁРӢ ҲАНГОМИ ЭКЛАМПСИЯ
ДАР МУАССИСАҲОИ САТҲИ 2-3**

	Бистарикунонӣ	Муоина	Асосҳои пешбурд
Экламписия дар давраи ҳомиладорӣ	<p>1. Дар шӯъбаи қабул: ✓ расонидани кӯмаки фаврии акушерӣ; ✓ даъвати анестезиолог-реаниматолог, лаборант;</p> <p>2. Ба шӯъбаи эҳғарӣ (3а), ки дар наздикии чарроҳгоҳ чойгир аст, бистарӣ карда шавад;</p>	<p>1. Дар шӯъбаи қабул: а. Дар зери таъсири ТЗГ ва баъд аз воридкунии вояи боркунандаи сульфати магний – аз вариди дигар таҳлилҳо (ниг. чадвали 2 – ҳачми муоинаҳои ҳатмӣ);</p> <p>2. дар шӯъбаи эҳғарӣ: а. ба шошадон катетери доимӣ гузошта мешавад,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Табобат ва пешгирии ихтилочи такрорӣ; • Воридкунии маводҳои зиддигипертнезионӣ; • Валодаткунонӣ бо усули буриши қайсарӣ новобаста аз мӯҳлати ҳомиладорӣ баъд аз тайёрии пешакии зани ҳомиладор; • Маълумот ба маъмурияти муассиса дода шавад; • Маълумот ба неонатолог дода шавад, то ин, ки барои қабули навзод тайёрӣ бинад. Новобаста аз ҳолат навзод 4 соати аввал дар ҳучраи табобати интенсивӣ дар зери назорат мебошад, минбаъд аз рӯи ҳолат;
Экламписия ҳангоми валодат	<p>1. Дар шӯъбаи қабул: 2. расонидани кӯмаки фаврии акушерӣ; 3. даъвати анестезиолог-реаниматолог, лаборант;</p> <p>4. Ба маъмурияти муассиса маълумот дода шавад;</p> <p>5. Ба шӯъбаи эҳғарӣ (3а), ки дар наздикии чарроҳгоҳ чойгир аст, бистарӣ карда шавад;</p>	<p>пешоби хоричшуда кайд карда мешавад ва барои таҳлили умумӣ фиристода мешавад;</p> <p>б. СБД модар; с. қаъри чашм; д. машварати терапевт, окулист (қаъри чашм), асабшинос; е. МУС гурдаҳо, чигар; ф. Допплерография (аз рӯи имконият), КТГ ва МУС тифл (фетометрия, миқдори обҳои тифлӣ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Табобат ва пешгирии ихтилочи такрорӣ қатъ карда намешавад; ✓ ТЗГ; <p>Пешбурди валодат: Дар муассисаи сатҳи 2: ✓ ҳангоми воридшавӣ дар давраи I валодат: - амниотомия, буриши қайсарӣ; ✓ ҳангоми бистарикунонӣ дар давраи II валодат – ниг. поёнтар; Дар муассисаи сатҳи 3*: ✓ марҳилаи латенти валодат: амниотомия, буриши қайсарӣ; ✓ марҳилаи фаъоли валодат:</p> <ul style="list-style-type: none"> • амниотомия; • ҳангоми кушодашавии даҳонаи бачадон зиёда аз 4 см имконияти валодат бо роҳҳои табиӣ ҳаст*; • бедардкунӣ – беҳискунии эпидуралӣ; • назорати ҳолати тифл: КТГ • агар валодат дар давоми 2 соат анҷом наёбад – буриши қайсарӣ* <p>давраи II валодат</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ тифли зинда: • чангакҳои акушерӣ ё экстраксияи тифл аз мавқеи кос, дар зери бедардкунии умумӣ; ➢ тифли мурда: • чарроҳии тифлпоракунӣ (бедардкунии умумӣ)*; <p>давраи III валодат</p> <ul style="list-style-type: none"> • фаъол бурда мешавад;
Экламписия баъдвалодат	Ниг. экламписия дар давраи ҳомиладорӣ	Пунктҳои 1, 2 (ғайр аз зерпункти f)	<p>1. Табобат ва пешгирии ихтилочи такрорӣ: дар давоми 48 соат;</p> <p>2. Табобати зиддигипертнезионӣ;</p> <p>3. Бедардкунӣ баъд аз буриши қайсарӣ;</p>

*муассисаҳои табобатӣ ҳуқуқи инфиродии пешбурди валодатро ҳангоми гузаронидани муоина ex consilium доранд.

АСОСҲОИ ПЕШБУРДИ ИЛЛАТҲОИ ГИПЕРТЕНЗИОНӢ

Асосҳои табобати иллатҳои гипертензиони аз чузъҳои зерин иборат аст:

1. Пешгири ва табобати ихтилоҷ;
2. Табобати зиддигипертензиони;
3. Валодаткунони

I. ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ ИХТИЛОҶ

Пешгири ва табобати ихтилоҷ ҳангоми преэклампсияи вазнин, эклампсия ва гипертензияи вазнини идоранашаванда (сатҳи ФА – баландтар аз 160/110 мм сут сим) гузаронида мешавад.

Барои пешгири ва табобати ихтилоҷмаводҳои зерин истифода бурда мешавад: сульфати магний ва диазепам.

- маводи интихоби - сулфат магний ($MgSO_4$) (сатҳи А);
- дар мавриди таҳаммулнопазирӣ, захролудшавии магнезиали ё мавҷудияти ғайринишондод барои истифодаи $MgSO_4$ Диазепам истифода бурда мешавад (сатҳи В);
- тиопентали натрийи ҳангоми наркози умумӣ бо нафаскашии сунъии шушҳо истифода бурда мешавад (сатҳи В). Дар мавриди истифодаи тиопентали натрий – воридкунии сульфати магний бояд қатъ карда шавад. тиопентали натрий **танҳо** аз ҷониби анестезиолог-реаниматолог истифода бурда мешавад.

Сульфати магний аз рӯи самаранокӣ дар пеши бензодиазепинҳо, фенитоин ва нимодипин бартарӣ дорад, басомади буриши қайсарӣ, хунравӣ ва таназзули (депрессия) навзодонро зиёд намекунад (сатҳи А).

Нақшаи истифодаи сульфати магний аз воридкунии дохилимушакӣ ва дохиливаридии вояи боркунанда ва нигоҳдоранда иборат аст. Дар мавриди такроршавии ихтилоҷ дар заминаи воридкунии сульфати магний 2 грамм $MgSO_4$ иловагӣ ворид карда мешавад.

Воридкунии дохиливаридии $MgSO_4$ дар сатҳи КАТС ё хона истифода бурда мешавад, дар статсионар воридкунии дохиливаридӣ истифода бурда мешавад. Нақшаи пешгири ва табобати ихтилоҷ ҳангоми преэклампсияи вазнин ва эклампсия ягона аст(ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Нақшаи истифодаи сульфати магний ҳангоми преэклампсияи вазнин ва эклампсия

Усули воридкуни	Вояи боркунанда	Вояи нигоҳдоранда
Д/М	10 грамм	5 грамм бо фосилаи 4 соат
Д/В	4-6 грамм	1-2 грамм дар 1 соат

Қоидахое, ки ҳангоми воридкунии дохилимушакии $MgSO_4$ бояд риоя карда шаванд:

- воридкунии д/м $MgSO_4$ хеле дарднок аст, аз ин рӯ бояд пешакӣ лидокаин 1% - 2,0 ворид карда шавад;
- воридкунии $MgSO_4$ бояд чуқур ба мушаки сурин (ягодичная мышца);
- вояи боркунанда бояд ба 2 қисм тақсим карда – 5 граммӣ ба ҳар як сурин (ягодица) ворид карда шавад;
- маҳлули 50% $MgSO_4$ истифода бурда мешавад.

Қоидахое, ки ҳангоми воридкунии дохиливаридии $MgSO_4$ бояд риоя карда шаванд:

- дар давоми 10-20 дақиқа, вобаста аз таассури зан ворид карда мешавад;

- вояи боркунандаи $MgSO_4$ – дар маҳлули Рингер (масалан: бояд 16 мл маҳлули 25% $MgSO_4$ яъне 4 грамм ворид карда шавад. Дар ду сӯзандоруи 20,0 грамма - 8 мл $MgSO_4$ гирифта, ба он 20,0 мл маҳлули Рингер илова карда мешавад);
- суръати меърии воридкунии вояи нигоҳдорандаи $MgSO_4$ 80, 0 мл дао як соат мебошад, дар мавриди набудани олигоурия ё дигар ғайринишондод. Ҳангоми хунравӣ – суръати воридкунӣ баланд карда мешавад;
- ба маълумоти зан расонида шавад, ки эҳтимол ҳангоми воридкунӣ ҳиссиёти гармӣ дар бадан пайдо мешавад.
- *Омӯзонидани кормандони миёнаи тиб ҷиҳати дуруст тайёр кардани қатрарез (капельница) барои ворид кардани вояи нигоҳдоранда хеле муҳим аст.*

Барои дурустии ҳисоб ва назорати воридкунӣ, маҳлули шиша бояд бе бақия ба вақти воридкунӣ тақсим карда шавад. Масалан, агар вояи интихобкардаи $MgSO_4$ 1 грамм дар 1 соат ва ҳаҷми инфузия 80 мл дар 1 соатро ташиқал диҳад: шишаи маҳлули Рингер, ки 500,0 мл аст дар давоми 6 соату 25 дақиқа чаконида мешавад, яъне ба маҳлул бояд 6,25 грамм $MgSO_4$ илова карда шавад.

Барои қулай шудани ҳисоб бояд барои 6 соат маҳлул тайёр карда шавад:

Агар вояи $MgSO_4$ 1 г/с, бошад, барои 6 соат бояд ба маҳлул 6 грамм – яъне 24 мл маҳлули 25% $MgSO_4$ илова карда шавад.

Аз шиша 44 мл маҳлули Рингера гирифта, 24 мл $MgSO_4$ илова карда мешавад, он гоҳ ададе, ки ба 6 тақсим мешавад, пайдо мешавад ($500 - 44 + 24 = 480$ мл).

Дар мавриди набудани линиомат зарур аст, ки миқдори қатраҳо аниқ ҳисоб карда шавад. Барои ин аниқ кардани ҳисоботҳои зерин лозим аст:

- *воридкунии чанд мл маҳлул дар 1 соат ба нақша гирифта шудааст (суръати инфузия);*
- *чанд мл маҳлули $MgSO_4$ бояд илова карда шавад, то ин, ки миқдори хокаи хушки $MgSO_4$ 1-2 граммро дар 1 соат ташиқал диҳад;*
- *миқдори қатраҳо дар 1 дақиқа чунин ҳисоб карда шавад, ки суръати воридкунӣ ва вояи $MgSO_4$ дар 1 соат ба вояи ба нақшагирифташуда мувофиқат кунад;*

Миқдори қатраҳо дар 1 дақиқа аз он, ки дар системаи истифодашаванда, чанд қатра 1 млро ташиқал медиҳад ва аз суръати воридкунӣ вобаста аст.

Ҳисоб вобаста аз диаметри сӯзан ва миқдори қатраҳо дар 1 мл (дар пакете, ки дар он системаи таъмизушуда ҷойгир карда шудааст) гузаронида мешавад. Агар диаметри сӯзан 20 G бошад: дар 1,0 мл - 20 қатра.

Масалан: суръати воридкунӣ 80 мл дар 1 соат, диаметри сӯзан 20G, яъне дар 1,0 мл = 20 қатра;

Ҳисоби қатраҳо: $(20 \text{ қатра} \times 80,0 \text{ мл}) : 60 \text{ дақ.} = 26,7 \text{ қатра дар 1 дақ.}$ Яъне дар 1 дақиқа бояд 27 қатра ворид карда шавад.

Масалан: суръати воридкунӣ 50 мл дар 1 соат, диаметри сӯзан 20G, яъне дар 1,0 мл = 20 қатра;

Ҳисоби қатраҳо: $(20 \text{ қатра} \times 50,0 \text{ мл}) : 60 \text{ дақ.} = 16,7 \text{ қатра дар 1 дақ.}$ Яъне дар 1 дақиқа бо-яд 17 қатра ворид карда шавад.

Дар Тоҷикистон асосан маҳлулҳои 25% ва 50% $MgSO_4$ истифода бурда мешавад.

1 грамм $MgSO_4$ - 4мл маҳлули 25% ва 2 мл маҳлули 50% $MgSO_4$ ташиқал медиҳад.

Давомнокии воридкунии $MgSO_4$ 24 -48 соатро баъди валодат ё ихтилоҷи охири, вобаста аз он, ки кадоме аз инҳо охири ба амал омадааст, ташиқал медиҳад. Азбаски дар 48 соати аввал хатари инкишофёбии ихтилоҷ баландтарин аст, тавсия дода мешавад, ки воридкунӣ 48 соат давом дода шавад.

Дар статсионар бояд д/в ворид карда шавад. Танҳо дар мавриди набудани имконияти ворид кардани д/в $MgSO_4$ д/м ворид карда мешавад.

Сулфати магний маводи беҳавф нест, азбаски вояи таъсири захролудшавиаш ба таъсири терапевтӣ наздик аст. Сатҳи беҳавфи магний дар хун – 2,5-3,75 ммоль/л. мебошад, аммо Dinsdale H.B. ва диг. (1988) нишон доданд, ки ин сатҳ ҳам сабаби пайдоиши гипотензия, хоболудӣ мешавд, агар сатҳи магний дар хун 5,0 ммоль/л ва зиёдтар аз он бошад, вайроншавиши нафаскашӣ ва агар сатҳи он 6,0 – 7 ммоль/л бошад – кома ба амал меояд.

Ҳангоми истифодаи MgSO₄ ҳар соат бояд назорати клиникӣ нишондодҳои зерин бурда шавад:

- миқдори пешоби хоричшуда (дар 1 соат на камтар аз 30 мл); ҳангоми олигоурия воридкунии MgSO₄ қатъ карда мешавад;
- адади нафаскашӣ – на камтар аз 16 дар 1 дақиқа; агар брадиарноэ инкишоф ёбад - воридкунии MgSO₄ қатъ карда мешавад;
- мавҷудияти рефлекси зонугӣ (вайроншавиши он аз вайроншавиши нафаскашӣ тезтар инкишоф меёбад), дар мавриди набудани рефлекси зону воридкунии MgSO₄ қатъ карда мешавад;

Антидотҳои MgSO₄ маводҳои кальсий ҳисобода мешавад. **Ҳангоми истифодаи MgSO₄ ҳатман бояд глюконати кальсий 10%-10,0 мл тайёр бошад.**

Воридкунии маҳлули сулфати магний қатъ карда, воридкунии маҳлули диазепам дар ҳолатҳои зерин сар карда мешавад:

- камшавиши хоричшавиши пешоб, камтар аз 100 мл дар 4 соат (олигоурия) ё/ва;
- камшавиши адади нафаскашӣ, камтар аз 16 дар 1 дақиқа ё/ва;
- пастшавиши рефлекси зонугӣ.

Дар мавриди камшавиши адади нафаскашӣ камтар аз 16 дар 1 дақиқа воридкунии антидоти сулфати магний - глюконати кальсий 10% - 10,0 мл д/в оҳиста, сар карда мешавад.

Дар мавриди қатъшавиши нафаскашӣ ё аворизи дигари воридкунии MgSO₄:

- глюконати кальсий 1 гр (маҳлули 10% -10,0 мл, д/в, оҳиста) ворид карда мешавад;
- то барқароршавиши нафаскашӣ нафаскашии сунъӣ бо ҳалтачаи Амбу, дар ҳолати зарурӣ – интубатсия гузаронида мешавад.

Аломатҳои бармаҳали захролудшавиши магнезиалӣ:

- дилбеҳузурӣ;
- қайқунӣ;
- ҳисси гармшавӣ;
- сурхшавиши рӯй;
- вайроншавиши биноиш (диплопия);
- дисфазияи моторӣ;
- камқувватии умумӣ;

НАҚШАИ ИСТИФОДАИ ДИАЗЕПАМ* ҲАНГОМИ ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН ВА ЭКЛАМПСИЯ

ВОЯИ БОРКУНАНДА:

- 10 мг диазепам д/в оҳиста дар давоми 2 дақиқа.

ВОЯИ НИГОҲДОРАНДА:

- 40 мг диазепам дар 500,0 мл маҳлули лактати Рингер ва д/в қатрагӣ ворид карда мешавад барои нигоҳ доштани зан дар ҳолати седатсия, зан бояд дар хуш бошад;
Дар ҳолати и такроршавии ихтилоҷ вояи боркунанда такроран ворид карда мешавад: 10 мг диазепам д/в, оҳиста дар давоми 2 дақиқа.

Воридкунии дизепам 24 соат давом мекунад.

ДАР МАВРИДИ ВАЙРОНШАВИИ НАФАСКАШӢ, КИ ДАР НАТИҶАИ ЗИЁДШАВИИ ВОЯ ТО 30 МГ ДАР 1 СОАТ, БА АМАЛ МЕОЯД, БОЯД:

- нафасдиҳии сунъӣ (бо ниқоб ва халтача, аппарати наркозӣ, интубатсия) гузаронида шавад;
- зиёда аз 100 мг диазепам дар давоми 24 соат истифода карда намешавад.

*** Диазепам танҳо дар мавриди мавҷудияти ғайринишондодо ё таҳаммулнопазирии MgSO₄ истифода бурда мешавад.**

Истифодаи диазепам метавонад сабаби таназзули вазнини навзодон гардад:

- бо намуди гипотонияи мушакҳо;
- боздошти пешоб ва начосат;
- инкишофёбии зардпарвин.

Дар мавриди эҳтимолияти HELLP синдром (H - гемолиз, EL – баландшавии сатҳи ферменҳои қизар, LP – тромбоцитопения) аз истифодаи диазепам даст кашида мешавад.

ТАБОБАТИ ЗИДДИГИПЕРТЕНЗИОНӢ

Табобати зиддигипертензионӣ (ТЗГ) дар мавриди сатҳи ФА 160/105 мм сут сим ва баландтар аз он сар карда мешавад. Ҳангоми гузаронидани ТЗГ бояд назорати қатъии пастшавии сатҳи ФА бурда шавад. Дар ҳолати тез пастшавии компоненти диастоликӣ, поёнтар аз 80 мм сут сим хавфи фавти тифл пайдо мешавад. Сатҳи хатарноки пастшавии компоненти диастоликӣ поёнтар аз 60 мм сут сим ҳисоб мешавад. Бояд ҳаракат кард, то ин, ки пастшавӣ ва нигоҳдории сатҳи ФА пасттар аз сатҳи хатарнок бошад ва дар айни замон гардиши хуни системаи модар-машина-тифл дар ҳолати эътидолӣ бошад.

Баландшавии ФА то ададҳои хатарнок баъд аз паст намудани он бо воситаи ТЗГ бояд ҳамчун гипертнезияи идоранашаванда баҳогузурӣ карда шавад, ки ин нишондод ба валодаткунонӣ аст.

МАҚСАДИ ТАБОБАТИ ЗИДДИГИПЕРТЕНЗИОНӢ:

- пешгирии хунрезӣ ба мағзи сар;
- пешгирии энцефалопатияи гипертензионӣ.

Тавсия дода мешавад, ки ФА диастоликӣ дар сатҳи **90-100** мм сут сим, ФА систоликӣ на баландтар аз 160 мм сут сим нигоҳ дошта шавад.

Дар давраи ҳомиладорӣ барои ТЗГ як мавод бояд истифода бурда шавад.

Ҳангоми гипертензияи музмин ё зарурияти ТЗГ дарозмуддат дар давраи ҳомиладорӣ асосан – метилдопа истифода бурда мешавад. Интиҳоби маводи мазкур вобаста ба бехатарии исботшудаи он **барои тифл** аст (сатҳи А).

Ҳангоми пайдоиши зарурият истифодаи маводҳои таъсири кӯтоҳ мумкин аст (нифедипин, лабетолол ва диг.).

Ҳангоми гипертензияи вазнин, преэклампсияи вазнин ва эклампсия аз маводҳои зиддигипертензиони таъсири кӯтоҳ истифода бурдан лозим аст.

Маводҳои зиддигипертензиони таъсири кӯтоҳ:

Ба маводҳои зиддигипертензиони таъсири кӯтоҳ гидралазин, лабетолол ва нифедипин дохил мешаванд, ки асосан то валодаткунонӣ ва ҳангоми валодаткунонӣ истифода бурда мешаванд, дар давраи баъдивалодатӣ истифодаи маводҳои дигар мумкин аст.

ГИДРАЛАЗИН (АПРЕССИН)

УСУЛИ ВОРИДКУНИИ ГИДРАЛАЗИН

- гидралазин 5 мг д/в, охиста, ҳар 5 дақиқа то пастшавии ФА;
- дар вақти зарурӣ ҳар соат такроран ворид кардан мумкин аст;
- ҳар 2 соат - 12,5 мг гидралазин д/м ворид кардан мумкин аст.

Дар мавриди набудани гидралазин, нифедипин ё лабетолол истифода бурдан мумкин аст.

УСУЛИ ИСТИФОДАИ НИФЕДИПИН

- 10 мг нифедипин *per os* дода мешавад;
- дар ҳолати набудани самара (ФА диастоликӣ дар **сатҳи** 110 мм сут сим ва **зиёда аз он**) баъд аз 10 дақиқа 10 мг нифедипин такроран дода мешавад;
- вояи максималии нифедипин 160 мг;
- нифедипин ҳангоми норасогии дил бояд бо эҳтиёт истифода бурда шавад. Дар яқҷоягӣ бо фентанил метавонад сабаби пастшавии тези ФА ва гиповолемия гардад;
- ҳангоми истифодаи нифедипин бо MgSO₄ бояд назорати қатъии адади нафаскашӣ ва баҳои рефлекси зонугӣ бурда шавад, азбаски ҳарду мавод ба гурӯҳи антагонистҳои калсий дохил мешаванд.

УСУЛИ ВОРИДКУНИИ ЛАБЕТОЛОЛ

- 10 мг лабетолол д/в ворид карда мешавад;
- Дар ҳолати набудани самара (ФА диастоликӣ 110 мм сут сим **ва баландтар аз он**) баъд аз 10 дақиқа 20 мг лабетолол д/в ворид карда мешавад;
- Дар ҳолати набудани самара (ФА диастоликӣ 110 мм сут сим **ва баландтар аз он**) баъд аз 10 дақиқа 40 мг лабетолол д/в ворид карда мешавад;
- Дар ҳолати набудани самара (ФА диастоликӣ 110 мм сут сим **ва баландтар аз он**) баъд аз 10 дақиқа 80 мг лабетолол д/в ворид карда мешавад;

Атенолол, ингибиторҳои ферменти ангиотензинмубаддалгардонанда, блокаторҳои рецепторҳои ангиотензин ва диуретикҳо дар давраи ҳомиладорӣ ба сабаби хавфи баланди аворизҳо аз ҷониби тифл ва навзод истифода бурда намешаванд (сатҳи В). Ин маводҳо метавонанд сабаби боздошти инкишофёбии тифл, бисёробӣ, норасогии гурда ва фавти тифл гарданд.

Табобати инфузионӣ ҳангоми пре/эклампсия

- суръати меъерии инфузия – 80 мл/соат, дар мавриди пайдоиши хавфи варами шушҳо – то 40-45 мл/соат (сатҳи С).

- барои тайёр кардани маҳлули сульфати магний кристаллоидҳои полиионӣ (маҳлули лактати Рингер ё атсетати Рингер) истифода бурда мешаванд;
- диуретикҳо истифода бурда намешаванд, ғайр аз ҳолатҳои варами шушҳо;
- ҳаҷми табобати инфузиониरो дар мавриди пайвастшавии хунравӣ зиёд кардан мумкин аст;
- пре/эклампсия нишондод барои трансфузияи албумин, плазмаи навяхонидашуда шуда наметавонанд.

ВАЛОДАТКУНОНӢ

Валодаткунонӣ ягона усули самараноки табобати пре/эклампсия мебошад, аммо дар баъзе занҳо метавонад бадшавии муваққатӣ дар давраи баъдивалодатӣ ҳам дида шавад (5).

Валодати занон бо шаклҳои мӯътадили иллатҳои гипертензионӣ дар шӯъбаи валодатӣ, бо мавҷуд будани имконияти зуд омадани анестезиолог-реаниматолог ва расонидани кӯмаки фаврӣ, аз ҷумла буриши қайсарӣ гузаронида мешавад.

Валодати занон бо гипертензияи вазнин, преэклампсияи вазнин ва эклампсия дар ҳучраи табобати интенсивӣ ё ШЭТИ, ки дар наздикии чарроҳгоҳ ҷойгир аст, бурда мешавад.

Ҳангоми преэклампсияи вазнин ё гипертензияи вазнин пешбурди валодат дар шӯъбаи валодатӣ иҷозат дода мешавад, агар имконияти иштироки анестезиолог-реаниматолог ва расонидани кӯмаки фаврӣ, аз ҷумла буриши қайсарӣ мавҷуд бошад.

Ҳангоми преэклампсияи вазнин ва гипертензияи вазнин истифодаи варақаи назорати интенсивӣ ҳатмист (Замимаи 1).

Ҳангоми пешбурди валодат бо роҳҳои табиӣ истифодаи партограмма ва саҳифаи ақиби он ҳатмист.

Ҳангоми эклампсия зани зоянда ба шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ бистарӣ карда мешавад, ва дар шӯъба дарҳол корти наркозӣ кушода мешавад, баъд аз барқароршавии ҳолат ва нафаскашӣ – варақаи назорати интенсивӣ бурда мешавад (Замимаи 1). Ҳангоми пешбурди валодат бо роҳҳои табиӣ истифодаи партограмма ва саҳифаи ақиби он ҳатмист.

Ҳангоми мӯҳлати ҳомилагии то 28 ҳафтаина – зан ба муассисаи сатҳи 2 бистарӣ карда мешавад.

Ҳангоми мӯҳлати ҳомиладорӣ 28-34 ҳафтаина – зан ба муассисаи сатҳи 3 бистарӣ карда мешавад, 35 ҳафтаина ва зиёда аз он – ба муассисаи сатҳи 2.

Мӯҳлати ҳомиладорӣ набояд ба қарори табиб оид ба мӯҳлати валодаткунонӣ таъсир расонад.

Аммо пешгирии валодаткунонии беасоси пеш аз мӯҳлат адади оқибати мусоидро барои навзод баланд мекунад.

Гурӯҳи техникии ТУТ тавсия медиҳад, ки барангезиши валодат ҳангоми ҳомилагии расида ё мӯҳлате, ки тифл имконияти зиндагӣ кардан надорад ва дар давоми 1-2 ҳафта ин имконият зиёд намешавад, гузаронида шавад.

Валодаткунонӣ аз мӯҳлати ҳомиладорӣ ва сатҳи муассисае, ки зан бистарӣ карда шудааст, вобаста аст

Мӯҳлати ҳомиладорӣ	Муассисаи сатҳи II	Муассисаи сатҳи III
Камтар аз 28 ҳафтаина	Идома додани ҳомиладорӣ номатлуб	Идома додани ҳомиладорӣ номатлуб
28 -34	Агар имконияти идома додани	Агар имконияти идома додани

хафтаина	ҳомиладорӣ (вобаста аз ҳолати модар ва тифл) бошад, пешгирии АДР навзодон ва баъд аз анҷоми он валодаткунонӣ гузаронида мешавад.	ҳомиладорӣ (вобаста аз ҳолати модар ва тифл) бошад, пешгирии АДР навзодон гузаронида мешавад. Консилиум метавонад пешбурди минбаъдаи назорати тавсия диҳад (бо имконияти назорати ҳатмӣ), агар ҳолатҳои зерин мавҷуд набояд: гипертензия идоранашаванда ё норасоии фаъолияти узвҳо ё дистресси тифл (Замимаи 2)
35-36 ҳафтаина	валодаткунонӣ	Консилиум метавонад пешбурди минбаъдаи назорати тавсия диҳад (бо имконияти назорати ҳатмӣ), агар ҳолатҳои зерин мавҷуд набояд: гипертензия идоранаша-ванда ё норасоии фаъолияти узвҳо ё дистресси тифл (Замимаи 2)
37 ҳафтаина ва зиёдтар	валодаткунонӣ	валодаткунонӣ

НИШОНДОД БАРОИ ВАЛОДАТКУНОНИИ БАРМАҲАЛ ҲАНГОМИ ИЛЛАТҲОИ ГИПЕРТЕНЗИОНӢ:

- эклампсия;
- гипертензияи вазнини идоранашаванда;
- кома;
- преэклампсияи вазнин;
- норасоии шадиди гурдаҳо;
- HELLP – синдром;
- хунрезӣ ба мағзи сар;
- варами шушҳо;
- чудошавӣ ва хунрезӣ ба шабакия (сетчатка);
- пеш аз мӯҳлат чудошавии машинаи дурустҷойгиршуда;
- аломатҳои бадшавии ҳолати тифл: дистресси шадид ё боздошти инкишофёбии тифл.

Интихоби усули валодаткунонӣ аз ҳолати зан ва тифл вобаста аст.

НИШОНДОД БАРОИ БУРИШИ ҚАЙСАРӢ ҲАНГОМИ ИЛЛАТҲОИ ГИПЕРТЕНЗИОНӢ:

- эклампсия;
- гипертензияи вазнини идоранашаванда;
- набудани имконияти валодат бо роҳҳои табиӣ бо сабаби мавҷудияти бемориҳои ғайригениталӣ дар зани ҳомиладор;
- набудани самара аз барангезиш ё пурзӯркунии валодат;
- шаклҳои вазнини иллатҳои гипертензионӣ ва набудани самара аз барангезиши валодат ва ҳангоми пайвастшавии аворизи дигари акушерӣ (пешомади кос, ҳомилагии аз мӯҳлат гузашта, тифли калон);
- аворизҳои вазнини преэклампсия – норасоии шадиди дил ё нафаскашӣ, варами шушҳо, норасоии шадиди гурдаҳо, норасоии шадиди гурдаҳо ва чигар - HELLP-синдром,

чудошавии шабакия (сетчатка), хунрезӣ ба шабакия (сетчатка), пеш аз мӯҳлат чудошавии машина, инсулт, хунрезӣ ба зери капсулаи глиссонӣ – хунравии чигарӣ, кома.

Буриши қайсарӣ баъд аз ба мейёр овардани гемодинамика: ФА систоликӣ пасттар аз 170 мм сут сим. гузаронида мешавад.

Ҳангоми эклампсия – буриши қайсарӣ дар зери бедардкунии умумӣ бо нафасдиҳии сунъӣ гузаронида мешавад.

Дар ҳолатҳои зерин анестезиолог – реаниматолог ва акушер-гинеколог бояд масъалаи гузаронидани зан ба нафаскашии сунъиро саривақт ҳал намоянд (2):

- кома;
- хунрезӣ ба мағзи сар;
- пайвастшавии хунравии коагулопатикӣ;
- пайвастшавии садамаи геморрагӣ ё септикӣ.

ПЕШБУРДИ ВАЛОДАТ БО РОҲҲОИ ТАБИЙ

Ҳангоми пешбурди валодат бо роҳҳои табиӣ:

- табобати зиддигипертензионӣ ва зиддииктилоҷӣ идома дода мешавад;
- бедардкунии муносиб таъмин карда мешавад (усули интиҳоб – беҳискунии эпидуралӣ);
- амниотомияи бармаҳал (агар гарданаки бачадон ҳамвор бошад ё кушодашавии он 4 см ва зиёда аз он бошад);
- назорати партографӣ;
- идораи фаёли давраи 3 валодат;
- назорат аз рӯи саҳифаи ақиби партограмма;
- дарди зӯрзан манъ карда намешавад. Выключение потуг не проводится. Шароити ҳатмӣ – пешгирии ихтилоҷ ва татобати самараноки зиддигипертензионӣ;
- истифодаи метилэргометрин, эргометрин, ки таъсири гипертензионӣ, хусусияти баланд намудани фишори варидии марказӣ ва сабаби пайдоиши ихтилоҷ шуда метавонанд, манъ аст.

Ҳаҷми ҳатмии муоина баъди валодат ҳангоми преэклампсияи вазнин ва эклампсия

Узв/система	Ҳаҷми муоинаҳо	Миқдори муоинаҳо
Хун	Таҳлили умумии хун + Гематокрит ва миқдори тромбоситҳо	Баъд аз 24 соати валодаткунонӣ
Системаи дилу рағҳо	Чен кардани ФА, набз	Ҳар соат
	Сабти барқи дил	Аз рӯи нишондод
Коагулограмма	Вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт Сатҳи фибриноген; АЧТВ, ПДФ	Баъд аз 24 соат, яққарата
Гурдаҳо	Баҳои диурез	Ҳар 4 соат – на камтар аз 48 соат
	Таҳлили умумии пешоб+сатҳи сафедаи пешоб	Баъд аз 24 соат ва аз рӯи нишондод
	Сатҳи мочевина, мочева кислота, креатинин ва электролитҳои хун	Аз рӯи нишондод
	МУС	Аз рӯи нишондод
Чигар	Сатҳи билирубин ва фраксияҳои он	Баъд аз 24 соат, минбаъд аз

	Муайян кардани АлАТ; МУС	рӯи нишондод
Машваратҳо	Окулист (қаъри чашм), асабшинос, терапевт	Аз рӯи нишондод

Меъёрҳои ҷавобшавӣ ва назорат занони таваллудкарда бо иллатҳои гипертензионӣ дар давраи ҳомиладорӣ, валодат ва давраи баъдивалодатӣ.

Мейёрҳои ҷавобшавӣ:

- ҳолати қаноатбахши модар ва навзод;
- эътидолшавии фаъолияти узвҳои ҳаётан муҳим, ки бо гузаронидани муоинаҳои лабораторӣ ва функционалӣ тасдиқ шудаанд (нишондодҳои миёнаи меъёрӣ дар *Замимаи 3* оварда шудаанд). Муоина 24 соат пештар аз ҷавобшавӣ гузаронида мешавад.

Масъалаи ҷавобшавӣ бо мудирӣ шӯъбаи баъдивалодатӣ маслиҳат карда мешавад.

Дар ҳолати маълум кардани бемориҳои ғайригениталие, ки сабаби инкишофёбии преэклампсияи вазнин/эклампсия шуданд, масъалаи ҷавобшавӣ ё интиқол ба муассисаи соҳавӣ дар якҷоягӣ бо табиб-машваратчи соҳавӣ ҳал карда мешавад.

Дар заноне, ки HELLP синдром, норасогии фаъолияти узвҳои ҳаётан муҳим доштанд, масъалаи ҷавобшавӣ баъд аз маслиҳат бо табиби соҳавӣ ҳал карда мешавад.

Табиби табобаткунанда бояд ба директори МСР аз рӯи ҷои зист оиди ҷавобшавии зан маълумот диҳад. Машваратчӣ-акушер-гинеколог/табиби оилавӣ бояд дар рӯзи ҷавобшавӣ ё рӯзи дуум патронажи фаъол гузаронанд. Минбаъд патронажи фаъол ҳар 7-10 рӯз, аз рӯи нишондод зиёдтар гузаронида мешавад. Ташрифи охири дар рӯзи 42 давраи баъдивалодатӣ гузаронида мешавад. Ҳангоми ҳар як ташриф бояд муоинаи умумӣ, баҳои таҳлили умумии пешобгузаронида шавад ва маълумот дар шакли №111 сабт карда шавад. муоинаҳои дигар – аз рӯи нишондод гузаронида мешаванд.

Ба дасти зани таваллудкарда бояд иқтибос бо маълумоти муфассал оид ба ҳамаи чорабиниҳои табобатӣ-пешгирикунанда ва натиҷаҳои муоинаҳо, ки дар статсионар гузаронида шудаанд ва тавсияҳои муфассал дода шавад. Ҳатман машварат оид ба ғизо, ширмакони, пешгирии ҳомилагии номатлуб, гигиена, аломатҳои хатарнок бо маълумот оиди ба кучо ва ба кӣ муроҷиат намудан ҳангоми зарурият, дода мешавад.

Ҳаҷми муоинаҳои ҳатмӣ барои ҳал кардани масъалаи ҷавобшавӣ

Узв/система	Ҳаҷми муоина	Эзоҳ
Хун	Таҳлили умумии хун + Гематокрит ва миқдори тромбоцитҳо	
Системаи дилу рағҳо	Сатҳи ФА, набз	ФА систоликӣ - пасттар аз 140 мм сут сим; ФА диастоликӣ – пасттар аз 90 мм сут сим
	Сабти барқи дил	Аз рӯи нишондод
Коагулограмма	Сатҳи фибриноген	Яккарата, 24 соат пештар аз ҷавобшавӣ
Гурдаҳо	Баҳои диурез	
	Таҳлили умумии пешоб, бо муайян кардани сатҳи сафедаи пешоб	
	Сатҳи мочевина, креатинини хун	Яккарата, 24 соат пештар аз ҷавобшавӣ
Чигар	Сатҳи билирубини хун Муайян намудани АлАТ; МУС	Яккарата, 24 соат пештар аз ҷавобшавӣ Аз рӯи нишондод
Машваратҳо	Окулист (қаъри чашм), асабшинос, терапевт, эндокринолог	Аз руи нишондод, ҳангоми мавҷудияти бемории музмин, ё гузаронидани преэклампсияи вазин/эклампсия

Чорабиниҳои пешгирикунанда ҳангоми пре/эклампсия (5,14,18)

Тавсияҳои ГУТ аз рӯи чораҳое, ки бо мақсади пешгирӣ ва табobati преэклампсия ва эклампсия, тавсия дода шудаанд:

1. Ба ҳамаи ҳомиладорон, ки дар минтақае, ки бо ғизо сатҳи пасти калсий истеъмоли менамоянд, бо мақсади пешгирии преэклампсия тавсия дода мешавад, ки бо ғизо ё маводҳои калсийро ҳамаҷуз истеъмоли намоянд. Сатҳи пасти истеъмоли калсий бо ғизо – камтар аз 600-900 мг дар як шабонарӯз ҳисобида мешавад. Хусусан ин тавсия ба ҳомиладорони гурӯҳи хавфи инкишофёбии преэклампсия дахл дорад.
Нақша: вояи шабонарӯзӣ 1,5 – 2,0 грамм калсий. Истифодаи малат/ситрати калсий, ки дастрасии биологии зиёдтар назар ба дигар намудҳо калсий дорад, тавсия дода мешавад, онро пеш аз хӯрок, барои ҳазмшавии самаранок истеъмоли кардан мумкин аст. Истеъмоли маводи калсий аз лаҳзаи бордоршавӣ ё баъди 27 ҳафтаи ҳомиладорӣ сар карда мешавад, ки 2 маротиба хавфи инкишофёбии преэклампсияро паст мекунад.
Қабули иловагии маводҳои калсий хавфи инкишофёбии пре/эклампсияро паст мекунад, аммо ба сатҳи беморият ва фавтияти модарӣ таъсир намерасонад.
Маводҳои калсий ҳазмшавии маводҳои оҳанро паст менамоянд, аз ин рӯ байни қабули ин маводҳо бояд фосила бошад (масалан, сахарӣ маводҳои калсий, бегохирузӣ – маводҳои оҳан).
2. Ба ҳомиладорони гурӯҳи хавфи инкишофёбии пре/эклампсия бо мақсади пешгирии преэклампсия қабули ҳаррӯзаи вояи ками туршии атсетилсалитсилат – 75 мг, аз 12 то 34-35 ҳафтаи ҳомиладорӣ (дараҷаи исботнокии миёна, тавсияи қувааш баланд) **тавсия** дода мешавад.
3. Речаи бистарии қатъӣ барои занон бо гипертензия, ҳамчун чораи баланд кардани оқибати мусоид **тавсия** дода намешавад.
4. Кам кардани истеъмоли намак ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия **тавсия** дода намешавад.
5. Истеъмоли **витамины D** дар давраи ҳомиладорӣ ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия ва аворизҳои он **тавсия** дода намешавад.
6. **Қабули витамини C ва E** дар алоҳидагӣ ё дар якҷоягӣ дар давраи ҳомиладорӣ ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия ва аворизҳои он **тавсия** дода намешавад.
7. **Қабули диуретикҳо**, хусусан аз қатори тиазидӣ, ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия ва аворизҳои он **тавсия** дода намешавад.

*Дар ҳуҷҷати зерин тавсияҳо оид ба қабули вояҳои пасти аспирин бо мақсади пешгирии пре/эклампсия оварда шудаанд, ки самаранокӣ хеле баланд дорад. Корманди тиб бояд машварат оид ба қабули аспирин гузаронад ва розигии хаттӣ занро гирад. Ҳангоми гузаронидани машварат бояд оид ба бехатарии истифодаи вояҳои **пасти** аспирин маълумот дода шавад. Талаботи зерин вобаста ба он аст, ки дар натиҷаи гузаронидани тадқиқотҳо нишон дода шудааст, ки салисилатҳо сабаби инкишофёбии нуқсонҳои модарзодӣ дар ҳайвонот шуда метавонанд, ки ин ҳангоми истеъмоли занон дар семоҳаи аввали ҳомиладорӣ тасдиқ карда нашуд. Ҳангоми машварат бояд қайд карда шавад, ки аспирин то 34-35 ҳафтаи ҳомиладорӣ қабул карда мешавад, чунки истеъмоли он то валодат сабаби хунравии модар ё навзод шуда метавонад. Аспирин дар мавриди мавҷудияти бемории захми меъда бояд боэҳтиёт истифода бурда шавад.*

Чораҳое, ки бо мақсади пешгирӣ ва табобати преэклампсия ва эклампсия тавсия дода мешаванд (5)

Тавсияҳо	Сифати исботнокӣ	Қувваи тавсияҳо
Ба ҳамаи занон, ки дар минтақае, ки сатҳи пасти истеъмоли калсий назорат карда мешавад, бо мақсади пешгирии преэклампсия дар давраи ҳомиладорӣ қабули маводҳои калсий тавсия дода мешавад (вояи шабонарӯзӣ 1,5 – 2,0 г калсий). Ин тавсияҳо барои ҳамаи занон ва пеш аз ҳама барои заноне, ки ба гурӯҳи хавфи инкишофёбии преэклампсия дохил мешаванд, дода мешавад.	Миёна	Баланд
Ба заноне, ки ба гурӯҳи хавфи инкишофёбии преэклампсия дохил мешаванд, тавсия дода мешавад, ки вояҳо пасти аспирино, ҳамчун чораи пешгирикунанда, қабул намоянд (аспирин - 75 мг).	Миёна	Баланд
Қабули вояҳои пасти туршии асетилсалитсилат (аспирин, 75 мг) бо мақсади пешгирии преэклампсия ва аворизҳои он бояд то 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ сар карда шавад.	Паст	Паст
Заноне, ки гипертензияи вазнин дар давраи ҳомиладорӣ доранд, тавсия дода мешавад, ки маводҳои гипотензионӣ қабул намоянд.	Пасттарин	Баланд
Интихоби маводи гипотензионӣ ва усули воридкунии он ҳангоми гипертензияи вазнин дар давраи ҳомиладорӣ аз таҷрибаи табиб-машваратчӣ, ки маводро таъин менамояд, нархи мавод ва дастрасии он дар ин минтақа вобаста аст.	Пасттарин	Баланд
Барои пешгирии эклампсия дар занон бо шаклҳои вазнини преэклампсия, ҳамчун маводи зиддиинҳилоҷӣ сульфати магний тавсия дода мешавад.	Баланд	Баланд
Барои табобати ихтилоҷ, барои занон бо эклампсия сульфати магний тавсия дода мешавад.	Миёна	Баланд
Барои пешгирӣ ва табобати эклампсия тавсия дода мешавад, ки курси пурраи воридкунии дохилимушакӣ ва дохиливаридии сульфати магний истифода бурда шавад.	Миёна	Баланд
Барангезиши валодат ба заноне, ки преэклампсияи вазнин доранд, дар мӯҳлати ҳомиладорие, ки тифл ҳоло қобилияти зиндагӣ қардан надорад ва наметавонад ин қобилиятро дар давоми 1-2 ҳафта пайдо кунад, тавсия дода мешавад.	Пасттарин	Баланд
Нисбати занон бо преэклампсияи вазнин, тифли қобилияти зиндагӣ қардан дошта ва мӯҳлати 34 ҳафтаина танҳо дар сурати набудани гипертензияи идоранашаванда ва норасогии узвҳо дар зан ё дисстреси тифл ва мавҷуд будани имконияти назорати ин ҳолатҳо тактикаи назоратӣ тавсия дода мешавад.	Пасттарин	Паст
Нисбати занон бо преэклампсияи вазнин, тифли қобилияти зиндагӣ қардан дошта ва мӯҳлати 34-36 ҳафтаина (+ 6 рӯз) танҳо дар сурати набудани гипертензияи идоранашаванда ва норасогии узвҳо дар зан ё дисстреси тифл ва мавҷуд будани имконияти назорати ин ҳолатҳо тактикаи назоратӣ тавсия дода мешавад.	Пасттарин	Паст
Ҳангоми преэклампсияи вазнин ва ҳомилагии расида валодаткунонӣ тавсия дода мешавад.	Паст	Баланд
Ҳангоми преэклампсияи мӯътадил ва гипертензияи гестационии мӯътадил ва ҳомилагии расида барангезиши валодат тавсия дода мешавад.	Миёна	Паст
Заноне, ки маводҳои гипотензиониро то валодат қабул мекунанд, тавсия дода мешавад, ки дар давраи баъдивалодатӣ қабули ин маводҳоро идома диҳанд.	Пасттарин	Баланд
Табобат бо маводҳои гипотензионӣ дар ҳолати гипертензияи вазнини баъдивалодатӣ тавсия дода мешавад.	Пасттарин	Баланд

Усулҳои муоинаи лабораторӣ ҳангоми преэклампсия

(Источник: Beckmann C.R.B., Ling F.W., Barzansky B.M., et al./Obstetrics and Gynecology. Sixth Edition. Published in collaboration with ACOG.2010, 497p, цитируется из клинического протокола «Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия». РФ) (3)

Нишондодҳои лабораторӣ	Нишондодҳо и меъёрӣ	Эзоҳ
Гемоглобин	110 г/л	Баландшавии Нв метавонад аломати гемоконцентратсия, гиповолемиа ва вазоконстриксия бошад.
Гематокрит	31-39%	Пастшавии Нт метавонад аломати гемолиз бошад.
Тромбоситҳо	150-400x10 ⁹ /л	Камшавии тромбоцитҳо аломати преэклампсияи вазнин, HELLP-синдром аст.
Фибриноген	2,6-5,6 г/л	Пастшавии нишондодҳо аломати коагулопатия мебошад.
Вақти протромбинӣ		
Вақти фаъолгардонидаи қисмии тромбинӣ	28-38 сония	Баландшавии нишондодҳо – аломати фаъолшавии тромбогенези дохирағӣ (аломати лахташавии дохирағии умумии музмин (ДВС)).
Мутаносиби МНО/ПТИ	85-115%	
Молишаки хуни ғайримарказӣ (периферическая)		Мавҷудияти чузъҳои эритроцитҳо (шизоситоз, сфероситоз) аломати гемолиз ҳангоми преэклампсияи вазнин.
Албумини хун	28-40 г/л	Пастшавии нишондод аломати баландшавии чабидашавии эндотелии рағӣ, ки барои преэклампсияи вазнин/эклампсия хос аст.
Креатинини хуноба	39,8 – 72,8 (90) моль/л	Баландшавии нишондод зиёда аз 90 ммоль/л, хусусан дар якҷоягӣ бо олигоурия (камтар аз 500 мл пешоб дар 1 шабонарӯз ё 100 мл дар 4 соат) аломати преэклампсияи вазнин/эклампсия.
Мочевая кислота	0,12-0,28 ммоль/л	Баландшавӣ
Билирубини умумӣ	8,5-20,0 ммоль/л	Дар мавриди гемолиз ё или вайроншавии фаъолияти чигар баланд мешавад.
Клиренси креатинин	75-134 мл/мин	Пастшавӣ
Санчишҳои чигарӣ		Баландшавии нишондод аломати преэклампсияи вазнин/эклампсия.
Аланинамино-трансфераза	10-20 Ад/л ё 0,17-0,34 мкмоль/л	Баландшавии нишондод аломати преэклампсияи вазнин/эклампсия, HELLP-синдром.
Аспартатамино-трансфераза	7-35 Ад/л ё 0,12-0,6 мкмоль/л	Баландшавии нишондод аломати преэклампсияи вазнин/эклампсия, HELLP-синдром.
Лактат-дегидрогеназа	250 Ад/л	Баландшавии нишондод аломати преэклампсияи вазнин/эклампсия, HELLP-синдром.
Сафедаи пешоб	камтар аз 0,3 г/л	Баландшавии нишондод аломати преэклампсияи вазнин/эклампсия ё бемории музмини гурдаҳо

АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА:

1. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности: руководство для врачей и акушерок, и врачей. 2000.
2. Куликов А.В. Интенсивная терапия тяжёлой преэклампсии и эклампсии (позиция доказательной медицины), 2010.
3. Сухих и соавт. Клинические протоколы «Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия». РФ
4. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. Санкт-Петербург; Изд-во «Петрополис», 2003.
5. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014
6. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 2.
7. Duley L. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial: a randomised placebo controlled trial. Lancet, 2002, 359, 1877-90.
8. Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002.
9. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Reviews 2, 2004
10. C.-J. Huang, Y.-C. Fan and P.-S. Tsai. Differential impacts of modes of anaesthesia on the risk of stroke among preeclamptic women who undergo Caesarean delivery: a population-based study. British Journal of Anaesthesia 105 (6): 818–26 (2010)
11. Kaplan P.W. Neurologic aspects of eclampsia //Neurol. Clin. - 2004 -№ 4 – P.:841-61.
12. Karnad D. R., Guntupalli K. K., Neurologic disorders in pregnancy //Crit. Care Med. - 2005 Vol. 33, No. 10 - P 362-371
13. Laura A. Magee, Anouk Pels, Michael Helewa, Evelyne Rey, Peter von Dadelszen. On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. An International Journal of Women’s Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145
14. Making Pregnancy Safer website: <http://www.euro.who.int/pregnancy>
15. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10 (A), RCOG Press, March 2006.
16. Michael L. LeFevre, MD, MSPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Morbidity and Mortality From Preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statemen
17. Ramanathan J., Bennett K. Pre-eclampsia: fluids, drugs, and anesthetic management //Anesthesiology Clin. N. Am. -2003 –P. 145– 163
18. WHO recommended interventions for Improving Maternal and Newborn Health http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en/